

CARACTERÍSTICAS Y MOTIVOS POR LOS QUE ACUDE UNA POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS A UN CENTRO DE SALUD Y DETECCIÓN DE SINTOMATOLOGÍA EMOCIONAL EN UNA MUESTRA DE ESTA POBLACIÓN EN LA CIUDAD DE MÉXICO

Jorge Luis López Jiménez

Doctor en Ciencias Sociales. Área:
Psicología de Grupos e Instituciones.
Investigador de Tiempo Completo. Dirección
de Investigaciones Epidemiológicas
y Psicosociales. Instituto Nacional de
Psiquiatría, Ramón de la Fuente Muñiz,
México.

Orcid.org/0000-0002-1315-9729

Guadalupe Barrios Salinas

Enfermera Especialista en Atención Primaria
a la Salud y en Administración y Docencia
en Enfermería. Investigadora Independiente
Psico-Social en el área de adultos mayores.
México

Blanca Estela López Salgado

Licenciada en Psicología. Maestría en
Desarrollo Organizacional por el Instituto
de Estudios de Posgrado en Ciencias y
Humanidades (INESPO). Investigadora
Independiente Psico-Social en el área de
adultos mayores. México

All content in this magazine is
licensed under a Creative Com-
mons Attribution License. Attri-
bution-Non-Commercial-Non-
Derivatives 4.0 International (CC
BY-NC-ND 4.0).



Filiberto Itzcoatl Gaytán Flores

Licenciado en Psicología. Investigador de Tiempo Completo. Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales. Instituto Nacional de Psiquiatría. Ramón de la Fuente Muñiz. México

Norma Adriana Mendoza Arvizu

Medica Cirujana y Partera Especialista en Medicina Familiar, Comunitaria y Atención Primaria a la Salud. Maestra en Administración de Servicios de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública. Encargada del Módulo de Atención a Sobrepeso y Obesidad en Adultos Mayores (MAO) del Centro de Salud Dr. Manuel Escontria.

Resumen: Introducción: El derecho a la salud y su atención es condición fundamental. En el adulto mayor de 60 años y más, existe un incremento en números absolutos y relativos, aumentando también sus necesidades de atención y demanda de servicios sanitarios. Propósito del estudio, registrar y determinar motivos por los que adultos mayores llegan a un Centro de Salud (CS) en la Ciudad de México y estimar en una muestra condiciones asociadas, incluyendo la presencia de síntomas emocionales. Estudio de tipo observacional, descriptivo y transversal analítico. Material y métodos: La información se registró directamente en formato elaborado expreso y por entrevista cara a cara. Se contó con aprobación del comité de ética e investigación institucional y del comité de ética de la Secretaria de Salud. En la aplicación de entrevistas, se obtuvo firma de consentimiento informado. Resultados: 72.9% de adultos mayores que asisten al CS pertenecen al sexo femenino. La media de edad se ubicó en 70.9, mayormente estar casado (44.7%) y media de 7.2 años de escolaridad. Las razones por que asisten, se clasificaron en dos áreas: otras finalidades (24.8%) y atención médica (75.2%). En la muestra, 53.7% se consideró derechohabiente del CS (53.7%), predominando de autocuidado (50.0%). 72.0% manifestó preocupación por su salud y en el 46.3% se detectó sintomatología emocional, 73.7% asociada a padecimientos crónico-degenerativos. Conclusiones: Los resultados destacan que la población femenina acude en mayor proporción al CS, con diferencias en edad, escolaridad, estado civil y razones por las que acuden, en comparación con los hombres; pero en ambos casos, recurren principalmente por control de padecimientos crónico-degenerativos, detectándose sintomatología emocional. El CS funge como principal lugar en búsqueda de atención. Los hallazgos, señalan un porcentaje relevante

de presencia de sintomatología emocional, destacando así su importancia y necesidad de detección temprana y oportuna en este ámbito de salud.

Palabras Clave: Adultos mayores, personas de 60 años y más, características y motivos por los que acuden, Centro de Salud, sintomatología emocional, Ciudad de México.

INTRODUCCIÓN

La atención a la salud constituye un derecho fundamental en el ser humano, esto es, sin distinción de ningún tipo o estatus (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD -OPS-, 2008). En el caso de las personas mayores de 60 años y más, este hecho constituye un reto relevante para las instituciones de salud, dadas sus condiciones de vida, salud, sociales, familiares y económicas entre otras. Si bien, la vivencia de la vejez y el envejecimiento son experiencias individuales, dicha experiencia forma parte del proceso vital de todo ser humano. De acuerdo a información de las NACIONES UNIDAS -NU-, (s/a), el número de personas mayores en la región de las Américas se estaría incrementando entre el 2000 y 2025, pasando del 8 al 14% del total de la población. De esta forma, también estarían aumentando las necesidades de atención a su Salud y en la demanda de servicios médicos, específicamente en la población de adultos mayores (OPS, 2008).

A nivel mundial se ha indicado que las poblaciones están envejeciendo, por lo que la mayoría de los países están experimentando un incremento en números absolutos y relativos de personas mayores, lo cual ha dado lugar que en el siglo XXI se observen cambios en casi todos los ámbitos de la sociedad, desde el mercado laboral y financiero hasta la demanda de bienes y servicios, la estructura familiar y los lazos intergeneracionales. Las Naciones Unidas (s/a), señalan que a nivel global el segmento poblacional de 65 años y

más crece a un ritmo acelerado por arriba del resto de los grupos poblacionales. Desde la década de los 50 se ha observado el incremento en la esperanza de vida al nacer, incidiendo en la mejora de la supervivencia de personas mayores y la longevidad.

La modificación demográfica experimentada en México en el siglo anterior, ha dado por resultado el incremento en la esperanza de vida, que incide en la probabilidad de sobrevivencia de la población y repercute de manera relevante tanto en la transición demográfica como epidemiológica, lo cual da lugar a la reducción de las tasas de mortalidad, al aumento de la población en edades avanzadas (BUPA HEALTH PULSE -BHP-, 2010, INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA -INEGI-, 2020), y a un envejecimiento poblacional paulatino.

Respecto a la transición epidemiológica, se indica que las condiciones de salud-enfermedad de las poblaciones se han transformado en el transcurso del tiempo, dando lugar a un cambio paulatino de las enfermedades infecto-contagiosas como causa de muerte por un lado, y por otro, donde la prolongación de la vida ha dado por resultado que en la actualidad los fallecimientos sean en edades avanzadas y que las principales causas de morbi-mortalidad sean las enfermedades crónicas, degenerativas e incapacitantes (CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN -CONAPO-, 2003, INEGI, 2020). De las defunciones registradas en el 2018, la mayoría fueron en hombres y por edad en personas de 60 años y más, siendo las principales causas de muerte las enfermedades isquémicas del corazón, la diabetes mellitus y las del hígado.

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo Nueva Edición (ENOEN), en el segundo trimestre de 2022 el 14% de la población total de nuestro país tenía 60 años y más (INEGI, 2022), de esta

población el 13% correspondió a adultos mayores masculinos y 15% a la femenina. Un 56% se ubicó entre los 60-69 años, observando que, al incrementarse la edad, este porcentaje disminuye a un 30% en el grupo de 70-79 y a 14% para los de 80 años y más.

En la prestación de servicios sanitarios en nuestro país, fuente de información señalan que, en el año 2021 (INEGI, 2021), un 20% de las personas mayores no contaban con afiliación a una institución de salud. En este sentido, es de destacar que la afiliación a los servicios de salud es un derecho social que beneficia las condiciones de vida de la población, principalmente a las personas de 60 años y más donde prevalecen mayormente las enfermedades crónicas degenerativas. La ciudad de México y otros estados se ubicaron entre los porcentajes más elevados de adultos mayores sin afiliación a los servicios de salud, oscilando entre el 24% y 32%.

Desde el punto de vista de la ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD & ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD –OPS & OMS-, (2021), las transiciones demográficas, sociales y epidemiológicas, el incremento en la esperanza de vida y los determinantes sociales de la salud, contemplan hoy día, no solo la ausencia de la enfermedad, sino visualizan un complejo conjunto de escenarios sanitarios y sociales. Las Naciones Unidas, en la Declaración de la Década del Envejecimiento Saludable (2021-2030), enfatizan sobre la promoción de años de vidas más largos y saludables, por lo que su propuesta contempla la reducción de desigualdades en el área de la salud, la mejora en la vida de las personas mayores, sus familias y sus comunidades por medio de acciones colectivas, que tomen en cuenta un cambio en nuestra forma de pensar, sentir y actuar en relación con la edad y el edadismo; así como el desarrollo de comunidades donde se fomente la capacidad, la prestación de

servicios de atención integrada y atención primaria de salud centrado en las personas mayores que den respuesta a sus necesidades y demandas, y el acceso a la atención en salud a largo plazo (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2020).

En el caso de nuestro país, los Centros de Salud (CS) brindan atención clínica básica y servicios sanitarios esenciales a la comunidad, actividades de promoción de la salud, saneamiento ambiental, detección y control de riesgos, así como el diagnóstico temprano y atención de morbilidades (SECRETARÍA DE SALUD –SS-, 2018) Estos Centros de Salud (SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DEL DISTRITO FEDERAL –SSPDF-, (s/a), pertenecientes al Gobierno del Distrito Federal presentan una organización por áreas geo-estadísticas básicas, brindan atención a la demanda, distribuyendo una cantidad determinada de ficha por cada profesional. No obstante, esta situación incide en la gran dificultad por parte de los servicios que se otorgan en el cumplimiento en la atención primaria de la salud. Respecto a las características sanitarias, existen tres niveles reconocidos en los sistemas de atención a la salud. En este primer nivel de servicio, se hace referencia a las instalaciones médicas para atender situaciones de salud de baja complejidad para su resolución, cubriendo la demanda de atención en el 70% de los problemas sanitarios en una comunidad. En el Centro de Salud Dr. Manuel Escontria, lugar donde se desarrolló el estudio, se brinda atención integral a pacientes con morbilidades crónicas degenerativas y consulta médica general entre otras. Así mismo, es de destacar que también se llevan a cabo actividades de promoción y educación para la salud; algunas de ellas a través de la conformación de grupos de personas que tienen en común condiciones e intereses de ser capacitadas para mejorar su situación de salud, rol que desempeña el

Módulo de atención al sobrepeso y obesidad en adultos mayores (MAO).

Antecedentes: En la primera fase de una línea de investigación sobre “Condiciones de vida y salud mental en adultos mayores”, se llevó a cabo un estudio en una casa hogar de la ciudad de México, donde se integraron y probaron instrumentos de evaluación, métodos y procedimientos. Esta investigación permitió obtener un diagnóstico situacional sobre sus condiciones de vida y la frecuencia de desórdenes mentales, identificando la patología mental prevalente a nivel sintomatológico y diagnóstico (LÓPEZ et al., 2008). En la fase actual de investigación, se continuó con el estudio de las condiciones de vida y salud mental en una población de personas mayores no residentes en casa hogar, sino de la población general, personas de 60 años y más que acudieron a un Centro de Salud en la Ciudad de México, utilizando el mismo cuestionario empleado anteriormente, pero adecuando los métodos y procedimientos al ámbito propuesto; de esta forma, estaríamos obteniendo diagnósticos situacionales y generando mayor conocimiento sobre las condiciones de vida prevalentes en adultos mayores y su relación con estados emocionales.

MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS

Estudio de tipo, Observacional, descriptivo y transversal analítico. Instrumentos: La información se registró en un formato elaborado exprofeso, donde se anotaban los datos sociodemográficos poblacionales básicos y mediante aplicación por entrevista directa, cara a cara del cuestionario “Condiciones de vida y salud mental en adultos mayores, Fase II” (COVYSMAM-LJ), el cual incluía el Cuestionario General de Salud en su versión de 12 reactivos –CGS-12- (MARI & WILLIAMS, 1985), que permitió establecer a nivel de detección la presencia de sintomatología

emocional. Población de estudio: Personas de 60 años y más que asistieron al CS durante la fase de recopilación de información. El estudio obtuvo la aprobación correspondiente de los comités de ética e investigación institucional, lo cual incluía el protocolo, el cuestionario y la carta de consentimiento informado; así como la aprobación del comité de ética por parte de la Secretaría de Salud de la CDMX. Procedimientos: De la población de adultos mayores, que asistieron al Centro de Salud Dr. Manuel Escontría (CSDME) durante los meses de noviembre 2018 a marzo del 2019, se procedió a obtener inicialmente un registro aleatorio de personas de 60 años y más que acudieron durante la fase de trabajo de campo a dicha institución de salud, información que incluía sus datos demográficos básicos: fecha, edad (años cumplidos), sexo, estado civil, escolaridad (años cursados) y causas por las que asistían a dicho Centro de Salud, sus datos eran anotados en hojas de control elaboradas exprofeso. En este contexto, es de señalar que este centro de salud pertenece a los servicios médicos en el primer nivel de atención en la Ciudad de México. De esta población y mediante un muestreo por conveniencia se obtuvieron datos sobre condiciones asociadas, lo cual incluía detección de sintomatología emocional, a través de la aplicación del CGS-12, incluido en el cuestionario COVYSMAM-LJ. Para quienes aceptaban participar en la entrevista, se les solicitaba en primera instancia la firma del formato de consentimiento informado, de la cual se les entregaba una copia.

En un primer contacto, se indagaba sobre su edad (60 años y más), con el propósito de asegurar su inclusión en el estudio, una vez confirmada su edad, se le informaba sobre el propósito de la investigación, aclarando que la información que nos proporcionara fuera de carácter confidencial, absolutamente voluntaria y con fines de investigación. Para

asegurar que nos proporcionara los datos solicitados, se le comentaba que, en ningún caso, sin importar su decisión, esto no podría influir en el motivo por el cual acudía al centro de salud. En todo momento se respetó la decisión de no proporcionar la información solicitada. El trabajo de campo, levantamiento de la información se llevó a cabo en el área por la cual se ingresa al CS, en el turno matutino a partir de las 7 de la mañana, tiempo en el cual llegan a dicho centro y se reparten las fichas para solicitar atención médica, hasta las 15 hrs. momento en que se concluía la aplicación de las entrevistas. De las personas mayores que asisten al Módulo de Atención a la Obesidad y sobre peso (MAO), es de aclarar que es un grupo conformado a través del tiempo y con anterioridad, donde las personas mayores van una vez a la semana al CS y realizan diversas actividades programadas por la doctora responsable de la atención del grupo de adultos mayores y por el área de Trabajo Social. Habiendo tenido previamente contacto con este grupo en específico, se les solicito su colaboración en el estudio, por lo que en su totalidad aceptaron participar en el mismo.

RESULTADOS

De la población que asistió al CS durante el trabajo de campo, se registró aleatoriamente un total de 133 adultos mayores (tabla 1), de los cuales la mayoría correspondió al sexo femenino (72.9%) y el restante 27.1% al masculino. La media de edad se ubicó en los 70.9 años cumplidos, y en el rango de edad de 65 a 69 años, se clasificó poco más de una cuarta parte (26.3%), seguido por 75 a 79 (23.3%), entre los principales. Por estado civil el 44.7% refirió estar casado o vivir en unión libre, seguido por aquellos que reportaron no tener pareja (34.1%): solteros, divorciados, separados y madres solteras. Respecto a la escolaridad (tabla 2), explorada

en años cursados, la media se ubicó en los 7.2, siendo el nivel de escolaridad primaria de 1 a 6, donde reportó poco más de la mitad (51.9%) haberla cursado; no obstante, el 16.5% informó ser analfabeta o no haber recibido instrucción formal, pero saber leer y escribir. Dentro de los motivos por los cuales recurren al CS (tabla 3), se procedió a generar dos grandes categorías, a) Otras finalidades (24.8%), que integraban actividades del grupo MAO, acompañar a alguien y por realizar trámites en general, y b) por control de padecimientos crónico-degenerativos (75.2%): control de hipertensión, diabetes y/o ambas; así como por consulta y atención médica general. De esta forma y por orden de importancia el 27.1% informó por “control de la hipertensión”, seguido por un 24.1%, “asistir a consulta médica general”, entre los cuales se encuentran: por presentar algún dolor, certificado médico, estudios de mastografía, haber sufrido alguna caída, por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (epoc), consulta dental, gripa, estudios de triglicéridos, chequeo de colesterol y consulta en salud mental (depresión). De acuerdo a la distribución por sexo y edad en años cumplidos (tabla 4), se observa que en todos los grupos etarios en los que se clasificó la muestra, las mujeres obtienen claramente los porcentajes más elevados.

Respecto a las distribuciones y razones por las cuales recurren al CS y las principales variables demográficas registradas (tablas 5 y 6), destacan el que solo las mujeres acudan al Módulo de Atención a la Obesidad e ir como acompañante de alguien más (88.9%); respecto a las causas de atención médica, incluyendo hipertensión y/o diabetes estos oscilan entre el 53.8% y el 73.7%. En cuanto a la población masculina, se encontraron porcentajes menores en todos los motivos de naturaleza médica en comparación con las mujeres, siendo el principal motivo de

búsqueda de atención por “control de la diabetes” con 46.2%. Con respecto a la edad, se encontró que los adultos en el rango de 60 a 64 años, informaron acudir al centro de salud principalmente por control de “diabetes” (38.5%); este análisis también mostró que tanto en los grupos de 65 a 69 y de 70 a 74 años el asistir por “acompañar a alguien” fuera el más relevante con un 33.3% en cada caso. Para el siguiente grupo de 75 a 79 años, se mencionó primordialmente el asistir al CS para participar en las actividades del “módulo de atención a la obesidad” (MAO) con el 36.4%. Por último, la población de mayor edad (80 y más años) indicó acudir principalmente al centro de salud con motivo de control de “hipertensión y diabetes”.

Los adultos mayores que indicaron estar casados, fueron quienes acudieron al CS en mayor proporción por causas exclusivamente médicas, como control de diabetes (62.9%); de hipertensión (50.0%) y consulta médica general (48.4%). Para las personas solteras, la principal fue por participación en “actividades programadas por el grupo MAO” (45.5%). Las personas que informaron ser viudo/a, tuvieron como principal motivo participar en el “módulo de atención a la obesidad y sobrepeso”, así como por control de la “hipertensión y la diabetes” (31.8% y 31.6% respectivamente). De acuerdo al nivel escolar se observó que la gran mayoría (90.9%) de quienes tienen nivel escolar de primaria (1 a 6 años cursados) acuden a “control de diabetes”, de 7 a 9 años cursados, a “control de hipertensión” (24.1%), y que de 10 a 12 años la mitad (50.0%) asiste por “acompañar a alguien”, entre los más relevantes.

De la fracción de adultos mayores a quienes se les aplicó el cuestionario COVYSMAM-LJ (82 entrevistas), se obtuvo información adicional alrededor de los motivos por los cuales llegan al CS (tabla 7). Los resultados muestran que 74.1% reportó estar incluido

en un plan de retiro/pensión y poco más de la mitad (53.7%) considerarse derechohabiente del centro de salud. Un 50% informó practicar el “autocuidado”; en el contexto de ¿Quién lo atiende, cuida?; por otra parte, 61% de los encuestados indicó recibir algún tipo de apoyo al momento de la aplicación del cuestionario, siendo este, principalmente el proporcionado por el gobierno a través de la tarjeta del bienestar (48.8%), y este apoyo otorgado fue debido a su edad (61.0%). A pregunta expresa sobre ¿Qué es lo que más le preocupa de la vida, que problemas tiene?, donde se indagan sus preocupaciones, por orden de importancia consideraron la salud (72%), la familia (68.3%) y los económicos (51.2%).

Para la detección de sintomatología emocional y como ya se había señalado, la evaluación se realizó a través del CGS-12, el cual es un instrumento de tamizaje y permite discriminar posibles “casos” que podrían estar cursando con algún trastorno emocional. De esta forma y como se observa en la tabla 8, se encontró que el 46.3% se clasificó como probable caso para la presencia de sintomatología de tipo emocional. Finalmente, y respecto a la distribución entre las razones por las que acuden al CS y el criterio de caso, se encontró (tabla 9), que en cerca de dos terceras partes (73.7%) se detecta sintomatología emocional, en contraste con quienes van por otros motivos (26.3%).

CONCLUSIONES

Diversas fuentes de información aluden a reconocer el derecho en la atención a la salud (OPS, 2008; NU, s/a), sobre todo en el grupo poblacional de adultos mayores, donde se observa tanto a nivel internacional como en el caso de México un incremento tanto en números absolutos como relativos de personas de 60 años y más, asociado al aumento en la esperanza de vida y su repercusión en la

transición demográfica y epidemiológica.

Para nuestro país, aun cuando la población continúa siendo mayormente joven, la reducción de las tasas de mortandad y fecundidad da por consecuencia que se observe un envejecimiento individual y poblacional (INEGI, 2020). En este contexto y por lo que respecta a la transición epidemiológica, se indica (CONAPO, 2003; INEGI, 2020) que las enfermedades crónico degenerativas e incapacitantes sean las primeras causas de muerte y que los fallecimientos sean en edades avanzadas.

Parte fundamental en el estudio de las condiciones de vida en la población de adultos mayores lo constituyen los estados de salud, los cuales, como derecho fundamental del ser humano, adquieren una mayor relevancia e impactan directamente el nivel de bienestar en las personas de 60 años y más. En este sentido la investigación “Condiciones de Vida y Salud Mental en Adultos Mayores (COVYSMAM-LJ), en su segunda fase y en el contexto de este trabajo, permitió obtener información sobre sus características sociodemográficas, razones por las que recurren al servicio de salud, utilización del servicio y presencia de síntomas emocionales.

Es de aclarar que en el protocolo de investigación se propuso obtener 150 entrevistas, que empezaron a aplicarse el 21 de noviembre 2018 y que debido a la emergencia sanitaria por el virus SARs-Cov 2 y el confinamiento decretado por la SSCDMX y la institución, el trabajo de campo tuvo que suspenderse el 23 de marzo 2019, día en que se acudió al CS, pero ya no fue posible continuar con el registro de adultos mayores y aplicación de entrevistas. De esta forma, solo se pudieron completar 82 (61.6%) de las contempladas. Este hecho y la importancia de haberlo llevado a cabo hasta que se decretó la emergencia sanitaria, donde el CS suspendió actividades en algunos servicios y las

reuniones programadas en el Grupo MAO, lo que más allá de constituirse en una limitante adquiere una connotación relevante ya que a partir de estos datos se podría determinar el impacto de la pandemia en sus condiciones de salud y vida en la población de estudio. Así mismo, el hecho de que ya no se pensara en continuar la aplicación de las entrevistas en la fase post-pandemia, se sustenta en que el instrumento indaga sobre la presencia de condiciones de vida en función del tiempo en que pudieron estar presentes, pero dado que con el COVID 19, vivimos tiempos excepcionales, en gran parte debido a los contagios y al confinamiento, esta situación cambió la forma en que transcurría nuestra vida cotidiana.

Por otro lado, y en concordancia a lo reportado en la literatura, también encontramos que el envejecimiento es mayormente una condición femenina, que esta población alcance edades más avanzadas y que dentro de sus necesidades de atención se encuentre la preocupación por el control de sus padecimientos por “hipertensión y la consulta médica general”; en contraste la población masculina, que acude por control de “diabetes” principalmente; así también, es relevante destacar que exista una diversidad de circunstancias por las que van y que entre las variables de estudio se observaran diferencias relativas en las distribuciones sobre todo en relación al sexo, la edad y razones por las cuales llegan al CS. De la información derivada de la muestra del registro poblacional, se encontró que cerca de una tercera parte no está incluida en un plan de salud; no obstante, se consideran en poco más de la mitad ser derechohabientes del CS, lo cual indica que este centro de salud cubre y satisface sus necesidades básicas de atención en salud y que el autocuidado sea predominantemente llevado a cabo. Así mismo, destaca que reciban en su mayoría apoyo gubernamental y que este sea debido

a su edad. Estrechamente relacionada a sus condiciones de vida, sobresale que la principal preocupación sea por su salud, lo que indica que acudan al centro de salud por el control de sus padecimientos médicos, enmarcados dentro de las enfermedades crónicas, degenerativas e incapacitantes.

En el contexto del presente trabajo, es necesario señalar y asumir el reto para el investigador en el área psicosocial, el profundizar a través de los materiales y métodos el estudio y trabajo específicamente en la población mexicana de adultos mayores, sobre las repercusiones para su salud y condiciones derivadas de la pandemia por el virus Sars Cov 2, que inciden tanto en la salud física como emocional, sin omitir las características y motivantes de asistencia por los adultos mayores a los Centros de Salud.

La salud como derecho humano y su impacto en el bienestar de las poblaciones, debe ser considerada durante todo el proceso

vital, esto es, desde el nacimiento hasta la muerte y para cada una de las etapas del desarrollo sin importar la edad y los ciclos de vida por los cuales atravesamos los seres humanos. No obstante, existen demandas y particularidades en la atención a la salud para cada grupo, donde se observa y se describen etapas en el que ciertas poblaciones son mayormente vulnerables, como es el caso de las personas de 60 años y más, también identificadas como adultos mayores.

Finalmente, es de destacar que, en el proceso de envejecimiento, de la vejez y del adulto mayor que si bien este sea individual, particular en cada persona, se observen especificidades, como el hecho de que alcanzar edades avanzadas sea más una condición femenina que masculina, que la edad sea un factor de riesgo para presentar mayores problemas de salud, disminuciones en los órganos de los sentidos y en la movilidad principalmente.

REFERENCIAS

Bupa Health Pulse (BHP). **Ageing Societies: challenges and opportunities. Evidence from the Bupa health Pulse, 2010.** International Healthcare survey. Fernández JL and Forder J. www.bupa.com/healthpulse/ageing September 2010.

Consejo Nacional de Población (CONAPO): **La Situación Demográfica de México**, 2003. www.gob.mx/conapo/documentos/la-situacion-demografica-de-mexico-2003

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI). **Estadísticas a propósito del día mundial de la población (11 de julio). Datos nacionales.** Comunicado de Prensa, Núm. 302/20, 9 de julio de 2020. https://www.inegi.orf.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2020/Poblacion2020_nal.pdf

Instituto Nacional de Geografía Informática y Estadística (INEGI). **Estadísticas a propósito del día internacional de las personas adultas mayores (1 de octubre).** Comunicado de prensa Núm. 547/21, 29 de septiembre de 2021. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP_ADULMAYOR_21.pdf

Instituto Nacional de Geografía Informática y Estadística (INEGI). **Estadísticas a propósito del día internacional de las personas adultas mayores.** Comunicado de prensa Núm. 568/22, 30 de septiembre de 2022. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_ADULMAY2022.pdf

López-Jiménez JL, Barrios-Salinas G, López-Salgado BE, Martínez-Medina MP, Bazaldúa-Merino LA, Cortés-Solís T. **“Frecuencia de Desórdenes Mentales en Adultos Mayores Residentes en una Institución de Asistencia Social en la Ciudad de México”.** *Estud. Interdiscip. Envelhec. Porto Alegre.* 13(1):133-145, 2008.

Mari JJ, Williams PA. **A Comparison of the Validity of two Psychiatric Screening Questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using Relative Operating Characteristics (ROC) Analysis.** *Psychological Medicine,* 15:651-659, 1985.

Naciones Unidas –NU-, (s/a). **Desafíos globales. Envejecimiento.** <https://www.un.org/es/global-issues/ageing> Consultado: 3 junio 2023

Organización Mundial de la Salud (OMS). **Década de Envejecimiento Saludable 2021-2030**. 14 diciembre 2020 https://www.who.int/es/publications/m/item/decade-of-healthy-ageing-plan-of-action?sfvrsn=b4b75ebc_25

Organización Panamericana de la Salud (OPS). **Derechos Humanos y Salud. Personas Mayores**, 2008. <https://www.paho.org/es/documentos/derechos-humanos-salud-personas-mayores-0> Consultado el

Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud, (OPS-OMS). **Curso de vida saludable**. 2021. Curso de vida saludable - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud (paho.org)

Secretaría de Salud (SS). Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES). Reunión Regional de Planeación de Infraestructura. **Modelos de Unidades de Salud**, mayo 2018. 10_25_Modelos_de_Unidades_de_atenci_n_a_la_Salud_DGPLADES_LML_.pdf – Adobe Acrobat Pro

Servicios de Salud Pública del Distrito Federal (SSPDF, s/a). Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. **Centros de Salud**. www.salud.df.gob.mx

	n	%
Sexo		
Masculino	36	27.1
Femenino	97	72.9
Edad (años cumplidos)		
60 a 64	29	21.8
65 a 69	35	26.3
70 a 74	24	18.0
75 a 79	31	23.3
80 y más	14	10.5
	X= 70.9	DE= 7.1
	Rango: 60 a 90 años	
Estado civil		
Soltero, Divorciado, Separado, Madre Soltera	45	34.1
Casado, Unión Libre	49	44.7
Viudo	28	21.2

Tabla 1 Datos sociodemográficos básicos de la población general que acude al Centro de Salud

Dr. Manuel Escontria, ubicado en la Ciudad de México (1) N= 133

No se incluye la no respuesta 1 (.85%)

Escolaridad (años cursados)	n	%
1 a 6 años	69	51.9
7 a 9 años	17	12.8
10 a 12 años	15	11.3
13 a 15 años	1	.8
16 a 18 años	9	6.8
Subtotal	111	83.5
	X= 7.2	DE= 4.1
	Rango: 1 a 18	
Otros: analfabeta, sin educación formal: sabe leer y escribir	22	16.5
No respuesta (n= 2; 1.5%)		

Tabla 2 Datos sociodemográficos básicos de la población general que acude al Centro de Salud Dr. Manuel Escontria, ubicado en la Ciudad de México (2) N= 133

Motivos por lo que asisten al Centro de Salud	n	%
Otras finalidades	33	24.8
Control padecimientos crónico-degenerativos	100	75.2

Tabla 3 Categorización motivos por los cuales acude al CS N= 133

Otras: Actividades módulo de atención al sobrepeso y obesidad (Grupo MAO), acompañantes de alguien, realizar solicitudes en general.

Padecimientos crónico-degenerativos (Control de hipertensión, diabetes y/o ambas condiciones), consulta y atención médica general

Edad (años cumplidos)	Sexo			
	N= 133			
	Masculino		Femenino	
	n	%	n	%
60 a 64	9	31.0	20	69.0
65 a 69	10	28.6	25	71.4
70 a 74	5	20.8	19	72.9
75 a 79	10	32.3	21	67.7
80 y más	2	14.3	12	85.7

Tabla 4 Distribución por edad y grupos de edad Población registrada N= 133

Motivos por los que acude al CS	<u>Sexo</u>				<u>Edad (años cumplidos)</u>									
	Masculino		Femenino		60 a 64		65 a 69		70 a 74		75 a 79		80 y más	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Actividades grupo MAO	-	-	22	100.0	-	-	3	13.6	7	31.8	8	36.4	4	18.2
Consulta médica general	11	34.1	21	65.6	9	28.1	10	31.2	3	9.4	6	18.8	4	12.5
Control Hipertensión	12	33.3	24	66.7	10	27.8	11	30.6	6	16.7	8	22.2	1	2.8
Control diabetes	6	46.2	7	53.8	5	38.5	2	15.4	3	23.1	3	23.1	-	-
Control hipertensión y diabetes	5	26.3	14	73.7	4	21.1	5	26.3	2	10.5	4	21.1	4	21.1
Otros: acompañante	1	11.1	8	88.9	1	11.1	3	33.3	3	33.3	1	11.1	1	11.1

Tabla 5 Distribución entre los motivos por los que acuden por sexo y edad N= 133

Otras: Actividades módulo de atención al sobrepeso y obesidad (Grupo MAO), acompañantes de alguien, realizar solicitudes en general.

Padecimientos crónico-degenerativos (Control de hipertensión, diabetes y/o ambas condiciones), consulta y atención médica general

Motivos por los que acude al CS	<u>Estado Civil</u>						<u>Escolaridad (años cursados)</u>									
	Soltero		Casado		Viudo		1 a 6		7 a 9		10 a 12		13 a 15		16 a 18	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Actividades Grupo MAO	10	45.5	5	22.7	7	31.8	15	75.0	2	10.0	1	5.0	1	5.0	1	5.0
Consulta médica general	9	29.0	15	48.4	7	22.6	13	52.0	3	12.0	5	20.0	-	-	4	16.0
Control hipertensión	13	36.1	18	50.0	5	13.9	17	58.6	7	24.1	3	10.3	-	-	2	6.9
Control diabetes	3	23.1	9	62.9	1	7.7	10	90.9	1	9.1	-	-	-	-	-	-
Control hipertensión y diabetes	7	36.8	6	31.6	6	31.6	10	62.5	3	18.8	2	12.5	-	-	1	6.2
Otros: acompañante	2	22.2	5	55.6	2	22.2	3	37.5	-	-	4	50.0	-	-	1	12.5

Tabla 6 Distribución entre los motivos por los que acuden de acuerdo al estado civil y escolaridad N= 133

Otras: Actividades módulo de atención al sobrepeso y obesidad (Grupo MAO), acompañantes de alguien, realizar solicitudes en general.

Padecimientos crónico-degenerativos (Control de hipertensión, diabetes y/o ambas condiciones), consulta y atención médica general

Incluido en un plan de retiro/pensión	n	%
Si	21	25.9
No	61	74.1
Derechohabiente		
Centro de Salud	44	53.7
Instituto Mexicano del Seguro Social	18	22.0
Otros: Seguro Pop, ISSSTE, Marina,	20	24.3
¿Quién lo atiende, cuida?		
Autocuidado	41	50.0
Autocuidado y familia nuclear	31	37.8
Familia nuclear y extendida	10	12.2
¿Recibe algún tipo de apoyo actualmente?		
Si	50	61.0
No	32	39.0
¿Cuál? ¿De quién?		
Gobierno (tarjeta bienestar)	40	48.8
Pensión, familia y gobierno	10	12.2
¿Por qué recibe apoyo?		
Por la edad	50	61.0
Aún no alcanza la edad	31	37.8
Reporte de preocupaciones		
Salud	59	72.0
Familiares	56	68.3
Económicos	42	51.2

Tabla 7 PRINCIPALES VARIABLES SELECCIONADAS Muestra de estudio, Centro de Salud (CSDME)
N= 82 (61.6%)

	n	%
No Caso (puntaje 0 a 2)	44	53.7
Caso (puntaje 3 a 11)	38	46.3
	X= 2.7	DS=2.5

Tabla 8 DETECCIÓN DE SINTOMATOLOGÍA EMOCIONAL Cuestionario General de Salud (CGS-12)
N= 82

Razones por las que recurren al CS	Criterios CGS			
	No caso		Caso	
	n	%	n	%
Grupo MAO, acompañante, solicitudes	19	43.2	10	26.3
Control padecimientos crónico-degenerativos	25	56.8	28	73.7

Tabla 9 Distribución entre los motivos por lo que acuden al CS Criterio de No caso-Caso, CGS-12. N= 82