



**Universidad Nacional Autónoma de México**  
**Programa de Posgrado en Ciencias de la Administración**

Investigación evaluativa de un programa social para la vejez y de las condiciones de salud de sus beneficiarios, mediante la utilización de Sistemas de Información Geográfica.

**T e s i s**

**Que para optar por el grado de:**

**Doctora en Ciencias de la Administración**

Presenta:

**Flor Rocío Ramírez Martínez**

Comité Tutor:

Tutor Principal:

**Dr. Luis Flores Padilla**  
**Facultad de Contaduría y Administración (UNAM)**  
**Dra. Cynthia Klingler Kaufman**  
**Facultad de Contaduría y Administración (UNAM)**  
**Dra. Irma Eréndira Sandoval Ballesteros**  
**Instituto de Investigaciones Sociales (UNAM)**

México, D.F; agosto de 2014.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

La gente suele comentar lo rápido que se hace uno viejo, uno abre los ojos incrédulo, como si no le hubieran estado avisando hace años y, de repente, ya es viejo. Lo mismo le va a pasar a nuestra sociedad. La inexorable lógica del calendario nos revela que la amenaza avanza con cada cumpleaños, pero seguimos actuando como si el tiempo que discurre no fuera con nosotros. **Frank Schirrmacher.** *Periodista y escritor alemán.*

Una bella ancianidad es, ordinariamente, la recompensa de una bella vida.  
**Pitágoras.** *Filósofo y matemático griego.*

La madurez del hombre es haber recobrado la serenidad con la que jugábamos cuando éramos niños. **Nietzsche.** *Filósofo y poeta alemán.*

Muchas personas no cumplen los ochenta porque intentan durante demasiado tiempo quedarse en los cuarenta. **Dalí.** *Pintor español.*

*Los que en realidad aman la vida son aquellos que están envejeciendo.*  
**Sófocles.** Poeta trágico griego.

## DEDICATORIA

*A Dios, por el don de la vida, y por permitirme culminar otra etapa de mi formación profesional.*

*A mis padres Oscar y Lalú, por haberme regalado una hermosa infancia,  
por su ejemplo de esfuerzo y perseverancia para salir adelante.*

*A mi esposo Fernando, mi fiel compañero en este viaje.*

*A mis hijos Fernando y Sebastián, mi mayor tesoro.*

## AGRADECIMIENTOS

*Al **Doctor Luis Flores Padilla**, mi tutor principal, por las tantas horas dedicadas a esta tesis, gracias por sus enseñanzas, su paciencia y su apoyo.*

*A la **Doctora Cynthia Klingler Kaufman**, por su sapiencia y su gran experiencia, que siempre comparte con especial gentileza.*

*A la **Doctora Irma Eréndira Sandoval Ballesteros**, por su orientación, sus invaluable aportaciones, y sus comentarios siempre constructivos.*

*A la **Doctora Patricia Mercado Salgado**, por su amabilidad, sus consejos y recomendaciones tan valiosas para enriquecer el contenido de la tesis.*

*A la **Doctora Carmen Patricia Jiménez Terrazas**, por ser mi primera aproximación en esta aventura del Doctorado, por su acompañamiento y apoyo en todos estos años y agradeciendo su gran vocación para la formación de nuevos investigadores.*

## INDICE

<b>RESUMEN.....</b>	<b>11</b>
<b>CAPÍTULO 1.- INTRODUCCIÓN. ....</b>	<b>12</b>
1.1 Antecedentes.....	12
1.2 Descripción del problema. ....	15
1.3 Preguntas de investigación.....	15
1.31 General.....	15
1.32 Específicas.....	16
1.4 Objetivos.....	17
1.41 General.....	17
1.42 Específicos.....	17
1.5 Justificación del problema.....	18
1.6 Estructura de la investigación.....	19
<b>CAPÍTULO 2.- ORIGEN Y TIPOS DE EVALUACIÓN DE PROGRAMAS SOCIALES..</b>	<b>20</b>
2.1 La teoría del estado de bienestar como origen de los programas sociales.....	20
2.2 La crisis del estado de bienestar.....	27
2.3 El estado de bienestar de la salud en la vejez .....	30
2.4 La teoría evaluativa.....	32
2.5. Tipos de evaluación.....	37
2.5.1 Evaluación del impacto.....	37
2.5.2 Evaluación <i>ex- ante</i> . ....	38
2.5.3 Evaluación <i>ex-post</i> o terminal.....	39
2.5.4 Evaluación intermedia o de proceso.....	39
2.5.5 Evaluación de la implementación. ....	40
2.5.6 Evaluación de resultados.....	40
2.5.7 Evaluación de la ejecución. ....	40
2.5.8 Evaluación participativa. ....	41
2.5.9 Evaluación democrática.....	41
2.5.10 Evaluación responsiva-constructivista. ....	42
2.5.11 Investigación evaluativa. ....	42

<b>CAPÍTULO 3.- TEORÍAS Y TRANSPARENCIA EN EVALUACIÓN. ....</b>	<b>47</b>
3.1 Teóricos de la evaluación. ....	47
3.2 La transparencia en los programas sociales.....	56
<b>CAPÍTULO 4.- CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD. ....</b>	<b>60</b>
4.1 Importancia. ....	60
4.2 Componentes. ....	62
4.3 Enfoques teóricos. ....	63
<b>CAPÍTULO 5.- ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL Y PROGRAMAS SOCIALES PARA ADULTOS MAYORES. ....</b>	<b>66</b>
5.1 La problemática del envejecimiento poblacional en México. ....	66
5.2 Envejecimiento de la población en América Latina.....	71
5.3 Envejecimiento de la población en el estado de Chihuahua.....	73
5.4 Pobreza de los adultos mayores en el estado de Chihuahua. ....	74
5.5 Programas sociales para adultos mayores en América Latina. ....	77
5.51 Chile.....	78
5.52 Uruguay.....	78
5.53 Argentina.....	79
5.54 Bolivia.....	79
5.55 Costa Rica.....	79
5.56 Brasil.....	80
5.57 Cuba.....	80
5.58 Programas sociales en países miembros de la OCDE.....	83
5.6 Programas sociales para adultos mayores en México.....	84
5.6.1 Programa de pensión alimentaria para adultos mayores del Distrito Federal...	85
5.6.2 Programa 70 y Más del gobierno federal (cambió a 65 años en el 2013).....	86
5.6.3 Programa social “Vive a Plenitud” en el estado de Chihuahua. ....	89
5.6.3.1 Modalidad de acción del programa.....	90
5.6.3.2 Objetivo general del programa.....	90
5.6.3.3 Objetivos específicos.....	91

5.6.3.4 Población objetivo.....	91
5.6.3.5 Criterios de participación para la beca alimentaria.....	91
5.6.3.6 Mecánica de operación de la beca alimentaria.....	91
<b>CAPÍTULO 6.- METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>95</b>
6.1 Tipo y diseño de la investigación. ....	95
6.2 Población, muestra y diseño muestral. ....	96
6.2.1 Población. ....	96
6.2.2 Muestra.....	100
6.2.3 Diseño muestral.....	102
6.3 Método e instrumento de medición.....	104
6.3.1 Método.....	104
6.3.2 Descripción del método de la segunda etapa. ....	104
6.4 Hipótesis .....	109
6.5 Variables.....	109
6.5.1 Variables independientes.....	110
6.5.2 Variables dependientes. ....	112
6.6 Proceso de análisis de información y datos.....	114
<b>CAPÍTULO 7.- RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>118</b>
7.1 Descripción sociodemográfica de la muestra de la primera etapa.....	118
7.2 Resultados relacionados a las hipótesis de la primera etapa. ....	120
7.2.1 Beneficiarios del programa en los polígonos de pobreza de SEDESOL.....	120
7.2.2 Beneficiarios del programa social en los niveles de bienestar .....	123
7.3. Descripción sociodemográfica de la muestra de la segunda etapa. ....	126
7.4 Prueba piloto.....	128
7.5 Resultados de las hipótesis en la segunda etapa de la investigación. ....	128
7.5.1 Padecimientos más comunes según la percepción del adulto mayor.....	128
7.5.2 Correlación entre la malnutrición del adulto mayor y la pobreza. ....	130
7.5.3 El grado de malnutrición es mayor en los adultos que viven en asilos. ....	132
7.5.4 La depresión y ansiedad según la edad del adulto mayor.....	133
7.5.5 El estado de viudez en los ancianos presenta mayor índice de depresión.	135
7.5.6 La escolaridad disminuye el grado de depresión del adulto mayor.....	135

7.5.7 El lugar de residencia es determinante en la depresión del adulto mayor. .	137
7.5.8 El trabajo es un factor de protección contra la depresión y la ansiedad. ...	139
7.5.9 El adulto mayor que vive solo tiene menor grado de incapacidad. ....	140
7.5.10 Más del 30% de los adultos mayores tienen un deterioro intelectual. ....	141
7.5.11 Ser hipertenso aumenta la depresión del adulto mayor.....	141
7.5.12 Correlación entre la pobreza y la ansiedad en los adultos mayores.....	142
7.5.13 Correlación entre la pobreza y la depresión en los adultos mayores.....	146
7.5.14 La nutrición, la depresión y la ansiedad vs. la pobreza del anciano. ....	148
<b>CAPÍTULO 8.- DISCUSIÓN .....</b>	<b>149</b>
<b>CAPÍTULO 9.- CONCLUSIONES .....</b>	<b>163</b>
<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>169</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>172</b>
<b>ANEXO 1: Instrumento aplicado.....</b>	<b>185</b>
<b>ANEXO 2: Colonias en polígonos de pobreza de SEDESOL en Ciudad Juárez.....</b>	<b>196</b>
<b>ANEXO 3: Colonias en niveles de bienestar según el IMIP en Ciudad Juárez.....</b>	<b>199</b>

## TABLAS.

1. Tasas de crecimiento de la población mayor de 60 años en América Latina.	72
2. Adultos mayores en el estado de Chihuahua.	74
3. Comparativa de pobreza en Chihuahua y a nivel nacional.	76
4. Pensiones alimenticias para adultos mayores en países de América Latina.	82
5. Etapas de la investigación.	95
6. Beneficiarios del programa Vive a Plenitud por localidad.	98
7. Etapas del método y diseño de investigación.	104
8. Variables, tipo y forma de medición.	111
9. Variables para mapeo.	112
10. Variables del cuestionario.	114
11. Mapeo de los polígonos de pobreza de los beneficiarios del programa social.	121
12. Mapeo de los niveles de bienestar de los beneficiarios del programa social.	126
13. Descripción sociodemográfica de la muestra.	127
14. Principales padecimientos de los adultos mayores según su propia percepción.	129
15. Indicadores de nutrición según los niveles de marginación urbana.	130
16. Edad del adulto mayor y su correlación con la depresión.	134
17. Estado civil del adulto mayor y su correlación con la depresión.	135
18. Escolaridad del adulto mayor y su correlación con la depresión.	137
19. Lugar de residencia del adulto mayor y su correlación con la depresión.	138
20. Estado laboral del adulto mayor y su correlación con la depresión.	139
21. Estado mental de los beneficiarios del programa.	141
22. Relación entre depresión y enfermedades crónicas.	142
23. Beneficiarios con ansiedad mapeados según los niveles de marginación urbana.	143
24. Personas con depresión según los niveles de marginación urbana.	146
25. Resultado de la prueba U de Mann-Whitney.	148

## FIGURAS.

1. Ciencias y disciplinas en la teoría evaluativa y los tipos de evaluación.	36
2. Pirámide poblacional 2005 y 2010.	68
3. Pirámide poblacional de las proyecciones para el 2030 y 2050.	68
4. Proceso para asignación de beca del programa Vive a Plenitud.	94
5. Mapeo de los beneficiarios del programa sobre los polígonos de pobreza.	122
6. Mapeo de los beneficiarios según los niveles de bienestar.	125
7: Nutrición en los grupos de marginación urbana y los polígonos de pobreza.	131
8. Nutrición en los adultos mayores pertenecientes al programa.	132
9. La malnutrición de los adultos mayores según el lugar en donde habitan.	133
10. Depresión y ansiedad y su relación con la edad.	134
11. Relación de escolaridad con depresión y ansiedad.	136
12. Depresión, ansiedad y lugar de residencia.	138
13. Depresión, ansiedad y estado laboral.	139
14. Capacidad funcional de los adultos mayores.	140
15. Casos de ansiedad dentro de los grupos de marginación urbana.	144
16. Casos de ansiedad dentro de los polígonos de pobreza.	145
17. Depresión de adultos mayores dentro de los grupos de marginación urbana.	147

## RESUMEN

En esta tesis se presentan los resultados de la evaluación de un programa social para adultos mayores en extrema pobreza en Ciudad Juárez, Chihuahua, México. Se analizó mediante Sistemas de Información Geográfica si la población beneficiaria era la población objetivo del programa, además se evaluaron sus condiciones generales de salud y se correlacionaron algunas de estas variables con los niveles de pobreza. Para lograr este objetivo se realizó un estudio cuantitativo y transversal. La investigación fue realizada en dos etapas, en la primera se realizó un diseño descriptivo; se analizaron las características sociodemográficas del total de la población y se realizó una georreferenciación sobre los polígonos de pobreza de SEDESOL y los niveles de bienestar del INEGI. En la segunda el diseño fue descriptivo y correlacional, con una muestra probabilística de 959 beneficiarios y un método de recolección de datos basado en un cuestionario derivado del proyecto SABE (Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina y el Caribe) dividido en cinco secciones: a) condiciones de salud según la percepción del beneficiario; b) estado de nutrición usando dos cuestionarios: Mini Nutritional Assessment y evaluación del apetito; c) capacidad funcional de los adultos mayores usando el índice de Katz de Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD); d) estado cognitivo con el cuestionario de Pfeiffer; e) estado de depresión con el cuestionario de Yesavage y f) estado de ansiedad con el cuestionario de Goldberg. Se contrastaron algunas de estas variables con los índices de marginación urbana. Los resultados revelan que 79.4% de los beneficiarios se encuentran fuera de los polígonos de pobreza. Con respecto a los niveles de bienestar se identificó que 16.6% de los beneficiarios se encuentran en el nivel más alto. Se identificó que existe una correlación entre las zonas de pobreza y los niveles de ansiedad, depresión y malnutrición. Asimismo se detectó que existe menor depresión del adulto mayor cuando se tiene un trabajo remunerado y que existe mayor depresión cuando los adultos mayores viven en asilos. Los adultos mayores que viven en asilos padecen mayor malnutrición que los que viven en casa propia o prestada.

## **CAPÍTULO 1.- INTRODUCCIÓN.**

### **1.1 Antecedentes.**

Evaluar un programa social permite conocer si se está logrando el objetivo deseado. En los programas sociales se invierte tiempo, dinero y el esfuerzo de muchos empleados para ejecutarlos; sin embargo se desperdician muchos recursos al crear programas y no evaluarlos, ya que no se tiene conocimiento de si realmente están cumpliendo con resolver la problemática de su población objetivo. De acuerdo a Jacinto García & Solla (2007), poco puede esperarse de los programas sociales si no se tienen políticas universales y estructurales de redistribución de ingresos y servicios.

Para Matos (2005) un programa social adecuadamente formulado mejora sustancialmente sus posibilidades de éxito. Sin embargo, se debe contar con herramientas de evaluación y seguimiento de programas, desde la introducción hasta la última fase de la ejecución, que contengan los criterios que comúnmente se utilizan dentro de las organizaciones que evalúan estos programas. Asimismo, la evaluación de los programas debe realizarse utilizando más de un procedimiento, porque al tratarse de programas sociales, ésta se hace más compleja y requiere contar con criterios específicos.

El objetivo de una evaluación de programas sociales es revisar los resultados que una intervención del gobierno ha generado en un entorno específico; por lo tanto no se tiene una idea del éxito o el fracaso de un programa si no se realiza una evaluación del mismo. Meza (2008) señala que las variadas presiones representadas por la llegada de la globalización, los diversos señalamientos hacia los gobiernos por parte de múltiples organismos internacionales que provienen de todo el mundo, así como el legítimo reclamo de la sociedad sobre la efectividad en la utilización de los recursos públicos en el diseño, ejecución y resultados de

sus instrumentos de intervención, han obligado al gobierno mexicano a enfrentar la necesidad de dar respuesta a tales requerimientos, con mecanismos de control, transparencia y evaluación; es decir, hacer un ejercicio de rendición de cuentas que garantice un mejor desempeño en función de las necesidades de la sociedad.

Asimismo, tal como analiza De Miguel (2009), la evaluación de programas sociales tiene un significado político, ya que los programas de intervención social constituyen el resultado de decisiones y prioridades políticas. Es difícil sostener que el trabajo del evaluador es meramente técnico, siendo que el sesgo ideológico y político implícito en su tarea es inevitable. El evaluador, además de ser técnico también debe ser un mediador político, ya que las políticas públicas son el objetivo de la evaluación.

Para Meza (2008), antes la confianza pública en el desempeño del gobierno era un asunto poco relevante para el desarrollo de los países. La revolución de la información que trajo la globalización ha provocado que la sociedad cuente cada vez más con un mayor conocimiento de los derechos, obligaciones y alternativas que tienen para exigir la rendición de cuentas de las acciones del sector público. Actualmente, los gobiernos de todo el mundo se enfrentan a los desafíos científicos y tecnológicos, de seguridad social y salud pública, de sustentabilidad ambiental y especialmente de información, que nos ha traído la propia globalización.

Por otro lado, utilizar Sistemas de Información Geográfica (SIG) puede ser de gran utilidad para focalizar los programas sociales. Garson & Biggs (1992), definen un SIG como un equipo y programas de computación que integra mapas y gráficos con una base de datos sobre un espacio geográfico definido. Los datos geográficos que se usan son tanto de naturaleza espacial como descriptiva. En ese sentido, el uso de los SIG en el campo de la salud pública es reciente. Para la Organización Panamericana de la Salud (1996) el desarrollo de estos sistemas ha tenido sus raíces en otras áreas tales como el mercadeo, el transporte, la seguridad pública y, desde luego, el monitoreo de fenómenos geológicos y climáticos de la tierra.

Aun y cuando los SIG no son nuevos, no se encuentra en la literatura su uso muy frecuente para realizar evaluaciones a los programas sociales. Actualmente existen muchos programas sociales en el mundo, pero el principal problema es la falta de evaluación relacionada a si está llegando realmente a su población objetivo, además de que no se conoce si está generando un cambio en la población beneficiaria, por lo que resulta muy relevante para los programas sociales utilizar SIG para su evaluación.

Por otro lado, generalmente los recursos de los gobiernos son limitados y no se puede en la mayoría de los casos crear programas sociales con criterios de universalidad. Por este motivo la focalización es de gran importancia para que efectivamente los recursos de los programas sean recibidos por quien realmente los necesita.

Para Brodershohn (1999), focalizar un programa le da prioridad a aspectos operativos y metodológicos sobre quién y dónde recibe el bien o servicio social y debería ser decisiva para asignar el gasto público social, ya que asegura que los grupos vulnerables tengan acceso a los bienes y servicios públicos sociales, creando una mayor equidad.

El término “focalización” es utilizado en los programas sociales para delimitar a los destinatarios según la finalidad que persiguen los programas, es decir, su población objetivo. En el presente caso de estudio la focalización del programa social son los adultos mayores en extrema pobreza. Realizar una focalización geográfica permite identificar territorios homogéneos donde existe pobreza y de esta manera determinar dónde está la población que pudiera ser candidata idónea para recibir el apoyo de un programa social encaminado a la pobreza. Orozco & Hubert (2005) señalan que una focalización geográfica se lleva a cabo mediante la utilización de SIG. Las bases de datos que integran el sistema contienen la cartografía producida por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), el sistema carretero, la disponibilidad de servicios de educación y salud, entre otros.

Una de las limitantes de este estudio es que no se aborda la medición de la transparencia y corrupción, pero si se menciona de manera teórica la transparencia en el apartado 3.2 del presente estudio.

## **1.2 Descripción del problema.**

Existe un hueco del conocimiento en los programas sociales que tiene que ver con su focalización. En la mayoría de los casos el presupuesto de los gobiernos no alcanza a cubrir a toda la población que necesita del apoyo, por lo cual la cobertura de los programas sociales se ve limitada por los recursos económicos con los que se cuenta. El gobierno entrega recursos pero no se tienen los mecanismos para determinar si realmente están llegando a la población objetivo y si estos apoyos están generando un cambio en el nivel de vida de los beneficiarios. Los SIG son una herramienta muy útil que puede servir de apoyo para evaluar y contrastar espacialmente la implementación de los programas sociales.

Existen pocos estudios donde se utilizan SIG para realizar evaluaciones de programas sociales. Loyola *et al* (2002) analizan esta situación y señalan los beneficios que pueden generarse al aplicarlos. A través de la evaluación del programa social “Vive a plenitud” para adultos mayores en Ciudad Juárez, Chihuahua como estudio de caso, se evalúa si la población beneficiada es la población objetivo del programa mediante un mapeo geográfico de sus direcciones sobre los polígonos de pobreza de SEDESOL y los niveles de bienestar del INEGI.

Por otro lado, aunque los estudios sobre las condiciones de salud en poblaciones de adultos mayores no son escasos, es importante estudiar el estado nutricional, deterioro cognitivo, afectivo y grado de capacidad física de los adultos mayores ya que es una población que tendrá un crecimiento importante en las próximas décadas y sus enfermedades serán un grave problema de salud pública, sobre todo para los que se encuentran en situación de extrema pobreza.

## **1.3 Preguntas de investigación.**

### **1.3.1 Pregunta general de la investigación.**

¿Cuáles son los resultados de la evaluación del programa social "Vive a plenitud" (beca para adultos mayores en extrema pobreza), analizando si la población beneficiaria es la población objetivo del programa y caracterizando su perfil de salud física y psicológica mediante condiciones generales de salud, estado nutricional, afectivo, deterioro cognitivo y grado de capacidad física correlacionando algunas de estas variables con pobreza?

### **1.3.2 Preguntas específicas de la investigación.**

1.- ¿Cuál es la evaluación de la beca alimenticia entregada a la población beneficiada versus la población objetivo del programa social mediante el mapeo geográfico de sus direcciones sobre los polígonos de pobreza de SEDESOL?

2.- ¿Cuál es la evaluación de la beca alimenticia entregada a la población beneficiada versus la población objetivo del programa social mediante el mapeo geográfico de sus direcciones contrastado con los niveles de bienestar según el Censo de Población y Vivienda 2010 del INEGI?

3.- ¿Cuáles son los padecimientos de salud más comunes según la autopercepción de los beneficiarios del programa social?

4.- ¿En qué estado de salud nutricional se encuentran los beneficiarios del programa social y cuál es la correlación existente entre la malnutrición y la pobreza?

5.- ¿Cuál es el estado afectivo (depresión y ansiedad) de los beneficiarios de este programa social y su correlación con sus variables sociodemográficas?

6.- ¿Cuál es el deterioro cognitivo de los beneficiarios de este programa social y su correlación con sus variables sociodemográficas?

7.- ¿Cuál es el grado de capacidad física de los beneficiarios de este programa social y su correlación con sus variables sociodemográficas?

8.- ¿Existe correlación de la pobreza con el estado nutricional, la depresión y la ansiedad?

## **1.4 Objetivos.**

### **1.4.1 Objetivo general de la investigación.**

Evaluar el programa social "Vive a plenitud" (beca para adultos mayores en extrema pobreza) en el estado de Chihuahua, identificando si la población beneficiaria del programa es la población objetivo, además de caracterizar el perfil de salud física y psicológica de los adultos mayores beneficiarios mediante la evaluación de su estado nutricional, afectivo, deterioro cognitivo y grado de capacidad física, correlacionando algunas de estas variables con la pobreza.

### **1.4.2 Objetivos específicos de la investigación.**

1.- Evaluar si la población atendida por el programa es su población objetivo a través del análisis de las direcciones de los beneficiarios mediante un mapeo geográfico sobre los polígonos de pobreza de SEDESOL.

2.- Evaluar si la beca alimenticia entregada se otorga a la población objetivo del programa social utilizando SIG a través de mapeos de su domicilio contrastados contra los niveles de bienestar según el Censo de Población y Vivienda 2010 del INEGI.

3.- Determinar cuáles son los padecimientos de salud más comunes según la autopercepción de los beneficiarios del programa social.

4.- Evaluar el estado nutricional de los beneficiarios del programa social y la correlación entre la malnutrición y la pobreza.

5.- Evaluar el estado afectivo (depresión y ansiedad) de los beneficiarios del programa social y su correlación con sus variables sociodemográficas.

6.- Evaluar el deterioro cognitivo de los beneficiarios del programa social y su correlación con sus variables sociodemográficas.

7.- Evaluar el grado de capacidad física de los beneficiarios del programa social y su correlación con sus variables sociodemográficas.

8.- Determinar la correlación entre algunos padecimientos según la autopercepción de los beneficiarios y la presencia de estados depresivos.

9.- Determinar si existe correlación entre la pobreza y el estado nutricional, la depresión y la ansiedad.

### **1.5 Justificación del problema.**

La evaluación genérica de programas sociales para adultos mayores y de sus condiciones de salud utilizando SIG se justifica por las siguientes razones:

- Para analizar sistemáticamente la información sobre las actividades, características y resultados, que permitan orientarse hacia la acción de toma de decisiones (Rossi & Freeman, 1982).
- Porque la mayoría de ellos no cuenta con una evaluación sobre la administración del programa ni el impacto que éste tiene en los beneficiarios (De Miguel, 2000).
- Los adultos mayores representan un grupo vulnerable que en la mayoría de los casos no cuenta con una pensión para solventar su vejez ni una casa propia donde vivir. Según estimaciones de CONAPO (2010) el 75% de los adultos mayores en México no cuentan con ingresos de pensión o jubilación para afrontar su vejez. Según cifras de INEGI (2010) para el año 2050 la población de adultos mayores será superior a la población infantil.

- Contrastar los niveles de pobreza identificados por el gobierno con los potenciales beneficiarios de los programas para definir cuál es realmente la población que necesita el beneficio. Utilizar SIG puede ser de gran utilidad para focalizar los programas sociales (Orozco & Hubert, 2010).
- Indicar que el aumento en la esperanza de vida de la población de adultos mayores es una condición existente pero no se analiza en qué condiciones está llegando este grupo poblacional a la vejez (Botero & Pico, 2007).

## **1.6 Estructura de la investigación.**

En el primer capítulo de la tesis se presenta un breve esbozo de los antecedentes, el planteamiento del problema, los objetivos y preguntas de investigación. El capítulo dos aborda el origen de los programas sociales, definiciones, la teoría del estado de bienestar, la teoría evaluativa y sus clasificaciones. El capítulo tres presenta los teóricos de la evaluación y la transparencia en los programas sociales. El capítulo cuatro señala la importancia de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), las definiciones del término, sus componentes y los enfoques teóricos. El capítulo cinco profundiza sobre la problemática del envejecimiento poblacional, el envejecimiento de la población en América Latina, en México y en el estado de Chihuahua, así como la pobreza que enfrentan los adultos mayores. El capítulo seis explica la metodología utilizada en la presente investigación, el tipo y diseño, la población, la muestra, el diseño muestral, el instrumento de medición, el método, las variables y las hipótesis, así como el proceso de análisis de información y datos. El capítulo siete explica los resultados de la investigación, el capítulo ocho expone la discusión, el capítulo nueve las conclusiones y al final se exponen las recomendaciones.

## **CAPÍTULO 2.- PROGRAMAS SOCIALES: SU ORIGEN Y SU EVALUACIÓN.**

En este capítulo se describe el origen y la evolución de los programas sociales, así como su evaluación.

### **2.1 La teoría del estado de bienestar como origen de los programas sociales.**

Desde la Edad Media y hasta alrededor del siglo dieciocho en Europa la sociedad comienza a considerar la ayuda económica a modo de “limosna” como una manera de ayudar a las personas con más necesidad. Para Evangelista (2001) ahí se inicia lo que constituye una de las formas de ayuda social más importantes de hoy en día: la beneficencia, que es definida como el acto de prestar algún modo de asistencia a las personas en necesidad, otorgando cierta protección a los grupos vulnerables dentro de la sociedad.

Evangelista (2001) y Nina (2008) concuerdan en la definición de beneficencia como un sistema de protección social que tiene su base en la asistencia a grupos desprotegidos y que aunque principalmente es llevado a cabo por instituciones del estado, también puede efectuarse por organismos privados o instituciones religiosas. Esta definición del perfil de los beneficiarios, quienes son los usuarios de los programas sociales, revela otra necesidad: distribuir muy pocos recursos entre un gran número de personas.

Esta ayuda económica que surge en la edad media y que hoy llamamos beneficencia es el primer acercamiento que se tiene a lo que hoy conocemos como programas sociales que tienen su fundamento en el estado de bienestar. Uno de los principales objetivos del estado de bienestar es proporcionar niveles de vida digna a los ciudadanos que no sean capaces de mantenerla por sus propios medios. El estado proporciona protección sobre

riesgos derivados de situaciones esperadas como la vejez o de situaciones inesperadas como la pérdida del empleo, de la salud, o necesidades económicas.

Con respecto a la vejez el INEGI (2014) determinó que la esperanza de vida de las mujeres en México se incrementó a 77.5 años y la de los hombres a 72.1 años. La importancia de este incremento en la esperanza de vida nos hace remontarnos 125 años atrás para analizar las bases del estado de bienestar, en las que se sustenta el que llamaremos “*estado de bienestar para la vejez*” del cual el canciller alemán Otto Von Bismarck instauró las bases al crear el seguro de invalidez y vejez en 1889.

Dentro del marco teórico de esta tesis se analizará el estado de bienestar, ya que una de las situaciones más esperadas de la vida es la vejez; en el mejor de los casos se espera su llegada, pero es difícil saber en qué condiciones se llegará, y es aquí en donde tiene un papel fundamental el estado de bienestar.

Briceño & Gillezeau (2012) señalan que entre la corriente liberal y socialista que predominaron en Europa a finales del siglo XVIII y comienzos del XIX, se creó un nuevo concepto que apoyaba la necesidad de desarrollar políticas sociales que disminuyeran los problemas que estaba generando el capitalismo. Esta nueva corriente recibió el nombre de estado benefactor, estado providencia (del Francés L’Etat Providence) o estado de bienestar (del Inglés Welfare State).

El origen de los programas sociales guarda relación directa con el origen de las políticas públicas de desarrollo social, las llamadas “políticas sociales”. Vara-Horna (2007) indica que las políticas sociales fueron impulsadas por los gobiernos europeos al finalizar la Segunda Guerra Mundial y se orientaron a procurar condiciones de vida aceptables para el conjunto de la sociedad. Esto implicó intentar, mediante su intervención, resolver los más diversos problemas sociales: desempleo, bajos salarios, analfabetismo, baja escolaridad, carencia de servicios básicos, enfermedades, etc.

El modelo Keynesiano de intervención estatal se reconoce como un importante antecedente del estado de bienestar, fue concebido por el economista británico John M.

Keynes como consecuencia de la Gran Depresión Económica de los años treinta y se consolidó en los países desarrollados, después de la segunda guerra mundial. Después de la postguerra, el mundo obtuvo una de sus más grandes conquistas: el estado de bienestar, el cual ha sido replicado por varios países en el mundo con buenos resultados para disminuir la pobreza de sus ciudadanos. Por bienestar podemos entender las condiciones que se necesitan para tener una vida digna y por lo tanto en esta visión entra el gobierno para crear las condiciones necesarias para que la ciudadanía pueda lograrlo.

El estado de bienestar como concepto nos proporciona la idea de proporcionar la satisfacción de necesidades básicas para la vida tales como económicas, educativas y de salud, siendo el estado el que las rige. Los orígenes de la intervención del estado en este tema se remontan a la época del canciller Bismark, quien es considerado por muchos el fundador del estado alemán moderno. A él se debe en gran medida que Alemania fuera el primer país en crear una política social de estado, su obra es abordada por varios autores que se mencionan a continuación.

Después de la segunda guerra mundial surge la necesidad de que el estado intervenga no sólo en el plano económico sino en el plano social. Para Moreno (2001) se puede hablar de los orígenes del estado de bienestar a partir de la legislación social alemana en el periodo de gobierno del canciller, estadista y militar Otto von Bismarck, quien a fines del siglo XIX aprueba la primera legislación social alemana que entre sus leyes incluía la ley de seguro de enfermedad y maternidad de 1833, la ley de accidentes de trabajo de 1884 y la ley de jubilación y defunción de 1889.

A finales del siglo XIX Europa empieza a ayudar a sus ciudadanos realizando un cambio en su manera de conceptualizar la pobreza, y se empieza a apoyar a la población buscando su bienestar, se comienzan a crear políticas públicas que regulen las desigualdades sociales.

Villarrespe (2002) señala que en el siglo XIX, la revolución industrial introdujo un cambio de percepción sobre la pobreza, asimilando a los pobres con los obreros industriales, es decir, tratando de incluirlos en la vida productiva, ya que se tenía la idea de que pobreza

era igual a delincuencia. Debido a esta situación se implementaron controles para garantizar la honestidad, la dignidad y el apego social al trabajo de las personas menos favorecidas. Para el autor lo esencialmente importante es que el problema de los pobres se integra de forma estructural al estado. La caridad decreció cuando el estado asumió un nuevo centralismo con las siguientes variantes: a) como represor de vagos, b) como patrón de los verdaderamente necesitados, avalándolos en las posibilidades de empleo y, ocasionalmente, como proveedor de trabajos públicos, y c) como recopilador de información acerca de los pobres.

En Reino Unido los poderes públicos estatales fueron asumiendo funciones tradicionalmente desempeñadas por los concejos municipales o las iglesias, previo a la promulgación en 1834 de la *New Poor Law*. Para algunos historiadores esta fecha marcó los inicios de la construcción de los sistemas contemporáneos del bienestar. Las leyes en Gran Bretaña se modificaron estableciendo un sistema de ayuda a los pobres, los cuales antes sólo habían recibido apoyo a través de instituciones de beneficencia o de la iglesia. Estos cambios legales permitieron crear un marco jurídico reglamentario para apoyar a los más necesitados (Moreno, 2001).

A finales del siglos XIX, según la revisión de literatura, empiezan a generarse opiniones sobre el estado de bienestar, por ejemplo según documenta Krmpotic (2002) en el Congreso Internacional de Asistencia Pública y Privada, celebrado en París en 1889, se plantea el sostenimiento de la intervención del estado como contralor de las instituciones privadas, y se empieza a considerar el asistencialismo como una actividad más racional.

Moreno (2001) indica que las bases del estado de bienestar en Estados Unidos se establecieron después de la depresión de 1929 y sobre todo con la aprobación, en 1935, de la *Social Security Act*, aunque posteriormente unos programas sociales menos comprensivos, y la carencia de un sistema nacional de salud pública, han configurado el *welfare* estadounidense, como un modelo de mínimos dentro de lo que se conoce como modelo anglosajón.

Marshall (1993) señala que la ciudadanía actual es resultado de un proceso histórico. Él examina este proceso a la luz de la experiencia inglesa, donde de manera no uniforme se han ido incorporando diferentes derechos en diferentes momentos de la historia. En este sentido, diferencia los derechos en tres grupos, a cada uno de los cuales les corresponde un siglo en el que fueron consolidados: derechos civiles (siglo XVIII), derechos políticos (siglo XIX) y derechos sociales (siglo XX). Pero para Marshall son los derechos sociales los que hacen de la ciudadanía una institución única y digna de ser defendida. Los derechos sociales son derechos universales que le asisten al ciudadano por su mera pertenencia a la comunidad, que se otorgan sin vinculación alguna con el lugar que éste ocupe en la división del trabajo o en los sistemas de jerarquías sociales.

El sociólogo Esping-Andersen apoyado en los planteamientos de Marshall se basa en el concepto de ciudadanía social para desarrollar su propio concepto sobre el estado de bienestar. Esping-Andersen (1993) construyó una tipología que identifica tres regímenes de bienestar, indica que hay tres tipos de estados de bienestar según el peso del estado y su intensidad redistributiva. De acuerdo al autor un régimen de bienestar es una combinación institucional de producción mixta de bienestar entre el estado, la familia, el mercado y la sociedad civil que depende de tres factores: la naturaleza de la movilización de las clases sociales, las estructuras de coalición de la clase política y el legado histórico.

a) El liberal-anglosajón: Es heredero del siglo XIX y la visión de “aliviar a los pobres”, el elemento central es el mercado y se aplica en los países anglosajones. Tiene un enfoque de asistencia social basado en necesidades y, en consecuencia, un sesgo hacia la focalización. En este régimen típico en los Estados Unidos, el mercado es la estructura fundamental y dominante del bienestar. La intervención del estado es limitada y la redistribución de la riqueza es un objetivo secundario. Los programas sociales sólo cubren a la población más pobre, los subsidios son modestos y duran poco, la sanidad es mayoritariamente privada, con programas públicos sólo para jubilados o con ingresos muy bajos. El mercado de trabajo está desregulado, con salarios mínimos irrisorios y escasa protección laboral.

b) El socialdemócrata: Desarrollado en los países escandinavos, se fundamenta en la búsqueda de la protección pública integral con una tendencia al igualitarismo. En ese sentido tiene una alta provisión de servicios sociales y se centra en el estado. Un país representativo

de este esquema es Suecia, aquí el estado interviene con fuerza en la economía y su prioridad es la redistribución del ingreso y la igualdad en las oportunidades. Los programas sociales son extensivos, están bien financiados y cubren a toda la población. Los servicios públicos suelen ser excelentes. A pesar de que la regulación del mercado laboral es escasa, existen generosos subsidios de desempleo y agresivas políticas de inserción laboral. El resultado de este modelo es el de sociedades extremadamente igualitarias, con altos niveles de movilidad social, muy bajos niveles de pobreza y envidiables niveles de competitividad e innovación industrial gracias a una mano de obra bien calificada.

c) El conservador: Su mayor impacto se ha dado en la Europa continental y sus raíces son de carácter estatista, con influencia de la religión católica. Lo que busca es proteger individualmente a los trabajadores asegurándoles la ocupación mediante estrictas normas de contratación y despido. En este modelo se incluyen países como Alemania, Francia y Bélgica. La intervención del estado es considerable, pero sin embargo la disposición redistributiva es limitada. Como los programas universales no acostumbran tener una buena calidad, los ciudadanos de clase alta recurren al sector privado. En este modelo existen agresivas políticas sociales de empleo y guarderías gratuitas, con mercados de trabajo muy regulado a fin de proteger a los que tienen empleo. El resultado de este modelo son sociedades igualitarias, con niveles de movilidad social no demasiado altos, con niveles de pobreza no excesivos pero con altas tasas de desempleo.

Para Pico (1999) el estado de bienestar comienza con mayor auge a partir de 1945 cuando la mayoría de los países capitalistas adoptan la doctrina del Reporte Beveridge y los postulados de política macroeconómica de Keynes. La teoría Keynesiana intentaba disminuir los efectos de la depresión actuando sobre la demanda agregada a través del estado. De ahí que la expansión de los programas de bienestar actuados desde arriba se justificaba no sólo con el fin de cubrir las necesidades básicas de la población, sino también como política económica para regular el mercado y reavivar el consumo.

Con respecto al Reporte Beveridge su autor fue William Beveridge, un inglés que en 1942 en plena guerra mundial creó varias obras que planteaban la necesidad de cambiar las políticas sociales para evitar que después de la guerra siguieran subsistiendo las

desigualdades sociales. Beveridge quería evitar la pobreza, decía que el estado debe ofrecer un modelo de seguridad social donde se pueda contar con la oportunidad de un trabajo remunerado que permita estar a salvo de la misma.

Según Bustelo & Minujin (1997), el Reporte Beveridge plantea la convicción de evitar que después de la guerra se retomara el sistema de desigualdades sociales del pasado, promoviendo un programa completo de seguros sociales para trabajadores y no trabajadores que cubrieran la desocupación, la incapacidad, la maternidad, la viudez, etc. Asimismo propone la intervención estatal en la seguridad social y el otorgamiento de subsidios a las clases más necesitadas. A partir del reporte se abandona la idea de Bismark del seguro social sólo para trabajadores, para pasar a la idea de una protección mínima para todos, independientemente de si las personas contribuyeron o no.

Niklas Luhmann (1993), plantea que si es posible hablar de una lógica del estado de bienestar, esta sólo puede ser comprendida mediante el principio de compensación. Se trata de la compensación de aquellas desventajas que recaen sobre cada cual como consecuencia de un determinado sistema de vida. En el siglo XIX, en Europa se impuso la tesis de la separación entre estado y sociedad, pero el estado no es nada fuera de la sociedad, constituye uno de sus sistemas funcionales.

Sen (2002) señala que en ocasiones las enfermedades, la pérdida del trabajo, la discapacidad o el bajo nivel salarial pueden ser motivo para que las personas se hundan en la pobreza extrema, y es entonces cuando el estado de bienestar impide que las personas lleguen a tal estado apoyando a solucionar en parte sus necesidades. Según el autor en la Europa de los años veinte a los cuarenta o principios del período de posguerra la expectativa de vida era muy baja, aunado con la incidencia de enfermedades y pobreza. Ahora gracias al estado de bienestar generado por la asistencia sanitaria, la seguridad social, los programas contra la pobreza, el seguro del desempleo y los planes de pensión, esta expectativa de vida ha cambiado radicalmente. Para Sen el estado de bienestar ha sido quizás la mayor aportación de la civilización europea al mundo.

## 2.2 La crisis del estado de bienestar.

El crecimiento económico no puede separarse del crecimiento social, el libre mercado que hemos experimentado en los últimos años no ha proporcionado por sí solo un beneficio global en la población. El bienestar de los ciudadanos está plasmado como un derecho en la Constitución de la mayoría de los países y este derecho en parte es subsanado por el estado de bienestar. La era neoliberal trajo consigo beneficios económicos para el estado, pero no necesariamente traducidos en beneficios económicos para sus ciudadanos, y sí en cambio trajo una mayor desigualdad social y una brecha más grande entre las clases sociales.

Para Sen (2002) la naturaleza del estado de bienestar consiste en ofrecer algún tipo de protección a las personas que sin la ayuda del estado puede que no sean capaces de tener una vida mínimamente aceptable, según los criterios de la sociedad moderna. Dentro de este nuevo concepto de estado de bienestar en la modernidad se cuenta con varios estudios críticos que se empiezan a gestar con mayor fuerza a partir de 1970.

Un criterio original de estos estudios según Myles *et al* (2002) ha sido la identificación del industrialismo como un factor causal del planteamiento de políticas sociales. El autor analiza cómo la industrialización instituyó nuevas demandas sociales que cambiaron las instituciones agrarias tradicionales, se tuvo un acceso al empleo y por consiguiente al salario, lo que creó una dependencia al mismo.

Durante los años setenta se gestó lo que puede llamarse una “crisis del estado de bienestar”. La escasez de recursos, el aumento de la inflación y la el cambio del patrón oro-dólar comenzaron la crisis. Los críticos más importantes de la época, Huntington, Crozier y Watanuky (1975), se refirieron a la crisis fiscal de los estados de bienestar como una crisis de democracia, ya que señalaban que el gobierno estaba adquiriendo demasiadas cargas sociales, lo que significaba déficit público; esto aunado a los problemas con los sindicatos, los hizo considerar el estado de bienestar como inviable.

Para Mulas-Granados (2010) la profunda crisis económica internacional que venimos experimentando en los últimos años, fundamentalmente, en los países desarrollados, como consecuencia de la economía de mercado capitalista y de la insuficiente regulación del mercado financiero, está agudizando la crisis del estado de bienestar que comienza a experimentarse con la crisis económica de la década de los setenta. De tal forma, que se hace necesario plantear diferentes alternativas para afrontar esta crisis, así como las nuevas demandas y riesgos sociales que comienzan a aparecer en las actuales sociedades desarrolladas tales como inmigración, acceso a la vivienda, envejecimiento, desempleo, etc.

Los nuevos fenómenos laborales y sociales que repercutieron en la crisis del estado de bienestar han generado que en los últimos años se transforme para adecuarse a los nuevos tiempos; incluso el envejecimiento poblacional no ha sido suficientemente explorado a la luz del estado de bienestar para que éste se adecue a las nuevas políticas sociales. A continuación se realizará un análisis de los tres modelos antes expuestos por Esping-Andersen bajo los nuevos cambios surgidos:

- a) El modelo liberal o anglosajón que se expuso anteriormente se retoma en la década de los 90 a través de la contracción “*workfare*” o “*welfare to work*” sobre todo en Estados Unidos y Gran Bretaña. Según Lodemel y Trickey (2001) el *workfare* estaría compuesto por programas o medidas que requieren el retorno al mercado laboral para que la persona pueda cobrar las prestaciones sociales. En Estados Unidos esta reforma la realiza el Presidente Bill Clinton en 1996 y el primer ministro Anthony “Tony” Blair en Inglaterra sigue sus pasos, eliminando los apoyos y dándole prioridad al empleo, en donde se condiciona las ayudas que pudiera otorgar el estado a tener un trabajo.

Para Waddan (2003) entre las reformas de Clinton destaca la desaparición de la *Aid to Families With Dependent Children (AFDC)*, que se fundó en 1935 como una de las “medidas estrella” dentro del *New Deal* impulsado por el presidente Roosevelt, y que sin duda alguna era el programa más conocido dentro del sistema de asistencia social estadounidense. El AFDC atendía antes de la reforma a unas cinco millones de familias. De este modo, este programa es sustituido por el *Temporary Assistance for Needy Families (TANF)*. Como

resultado se obtiene un aumento del empleo y una disminución de los programas sociales, pero lo interesante de esto es que ha representado una disminución en la pobreza.

Michalopoulos y Berlín (2001) señalan que a raíz de este cambio en algunos casos, ciertas familias que ahora trabajan a jornada completa están en una situación peor que cuando recibían las prestaciones sociales. El premio Nobel de economía Joseph Stiglitz (2009) acuñó la frase “ahora somos todos Keynesianos” para hacer referencia a la intervención del estado en la crisis financiera de los Estados Unidos del 2009, como política económica, aceptada tanto por las fuerzas políticas de la derecha como por los del bando Keynesiano.

b) Las llamadas “rentas mínimas” que son mejor conocidas en México como “subsidios” y que son nuestro caso de estudio, surgieron con la crisis del estado del bienestar cuando las personas perdían sus empleos. O se dejaba a las personas fuera de la asistencia social o se debía reformar el modelo de protección social. Es ahí donde se crean estos subsidios para grupos vulnerables los cuales hoy en día en muchos de los países sobre todo latinoamericanos, se han convertido en una nueva manera de reestructurar el estado de bienestar. Para Euzéby (1991) este modelo tiene cuatro características fundamentales:

- a) Los subsidios son complementarios a la seguridad social, son la última opción de seguridad para ciudadanos de escasos recursos.
- b) Son de carácter condicional. De este modo, hay que cumplir ciertas exigencias como por ejemplo la edad, la residencia o la nacionalidad, con el compromiso a participar en programas de inserción.
- c) Más que de un derecho habría que hablar de un “cuasi-derecho”, ya que muchas veces en algunos países, dependiendo de la coyuntura económica, se han introducido más o menos restricciones en la gestión del programa.
- d) Generalmente no hay limitación temporal a la hora de percibir el subsidio.

Moreno (2008) señala que inicialmente los subsidios son creados para las personas que no han cotizado al sistema de Seguridad Social, que lo han hecho de forma insuficiente o que no cumplen algunos de los requisitos establecidos. Es decir, que nacen con el objetivo de

cubrir los “agujeros” que deja el sistema contributivo dentro del estado del bienestar. A pesar de esto, con el paso del tiempo los subsidios han sido una pieza fundamental en la lucha contra la vulnerabilidad y la pobreza. Los subsidios han mejorado las condiciones de vida de sus usuarios y en ciertos casos han servido para poner en marcha procesos de acompañamiento e inserción social. Según el autor no puede dejarse a un lado que la valoración de las personas beneficiarias suele ser por lo general positiva y altamente satisfactoria con respecto a dichos programas.

Los subsidios otorgados por los gobiernos no siempre son suficientes para cubrir las necesidades básicas de la vida diaria, por lo cual toma relevancia una adecuada selección de los beneficiarios mediante mecanismos de focalización.

Para Martínez (2000) el estado de bienestar debe estar conformado en primer lugar por una serie de gastos en bienes preferentes: como educación, salud, vivienda y empleo, luego por un segundo grupo de gastos en programas de transferencias de recursos tales como pensiones, seguros de enfermedad, seguros de desempleo y subsidios familiares entre otros. Se trata de cubrir riesgos individuales por el conjunto de la sociedad. Estos riesgos son la indigencia, el desempleo, la vejez, la invalidez o la carencia de una educación mínima. Cuando un estado intenta garantizar estos riesgos, estamos ante un estado del bienestar.

El estado de bienestar les asegura a los ciudadanos las condiciones necesarias para una vida digna. Se debe pensar en construir un nuevo estado de bienestar del siglo XXI, con las bases del estado de bienestar del pasado pero con la visión del futuro en el cual políticas sociales no estén peleadas con la viabilidad financiera de los países, donde los ciudadanos tengan un compromiso y se genere un asistencialismo proporcionado por el estado de bienestar, pero con corresponsabilidad por parte de la ciudadanía.

### **2.3 El estado de bienestar de la salud en la vejez.**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o

enfermedades. En esta definición al hablar de salud también se habla de bienestar, por lo que es pertinente analizar la relación entre los constructos.

Para Sen (2002) la salud es esencial para nuestro bienestar, ya que son pocas cosas las que se pueden lograr cuando la salud se pierde. Lo que es injusto es que algunos pueden perder su salud debido a problemas económicos y no por una decisión personal como la de no preocuparse por su salud. Sen analiza cómo una enfermedad que no es prevenida o tratada por encontrarse en situación de pobreza y no por una elección personal como el tabaquismo, es una situación que va en contra de la justicia social.

Briceño & Gillezeau (2012) señalan que tanto la planeación como la gestión de la salud por parte de los distintos regímenes del estado de bienestar, deben basarse en alargar el máximo posible dicho estado completo de bienestar y en intentar evitar que disminuya o incluso que desaparezca. Los autores señalan que la salud, al igual que la educación, la seguridad social, y el trabajo, tienen un origen institucional en cuanto a las actividades que el estado como expresión organizada de la sociedad ha ido adoptando para hacer frente colectivamente a las necesidades básicas de la población, estén o no relacionadas entre sí.

A medida que las personas envejecen los gastos en cuestiones de salud se incrementan y su capacidad para generar ingresos disminuye. La vejez va generalmente acompañada de la enfermedad por el desgaste natural del paso de los años, pero si a esto le sumamos la pobreza, el resultado puede resultar caótico. Por lo anterior es necesario que los gobiernos asuman un compromiso en materia de salud para apoyar a los adultos mayores en situación de pobreza, que constituyen una población vulnerable.

El estado de bienestar tiene su fundamento en que los gobiernos tienen la responsabilidad frente a su población de crear instituciones y programas sociales que les permitan a los ciudadanos un buen nivel de bienestar. Sen (2002) señala que la enfermedad y la salud deben tener un lugar destacado en cualquier discusión sobre la equidad y la justicia social. Tomando como punto de partida esta ubicuidad de la salud como consideración social, se advierte que la equidad en salud no puede dejar de ser una característica central de la justicia de los acuerdos sociales en general. La equidad en la salud no concierne únicamente

a la salud, sino que debe abordarse desde el ámbito más amplio de la imparcialidad y la justicia de los acuerdos sociales, incluida la distribución económica y prestando la debida atención al papel de la salud en la vida y la libertad humanas.

Estas condiciones de salud en la vejez como la nutrición, la capacidad física, el estado cognitivo, la depresión y la ansiedad, que son esenciales para el bienestar del adulto mayor se midieron en la presente investigación.

## **2.4 La teoría evaluativa.**

La evaluación entendida en el campo de los programas sociales está relacionada con las intervenciones del gobierno para estudiar los procesos, su metodología y si los cambios generados por una intervención social son los deseados. Las evaluaciones pueden realizarse en varios entes pero es en el gobierno donde enfrentan su mayor reto, ya que es ahí donde se gestan los programas sociales que pueden generar cambios significativos en la población.

Un programa social incluye todos aquellos programas, servicios y actividades dirigidas a grupos específicos de la sociedad, conocidos en su mayoría como grupos vulnerables que cubren ancianos, niños, discapacitados, familias en estado de necesidad etc. De Miguel (2000) define la evaluación como un “proceso de búsqueda de evidencias pertinentes, válidas y fiables a partir de las cuales podamos justificar nuestras valoraciones”. En definitiva, obtener conocimientos que nos permitan una mayor comprensión del objeto que evaluamos.

La teoría evaluativa evoluciona después de la segunda guerra mundial cuando se establece el estado de bienestar y se crea una bonanza enmarcada por la inversión que se transforma en apoyos sociales. Es aquí cuando el gobierno empieza a estudiar a la población para determinar sus necesidades y consensuar los apoyos necesarios para su desarrollo. El gobierno en esa época tenía una visión más cercana a un socialismo-paternalismo puesto que sentía la obligación de apoyar a la población con recursos limitados y mantenía una corresponsabilidad en la pobreza que implicaba el apoyo económico a los más vulnerables.

La historia de la teoría de la evaluación está ligada a la investigación social, la cual es un proceso que utiliza el método científico dentro de los problemas sociales. Para House (1994) la evaluación se consolidó durante el auge del estado de bienestar, como instrumento

para determinar la validez de las políticas sociales emprendidas por los gobiernos por lo que su teoría y enfoques se han desarrollado básicamente dentro de la concepción liberal del mundo y la sociedad y se encuentran por lo tanto fundamentados en los supuestos y principios del liberalismo político. Como teoría, la evaluación, es heredera de los supuestos básicos del Estado liberal. Los enfoques evaluativos son empiristas, se basan en el criterio de que la libertad de ideas permitirá conocer la verdad, asumen la libertad de elección con respecto a las mejores ideas y son los individuos quienes deciden lo que les conviene y lo que no.

Nirenberg (2006) señala que en este estado de bienestar que prevaleció hasta mediados de la década de los 80, el estado era el principal actor, tanto en la formulación como en la ejecución de las políticas sociales y asumía la obligación de proporcionar protección a los ciudadanos que necesitaban de la ayuda. La "crisis del estado de bienestar", que comienza ya en la década del 80 y se acentúa en la del 90, implicó la pérdida de roles y recursos por parte del estado, en el marco de las políticas neoliberales, los ajustes presupuestarios en función de los crecientes déficits fiscales y los incrementos en las deudas externas.

Ya pasando la década de los noventa se inician los tratados de libre comercio entre los países y México pasa de ser un estado con una política proteccionista a ser un estado neoliberal en donde la entrada de los bienes importados comienza a verse reflejada en el cierre de empresas que no pueden competir con los nuevos productos. Este neoliberalismo se ve reflejado además en los apoyos sociales, ya que las políticas públicas dependen de los recursos financieros de un país y los cambios económicos repercuten en las mismas.

Con el transcurso de los años el estado se fue retirando de la economía para dar su entrada al libre mercado y por consecuencia se olvidaron las políticas para distribuir la riqueza entre los grupos sociales más desfavorecidos. Nirenberg (2006) señala que también a mediados de los 90, los procesos de concentración de la riqueza se incrementaron en forma notable en la mayoría de los países capitalistas, profundizándose las brechas existentes entre los grupos más ricos y los más pobres. América Latina llegó a constituirse en una de las regiones más desiguales del planeta. Perdido aquel rol central del estado y caídas las políticas que implicaban servicios "universales", las políticas sociales se orientaron cada vez

más a "compensar" la situación de los cada vez más numerosos grupos afectados por el aumento de la pobreza y de la desocupación. El estado implementó diversas formas de contención de la pobreza mediante "planes sociales", especialmente los alimentarios.

A mediados de la década de los noventa empiezan a surgir los programas sociales en México ya no para entregar bienes o alimentos sino como subsidios económicos para tratar de resolver las necesidades de la población. Al existir recursos limitados por parte de los gobiernos y un gran número de personas en pobreza, comienza a surgir la necesidad de que estos recursos sean utilizados de la mejor manera y que los programas sociales lleguen a su población objetivo; éste es el principio de la evaluación de programas sociales.

Para Svampa (2005), en América Latina se inició con la transnacionalización de la economía y por consiguiente la reforma del estado. Ahora los países empezaban a depender del capital financiero representado por el Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo. Esta dependencia a fondos internacionales también ha hecho de la evaluación una actividad trascendente. En la medida que se tenga transparencia en los programas sociales mayores fondos internacionales serán asignados a las causas sociales, por lo cual la evaluación de programas se vuelve indispensable para los países.

Para el gobierno, la evaluación es un instrumento útil para diseñar políticas, particularmente las orientadas al mejoramiento de las condiciones de vida de la población así como calificar su gestión. La evaluación representa una cultura de gobierno que no se limita a ser un proceso meramente técnico. Pedir cuentas a los gobernantes, requiere conocimiento e información y para esta rendición de cuentas se necesitan procesos evaluativos que informen a los ciudadanos lo que el gobierno hace y los resultados obtenidos (Solarte, 2002).

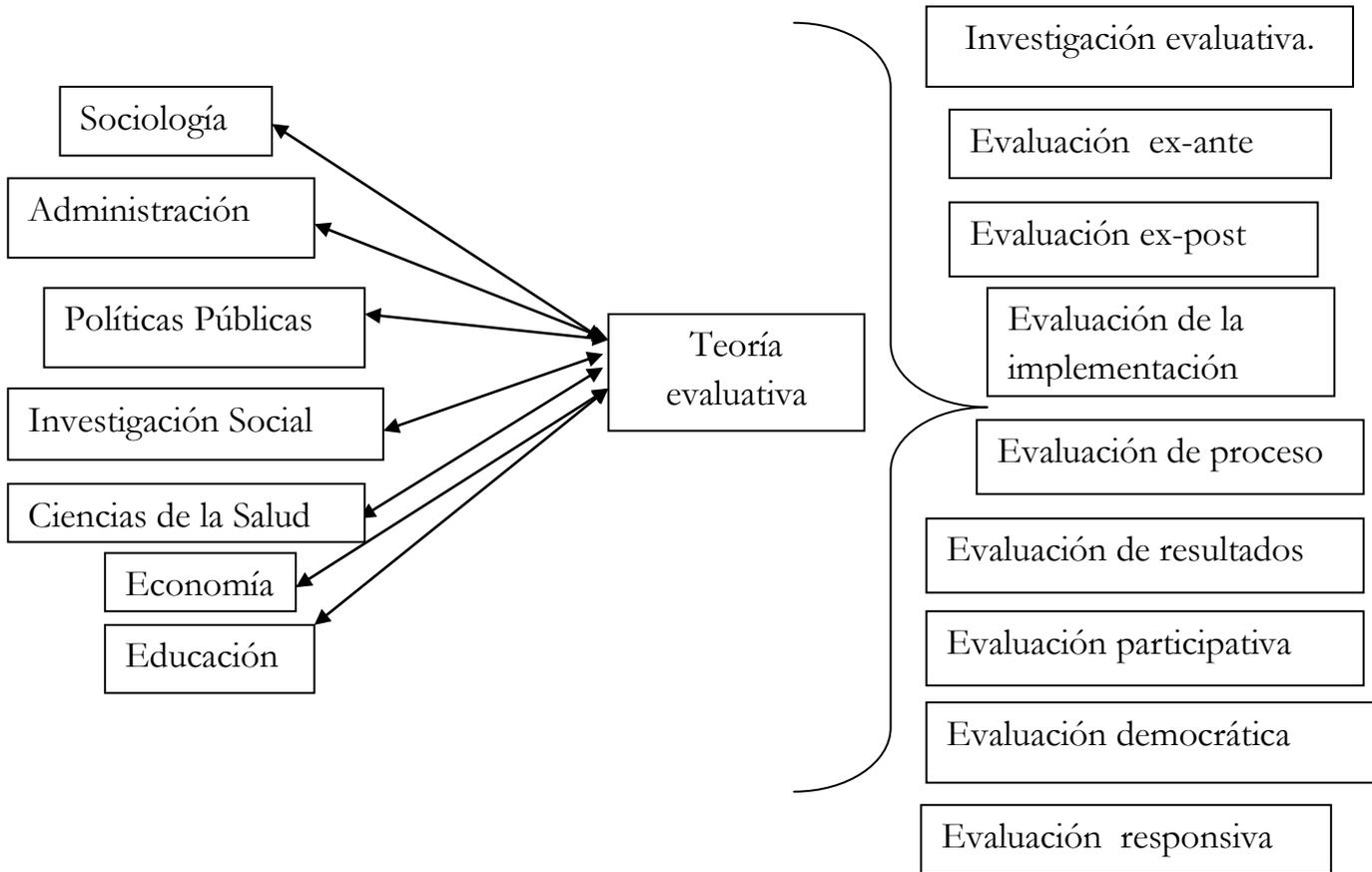
El autor señala que el grado de intervención del estado en la sociedad difiere en los liberales y asume posiciones intermedias entre la absoluta no-intervención y la intervención enérgica del estado. En el caso de la evaluación, la posición tradicional asume que existe la necesidad de una intervención estatal para mejorar las condiciones de la sociedad, lo cual tiene una explicación lógica en cuanto a la génesis de la evaluación dentro del estado de bienestar.

Con este cambio en las políticas de los gobiernos de no intervención, ahora se crea una exigencia por parte de la sociedad de que el gobierno otorgue los mejores servicios con calidad, eficiencia y eficacia, así como con un adecuado uso de sus recursos. Se crea un concepto en el cual la población conoce los programas sociales y puede plasmar su opinión de ellos a través de las urnas.

La evaluación de programas se realiza para generar información sobre si un programa determinado está cumpliendo con sus metas, conocer si está llegando a su población objetivo, así como determinar si los recursos se están aplicando con transparencia y oportunidad. Aunque la evaluación puede darse en cualquier ámbito, es en el gobierno donde tiene un uso más relevante.

Para Robson (1993) la evaluación es un tipo de investigación aplicada que intenta determinar el valor de un esfuerzo, de una innovación, una intervención, algún servicio o enfoque determinado. La teoría evaluativa se ha generado y se ha nutrido con diferentes disciplinas y ciencias. A continuación se presenta un diagrama sobre las principales ciencias y disciplinas relacionadas con la teoría evaluativa (ver figura 1).

**Figura 1. Ciencias y Disciplinas relacionadas con la teoría evaluativa y su relación con los diferentes tipos de evaluación**



**Fuente: Elaboración propia con base en la revisión de literatura expuesta en el presente capítulo.**

Para Bañón (2003), la evaluación no sólo contribuye a la construcción de la democracia al ejercer la función de control y legitimación de las políticas públicas, sino que también construye democracia en la medida que los propios procesos evaluativos permiten profundizar en los valores democráticos. Estos valores democráticos son los principios que permiten a los países ejercer la democracia, que en sentido coloquial es el gobierno del pueblo, por eso las evaluaciones de los programas sociales son una medida para determinar un control en el uso y manejo de los recursos públicos.

Otra de las finalidades que se otorgan a los procesos evaluativos dentro de las organizaciones es el control de las políticas públicas. De Miguel (1995) señala que la evaluación de la actividad pública constituye una de las grandes conquistas de los países democráticos ya que permite valorar los resultados de las acciones desarrolladas, estimar los efectos de las políticas públicas sobre la ciudadanía y, en consecuencia, legitimar el papel de las organizaciones.

Cada evaluación responde a un programa y éste a su vez tiene sus propias deficiencias. Por lo cual, para realizar una evaluación no existe un método como una fórmula que aplique en todos los casos. Para cada programa social se tiene que realizar una evaluación individualizada y adecuada a las necesidades del contexto.

## **2.5 Tipos de evaluación.**

Dentro de la teoría de la evaluación se encuentra que cada autor realiza diferentes clasificaciones de los tipos de evaluación existentes. A continuación se realiza una descripción de esta clasificación para después elegir una de ellas como marco para la presente investigación.

### **2.5.1 Evaluación del impacto.**

Matos (2005) indica que cuando se promueve la participación activa de los beneficiarios en el proceso de evaluación de los programas sociales, todos se benefician. Con la evaluación del impacto ambas partes resultan beneficiadas, tanto el estado que recibe información importante para la modificación o cambios necesarios para el programa, como la sociedad que es beneficiada con los programas. Señala que la evaluación de los programas sociales es necesaria debido a que se manejan recursos públicos y se debe garantizar el máximo beneficio para la población.

Además la evaluación de un programa social del gobierno es diferente a la de cualquier programa privado por los recursos públicos que se manejan ya que no se requiere de gran

habilidad para conseguir estos recursos como en otras organizaciones. La finalidad de la evaluación de un programa social sería la de efectuar una continua valoración de los diferentes componentes del mismo. La información que se derive de esto ayudaría a la toma de decisiones que puedan garantizar la eficiencia y eficacia de los programas sociales y por ende las condiciones de vida de la población beneficiaria.

Otro estudio que trata sobre la evaluación del impacto en los programas sociales es el de Scoppetta (2006), en el cual se estudian específicamente países de América Latina. Una característica importante de la evaluación del impacto para este autor es que se trata de una ciencia interdisciplinaria en la cual se analizan los resultados que el determinado programa social ha brindado.

El autor menciona que para evaluar el impacto de un programa existen varias estrategias que van desde la evaluación basada en investigación hasta la evaluación basada en indicadores. En la primera se utilizan modelos experimentales pero supone el problema de contar con grupos aleatorios, lo cual resulta en algunos casos difícil de aplicar pues los programas se han venido desarrollando desde hace mucho tiempo. En cuanto a la evaluación basada en indicadores, tiene la facilidad de que pueden ser medidos matemáticamente siempre y cuando los indicadores sean definidos por el programa a evaluarse.

### **2.5.2 Evaluación *ex-ante*.**

Cohen *et al* (1991) indican que la finalidad de esta evaluación es proporcionar información y establecer criterios racionales para decidir sobre la conveniencia técnica de la implementación de un proyecto. Se evalúa la posibilidad de alcanzar los objetivos propuestos en un programa con los recursos existentes, estimando y comparando los costos presentes y futuros con las diferentes alternativas existentes. Este tipo de evaluación generalmente utiliza los modelos de análisis de costo-beneficio o costo-efectividad. El análisis costo-beneficio es adecuado para analizar los proyectos económicos y el modelo costo-efectividad presenta mayores potencialidades para la evaluación de proyectos sociales.

### **2.5.3 Evaluación ex-post o terminal.**

Este tipo de evaluación es la que más se ha desarrollado y aplicado en el contexto de la evaluación de programas y proyectos sociales. Busca establecer el logro de los objetivos que planteó el proyecto en su formulación original una vez finalizada la ejecución de éste. Según Briones (1991) esta evaluación es el estudio que se realiza después de que un programa ha terminado, con la finalidad de establecer si se obtuvieron o no los resultados esperados y los factores que actuaron en una u otra dirección. Esta evaluación permite obtener conclusiones y recomendaciones para nuevos proyectos.

### **2.5.4 Evaluación intermedia o de proceso.**

Aunque siempre se ha considerado una parte fundamental de la evaluación, la importancia del análisis de procesos ha cobrado un enorme auge debido a la complejidad que hoy tienen los programas sociales. Para Tejedor (2000) las diferencias de los distintos proyectos adscritos a un mismo programa requieren, también, la valoración de sus actividades con referencia al contexto en el que se desarrollan. La evaluación de procesos consiste en verificar las acciones previstas por el programa y los tiempos de paso o “dosis” de actividad realizados, y se organiza a partir de la documentación generada por esas actividades durante el desarrollo de una intervención. Un beneficio de una evaluación de procesos se observa cuando se necesita justificar la ausencia de efectos de un programa, ya que el análisis de sus componentes permite, en muchos casos, determinar si las razones de la escasez de efectos se debe a la teoría del programa, a una aplicación no adecuada, a incorrecciones en el diseño de investigación o a la combinación de éstas.

De acuerdo con Mc Graw (1996), la evaluación de procesos detalla los componentes de la intervención, cómo fueron organizados y de qué forma fueron recibidos por los usuarios. La información que se obtiene de la evaluación de procesos refuerza la validez del programa al poner de manifiesto sus señas de identidad y justificar su posible consideración de excelencia o de “buena práctica”.

### **2.5.5 Evaluación de la implementación.**

La evaluación de la implementación es importante al contrastarla con los objetivos iniciales del programa. Finnegan *et al* (1988) indican que este tipo de evaluación pretende analizar el funcionamiento del programa y determinar si existen diferencias entre el funcionamiento real y el previsto inicialmente. Si hubiera diferencias notorias entre ambos esquemas de funcionamiento trataríamos de hallar las causas y, si fuera posible, subsanar las deficiencias.

### **2.5.6 Evaluación de resultados.**

Hasta hace poco tiempo era el único tipo de evaluación que se llevaba a cabo tras la finalización de las actividades que implicaba la ejecución del programa. Tejedor (2000) dice que en términos generales, en este tipo de evaluación se trata de analizar el grado en que el programa consigue los resultados previstos (también pueden evaluarse, siempre que se hayan previamente identificado, resultados no previstos inicialmente). Se intenta determinar hasta qué punto pueden vincularse los logros obtenidos con los efectos del programa, lo que tiene especial interés en los diseños de intervención dada la dificultad para establecer nexos de causalidad y covariación entre las variables consideradas en el programa.

Para Matos (2005b) la evaluación de resultados tiene el propósito de evaluar el grado de cumplimiento de los objetivos específicos del programa, en términos de efectividad, eficacia y eficiencia; y la función de la evaluación de impacto es identificar y explicar los efectos y modificaciones ocurridos en la situación inicial que origina el programa, a través de la valoración de los indicadores del problema.

### **2.5.7 Evaluación de la ejecución.**

Matos (2005b) señala que la evaluación de la ejecución de un programa social se puede definir como la indagación y valoración de la implementación de un programa en cada uno de sus elementos metodológicos: componentes, resultados, actividades, tareas, recursos, presupuesto, etc. Dicho en otras palabras, sería el análisis del desarrollo del proceso, el

cumplimiento de las actividades y el logro de los resultados durante el desarrollo del programa. Ahora bien, como ya se había señalado, la evaluación de ejecución puede ser global o de alguno de sus aspectos puntuales, cuando existe la necesidad de profundizar el conocimiento de cómo alguno de ellos está afectando la marcha del programa o no se están logrando los resultados esperados, como puede ser que no esté llegando a su población objetivo.

### **2.5.8 Evaluación participativa.**

Para Mark (2003), a lo largo del tiempo bajo la etiqueta de “evaluación participativa” se han ido desarrollando enfoques teóricos diferentes que ponen énfasis en cuestiones distintas según la finalidad primordial que se pretende conseguir, tales como emancipación, cambio social, formación, etc., dando lugar así a distintos modelos de evaluación (*empowerment evaluation, cluster evaluation, collaborative evaluation, multicriteria evaluation, democratic evaluation, etc.*).

### **2.5.9 Evaluación democrática.**

Para De Miguel (2009) la práctica nos viene a demostrar que la evaluación democrática no deja de ser un “desideratum” ya que en la realidad la presencia y participación de la ciudadanía en los procesos de evaluación de las políticas públicas es más bien escasa. La falta de vertebración del tejido social determina que no siempre se pueda contar con personas, grupos y asociaciones sociales representativas de los intereses colectivos dispuestos a participar en procesos de negociación y evaluación democrática.

A medida que existe una mayor presión para que los gobiernos garanticen los derechos fundamentales y un nivel de calidad social a todos los ciudadanos resulta necesario que legislar no sólo desde la filosofía política del gobernante sino desde la propia realidad social para lo cual las evaluaciones diagnósticas son imprescindibles. (Beck *et al*, 2001).

### **2.5.10 Evaluación responsiva-constructivista.**

La evaluación responsiva-constructivista es una evaluación en la que no solamente se mide, se describe, se juzga, sino que se negocia y se busca el consenso, además de que no es sólo el evaluador el que desempeña esos roles, sino que son todos los interesados, con la guía y conducción del evaluador mismo. Esto la hace diferente a otros enfoques en forma importante.

A este modelo o enfoque de evaluación, propuesto por Egon Guba e Yvonna Lincoln, se le denomina de la "cuarta generación". Se caracteriza por incorporar, como elementos esenciales, la negociación y la búsqueda de consenso entre todos los involucrados. El consenso es el resultado de negociaciones. Es responsiva porque retoma la propuesta de Stake y focaliza la evaluación en tres elementos organizadores del proceso: las reivindicaciones (los aspectos positivos o favorables al objeto evaluado), las preocupaciones (los aspectos desfavorables) y los problemas (aspectos donde no hay acuerdo en la evaluación). Es constructivista porque son los individuos o grupos quienes construyen sus propias ideas sobre el funcionamiento de un programa o proyecto.

### **2.5.11 Investigación evaluativa.**

La investigación evaluativa de programas, es el esfuerzo por analizar sistemáticamente la información sobre las actividades, características y resultados de los programas sociales. Se evalúan programas sociales para poder tener información más precisa sobre el impacto que el programa tiene en sus beneficiarios, para conocer hasta dónde cumple sus metas, para examinar la relación de sus recursos y sus resultados y para poder diferenciar los efectos que son propiamente del programa, de otros factores y causas que también podrían afectar sus resultados.

Investigación evaluativa es la acumulación de información sobre una intervención, sobre su funcionamiento y sobre sus efectos y consecuencias. Para Ruthman (1977) la investigación evaluativa es ante todo el proceso de aplicar procedimientos científicos para

acumular evidencia válida y fiable sobre la manera y grado en que un conjunto de actividades específicas produce resultados o efectos concretos. En este caso el conjunto de actividades específicas es el programa social y los procedimientos científicos son la medición y el diseño de la evaluación.

Rossi & Freeman (1985) definen la investigación evaluativa como la aplicación sistemática de los procedimientos de investigación social en la conceptualización y diseño, implementación y empleo de los programas sociales. Los autores señalan que la mayor diferencia que se presenta entre los campos tiene como fin fundamental la obtención de información para la toma de decisiones que contribuyan al mejoramiento de un determinado programa.

El propósito principal de la investigación evaluativa es brindar información válida sobre la manera como está operando el programa para los usuarios de distintos niveles, ya se trate de los administradores y directores del programa o de sus beneficiarios. Hoole (1978) la define como la aplicación del método científico a los programas públicos para valorar el resultado de sus actividades, así como obtener información confiable sobre los resultados producidos por un evento específico.

Rossi & Freeman (1982) indican que si bien la investigación tiene como fin general el conocimiento de la verdad, la investigación evaluativa de programas se orienta más hacia la acción para la toma de decisiones. Una característica básica de la investigación evaluativa es que se lleva a cabo en un proceso de intervención, en la misma acción, que es lo realmente importante. La investigación, señala Weiss (1982), es una prioridad secundaria, lo que debe llevarnos a pensar que la evaluación y la investigación tienen que adaptarse al contexto del programa y perturbar lo menos posible su desarrollo.

Para Picado (2002) la investigación evaluativa puede ser definida como “el proceso de aplicación de procedimientos científicos para obtener información confiable y válida sobre los efectos y resultados producidos por actividades específicas”. La investigación evaluativa puede verse también como la aplicación del método científico a los programas públicos para valorar el resultado de sus actividades. Se evalúan programas sociales para conocer hasta

dónde cumple sus metas los programas y para examinar la relación de sus recursos y sus resultados.

El proceso de evaluación de programas debe concebirse como una auténtica estrategia de investigación sobre los procesos educativos, en cuyos resultados deberían basarse las pautas sugeridas para orientar los procesos de intervención. Tejedor (2000) indica que la investigación y la intervención se apoyan mutuamente. La intervención sacará partido de la investigación en la medida en que ésta se extienda a la solución de problemas prácticos. La investigación activa se asimila, enriqueciéndola, a la noción de investigación aplicada.

La investigación evaluativa nace como respuesta a necesidades sociales y se elabora en función de tales necesidades; se realiza con objeto de llegar a la solución de los problemas que exige una acción informada científicamente. Habrá de tener necesariamente un carácter interdisciplinar y viene determinada por los objetivos, los resultados y las motivaciones.

Tejedor (2000) señala que el diseño de evaluación de programas es tanto un proceso como un conjunto de escritos o planes que incluyen unos elementos que presentan los propios contenidos y que generan numerosas preguntas. No hay un único camino para realizar la evaluación de un programa por lo que habrá necesariamente que prestar atención a numerosos elementos a la hora de concretar un diseño o plan de análisis.

Además indica que la práctica evaluativa ha ido poniendo de manifiesto que la evaluación de la consecución de los objetivos, planteada en estos términos, resultaba muy difícil de realizar ya que las cosas no suelen desarrollarse en los términos inicialmente previstos, lo que llevó a los evaluadores a flexibilizar sus planteamientos evaluativos iniciales, abriéndose a nuevas perspectivas valorativas, no sólo de los resultados sino también del propio proceso seguido (evaluación del proceso) intentando relacionar la valoración de resultados con las condiciones y circunstancias en las que se desarrolló el programa, lo que nos conduce a criterios de eficiencia y no sólo de eficacia.

El propósito de evaluar programas sociales es el mejoramiento de los mismos para el bienestar de sus beneficiarios. La evaluación de programas es relevante porque genera

información importante para la toma de decisiones. En algunas ocasiones las evaluaciones pueden fallar porque se vuelven subjetivas; al ser pagadas por los mismos administradores de los programas tienen ellos mayor voz que los propios beneficiarios. Es importante que la evaluación de programas tenga una alineación con otros mecanismos de rendición de cuentas como las auditorías y la transparencia que dan acceso a la información pública.

La evaluación de programas sociales se realiza con el fin de tener información sobre el impacto que los programas tienen en sus beneficiarios, para conocer hasta dónde cumplen sus metas y para examinar la relación de sus recursos y sus resultados. Para recabar esta información surge la investigación evaluativa. Rossi & Freeman (1982) señalan que la mayor diferencia que se presenta entre investigación e investigación evaluativa, es que la primera tiene como razón de ser la contribución al conocimiento y a la formación de teorías, mientras que la segunda además de ello tiene como fin la obtención de información para la toma de decisiones que contribuyan al mejoramiento de un determinado programa.

Para Weiss (2004) la evaluación no sólo es una actividad de investigación, también representa una actividad política. Es política en tres sentidos, primero porque los programas están inmersos dentro de procesos políticos, segundo porque las evaluaciones pueden tener consecuencias para el futuro de los programas influenciando a los administradores para mejorarlos, y tercero porque le brinda un aura de legitimidad a los programas.

Generando conocimiento a través de la investigación social enfocada en los programas sociales es como se pueden diseñar programas sociales exitosos que mejoren las condiciones de vida de los ciudadanos y que reflejen transparencia en las acciones del gobierno.

Para Stake (2005) la evaluación surge ante el interés de saber cuál es la lógica de intervención de los programas y se sustenta desde la perspectiva del “estudio de caso”, los estudios de casos son el estudio de la particularidad, no la generalización, y de la complejidad de un caso singular, para comprender su actividad en determinadas circunstancias.

Después de realizar la revisión de literatura se eligió desarrollar esta tesis a la luz de la teoría del estado de bienestar como macroteoría, en el marco de la teoría evaluativa utilizando la investigación evaluativa ya que tal como dice Weiss (1982) la investigación evaluativa se lleva a cabo mediante un proceso de intervención y según Ruthman (1977) es una acumulación de información sobre una intervención, sobre su funcionamiento, sus efectos y consecuencias, lo cual se cumple en la presente investigación.

## **CAPÍTULO 3.- TEORÍAS Y TRANSPARENCIA EN EVALUACIÓN.**

En el presente capítulo se plasma una revisión de literatura para conocer los enfoques teóricos en la evaluación de programas sociales.

### **3.1 Teóricos de la evaluación.**

Los teóricos de la administración Frederick Taylor y Henry Fayol son los primeros en fundamentar las bases de la evaluación de programas. Barrera & San Clemente (2008) mencionan que a finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX es cuando nace formalmente la Administración Científica, específicamente con la obra de Taylor en 1911, y luego, frente al trabajo directivo, en 1916 con Fayol. Taylor introduce su teoría sobre la Administración Científica del Trabajo y Fayol los principios de planeación, organización, dirección y control. Taylor despertó el interés por las personas en el trabajo, con frecuencia se le llama el "padre de la administración científica" y los cambios por él generados prepararon el camino para el desarrollo posterior del comportamiento organizacional. Este trabajo lo llevó a mejorar el reconocimiento y la productividad de los trabajadores industriales.

Elton Mayo, con su teoría de las relaciones humanas, empieza a inferir lo que el recurso humano tiene que ver para el éxito o fracaso de una organización. Para la implementación de los programas sociales el recurso humano que los administra es clave en determinar quiénes son los beneficiarios finales de los programas por lo que la capacitación de quienes los administran resulta muy relevante. Para Valencia (2005) el enfoque del "recurso humano" fortaleció el movimiento paternalista de la asistencia social, como respuesta al interés de obtener el máximo provecho de los factores de producción, incluyendo al hombre. Cuando se comprueba que no es suficiente la táctica represiva ni la del paternalismo

sentimental para lograr el máximo potencial de los trabajadores, se pasa a una nueva etapa de evolución del ser humano.

Para Martínez (1998) la evaluación como disciplina académica interesada en temas relativos a la evaluación de programas, de personas, de productos, etc., no comenzó a ser considerada como tal hasta el último tercio del siglo XX. La discusión metodológica en los últimos años, desde diversos campos, ha sido fructífera para abrir a la evaluación su propio campo, pero es hasta hace muy pocos años que la literatura evaluativa menciona la importancia de la teoría de la evaluación de programas y la incorporación de dicha teoría en los procesos de evaluación. La tendencia ha consistido en que las evaluaciones estén orientadas por los métodos, y, aunque esto ha supuesto importantes contribuciones para el desarrollo de la evaluación de programas, ha ocasionado que se descuide el desarrollo del marco conceptual que guía la práctica evaluativa.

La investigación evaluativa se acrecentó durante las décadas de los 50 y 60, principalmente por el desarrollo de métodos de investigación y estadística aplicables al estudio de los problemas sociales, procesos sociales y relaciones interpersonales. También surgió la necesidad de producir métodos cada vez más sofisticados para evaluar programas sociales y con la computación se desarrollaron metodologías de investigación para evaluar la eficacia y eficiencia de programas sociales, especialmente para la recolección sistemática de datos mediante procedimientos de encuesta y manejo analítico de grandes cantidades de variables mediante estadísticas multivariadas (Rossi & Freeman, 1985).

Pero es hasta los años sesenta que inicia la era de nuevos teóricos que comienzan a analizar como tal la evaluación de programas. Uno de los primeros teóricos fue Suchman (1967), que vió la evaluación como la utilización de los métodos y técnicas de investigación científica utilizada con el propósito de evaluar. La evaluación de programas no se veía como una disciplina de conocimiento, sino como una modalidad de investigación aplicada dentro de la educación y de las ciencias sociales. La utilización de los métodos científicos más prestigiosos, en su momento, era crucial para poder reclamar el estatus científico de esta nueva disciplina.

Otro de los teóricos representativos es Scriven (1991), quien señala que la evaluación es una nueva disciplina pero una antigua práctica. La defensa de la evaluación como disciplina descansa en sus características científicas, en contraste con las evaluaciones subjetivas o no sistemáticas. La evaluación es considerada como ciencia por estar comprometida con la producción de conocimiento, y no sólo conocimiento práctico; pero también es esencial para distinguir la ciencia de la pseudociencia al evaluar la calidad de la evidencia científica, la calidad de los diseños de investigación, de los instrumentos de medida, de sus conclusiones, la calidad de los procedimientos en ingeniería, en las matemáticas, en los procesos judiciales. En el sentido de proceso intelectual, la evaluación forma parte de todas las disciplinas, tecnologías, manualidades y de pensamiento racional en general.

Scriven (1991) describe la evaluación como la ciencia de la valoración, dice que es la determinación del mérito o el valor. El juicio sobre el objeto evaluado es una de las funciones inexcusables a realizar por el evaluador. Este autor defiende la objetividad de los criterios de valoración para realizar las evaluaciones y considera que la evaluación no es sólo una acumulación y síntesis de datos relevantes para tomar decisiones sino que es un proceso y un resultado.

Otro componente es el de los criterios evaluativos que verifican los valores relevantes y las normas elegidas para la realización de la evaluación. Los límites de la evaluación como disciplina son definidos por la mayoría de los teóricos de la evaluación en términos que la consideran un área de evaluación aplicada, como es la evaluación de programas. Scriven defiende que la disciplina debe considerarse desde una concepción amplia que recibiría el nombre de Evaluación, y que estaría integrada por las disciplinas de Evaluación de programas, de productos, de personal, de rendimiento, de proyectos y de políticas, que serían las grandes seis subáreas de la evaluación.

Martínez (1998) concibe la evaluación como la determinación del grado en que los objetivos de un programa son realmente conseguidos, establece las metas generales y los objetivos conductuales y compara los resultados con las metas, utilizando la metodología de los diseños experimentales y cuasi experimentales, pruebas estandarizadas de medida y el

informe clásico de investigación sobre la conveniencia de mantener o modificar los programas.

Asimismo Martínez (1998) señala que otro importante teórico es Stufflebeam quien considera la evaluación como el proceso de identificar, obtener y proporcionar información útil y descriptiva del valor y mérito de las metas, la planificación, la realización y el impacto de un programa, con el fin de servir de guía para la toma de decisiones, solucionar los problemas de responsabilidad y comprender los fenómenos implicados. Utiliza una metodología diversa en función de cada tipo de evaluación contexto, entrada, proceso o producto, y sus informes son frecuentes para proporcionar una guía para la toma de decisiones de mejora del programa, y la generalización posible sería la que permita el muestreo y las metodologías utilizadas.

Lee Cronbach es un autor reconocido como clásico en el campo de la evaluación y de la medición. La contribución de Cronbach de un enorme valor científico, no puede separarse de su legado a las ciencias sociales y a la educación en lo que concierne a la epistemología y a la medición de aptitudes; por citar algunos de sus aportes, el Alfa Cronbach es un instrumento que todavía hoy se utiliza en la identificación de la consistencia interna, la capacidad de generalización y estimación de la confiabilidad.

Para Cronbach la evaluación de programas es un proceso por medio del cual la sociedad aprende de sí misma. La misión propia de la evaluación es facilitar un proceso democrático y pluralista iluminando con su información a los participantes. Cronbach ve la evaluación integrada en la investigación política y defiende el uso de metodologías cuantitativas y cualitativas. Cronbach invita a los evaluadores a ser eclécticos al elegir los métodos. La formulación de interrogantes acertadas es para Cronbach la tarea central de la evaluación. Por eso no hay métodos perfectos y lo que el evaluador debe hacer es identificar causas, estudiar las inferencias y buscar evidencias que apoyen los resultados de la evaluación (Picado, X. 2002 p.12).

Carol Weiss define la evaluación como una actividad política dentro de un contexto político. En el campo de la evaluación es considerada una autora clásica. Cronbach calificó el aporte de Weiss como iluminador reconociendo su influencia en su propia visión de la

evaluación. Para mejorar la teoría de la evaluación de programas, Weiss (1972) sugería que la utilización de los resultados de una evaluación podría verse reforzada si se incluyeran estos elementos básicos:

- a) Un análisis de las premisas teóricas del programa.
- b) Una especificación de los procesos del programa para informar acerca de los vínculos entre los objetivos y las metas del programa.
- c) Un análisis de las realizaciones del programa y de sus resultados.
- d) Un informe detallado de cuáles son las alternativas más efectivas que pueden ayudar a mejorar el programa y la manera de realizarlas.

De acuerdo a Martínez (1998) la evaluación de programas es algo más que una metodología aplicada; la evaluación es diversa en muchos modos y su potencialidad para la unidad intelectual, que es lo que Scriven llama la lógica de la evaluación, podría crear puentes entre la diversidad de evaluadores con el fin de desarrollar la teoría de la evaluación de programas.

Por años ha existido un largo debate sobre si la metodología cuantitativa o la cualitativa son las adecuadas. Hay varios modelos de evaluación de programas que prefieren la variedad metodológica; por ejemplo Cronbach, Stufflebeam, Rossi y Freeman, citados anteriormente, muestran la conveniencia de esta complementariedad metodológica dentro de sus propios modelos.

Según Montero (2004), para asegurar la validez de sus interpretaciones la evaluación debe regirse por criterios de rigurosidad científica. De esta forma los evaluadores utilizan teorías, métodos y técnicas de la ciencia, especialmente de las ciencias sociales.

Según Rossi *et al*, (1999) la evaluación de programas permite contestar preguntas como éstas:

1- Sobre la necesidad por los servicios: ¿Hay necesidad de este programa? ¿Cuáles son las condiciones sociales y de salud a las que debe dirigirse el programa?

- 2- Sobre la conceptualización del programa y su diseño: ¿Está el programa apropiadamente diseñado?
- 3- Sobre las operaciones del programa y la prestación de los servicios: ¿Se está implementando el programa adecuadamente?
- 4- Sobre los resultados e impactos: ¿Realmente tiene el programa los resultados deseados? ¿Hay efectos colaterales no esperados?
- 5- Sobre el costo y la eficiencia: ¿Cuál es el costo del programa? ¿Es costo-efectivo? ¿Es sostenible?

Montero (2004) sostiene que no necesariamente todas las evaluaciones tienen que contestar todas estas interrogantes, la autora señala que se pueden contestar sólo algunas, esto dependiendo del grado de desarrollo de los programas y los objetivos de la evaluación.

Matos (2005) y De Miguel (2000) abordan el tema desde un punto de vista teórico y metodológico. De Miguel señala que debido a la poca información que existe sobre evaluación de programas es necesario revisar los supuestos teóricos de esta disciplina, con el fin de contribuir a consolidar su estatus epistemológico y ayudar a los evaluadores a que puedan explicitar los criterios que implícitamente utilizan para seleccionar, organizar y llevar a cabo sus métodos de trabajo.

Matos (2005) señala que la evaluación del impacto de los programas sociales determina si el programa produce el cambio deseado ante la problemática para la que fue diseñado. Los cambios se establecen cuando se cumplen con los objetivos operacionales. La importancia de la evaluación del impacto del programa consiste principalmente en determinar que dichos cambios han sido causados precisamente debido a la intervención del programa y no a otro hecho fortuito o combinación de hechos.

De Miguel (2000) coincide con Matos en que la tarea del evaluador no puede limitarse a una simple elección de metodologías y métodos para obtener evidencias. Ambos coinciden en que se necesita una teoría que justifique y explique los procedimientos y las prácticas que en cada caso se llevan a cabo. La evaluación de programas es algo más que una metodología aplicada y, al igual que sucede en todas las disciplinas, requiere sus propias bases teóricas

que justifiquen y den sentido a lo que hace un evaluador, cómo lo hace y, sobre todo, para qué.

Matos aclara que la evaluación de un programa no se limita a una mera recolección, análisis e interpretación de los datos para obtener evidencias, sino que una vez que se dispone de la información necesaria comienza la siguiente fase del proceso que consiste en formular los juicios de valor. A la vista de los datos obtenidos se debe emitir nuestra valoración de forma clara, precisando el rango y matices de los juicios. El autor dice que para proceder a su formulación el evaluador se encuentra con otro problema, el cual es concretar los criterios o marcos de referencia que va a utilizar para emitir sus juicios. Los datos obtenidos sobre un programa son simplemente datos, pero su valoración depende del criterio que ha seleccionado el evaluador. Por esta razón, el evaluador debe especificar en cada caso los criterios que utiliza como punto de referencia para formular sus juicios respecto a los distintos aspectos de un programa.

Parada (2007) indica que no importa qué tanto un evaluador trate de cambiar la mente de un hacedor de la política, ya que no puede lograr mucho en la medida en la que se desafíen las bases ontológicas de quienes han diseñado e implementado un programa social. Por lo tanto, para poder llevar a cabo una buena evaluación de los programas sociales se debe tener en cuenta que la sociedad está determinada por algo no lineal sino estructurado y estratificado, por lo que una evaluación deberá tomar en cuenta cada una de las áreas de la realidad y apoyarse en teorías crítico-realistas.

Pawson & Tilley (1997), en su obra *Realistic Evaluation*, se enfocan en la evaluación de problemas sociales a un nivel macro y micro. Los autores señalan que las evaluaciones macro, aunque son muy importantes, tienen el problema de no revelar los complicados factores que en la realidad impiden el éxito de muchos programas muy concretos. Algunas veces, estas evaluaciones se hacen en forma tal que apenas se logran captar algunos puntos de vista muy primarios acerca de las realizaciones de estos programas. El enfoque pragmático subraya la dimensión política y la necesidad de la evaluación de acuerdo con los objetivos de los tomadores de decisiones, donde el énfasis es orientado hacia la factibilidad política, ya que sin los actores políticos es difícil cambiar el curso de los programas sociales.

Parada (2007) señala que aunque estamos tratando con evaluación de programas y no con los problemas de la ciencia en general, a un nivel micro, los programas son el resultado de teorías y de los hacedores de política. Los políticos son los que definen el rumbo de los programas sociales. Se puede pensar que el correcto punto de partida debería ser, al menos, la ontología desde la cual el programa ha sido concebido en un principio.

Asimismo señala que los cambios en los hacedores de política son más el resultado de un proceso de transformación social, generado por la acción de actores individuales y colectivos, que operan en la esfera de una lucha social, política y económica. Una evaluación realista puede ayudar a obtener elementos más profundos de análisis acerca de la necesidad de cambios en las políticas y programas, pero tal vez son diferentes los actores que los promoverían, muy diferentes de los hacedores de política, no le podemos pedir tanto a los procesos de evaluación.

Según Martínez (2008,) otra de las razones del movimiento para el desarrollo de la teoría de la evaluación de programas se relaciona con la necesidad de comprender cómo se realizan. Los estudios que se centran en hacer programas y en la intervención de los mismos proporcionan evidencias de que la realización es algo muy complicado dentro del ámbito humano. Las dificultades que se han revelado en la puesta en marcha y desarrollo de los programas han señalado la necesidad de que los patrocinadores, los promotores de un programa, presten atención a estos aspectos para mejorar la implementación del mismo.

Martínez indica que por esta razón es importante que al crear un nuevo programa social se desarrolle un marco teórico, que pueda servir de base para evaluar el programa, de esta manera se trataría de evitar lo que a veces ocurre cuando se evalúan los programas, que quienes realizan dichas evaluaciones tienden a proceder más según sus puntos de vista y su preparación metodológica que en función de las necesidades del programa.

La mayoría de los programas sociales se crean con fondos de organismos públicos. De Miguel (2000) menciona que ello significa que tanto su concepción como el diseño y la aplicación normalmente responden a determinados supuestos ideológicos e intereses de la política que los sustenta. Los programas constituyen formalmente la concreción de unas

decisiones políticas respecto a unas prioridades en materia de actuación social, lo que indudablemente supone apostar por un tipo de valores. Esta apuesta no sólo se traduce en promover un determinado tipo de programas sino también en todas las decisiones que implica la selección y priorización de estas estrategias, especialmente las relativas a la redistribución y asignación de los recursos.

Si no se evalúan los programas es imposible saber si están provocando cambios en las diferentes dimensiones de la calidad de vida de sus usuarios y si los recursos están siendo aprovechados de manera adecuada. Montero (2004) indica que la evaluación es una herramienta poderosa, pues informa la toma de decisiones, ayuda a identificar y corregir errores en la implementación de los programas y permite hacer las intervenciones más eficientes y efectivas. La evaluación, a diferencia de una auditoría, se basa en recolectar información útil para tomar decisiones pero no bajo la óptica de revisar, confrontar o identificar responsables.

Para Bustelo (2003) la evaluación debe comprenderse más desde supuestos políticos que desde posiciones técnicas estrictamente metodológicas. En este tenor para Ryan & De Stefano (2000), la evaluación constituye un espacio de ejercicio de los valores democráticos necesarios para la convivencia de los hombres y los pueblos. Asimismo para Bartolomé & Cabrera (1997), la evaluación de las prácticas sociales constituye una estrategia metodológica fundamental para estimar el nivel de “calidad social” que existe en una comunidad en la que conviven ciudadanos con identidades culturales diferentes.

Tal como ha sido descrito, esta investigación se sustenta en la teoría del estado de bienestar como macro teoría, como teoría media la teoría evaluativa y como micro teoría la investigación evaluativa desarrollada a través de un estudio de caso, que consiste en la evaluación de un programa social para adultos mayores en pobreza en Ciudad Juárez, Chihuahua, México.

### **3.2 La transparencia en los programas sociales.**

La transparencia de los gobiernos es un término relativamente nuevo; se refiere a poner la información de tal manera que los ciudadanos tengan acceso a ella, para que cualquier persona pueda enterarse, revisarla y en su caso hacer uso de la misma. La transparencia puede lograr un gran cambio en la administración pública porque el conocimiento de la información genera un ambiente de confianza entre la ciudadanía y el gobierno.

La transparencia es uno de los valores máspreciados de la humanidad. Cunill (2006) señala que muchos factores están convergiendo para que esto ocurra. Uno de ellos es el debilitamiento de los autoritarismos que se ha producido en el mundo occidental, los que están reñidos con la libre movilidad de la información. La revalorización de la democracia y de la libertad ha traído consigo la rebeldía con el hecho de que sean otros los que decidan cuáles son las cosas que debe conocer la ciudadanía. América Latina no es ajena a este movimiento. Gran parte de las leyes de acceso a la información pública han sido promovidas por organizaciones de la sociedad civil, en particular por medios de comunicación que reivindican la circulación de la información como vehículo de la libertad.

Una Ley de Acceso a la Información (LAI) es una ley que otorga a los ciudadanos el derecho a conseguir información bajo el resguardo del gobierno, sin la necesidad de demostrar interés legal. Bajo una LAI los documentos gubernamentales se asumen como públicos, a menos que la misma ley especifique lo contrario, y los individuos pueden conseguir esa información sin explicar por qué o para cuáles fines la necesitan. En resumen, las LAI implican el cambio del principio de provisión de la información gubernamental desde la base de una “necesidad de conocer” al principio de un “derecho de conocer”. (Ackermann, J. & Sandoval I.E., 2005 p. 20)

Actualmente 62 países cuentan con una ley de transparencia. México la tiene desde 2002 cuando se creó la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, además del Instituto Federal de Acceso a la Información Pública. En 1993 se crea Transparencia Internacional como un organismo no gubernamental dedicado a combatir la

corrupción. Entre los métodos más conocidos para medirla está el índice de percepción de la corrupción (IPC) que elabora este organismo.

Berthin (2008) señala que la falta de transparencia y rendición de cuentas es un problema serio no sólo para la gobernabilidad democrática, sino también para el ciclo de políticas públicas. La carencia de estos dos ingredientes puede generar un foco potencial de abuso de poder, promover la discrecionalidad, ofrecer oportunidades para prácticas corruptas y distorsionar el ciclo y la efectividad de las políticas públicas.

Para Cunill (2006) hoy en día existe un mejor entendimiento sobre el tema de transparencia y corrupción. Hay un amplio consenso de que la corrupción no es sólo cuestión de cultura, sino también de oportunidades e incentivos directamente relacionados con el marco institucional en la sociedad. En este sentido, la corrupción se considera actualmente un problema de gobernabilidad, y no necesariamente un producto cultural, como se sugería usualmente hasta hace poco.

Además señala que el conocimiento de la información a través de la transparencia facilita la comunicación entre el gobierno y los ciudadanos, de tal manera que al hacerla una política pública ambas partes salen beneficiadas. Si bien es cierto que la lógica nos indica que la transparencia y rendición de cuentas es un derecho ciudadano, el escrutinio de la sociedad en los asuntos del gobierno es un tema nuevo que ha surgido con la ayuda de las tecnologías de la información y comunicación.

Las tecnologías de la información y comunicación (TIC'S) están convirtiéndose cada vez más en un medio para promover la transparencia y la anticorrupción. La propagación del sistema de gobierno electrónico implica un uso más generalizado de Internet para transmitir la información de dominio público, para abrir a la sociedad el proceso de ofertas en licitaciones públicas y privatizaciones, así como para ofrecer información rápida y veraz relacionada con trámites públicos.

Según Sandoval (2008), la consolidación de la transparencia depende del proceso de consolidación de una nueva cultura en la administración pública y los ámbitos políticos. La

autora señala que pareciera ser una verdad de Perogrullo sostener que la transparencia constituye uno de los ingredientes indispensables para el combate de la corrupción. En teoría, en un ambiente completamente transparente y de predominio de información perfecta, no existirían incentivos para abusar de las reglas existentes con objeto de derivar beneficios políticos, patrimoniales o personales. En teoría, el acceso a la información pública facilitaría la construcción de un estado honesto, eficaz y eficiente. En la práctica, sin embargo, la transparencia y la solución de los problemas asociados a la corrupción estructural no siempre se conectan de forma automática.

Para Fox & Haight (2010), la experiencia reciente de México en materia de evaluación de programas sociales ha sido objeto de reconocimiento internacional gracias a destacadas valoraciones acerca del impacto del Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progresá, rebautizado como Oportunidades). Después, empezaron a requerir que todos los programas federales sujetos a reglas de operación fuesen evaluados por instituciones externas. Esta disposición quedó consignada por escrito en la Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal de 2001 y se volvió efectiva a partir de 2002. Además, la Ley de Desarrollo Social (2004) dispuso la creación del Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social (CONEVAL), dentro de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), el cual estaría encargado de supervisar los procesos de evaluación de la política social en México.

Aun así los programas sociales de los estados no son evaluados por el CONEVAL ni por ningún otro organismo, pero están obligados en caso de requerirse, a proporcionar información. La Ley de transparencia y acceso a la información pública del estado de Chihuahua, publicada en el Periódico Oficial del Estado en el 2005, en su capítulo único de las disposiciones generales en el artículo dos señala los objetivos de la ley, los cuales son:

- I.- Transparentar el ejercicio de la función pública.
- II.- Establecer como obligatorio el principio de transparencia en la gestión pública gubernamental.
- III.- Establecer disposiciones que garanticen el ejercicio del derecho de acceso a la información, teniendo en cuenta los principios de máxima apertura y gratuidad.

- IV.- Establecer procedimientos para que los particulares tengan acceso a la información pública, privilegiando los principios de sencillez y rapidez.
- V.- Garantizar el principio democrático de rendición de cuentas.
- VI.- Realizar actividades que redunden en la rendición de cuentas de los Sujetos Obligados.
- VII.- Impulsar el nivel de participación de la sociedad en la toma de decisiones públicas, conforme a indicadores democráticos reconocidos.
- VIII.- Desagregar, por género, la información pública cuando así corresponda a su naturaleza, conforme al principio de equidad.
- IX.- Crear y operar el Sistema de Información Pública.
- X.- Contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas y a consolidar la democracia, mediante el ejercicio del derecho de acceso a la información pública.
- XI.- Difundir ampliamente la información que generen los sujetos obligados.

La Ley de transparencia obliga a los gobiernos a utilizar los recursos públicos para los fines para los que fueron destinados, por lo tanto la transparencia aumenta la eficiencia. En el caso de los programas sociales debe ser más estricto el cuidado de su ejercicio, ya que la política social va dirigida a las clases más desprotegidas.

La transparencia puede disminuir la corrupción; por ejemplo, el tener acceso a los nombres de los beneficiarios de los programas sociales ayuda a evitar la duplicidad de los apoyos, así como a descartar que sean manipulados por los funcionarios que los manejan. También pueden proporcionar mayor confianza de los ciudadanos hacia sus gobiernos y una mayor certeza de la correcta aplicación de los recursos.

## **CAPÍTULO 4.- CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD.**

Para Velarde-Jurado & Ávila (2002) el término Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), es un concepto relativamente nuevo. Está relacionado con la percepción que tienen las personas sobre su salud y su bienestar. Este término surge como un renacimiento al término de bienestar que se manejaba anteriormente. Antes de que surgiera este concepto, la apreciación del paciente con respecto a su salud les parecía a los médicos de menor importancia. Hoy en día se han hecho cambios positivos en la valoración por los médicos de la percepción del paciente, lo que se ha traducido en un mejoramiento de su calidad de vida. Cada autor tiene su concepto de calidad de vida de acuerdo al ámbito del estudio; médico, social, cultural, económico ó político. En este capítulo se abordarán definiciones y componentes de la CVRS.

### **4.1 Importancia.**

El proceso del envejecimiento por sí mismo representa un cambio en el estilo de vida de los adultos mayores y por consiguiente afecta su calidad de vida. Sin embargo, no se tiene la suficiente información sobre la calidad de vida de los adultos mayores en México. Una de las maneras de evaluar el nivel de satisfacción de algún programa de bienestar social es a través de la valoración o evaluación de la calidad de vida.

Como nos menciona Bayarre (2009), el análisis de la calidad de vida no es un tema sencillo, pues ha venido cambiando el concepto de calidad de vida a través de los años, siendo ésta calificada en función de diferentes variables, muchas de ellas subjetivas. Bayarre propone evaluar la calidad de vida del anciano basado principalmente en determinar la autonomía, funcionalidad, salud, además del bienestar, de manera subjetiva.

Botero & Pico (2007) indican que el aumento en la esperanza de vida de la población de adultos mayores no se ve reflejado en un incremento en su calidad de vida, sino la mayoría de las veces en lo contrario, los avances médicos están encaminados a vivir más, pero no analizan en qué condiciones está llegando este grupo poblacional a la vejez. Por tal motivo la calidad de vida debe medirse para evaluar los servicios que prestan los gobiernos y optimizar los recursos; el origen de este constructo está en el reconocimiento de la percepción que cada individuo tiene sobre su bienestar físico, emocional y económico la cual depende de sus propias ideas y creencias personales.

Evaluar la calidad de vida del adulto mayor es difícil, la mayoría de las veces la etapa de la vejez implica por sí misma tener complicaciones de salud lo que repercute en su bienestar; pero el estado de salud o enfermedad no es lo único determinante para evaluarla. Dulcey-Ruiz *et al* (1999) señalan que el estudio de la calidad de vida aplicada a los adultos mayores, debe incluir aspectos como el estado de salud, el estado funcional y la determinación de factores de riesgo. A partir de esta información es posible realizar una planeación de programas preventivos, acciones concretas de salud y organización de servicios sociales y de salud, por lo que es necesario su estudio.

El aumento en la población de adultos mayores derivado del crecimiento poblacional no está precisamente ligado a la calidad de vida. Los gobiernos han realizado esfuerzos para aumentar la esperanza de vida de su población aumentando la cobertura en salud. En el caso de México, el seguro popular ha logrado cubrir casi al cien por ciento de la población que antes de su creación no tenía acceso al servicio médico; sin embargo se han descuidado los demás aspectos que no son médicos que conllevan a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

Para Testa (1996), el concepto de calidad de vida relacionada con la salud incorpora esencialmente la percepción del paciente, como una necesidad en la evaluación de resultados en salud, debiendo para ello desarrollar los instrumentos necesarios para que esa medida sea válida y confiable, y aporte evidencia empírica con base científica al proceso de toma de decisiones en el ámbito de la salud.

La percepción del paciente con respecto a su salud no era considerada por los especialistas de la medicina. Por muchos años no se ponía atención en la percepción del paciente sobre su propia salud y lo que decía el profesional médico era inamovible, incluso la forma de aplicar la medicina era completamente autocrática.

Botero *et al* (2007) mencionan que los médicos sólo tomaban en cuenta su experiencia y conocimiento propios para evaluar cualquier enfermedad. Hoy en día, la percepción del paciente forma parte integral de las preguntas de cualquier examen de rutina médico, lo cual ha creado un cambio considerable en la manera en que se empieza a incorporar el término calidad de vida a los diferentes ámbitos de la vida del ser humano. Según los autores, antes sólo se realizaba el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades de los adultos mayores a nivel biomédico, hoy en día el uso de complicados procedimientos tecnológicos, que sin duda han representado un salto cualitativo a nivel de la supervivencia en enfermedades que antes eran mortales, han dejado de lado, en muchas ocasiones, la aproximación más amplia del cuidado de la salud, donde no sólo se busca combatir la enfermedad sino promover el bienestar del enfermo.

Según Schwartzmann (2003), tradicionalmente en la medicina se consideraban válidas sólo las observaciones del equipo médico, es decir los datos objetivos. Posteriormente tomó mayor importancia la consideración de los datos provenientes del paciente, es decir, los datos subjetivos. En la actualidad se intenta dejar de lado el debate “objetivo” versus “subjetivo” revalorizándose los datos subjetivos que reflejan sentimientos y percepciones legítimas del paciente que condicionan su bienestar o malestar y su estilo de vida.

#### **4.2 Componentes.**

Botero & Pico (2007) señalan que la construcción de una política de desarrollo social para la población adulta mayor debe partir de la investigación; en este sentido se considera pertinente, hoy más que nunca, estudiar y describir las características de la calidad de vida relacionada con la salud y algunos de los recursos o soportes sociales de esta población, con el fin de orientar a las autoridades sanitarias hacia la definición de políticas públicas,

estrategias, diseño de normas, programas de atención y acciones de intervención, que favorezcan el bienestar y la dignidad de las personas en esta etapa de la vida.

### **4.3 Enfoques teóricos.**

El concepto calidad de vida comenzó a utilizarse en Estados Unidos en la época de la postguerra, como una manera de describir el efecto en el poder adquisitivo de las personas. Después se fueron agregando conceptos como crecimiento económico y salud, luego se incluyeron bienestar, felicidad, satisfacción con la vida, de tal manera que de una conjunción de variables surge el término calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).

Según González *et al* (1997), el término de calidad de vida fue utilizado por primera vez por el presidente Lyndon Jonson en 1964 al declarar los planes de salud. Se popularizó en los años 50 por un economista norteamericano, en estudios de opinión pública impuestos por la crisis económica derivada de la II Guerra Mundial relacionados con el análisis sobre los consumidores. En 1977 este término se convirtió en categoría de búsqueda en el Index Medicus y en palabra clave en el sistema Medline, sin embargo, se hizo popular entre investigadores de la salud hasta la década de los años 80.

Vera (2007) define calidad de vida como una expresión lingüística cuyo significado es eminentemente subjetivo; está asociada con la personalidad del individuo, con su bienestar y la satisfacción por la vida que lleva, y cuya evidencia está relacionada a su propia experiencia, a su salud y a su grado de interacción social y ambiental entre otros múltiples factores. Asimismo señala que Abraham Maslow fue uno de los primeros que inconscientemente aplicó el término calidad de vida: a través de su pirámide de jerarquía de necesidades, determinó que las personas autorrealizadas pueden vivir muchas más “experiencias cumbre” (momentos de amor, felicidad y entendimiento) durante el día.

Esta pirámide fue el primer acercamiento a entender que el bienestar y la calidad de vida de las personas no sólo dependen de las necesidades fisiológicas, sino de las de seguridad, aceptación social, autoestima y autorrealización.

Para Schwartzmann (2003), la calidad de vida es una noción eminentemente humana que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, su vida familiar, amorosa, social, así como el sentido que le atribuye a su vida, entre otras cosas. La Organización Mundial de la Salud (OMS), define calidad de vida como la “percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”.

Para Rucci *et al* (2007) calidad de vida es un concepto subjetivo y multidimensional construido por la experiencia de cada persona, considerando cada contexto de su cultura y el correspondiente sistema de valores, de los que esta persona forma parte. Este concepto parte desde la propia percepción que el individuo tiene de sí mismo, libre de juicios y valores externos a él. Según Robinson (2007), la calidad de vida puede estimarse por medio de la función física, el estado psicológico, la función e interacción social y los síntomas físicos, variables íntimamente relacionadas con la salud.

Los Santos (2002) formuló cinco categorías generales para definir con precisión el concepto de calidad de vida en personas mayores:

- Bienestar físico: se refiere a la comodidad en términos materiales, de higiene, salud y seguridad.
- Relaciones interpersonales: se refiere a las relaciones familiares y comunales.
- Desarrollo personal: se refiere a las oportunidades de desarrollo intelectual, autoexpresión, actividad lucrativa y autoconciencia.
- Actividades recreativas: se refiere a las actividades que se realizan para socializar y buscar una recreación pasiva y activa.
- Actividades espirituales: se refiere a las creencias religiosas personales.

Para Etcheld *et al* (2003), la calidad de vida es el resultado cognitivo y afectivo del afrontamiento de estresores y disturbios percibidos contra los objetivos de la vida, tales como la enfermedad específica y elementos generales; experimentar satisfacción con la vida y afectos positivos y la ausencia de efectos negativos. Asimismo para Wu (2000) representa

aspectos de la salud que pueden ser directamente experimentados y reportados por los pacientes.

Schumaker *et al* (1995) señalan que la CVRS es la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual de la capacidad para realizar actividades importantes para el individuo. Es la evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud actual, el cuidado de la salud y las actividades promotoras de la salud, en la habilidad para alcanzar y mantener un nivel de funcionamiento general que permita seguir las metas valoradas de vida y que esto se refleje en su bienestar general.

Por su parte, Leplège (1998) y Patrick *et al* (1993) coinciden en que hay numerosas evidencias de que, a medida que la enfermedad progresa, ocurren ajustes internos que preservan la satisfacción que la persona siente con la vida, por lo que podemos encontrar personas con grados importantes de limitación física que consideren que su calidad de vida es buena. Por otra parte para O Boyle *et al* (1994), este término significa la expresión de un modelo conceptual que intenta representar la perspectiva del paciente en términos cuantificables, la cual depende de su experiencia pasada, su estilo de vida presente, sus esperanzas y sus ambiciones para el futuro.

## **CAPÍTULO 5.- ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL Y PROGRAMAS SOCIALES PARA ADULTOS MAYORES.**

### **5.1 La problemática del envejecimiento poblacional en México.**

Hoy en el mundo existen más de 100 millones de personas mayores de 80 años, las tendencias mundiales están cambiando y el mundo se está empezando a poblar con adultos mayores. El Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA, por sus siglas en inglés) señala que el envejecimiento demográfico involucra un cambio en la estructura por edad y se expresa en un aumento en el porcentaje de las personas en edad avanzada. Según el UNFPA, en 2011, 11.2% de la población mundial tenía 60 años o más, mientras que en los países más desarrollados es de 22.1%, aspecto que contrasta con la proporción de adultos mayores (8.9%) que residen en la regiones menos desarrolladas. En el año 2050 uno de cada cinco habitantes en el planeta tendrá 60 años y más.

Para Cano (2001) no hay, ni puede haber, un criterio unificado acerca de la edad a partir de la cual se puede considerar a una persona como vieja. El autor señala que en países relativamente más envejecidos, este parámetro puede estar alrededor de los 80 años, como en el caso del Reino Unido; para la Organización Mundial de la Salud (OMS) es anciano quien tiene más de 65 años, y para la Organización Panamericana de la Salud (OPS) lo es quien tiene más de 60.

Actualmente, en México hay 118 millones 395,054 personas, con una esperanza de vida de 74.5 años a nivel nacional, según el Consejo Nacional de Población (CONAPO), que se basa en los datos del Censo General de Población y Vivienda efectuado en 2010 por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Según el INEGI existen cerca de 10

millones de personas mayores de 60 años, cifra que correspondió al 9% de la población total en 2010.

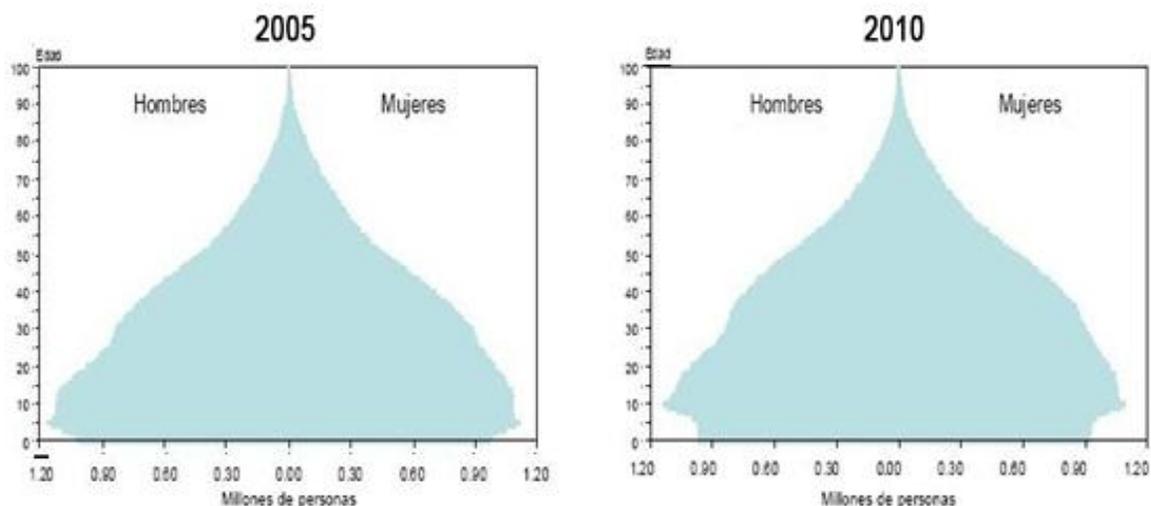
De acuerdo con estas proyecciones para 2050 habrá 150 millones 837,517 mexicanos y la esperanza de vida promedio será de 79.42 años; ésta, que actualmente es de 77.4 años para las mujeres y 71.7 para los hombres, aumentará a 81.6 y 77.3 años, respectivamente.

CONAPO estimó en el año 2012 que el grupo de adultos mayores de 65 años o más aumentará su tamaño de 7.1 millones en 2010 a 9.8 millones en 2020 y a 23.1 millones en 2050. Este crecimiento poblacional causará un grave problema ya que ninguno de los tres niveles de gobierno cuenta con recursos suficientes para atender la carga financiera que representarán las demandas de salud, alimentación y pensiones de este grupo poblacional.

Es evidente que tales transformaciones de la estructura etaria de nuestra población, reclamarán modificaciones significativas en la naturaleza de las políticas públicas, sociales y de salud. La evolución futura de la población de adultos mayores planteará enormes desafíos para las políticas de los gobiernos federales, estatales y municipales, ya que tendrán que cambiar su enfoque en la atención de las problemáticas propias del envejecimiento

La población infantil (0 a 14 años) comenzó a decrecer a partir del año 2000 y entre ese año y 2050 se espera que disminuya de 33.6 a 20.5 millones. Por otra parte, los jóvenes (15 a 24 años) iniciarán esta transición a partir de 2011. Se estima que entre 2010 y 2050 este grupo pasará de 20.2 a 14.1 millones. El grupo de adultos de 25 a 64 años, que para finales de 2006 sumaban 48.2 millones, continuará creciendo hasta la cuarta década del presente siglo, cuando alcancen su máximo de 65.2 millones (CONAPO, 2006) (ver figura 2).

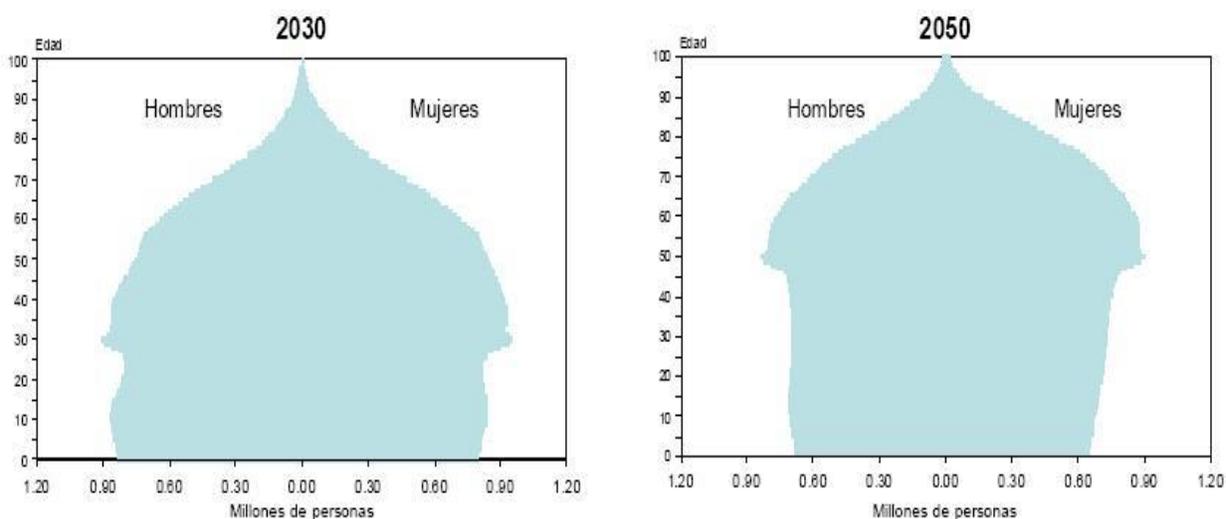
**Figura 2. Pirámide poblacional 2005 y 2010.**



**Fuente:** CONAPO, 2006.

Asimismo, el grupo de adultos mayores (65 años y más) tendrá el crecimiento más alto en la primera mitad del siglo XXI. Lo alarmante según la proyección de la pirámide poblacional de CONAPO (CONAPO, 2006) es que en el año 2050 habrá 25.9 millones de personas mayores de 60 años (ver figura 3).

**Figura 3. Pirámide poblacional (Proyecciones para el 2030 y 2050).**



**Fuente:** CONAPO, 2006.

Por lo tanto, debido a dichas transformaciones en la estructura poblacional, los adultos mayores y no los jóvenes son los que van a definir en el futuro la situación política y económica de los países. Por tal razón, los gobiernos están obligados a realizar modificaciones en políticas públicas y programas institucionales. De acuerdo a datos del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM, 2010), el 75% de los adultos mayores en México no cuenta con ingresos de pensión o jubilación y por lo tanto no tiene los medios suficientes para hacer frente a su vejez.

Lo antes descrito evidencia una falta de preparación por parte del gobierno para responder a la creciente demanda de salud y pensión por parte de este sector poblacional, cuya problemática se prevé que en los próximos años se incremente. El Gobierno federal, por su parte, a través del CONAPO (2008) en su publicación acerca del envejecimiento poblacional en México, hace notar la urgencia de cambios en el enfoque a la atención que actualmente se brinda a la población de adultos mayores debido al crecimiento elevado que se prevé para los siguientes años.

Los datos del Censo 2010 confirman la consolidación de la transición demográfica en el país, así como la tendencia hacia el envejecimiento demográfico que anticipaban las proyecciones de población. La población de 0 a 14 años de edad ascendió en 2010 a 32 millones 515 mil 800 personas, lo que representa una reducción de 0.2 por ciento con respecto a la población en este grupo de edad en el año 2000 (32 millones 587 mil personas).

Asimismo, la población en edad productiva (de 15 a 64 años de edad) muestra en 2010 el mayor peso relativo en la historia demográfica del país, al representar 64.4 por ciento del total de la población (71 millones 485 mil personas). En este grupo se observa un crecimiento de 23.1 por ciento con respecto al dato del año 2000, el cual ascendía a 58 millones de personas. Finalmente, el total de adultos mayores en 2010 ascendió a 6 939 miles de personas; es decir, 2 188.7 miles de personas más que en el año 2000, lo que representa una tasa de crecimiento de 46.1 por ciento.

El índice de envejecimiento en el país según el censo indica que hay 21.3 adultos mayores por cada 100 menores de 15 años. De la estructura por edad que refleja el censo de

2010 se desprende que hay 55.2 personas en edades no laborales por cada 100 en edades productivas: 45.5 de ellas son niños de entre 0 y 14 años de edad, y el resto 9.7, son adultos mayores.

Bigby (2010) señala la importancia de mantener a los ancianos en sus hogares y de crear en la sociedad la conciencia y responsabilidad para apoyar programas que ayuden a cuidar de las necesidades de los adultos mayores. Heffernan *et al* (1992) menciona que la sociedad percibe que el adulto mayor puede cubrir sus necesidades personales con un ingreso mucho menor cuando en realidad la necesidad de comida, vestido, recreación y transporte no decrecen con la edad, y por lo tanto éste se ve obligado a depender de terceras personas.

Por ejemplo, en Hong Kong, se han analizado las necesidades que en la época actual presentan los adultos mayores. Fok (2010), realizó un estudio en el cual se llevaron a cabo entrevistas a fondo con personas de la tercera edad para así conocer sus experiencias de vida mayormente enfocadas a el aprendizaje durante esta etapa de sus vidas. Las entrevistas se llevaron a cabo en centros de enseñanza para los adultos mayores y analizaron lo que el aprendizaje representaba para ellos. Dentro de los resultados se encontró que a pesar de que tenían muy pocos grados de educación, en su gran mayoría disfrutaban el continuar educándose y aprendiendo.

Según este estudio, el mayor problema que los ancianos mencionaron en cuanto al aprendizaje fue la deteriorada capacidad de memoria, sin embargo, no disminuía su entusiasmo por continuar aprendiendo. Esto nos indica que aun a pesar de la avanzada edad y deterioradas capacidades físicas, los adultos mayores continúan teniendo la necesidad y el entusiasmo de participar en actividades que los mantengan activos en la sociedad. Además se encontró que el aprendizaje durante la vejez ayuda a las personas de la tercera edad a tener mayor confianza en sí mismos y mayor autoestima. Lo anterior se refleja en un mayor nivel de bienestar, dando como resultado una mejor calidad de vida.

Por su parte, Yang (2010) menciona que China es un país donde actualmente 180 millones de personas superan los 60 años de edad, poco más del 13% de su población; pero

para el 2050 tendrá 357 millones de personas mayores de 60 años. China contará en 20 años con más personas en edad de jubilarse que toda la población de Estados Unidos, y un gran porcentaje de su población carece de seguridad social. Por lo mismo se han desarrollado estudios en los que se propone disponer de una pensión para las personas adultas mayores; esto reduciría el nivel de pobreza, sobre todo en áreas rurales. El autor señala que al analizar las opciones para proporcionarles esa ayuda a las personas adultas mayores, se llegó a la conclusión de implementar un programa al cual tuvieran acceso mayores de 65 años para otorgarles una pensión económica, esto no afectaría económicamente al país aun si se cubriera casi el 100% de la población de la tercera edad.

Para Bayarre (2009) esta medida mejoraría la calidad de vida de los ancianos en ese país, por lo tanto podemos ver que el implementar un programa social de ayuda a las personas mayores lejos de suponer un problema, viene siendo la solución a gran parte de la problemática que actualmente aqueja a los ciudadanos de mayor edad. Este envejecimiento poblacional ha impuesto un nuevo reto para los sistemas de salud de los distintos países: hoy en día, lo más importante no es continuar aumentando la longevidad de las poblaciones, sino mejorar cualitativamente la salud y el bienestar de éstas.

El envejecimiento de la población implica la tarea de los gobiernos de procurarles salud, alimentación y cuidados a los adultos mayores que lo necesiten. Hollaway (2009) señala que para la sociedad moderna el morir a una edad avanzada se ha vuelto más común que en décadas pasadas, pero los ancianos no tienen las oportunidades necesarias para enfrentar los problemas que esta etapa final de sus vidas representa.

## **5.2 Envejecimiento de la población en América Latina.**

De acuerdo a la Asociación Internacional *Global Action on Aging*, en América Latina el proceso del envejecimiento se ha caracterizado por su acelerado ritmo. Sus consecuencias han sido una preocupación para la gran mayoría de los gobiernos, por lo que se han realizado estudios multidisciplinarios que permiten entender de una mejor manera este sector, con la idea de desarrollar programas y políticas públicas para mejorar la calidad de vida del adulto mayor. Según el informe de *Global Action on Aging* (2010), se tienen las siguientes

expectativas de crecimiento en algunos países seleccionados de América Latina para los próximos años (ver tabla 1).

**Tabla 1. Proporción y tasas de crecimiento de la población mayor de 60 años en países de América Latina (2000-2050).**

País	Población mayor de 60 años de edad %			Tasa de crecimiento	
	2000	2025	2050	2020- 2025	2025- 2050
Uruguay	17.2	19.6	24.5	1.2	1.3
Argentina	13.3	16.6	23.4	1.9	1.9
Cuba	13.7	25	33.3	2.6	0.9
Barbados	13.4	25.2	35.4	2.8	1
Chile	10.2	18.2	23.5	3.3	1.5
Brasil	7.9	15.4	24.1	3.7	2.3
México	6.9	13.5	24.4	3.8	2.8
Rep.Dominicana	6.5	13.3	22.6	3.9	2.8
Bolivia	6.2	8.9	16.4	3.3	3.4
Paraguay	5.3	9.4	16	4.4	3.3
Honduras	5.2	8.6	17.4	4	3.9
<b>TOTAL</b>	8	14.1	22.6	3.5	2.5

**Fuente:** Informe de la Asociación *Global Action on Aging* (2010).

Para Niremberg (2006), una tendencia común de diversos programas sociales en América Latina en las últimas décadas es que se diseñan focalizándose en una categoría poblacional, es decir, se elige un grupo poblacional determinado por la edad, situación socioeconómica, género o alguna otra variable, esto con el fin de disminuir la pobreza en alguno de estos grupos poblacionales.

### **5.3 Envejecimiento de la población en el estado de Chihuahua.**

Burdin & De Melo (2009) mencionan que en cuanto a los programas sociales uno de los conflictos a los que mayormente se enfrentan sus creadores, ya sean autoridades en los diferentes niveles de gobierno o la iniciativa privada, es el elegir el grupo poblacional al que se le brindará la ayuda. Dichas autoridades tienen la responsabilidad de dirigir este apoyo a quien realmente lo necesita y es por lo mismo que resulta tan relevante poder evaluar la eficiencia de los programas sociales.

Con la inversión de la pirámide poblacional en México, es importante que se considere este efecto para presupuestar que los nuevos programas sociales destinados a la vejez tendrán un incremento en los derechohabientes susceptibles de ayuda en los próximos años.

Para Flores-Padilla & Trejo-Franco (2011), el envejecimiento de la población se ha presentado de manera paulatina en el estado de Chihuahua. De 1921 a 1970 el porcentaje de la población de 60 años y más se mantuvo en alrededor del 5%, incrementándose tres puntos porcentuales para el año 2000. Para el periodo 1990-2000 la tasa de crecimiento promedio anual de los adultos mayores fue de 3.5%, superando a la registrada por la población total, que fue de 2.7% en ese mismo periodo. Esto al igual que como se mencionó en el panorama federal, también ha derivado en un cambio estructural de la población de Chihuahua resultado de una disminución en la población infantil y un aumento en la población mayor de 60 años.

Según el Consejo Estatal de Población del estado de Chihuahua (COESPO, 2010), en esta entidad existían en el 2010, 317 mil adultos mayores de 60 años, lo que significa un incremento del 28.34% respecto al 2004, cuando se contabilizaron 247,102 adultos mayores. De este total 53.4% son mujeres y 46.6% son hombres. Asimismo la esperanza de vida al nacimiento para la población de Chihuahua es de 73.67 años para los hombres y 78.35 años para las mujeres. Este nivel representa un incremento de 7 años respecto a los 67.8 años de vida media que se tenía en 1980. Si bien es cierto que la expectativa de vida ha aumentado, no así la calidad de vida, ya que los adultos mayores no cuentan con ingresos suficientes para afrontar su vejez.

Los cambios en la estructura por edades de la población en el estado de Chihuahua, al igual que en el resto del país y del mundo, evidencian una tendencia al envejecimiento poblacional, proceso gradual en que la proporción de personas mayores aumenta. Según proyecciones de CONAPO del Censo de Población y Vivienda 2005, para el año 2015 se tendrían 157,611 adultos mayores de 70 años en el estado de Chihuahua (CONAPO, 2008) (ver tabla 2).

**Tabla 2. Adultos mayores en el estado de Chihuahua.**

<b>Edad</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
60 y más años	293,512	304,801	316,559	328,905	342,000	355,925	370,793
70 y más años	127,753	133,619	139,555	145,530	151,553	157,611	163,781

**Fuente:** Proyecciones de Población con base en el Censo de Población y Vivienda 2005.

#### **5.4 Pobreza de los adultos mayores en el estado de Chihuahua.**

Conforme las personas van envejeciendo, los problemas de salud se incrementan y es más difícil conseguir un trabajo que les asegure un ingreso. Por tal motivo, los adultos mayores son un grupo poblacional vulnerable a caer en situación de pobreza. Según el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), en 2013 se encontraban en pobreza 45.8% de los adultos mayores de 65 años, y 9.7% de ellos, en pobreza extrema.

La pobreza en México ha representado un problema que ha aquejado a la sociedad desde tiempos muy remotos. Szekely (2005) señala que el gobierno mexicano actualmente utiliza una clasificación en cuanto a la pobreza, en la cual todo programa social tiene que basarse para la identificación de grupos vulnerables. Esta clasificación categoriza la pobreza

en 3 grupos: El primero es la pobreza alimentaria, el segundo la pobreza de capacidades y el tercero la pobreza de patrimonio.

Para Szekely, la pobreza alimentaria está caracterizada por la existencia de población que no cuenta con los ingresos necesarios para satisfacer las necesidades diarias de nutrición mínimas para la supervivencia, es decir, sin capacidad para obtener una canasta básica alimentaria aun si se hiciera uso de todo el ingreso disponible en el hogar. La pobreza de capacidades es la que sufre la población que es capaz de cubrir sus necesidades de alimento pero no de educación, salud, vivienda, transporte, vestido y calzado. Por último, la pobreza de patrimonio es aquella en la que la población puede cubrir sus necesidades de alimento, educación y salud, pero no es capaz de invertir en transporte, vivienda, vestido y calzado.

Además en México se ha introducido el término de pobreza multidimensional, las personas con pobreza multidimensional son definidas por el CONEVAL como aquellas que no tienen garantizado el ejercicio de al menos uno de sus derechos para el desarrollo social, y sus ingresos son insuficientes para adquirir los bienes y servicios que requiere para satisfacer sus necesidades, en este sentido basta que una persona no tenga garantizado el ejercicio de al menos uno de sus derechos para el desarrollo social, así como la insuficiencia de sus ingresos para adquirir los bienes y servicios que requiere para satisfacer sus necesidades, para que se considere en pobreza multidimensional.

En reciente informe, el CONEVAL informó que durante 2008, en México existía aproximadamente un 44.2% de personas pobres multidimensionales, mientras que en Chihuahua, para el mismo año, un 32.1% de la población total fue clasificada como pobres multidimensionales (*ver tabla 3*).

**Tabla 3. Comparativa de pobreza en Chihuahua y a nivel nacional.**

Indicadores de incidencia	Nacional		Chihuahua	
	Porcentaje	Millones de personas	Porcentaje	Millones de personas
<b>Pobreza multidimensional</b>				
Población en situación de pobreza multidimensional	44.23	47.13	32.14	1.08
Pobreza multidimensional moderada	33.70	35.99	25.65	0.86
Pobreza multidimensional extrema	10.50	11.20	6.50	0.22
Población vulnerable por carencias sociales	32.98	35.18	35.54	1.20
Población vulnerable por ingresos	4.48	4.78	6.97	0.23
Población no pobre multidimensional y no vulnerable	18.30	19.53	25.34	0.85
<b>Privación social</b>				
Población con al menos una carencia social	77.21	82.37	67.69	2.28
Población con al menos tres carencias sociales	30.72	32.77	20.10	0.68
<b>Indicadores de carácter social</b>				
Rezago educativo	21.71	23.16	18.46	0.62
Acceso a los servicios de salud	40.67	43.38	32.18	1.08
Acceso a la seguridad social	64.67	68.99	55.71	1.87
Calidad y espacios de la vivienda	17.46	18.62	10.86	0.37
Acceso a los servicios básicos en la vivienda	18.87	20.13	12.03	0.40
Acceso a la alimentación	21.61	23.06	17.42	0.59

**Fuente:** Estimaciones del CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2008.

Particularmente en el informe de pobreza multidimensional de CONEVAL (2010) se señala que de la población en condición de pobreza multidimensional extrema, Chihuahua es la entidad con mayor número de carencias sociales seguido de Oaxaca, Guerrero, Michoacán y Veracruz. En el 2005 el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social estimó la pobreza alimentaria en el 8.6% de la población de Chihuahua, en tanto que para el 2008 el mismo Consejo ubicó la carencia de acceso a la alimentación en el 17.45%.

Según CONEVAL (2012), estas cifras de pobreza mejoraron, ya que en los últimos resultados arrojados por el censo, el porcentaje de población en situación de pobreza fue de

35.3%, que equivale a 1,272,709 personas en esta condición. Esto representa una disminución en términos porcentuales con respecto a 2010 (38.8%), y una disminución de 98,866 personas. En 2012 disminuyó la población en pobreza extrema, la cual pasó de 6.6% (231,886 personas) en 2010 a 3.8% (136,290 personas) en 2012, es decir, hubo una disminución de 95,596 personas en esta condición.

De 2010 a 2012 hubo una reducción tanto en el número de personas como en el porcentaje de población con las carencias sociales de rezago educativo, carencia por acceso a los servicios de salud, carencia por calidad y espacios en la vivienda y carencia por acceso a los servicios básicos en la vivienda. Cabe destacar el avance en la disminución de la población con ingreso inferior a la línea de bienestar, la cual pasó de 51.8% (1,829,434 personas) en 2010 a 46.0% (1,659,616 personas) en 2012, es decir, hubo una disminución de 169,818 personas en esta condición.

Para Del Popolo (2001), la dimensión de la seguridad económica en las edades avanzadas es muy importante, ya que se ha observado que la pobreza se hace más crítica en esta etapa de la vida. Incluso hay quienes señalan que las transiciones hacia el retiro y la viudez reducen los ingresos y aumentan la probabilidad de pobreza en los hogares con personas mayores. Huenchuan & Guzmán (2006) coinciden en esta idea y definen la seguridad económica en la vejez como la capacidad de disponer y utilizar de forma independiente una cierta cantidad de recursos económicos en montos suficientes para asegurarse una buena calidad de vida.

## **5.5 Programas Sociales Para Adultos Mayores en América Latina.**

Los programas sociales denominados de “transferencias monetarias” se basan en brindar cierta ayuda económica a la población a la que van dirigidos. Este tipo de programas ha cobrado gran importancia en América Latina durante los últimos años. Autores como Burdin *et al* (2009) han puntualizado que más que prestar atención en intentar abarcar a la población objetivo en su totalidad, que en muchos de los casos ni siquiera solicitan los beneficios, se han preocupado más en excluir a personas que no cumplan con los criterios de elegibilidad. Por su parte, Hernanz, Malherbert & Pellizzari (2004) han señalado la importancia de estudiar el porqué de la no solicitud de prestaciones sociales. Una de las razones

mencionadas por los autores es que el abarcar a sólo una porción de la población objetivo reduce la eficacia del programa en cuanto a su propósito inicial. A continuación se presenta un breve resumen de los apoyos económicos para adultos mayores en países de Latinoamérica, los datos fueron obtenidos de los portales electrónicos gubernamentales de cada uno de los países seleccionados.

### **5.5.1 Chile.**

Según datos del Servicio Nacional para el Adulto Mayor (SENAMA, 2013), Chile otorga una beca económica que denomina Pensión Básica Solidaria (PBS) de aproximadamente \$2200 pesos mexicanos mensuales (82,058 pesos chilenos por mes). Los requisitos que solicita para obtenerla es haber cumplido más de 65 años, no tener derecho a ninguna otra pensión en algún régimen previsional, acreditar la residencia en el territorio chileno por un lapso no inferior a 20 años y tener la necesidad económica de obtenerla. Se otorga a través de SENAMA, que es un servicio público creado en septiembre de 2002 con la finalidad de contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores del país.

### **5.5.2 Uruguay.**

El Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) es el órgano rector de los grupos vulnerables en Uruguay, entre ellos los adultos mayores. En este marco, en 2007 se crea el área de las personas adultas mayores dentro de la dirección nacional de política social que se encarga de contribuir en el diseño y planificación de políticas sociales para adultos mayores de 65 años en el país. Su objetivo es crear condiciones que favorezcan la participación social de los adultos mayores. Se otorga un subsidio a través del Banco de Previsión Social a adultos mayores de setenta años, que acceden en su pleno derecho a la prestación asistencial no contributiva por vejez e invalidez prevista por el artículo 43 a de la Ley no. 16.713 del 3 de septiembre de 1995. El subsidio corresponde a 1625 pesos mensuales.

### **5.5.3 Argentina.**

Argentina cuenta con el ANSES (Administración Nacional de la Seguridad Social); la finalidad de esta prestación es brindar cobertura a aquellos afiliados mayores de 70 años que tengan residencia permanente en el país y que no sean titulares de ningún otro beneficio asistencial, de pensión o cualquier otro de carácter monetario. Desde 1990 Argentina otorga 900 pesos mexicanos mensuales al 78% de sus adultos mayores a través de sus programas de administración de seguridad social.

### **5.5.4 Bolivia.**

En Bolivia se promulgó la ley de renta universal y vitalicia de vejez que otorga una ayuda anual por 2400 bolivianos (300 dólares) a las personas mayores de 60 años de edad en todo el país (Renta Vitalicia Dignidad). Se otorga a 676 mil adultos mayores, 187 mil más que los que cubre el bono solidario (Bonosol) que proporciona 1800 bolivianos (225 dólares) a personas mayores de 65 años. La Renta Dignidad es un beneficio anual para todos los bolivianos sin excepción que se paga al momento de cumplir 60 años de edad. Entró en vigor el 1 de enero de 2008. Los bolivianos que perciben una jubilación en el sistema de seguridad social a largo plazo, percibirán el 50% del monto establecido para la renta.

### **5.5.5 Costa Rica.**

En 1973 había en Costa Rica 12 mil personas mayores de 80 años, ya para el año 2000 eran 46 mil. Este grupo se cuadruplicó en 27 años y llegará a los 230 mil en 2050. La proporción que representa este grupo dentro de los adultos mayores (15% en el año 2000) llegará a ser de 23% en 2050. Lo anterior denota que el grupo conocido como la cuarta edad será el de mayor crecimiento.

Para atender esta problemática está el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor, que se encarga de formular las políticas y planes en materia de envejecimiento. Además coordina el desarrollo de programas, proyectos y servicios dirigidos a la población adulta mayor con el objetivo de mejorar su calidad de vida. La ley no. 7935, creada el 25 de octubre

de 1999 establece los derechos y beneficios de las personas mayores de 65 años relacionados con salud, educación, vivienda y seguridad social. De acuerdo a la ley no. 7972, una persona adulta mayor recibirá 43,529 colones, lo que equivale a 1096 pesos mexicanos por mes.

#### **5.5.6 Brasil.**

Entre los países latinoamericanos pioneros en apoyo asistencial al adulto mayor se encuentra Brasil, que inició el programa asistencia social Beneficio de Prestación Continua de la Asistencia Social BPC LOAS en 1993 que otorga una beca económica de 893 pesos mexicanos mensuales a alrededor de 11 mil adultos mayores, lo que representa una cobertura del 82%. El beneficio se otorga a los adultos mayores de 65 años que no reciben el beneficio previsional, público o privado y que presentan una renta familiar mensual por persona inferior a un cuarto del salario mínimo vigente.

Salvador *et al* (2009) señalan que en un estudio realizado en Brasil se encontró que aproximadamente un 15% de las personas de edad avanzada son activas dentro de la sociedad, específicamente realizando actividad física y de esparcimiento. Los autores mencionan que el que los ancianos sean más activos en la sociedad depende mucho de su medio ambiente. Para los adultos mayores de sexo masculino, el hecho de participar en actividades físicas y de ocio es más frecuente cuando cerca de sus hogares cuentan con algún lugar para practicar deporte. En cuanto a las mujeres se encontró que la presencia de iglesias o templos, gimnasios y parques fueron asociados con una mayor actividad física y actividades de esparcimiento.

Esto nos habla de la importancia de crear centros de esparcimiento para las personas adultas mayores, donde se podría impartir información importante para su desarrollo. Por este motivo los centros comunitarios que ofrecen este servicio en las colonias han cobrado gran relevancia.

### 5.5.7 Cuba.

La edad de retiro en Cuba hasta el 2008 era de 55 años para las mujeres y 60 para los hombres. García *et al* (2008) indican que desde enero del 2009 entró en vigor una ley nueva donde se modifica la edad de jubilación incrementándose en 5 años. El incremento será gradual, a partir del 2009 se alarga 6 meses cada año, hasta el 2018 donde quedará fija en 60 años para las mujeres y 65 para los hombres. Esto difiere la entrada de más de 285 mil pensionados, lo que significa un ahorro de 4 mil doscientos millones al gobierno cubano. Entre otras reformas se aprobó que los jubilados se puedan contratar, añadiendo salario a su jubilación.

Según los autores Cuba es un ejemplo de país latinoamericano en donde la atención a la salud ha sufrido cambios en su administración y de la cual podemos aprender en cuanto a sus logros. Desde 1984 se implementó algo novedoso en el sistema de salud de Cuba que consiste en llevar atención médica a los hogares de personas que por diferentes motivos no pudieran transportarse a los centros de salud. Se han enumerado las múltiples ventajas que de esto resulta, entre las cuales destacan el ayudar al enfermo a llevar una vida lo más apegado a la normalidad dentro de lo que la enfermedad le permita, mayor interacción entre el personal de salud y la familia, además de preservar el número de camas hospitalarias disponibles para los enfermos de mayor gravedad. Esto resulta interesante puesto que es el caso de muchas de las personas en edad avanzada enfermas que se pueden beneficiar con este servicio.

A continuación se presenta una tabla comparativa de las pensiones alimenticias para adultos mayores en varios países de América Latina (ver tabla 4).

**Tabla 4. Pensiones alimenticias para adultos mayores en países de América Latina.**

País	Programa	Inicio de Funciones	Población Total	Total de Adultos Mayores (65 Años y Más)	Adultos Mayores con Pensión	%	Plan de Pensión (Pesos Mexicanos por mes)
México	RED ÁNGEL Distrito Federal	1997	8,851,080	Adultos Mayores Distrito Federal 514,783 Adultos Mayores En México 6,939,000	473.36	92%	\$934.95
Chile	SENAMA Servicio Nacional del Adulto Mayor	2003	16,888,760	1,711,327 Adultos Mayores	700,000	40.90%	\$2 244.90
Argentina	ANSES Administración de Seguridad Social SIPA Sistema Integrado Previsional	1990	41,769,726	4,603,951 Adultos Mayores	3,623,53	78%	\$921.32
Costa Rica	CONAPAM Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor	2000	4,576,562	440,420 Adultos Mayores (60 años y más)	277.465	63%	\$1157.93
Brasil	Asistencia Social BPC LOAS	1993	203,429,773	13,696,083 Adultos Mayores (60 años y más)	11,230,788	82%	\$1069.80
Uruguay	MINISTERIO SOCIAL Area de Personas Adultas Mayores	2007	3,308,535	453,242 Adultos Mayores	381,000	70%	\$1 222.41
Bolivia	BONOSOL Bono Solidario Renta Vitalicia Dignidad	1997-2007 2008	10,118,683	465,459 Adultos Mayores	381.676	82%	\$378.68

**Fuente:** Elaboración propia con base en los tipos de cambio existentes en diciembre de 2012.

La tabla señala los principales programas para adultos mayores en México, Chile, Argentina, Costa Rica, Brasil, Uruguay y Bolivia. En diciembre de 2012, entre estos países latinoamericanos, Uruguay es el que otorgaba mayor cantidad económica de pensión, con \$1224.41 pesos mensuales.

### 5.5.8 Programas sociales en países miembros de la OCDE.

De acuerdo a Meza (2008), los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), se han destacado por sus avances en materia de desarrollo administrativo debido en su gran mayoría a la utilización de un enfoque de asignación de presupuesto por resultados. El autor menciona algunos de los países más destacados, que aunque no son de América Latina, es necesario considerarlos debido a los avances logrados en la materia:

Nueva Zelanda: Es el mayor caso de éxito debido a las fuertes reformas administrativas y presupuestarias que ha implementado en los últimos años, que se tradujo en severos cambios al marco legal e institucional, en donde se establece que las asignaciones presupuestarias se fijan por resultados, más que por insumos. Las reformas que implementó Nueva Zelanda quedaron respaldadas en tres diferentes leyes: la *State-Owner Enterprises Act*, la *State Sector Act* y la *Public Finance Act*, las cuales se complementaron y permiten llevar a cabo la asignación del presupuesto en función de los resultados.

Canadá en 1994 implementó una administración enfocada a resultados que asegura que los recursos del gobierno se dirijan a atender las áreas de mayor prioridad a través de mecanismos mediante los cuales los departamentos de gobierno presentan, al parlamento y al público, la información de resultados de mediano y largo plazo, de tal manera que proporcionan el contexto para la planeación del presupuesto del siguiente año fiscal, con base en la Ley sobre la Administración Pública del año 2000. Además, se apoya en un órgano llamado el Consejo del Tesoro, el cual administra un sistema de indicadores clave, cuyo fin es reflejar un avance sobre las condiciones económicas, ecológicas, sociales y culturales.

Reino Unido: Desde 1998 se toman las decisiones a partir de los resultados con base en acuerdos entre el gobierno central y las autoridades locales. Además cuentan con mecanismos de evaluación, tanto al interior del gobierno, como a través de evaluadores externos que examinan la actividad de los departamentos y órganos públicos desde el punto de vista económico, de eficiencia y de eficacia y presentan informes al Parlamento cada año.

También cuenta con un Sistema de Indicadores de Desarrollo Sustentable que mide el progreso hacia la estrategia de desarrollo sostenible de la Administración.

En Estados Unidos, a través de órganos, tanto del poder Legislativo, como del poder Ejecutivo, se realizan evaluaciones a nivel federal, de políticas y programas públicos. *La General Accounting Office (GAO)* es el órgano que apoya al Congreso en la mejora del desempeño y asegura la rendición de cuentas del gobierno federal, es incluso, uno de los órganos de fiscalización superior más importantes en el mundo. Además, el gobierno estadounidense cuenta con un marco jurídico que regula su desempeño a través de la *Government Performance Results Act* de 1993.

Francia vincula la evaluación de los resultados a un sistema de evaluación del desempeño que funciona a través de un Consejo de Evaluación con un enfoque hacia la eficacia socio-económica, calidad del servicio a usuarios y eficiencia administrativa.

Meza (2008) señala que la experiencia de estos países y muchos otros que han logrado establecer mecanismos para hacer más eficiente el desempeño de la gestión gubernamental y de esta manera contribuir al desarrollo de sus países, obliga a las demás naciones, en especial a las menos desarrolladas, en función de poder alcanzar un mayor nivel de competitividad, a fortalecer o en su caso a desarrollar sistemas de monitoreo y evaluación como método de planeación presupuestaria o como herramienta para identificar si los proyectos y programas están logrando sus metas y si contribuyen al logro de los objetivos nacionales.

## **5.6 Programas Sociales Para Adultos Mayores en México.**

Los principales programas sociales que otorgan apoyos económicos para adultos mayores en México son los siguientes:

### **5.6.1 Programa de pensión alimentaria para adultos mayores del Distrito Federal.**

México inició con programas de beneficio económico para adultos mayores desde 1997, pero sólo en la capital del país, es decir, en el Distrito Federal, a través del programa de pensión alimentaria para adultos mayores perteneciente al Programa Red Ángel del Distrito Federal, que otorga cobertura universal de 897 pesos mexicanos mensuales a los adultos mayores que lo soliciten, a través de una tarjeta de débito sin ninguna restricción. Actualmente tiene este apoyo el 92% de sus residentes. Lo anterior de acuerdo al Instituto para la Atención de los Adultos Mayores en el Distrito Federal (2013), que se basa en la Ley que establece la pensión alimentaria para adultos mayores de 68 años en el Distrito Federal, cuyo artículo 1 señala que los adultos mayores de sesenta y ocho años, residentes en el Distrito Federal, tienen derecho a recibir una pensión diaria no menor a la mitad del salario mínimo vigente en el Distrito Federal.

Se erogaron 5400 millones de presupuesto en este programa, 5167 millones en el apoyo depositado en la tarjeta de débito y 323 millones en gasto operativo. Además, al estar dentro del programa el adulto mayor tiene derecho a utilizar de manera gratuita el transporte público como metro, metro-bús, trolebús y autobuses del Distrito Federal. El programa cuenta con 1500 empleados para atender a los 469 mil adultos mayores residentes del Distrito Federal y con 82 lugares donde pueden afiliarse.

Este programa está dirigido a los adultos mayores de 68 años que vivan de manera permanente en el Distrito Federal o que por lo menos tengan una antigüedad mínima de 3 años en la entidad al momento de solicitar la inscripción al programa. Los requisitos para solicitar el beneficio son únicamente los siguientes:

- 1.- Tener 68 años o más al momento de solicitar su inscripción al padrón de derechohabientes o beneficiarios de la pensión alimentaria.
- 2.- Radicar permanentemente en el Distrito Federal, con una antigüedad mínima de tres años al momento de presentar la solicitud.

Este programa tiene su base en la Ley que establece el derecho a la pensión alimentaria para los adultos mayores de 68 años residentes en el Distrito Federal. Fue publicada en la gaceta oficial el 18 de noviembre del 2003. En sus inicios se otorgaba la pensión a los 70 años, pero se realizó una modificación al decreto y se disminuyó la edad en la que se recibiría el beneficio a 68 años.

### **5.6.2 Programa 70 y Más del gobierno federal (cambia a 65 años en el 2013).**

En cuanto a cobertura y presupuesto, la pensión de vejez no contributiva más importante es el programa 70 y Más del gobierno federal. Sin embargo, existe un amplio y diverso grupo de programas estatales; en Chiapas, Chihuahua, Colima, Distrito Federal, Jalisco, Estado de México, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, Sonora y Veracruz.

Este programa, según su portal electrónico, tiene como objetivo general contribuir a la protección social de los adultos mayores de 70 años. Su objetivo específico es incrementar el ingreso de los adultos mayores de 70 años así como aminorar el deterioro de su salud física y mental. Hasta 2011, el programa 70 y Más de la SEDESOL otorgaba beneficios básicos a todas las personas de 70 y más años que residían en localidades menores a 30,000 habitantes. A partir de 2012, se decretó su ampliación a todas las localidades del país. El apoyo monetario consta de 500 pesos mensuales, en entregas bimestrales, y un pago de marcha de 1,000 pesos entregado por única vez a la persona nombrada como representante por el beneficiario para utilizarse cuando éste fallece. Hacia finales de 2011 el programa atendía a 2,149,024 adultos mayores, con un gasto de 12,816 millones de pesos y con un gasto aprobado de 18,821.12 millones de pesos en 2012.

Según el Diario Oficial de la Federación que establece las reglas de operación del programa (2013), el gobierno federal logró la concertación necesaria para incrementar la cobertura desde los 65 años al programa que se conocía como programa 70 y Más. Conforme a estas reglas de operación, el programa 70 y Más demostró que la combinación de la entrega de una pensión monetaria de tipo no contributivo, más la realización de acciones para aminorar el deterioro de la salud física y mental a través de la constitución y fortalecimiento de

una red social en favor de este grupo social, aunados a acciones de protección social coordinados entre todo el sector público, mejoran efectivamente las condiciones de vida de las personas adultas mayores beneficiarias de este programa

Según Rubio & Garfias (2010), a nivel federal, el Programa 70 y Más surge como resultado de las negociaciones del presupuesto de 2007 en la Cámara de Diputados. Se trata de una pensión no contributiva universal para los adultos mayores, originalmente, aquellos residentes en localidades rurales de hasta 2.500 habitantes. Cada año los diputados han incrementado el presupuesto asignado al programa, así como su cobertura geográfica. La pensión beneficiaba a los adultos mayores que vivían en asentamientos de hasta 30 mil habitantes, con un presupuesto de poco más de 13.000 millones de pesos, esto alrededor del 0,1% del PIB, representando el segundo programa de desarrollo social con mayor presupuesto después de Oportunidades.

El orden de incorporación al programa es cronológico de acuerdo a la fecha de registro y hasta donde lo permita la disponibilidad del presupuesto. Si el adulto mayor cumple con los requisitos de elegibilidad, un promotor integra la documentación y llena el CUIS (cuestionario único de información socioeconómica) con información que proporcione el adulto mayor; y en un plazo máximo de dos bimestres se publica el resultado de su solicitud.

Según el Diario Oficial de la Federación del 26 de febrero del 2013 donde se enmarcan las reglas de operación, este programa se modifica y ahora se otorga el beneficio a mayores de 65 años, con el objetivo de abatir la marginación y el rezago que enfrentan los grupos sociales vulnerables para proveer igualdad en oportunidades que les permitan desarrollarse con independencia y plenitud.

Asimismo, como parte de las líneas de acción que se señalan en las reglas de operación mencionadas, el programa se enfoca en consolidar una red de protección social que asista a los beneficiarios en condiciones de vulnerabilidad, otorgando un apoyo económico a los adultos mayores de 65 años en localidades de hasta 30 mil habitantes. Los criterios de elegibilidad son los siguientes:

- a) Tener 65 años de edad o más.
- b) Aceptar la suspensión del apoyo para adultos mayores del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, en caso de ser beneficiario del mismo.
- c) No recibir ingresos por concepto de pago de jubilación o pensión.

El apoyo económico que se otorga es de 525 pesos mensuales, que se entrega cada dos meses, a los beneficiarios que conforman el padrón activo; además se realiza un pago de marcha por 1000 pesos, que se entrega una sola vez al representante del beneficiario por fallecimiento. Se realizan acciones de promoción tales como grupos de crecimiento, campañas de orientación social, jornadas y sesiones informativas dirigidas a mejorar la salud física y mental de los beneficiarios, además de servicios y apoyos para atenuar los riesgos por pérdidas en el ingreso o la salud.

De acuerdo a Rubio *et al* (2010), en el caso de los programas del gobierno federal, la “jurisdicción” existe, aunque en dimensiones diferentes: por un lado, el componente de Oportunidades para adultos mayores tiene como universo de aplicación a quienes cumplan con el puntaje requerido para la focalización y vivan en localidades donde opere el programa; por otro el programa 70 y Más beneficia a todos los adultos mayores en localidades de hasta 30.000 habitantes. La Pensión Alimentaria del DF, por su parte, es quizás el programa que más se acerca al ideal de un bien público extensivo, dado que no existe jurisdicción geográfica o de otro tipo en relación con la unidad política que lo implementa que en este caso es el gobierno local del Distrito Federal.

Rubio *et al* (2010) sostienen que entender los programas descritos bajo esta lógica implicaría encontrar las razones de su implementación en una estrategia de maximización de las probabilidades de acceder al poder o de permanecer en él. La instauración de un programa totalmente universal podría responder, como en el caso del Distrito Federal, a una búsqueda de apelar a los votantes indecisos con una promesa más creíble que el simple discurso de provisión de bienes públicos con miras a una elección.

### **5.6.3 Programa social para adultos mayores “Vive a Plenitud” en el estado de Chihuahua.**

El programa social para adultos mayores “Vive a Plenitud” del gobierno del estado de Chihuahua inició operaciones en octubre del 2004 con el objetivo de apoyar a la población de 70 años o más en situación de pobreza. Actualmente se proporciona una beca económica a cerca de 15 mil adultos mayores de 70 años que viven en el estado de Chihuahua. Para el 2012 el programa contaba con 14,276 becas en el estado, lo cual implicaba una inversión mensual de 12 millones 377 mil pesos. En Ciudad Juárez se tenían registrados en ese año 5,321 becas asignadas.

En marzo de 2013 cambia su nombre según las nuevas reglas de operación que se establecen en el Periódico Oficial del estado de Chihuahua (sustentado en la ley del Periódico Oficial del estado publicada en el Periódico Oficial del estado no. 67 del 22 de agosto de 2009) de fecha 6 de marzo de 2013 por “Chihuahua Vive a Plenitud”, reduciendo la edad requerida para el apoyo a 65 años. El estudio de campo de esta investigación fue realizado antes de marzo del 2013, por lo que se realizó con los parámetros existentes en tal fecha.

La beca alimenticia equivale a \$867.00 (ochocientos sesenta y siete pesos) mensuales, y se otorga a través de una tarjeta bancaria de débito, que debe ser usada únicamente para comprar productos alimenticios y artículos de primera necesidad en los diversos establecimientos comerciales del estado, no para disposiciones en efectivo. Es para el uso directo de la persona adulta mayor beneficiaria, no es transferible y su monto total no será acumulable por más de dos meses.

Según las reglas de operación se define beca alimentaria como el beneficio otorgado a los adultos mayores de 65 años de edad (antes de 70 años) que reúnen los requisitos de elegibilidad (el programa otorgará, con base en la disponibilidad presupuestal, una beca alimentaria a la población adulta mayor de 65 años de edad, en condición de vulnerabilidad, que resida en el estado de Chihuahua y que no goce de apoyos gubernamentales similares), consistente en una aportación económica mensual y atención médica a través de la

Secretaría de Salud del Estado, así como su atención integral con su participación en las redes sociales del programa.

La beca alimentaria que este programa otorga al adulto mayor se basa en los principios y garantía de tener una seguridad económica básica, lo cual contribuye a un mejoramiento de las condiciones de vida de los adultos mayores. Se les proporciona un medio con el cual pueden obtener seguridad económica, que a su vez, mejore su situación social y emocional, generándoles confianza y seguridad y brindándoles recursos que los hagan sentirse parte activa de su entorno familiar y social.

Este programa está sustentado en la Ley de los derechos de las personas adultas mayores del estado de Chihuahua (2010), que establece en su artículo 44:

“Las personas adultas mayores que se encuentren en situación de vulnerabilidad, tendrán derecho a recibir una beca alimentaria mensual conforme a lo establecido en el Presupuesto de Egresos del Estado, que consistirá al menos en la mitad del salario mínimo general diario vigente en la capital del Estado, elevado al mes, siempre que no sean sujetas de asistencia social de otros programas institucionales del orden federal, estatal o municipal y no se encuentren incorporadas a un sistema de pensiones”.

#### **5.6.3.1 Modalidades de acción del programa Vive a Plenitud.**

Apoyo asistencial (proteger a los adultos mayores que se encuentren en extrema pobreza con una beca económica), recreación, cultura y deporte a través de círculos de amistad, centros de encuentro social con el adulto mayor (CESAM), bolsa de trabajo y servicio médico del Seguro Popular.

#### **5.6.3.2 Objetivo general del programa.**

Proteger a los adultos mayores que se encuentren en extrema pobreza con una beca que les permita tener una alimentación acorde con sus requerimientos en cantidad y calidad, además de propiciar la participación directa del adulto mayor en el cuidado de su salud, en la

vida laboral y en actividades de recreación, cultura y deporte, sistematizando las acciones para que tengan interrelación e impacten en una mejor calidad de vida.

#### **5.6.3.3 Objetivos específicos.**

- Apoyo asistencial (Proteger a los adultos mayores que se encuentren en extrema pobreza con una beca económica).
- Recreación, cultura y deporte a través de Círculos de Amistad, Centros de Encuentro Social con el Adulto Mayor (CESAM) y el Jardín del Abuelo.
- Bolsa de Trabajo.
- Servicio médico a través del Seguro Popular para las personas que no pertenezcan a esquemas de seguridad social.

#### **5.6.3.4 Población objetivo.**

En la modalidad de beca alimentaria la población objetivo serán los adultos mayores de 70 años de edad en extrema pobreza y residentes en el estado de Chihuahua. La situación socioeconómica del adulto mayor que pretende ingresar al programa se evalúa a través de una visita de trabajo social a domicilio.

#### **5.6.3.5 Criterios de participación para la beca alimentaria.**

Tener 70 años de edad o más, residir en el estado de Chihuahua, acreditar mediante el estudio socioeconómico estar en condiciones de pobreza extrema. No ser sujetos de asistencia social de otros programas institucionales del orden federal, estatal, o municipal con el mismo propósito y no estar incorporado a un sistema de pensiones.

#### **5.6.3.6 Mecánica de operación de la beca alimentaria.**

La persona que requiera ser beneficiario de esta modalidad del programa debe acudir a empadronarse a las oficinas del mismo, proporcionar los datos para el llenado de la cédula de inscripción y presentar la siguiente documentación en original y copia:

a) Identificación oficial con fotografía.

b) Acta de Nacimiento.

c) Documento oficial que acredite su residencia, o constancia expedida por la autoridad local.

Posterior a este trámite, la persona adulta mayor recibe en su domicilio la visita de verificación de personal del programa, donde deberá proporcionar datos y/o mostrar documentos complementarios y, en su caso, permitir su acceso al interior de la vivienda.

La persona adulta mayor que haya reunido satisfactoriamente los requisitos para ser beneficiario de la beca alimentaria se notifica directamente por personal de trabajo social del programa. Asimismo, el personal mencionado recaba la firma del contrato y proporciona la orientación correspondiente para que pueda utilizar su tarjeta.

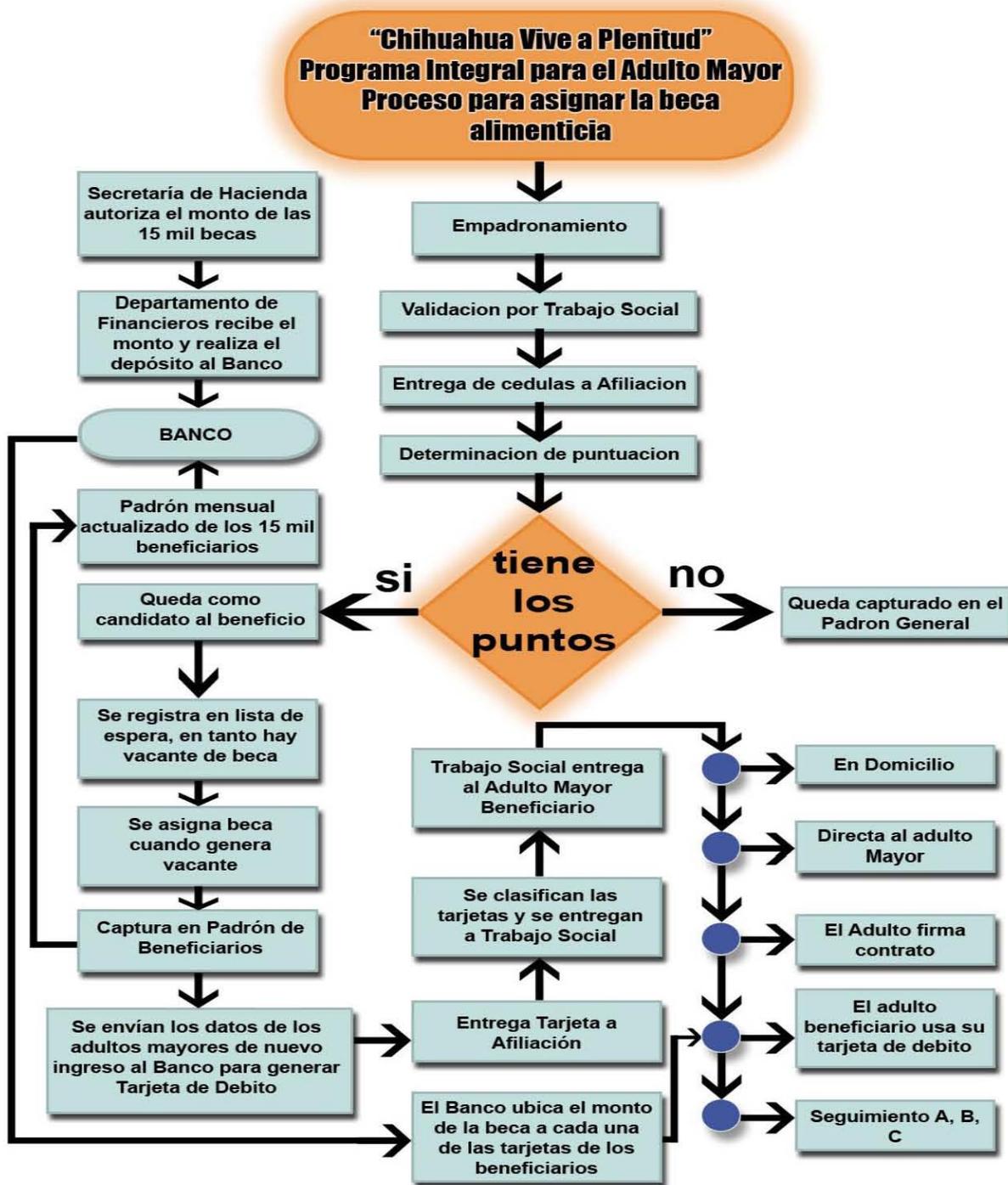
Los recursos que el Gobierno del Estado otorga al programa podrán ser revisados por la Secretaría de la Contraloría y en su caso por la Auditoría Superior del Estado. Con el objeto de impulsar la eficiencia y eficacia, así como promover la mejora continua en la operación del programa, los responsables de las áreas de la instancia ejecutora deben supervisar los procesos respectivos, con el fin de llevar el control y seguimiento que permitan alcanzar la calidad en los resultados.

Los resultados de las acciones de auditoría, supervisión, control y seguimiento deben ser documentados para tener las referencias que permitan valorar la atención en tiempo y forma de las anomalías detectadas, hasta su total solución.

Las reglas de operación señalan que la instancia ejecutora a través de los responsables del programa, promoverá acciones de evaluación de manera directa en campo, e indirecta a través de la revisión documental, a efecto de dar seguimiento y ponderar los avances del programa en relación a las metas planteadas. Según los directivos del programa esta evaluación rara vez se realiza, ya que la carga de trabajo y el poco personal con el que cuentan les impide tomarse tiempo para realizar una evaluación del programa. También se señala que podrán realizarse evaluaciones externas, pero desde la fecha de inicio del programa no se ha realizado ninguna.

Para recabar la información de esta tesis se tuvieron reuniones periódicas con los directivos del programa social Chihuahua Vive a Plenitud. Como resultado de estas reuniones se realizó un diagrama de flujo de operación del programa complementando el que fue proporcionado para entender su funcionamiento, y de esta manera pasar a la siguiente fase de estudio. A continuación se presenta el diagrama elaborado (ver figura 4).

Figura 4. Proceso para asignación de beca del programa Vive a Plenitud.



Fuente: Elaboración propia con base a la información proporcionada por personal del programa.

## CAPÍTULO 6.- METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.

### 6.1 Tipo y diseño de la investigación.

La presente es una investigación cuantitativa y transversal tiene un diseño dividido en dos etapas: la primera descriptiva y la segunda descriptiva y correlacional (ver tabla 5).

**Tabla 5. Etapas de la investigación.**

Etapa	Objetivo	Diseño
Primera	Evaluar si la beca alimenticia entregada se otorga a la población objetivo del programa social.	Descriptivo
Segunda	Evaluar su estado de salud mediante sus condiciones generales de salud, estado nutricional, afectivo, deterioro cognitivo y grado de capacidad física, así como correlacionar algunas de estas variables con la pobreza.	Descriptivo y correlacional

De acuerdo a Galeano (2004), los estudios cuantitativos pretenden la explicación de una realidad social vista desde una perspectiva externa y objetiva. Su intención es buscar la exactitud de mediciones o indicadores sociales con el fin de generalizar sus resultados a poblaciones o situaciones amplias. Trabajan fundamentalmente con números y datos cuantificables. Es cuantitativa porque en ambas etapas proporciona datos y resultados que se pueden medir. Se realizó una medición con diferentes variables de salud de los adultos mayores pertenecientes al programa, lo cual arrojó una serie de indicadores que son cuantificables.

Es transversal ya que, como señala Babbie (1999), muchos proyectos de investigación se destinan a estudiar algún fenómeno del que toman un corte transversal de un momento y lo analizan cuidadosamente. En la presente investigación se eligió un momento en el tiempo de vida del programa social para realizar el estudio en ambas etapas. Durante este periodo se realizó el análisis de la información de los expedientes de los derechohabientes, así como la aplicación del instrumento.

La primera etapa de la investigación es descriptiva, ya que se examinan los expedientes de los beneficiarios del programa y se elabora un análisis de las variables sociodemográficas de la población de estudio. Para Danhke (1989), la investigación descriptiva busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de las personas, grupos, comunidades, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis.

La segunda etapa es también descriptiva y correlacional, ya que se realiza un mapeo sobre los polígonos de pobreza y los niveles de bienestar de la población de estudio para determinar si el programa llega a su población objetivo. Es correlacional porque realiza una correlación entre las variables socioeconómicas y el estado afectivo, el deterioro cognitivo, el grado de incapacidad física y el estado nutricional de los adultos mayores pertenecientes a un programa social. Se elabora una correlación entre los polígonos de pobreza, los niveles de bienestar y la ubicación geográfica de los beneficiarios del programa social con la finalidad de contrastar si el programa está llegando a su población objetivo, además se realiza una correlación entre la pobreza y la nutrición, la ansiedad y la depresión. Para Lander *et al* (2006), los estudios correlacionales se recomiendan cuando el investigador desea conocer la relación entre dos o más variables, lo cual es la finalidad de esta etapa de la investigación.

## **6.2 Población, muestra y diseño muestral.**

### **6.2.1 Población.**

Jany *et al* (1994) definen población como la totalidad de elementos o individuos que tienen ciertas características similares y sobre las cuales se desea hacer interferencia. Según

Balestrini (2002), la población es un grupo finito o infinito de personas, cosas o elementos que presentan características comunes. Gallego (2004) señala que una población infinita es aquella en la cual no se conoce el número de elementos que la componen. Para Navarro (2004), una población finita es aquella cuyos elementos en su totalidad pueden ser identificados por el investigador, por lo que en este caso se cumple el precepto y se cuenta con una población finita para el estudio.

El uso de poblaciones finitas en estudios de adultos mayores es común, según Bayarre *et al* (2008), en Cuba se han realizado para estimar la prevalencia de discapacidad mental en adultos mayores en las ciudades de La Habana, Las Tunas, Granma, Holguín y Camagüey, entre los años 2000 y 2004. Otro estudio en España realizado por Azpiazu *et al* (2002), también utilizó una población finita de adultos mayores donde aplicaron 911 encuestas a personas mayores de 65 años, muestra similar a la utilizada en la presente investigación.

El tipo de población que se utilizará en la presente investigación es finita, ya que es la más común en este tipo de estudios en donde se conoce a la población beneficiaria de un programa social. Debido a que el presente estudio se dividió en dos etapas para alcanzar el objetivo general de la investigación, la población de estudio también fue dividida en dos etapas.

En la primera etapa se identificó el total de beneficiarios que recibieron el apoyo de la beca económica en el estado de Chihuahua, en el periodo comprendido desde 2010 a julio de 2012. Los beneficiarios fueron 14276 adultos mayores. De éstos se seleccionó solamente a los beneficiarios del programa en Ciudad Juárez en la que se concentra el mayor número de personas beneficiadas en un mismo municipio, con un total de 5321 adultos mayores.

En esta primera etapa se solicitó a la Secretaría de Desarrollo Social del gobierno del estado de Chihuahua el listado de beneficiarios del programa por localidad, con los cuales se elaboró la tabla 6 en dos cortes del tiempo: en diciembre de 2010 y en julio de 2012.

**Tabla 6. Beneficiarios del programa Vive a Plenitud por localidad.**

<i>Municipios</i>	<i>Capturados diciembre 2010</i>	<i>Beneficiados vigentes a noviembre 2010</i>	<i>Beneficiados capturados a julio del 2012</i>
<i>Ahumada</i>	576	41	151
<i>Aldama</i>	433	8	99
<i>Allende</i>	270	6	75
<i>Aquiles Serdán</i>	120	7	7
<i>Ascensión</i>	567	33	27
<i>Bachiniva</i>	667	31	13
<i>Balleza</i>	413	29	19
<i>Batopilas</i>	553	0	26
<i>Belisario Domínguez</i>	425	10	5
<i>Bocoyna</i>	2171	272	252
<i>Buenaventura</i>	1256	52	61
<i>Camargo</i>	2168	410	346
<i>Carichi</i>	570	53	38
<i>Casas Grandes</i>	542	77	75
<i>Coyame</i>	178	17	13
<i>Chihuahua</i>	22596	3820	3470
<i>Chinipas</i>	555	77	73
<i>San Fco. de Conchos</i>	230	28	11
<i>Coronado</i>	108	4	4
<i>Cuauhtémoc</i>	4400	1271	1252
<i>Cusihuiachi</i>	504	14	6
<i>Delicias</i>	4071	829	757
<i>El Tule</i>	145	9	8
<i>Galeana</i>	164	11	12
<i>Gómez Farías</i>	560	35	25
<i>Gran Morelos</i>	423	35	11
<i>Guachochi</i>	1704	65	91
<i>Guadalupe Dto Bvo</i>	290	40	32
<i>Guadalupe y Calvo</i>	1850	53	78
<i>Guazapares</i>	556	31	23

<b>Guerrero</b>	<b>2087</b>	<b>96</b>	<b>50</b>
<b>H. del Parral</b>	<b>4283</b>	<b>495</b>	<b>472</b>
<b>Huejotitán</b>	<b>173</b>	<b>13</b>	<b>10</b>
<b>I. Zaragoza</b>	<b>679</b>	<b>40</b>	<b>27</b>
<b>Janos</b>	<b>498</b>	<b>47</b>	<b>31</b>
<b>Jiménez</b>	<b>2118</b>	<b>213</b>	<b>188</b>
<b>Juárez</b>	<b>19297</b>	<b>5406</b>	<b>5321</b>
<b>Julimes</b>	<b>559</b>	<b>39</b>	<b>10</b>
<b>La Cruz</b>	<b>263</b>	<b>13</b>	<b>4</b>
<b>Madera</b>	<b>1009</b>	<b>47</b>	<b>89</b>
<b>Maguarichi</b>	<b>102</b>	<b>5</b>	<b>5</b>
<b>Manuel Benavides</b>	<b>283</b>	<b>12</b>	<b>9</b>
<b>Matachi</b>	<b>283</b>	<b>22</b>	<b>3</b>
<b>Matamoros</b>	<b>383</b>	<b>8</b>	<b>3</b>
<b>Meoqui</b>	<b>1396</b>	<b>155</b>	<b>34</b>
<b>Morelos</b>	<b>258</b>	<b>0</b>	<b>12</b>
<b>Moris</b>	<b>316</b>	<b>40</b>	<b>20</b>
<b>Namiquipa</b>	<b>1872</b>	<b>28</b>	<b>13</b>
<b>Nonoava</b>	<b>331</b>	<b>18</b>	<b>9</b>
<b>Nvo. Casas Grandes</b>	<b>2034</b>	<b>519</b>	<b>613</b>
<b>Ocampo</b>	<b>422</b>	<b>61</b>	<b>19</b>
<b>Ojinaga</b>	<b>880</b>	<b>41</b>	<b>42</b>
<b>Praxedis G. Guerrero</b>	<b>323</b>	<b>42</b>	<b>31</b>
<b>Riva palacio</b>	<b>416</b>	<b>22</b>	<b>16</b>
<b>Rosales</b>	<b>540</b>	<b>13</b>	<b>7</b>
<b>Rosario</b>	<b>471</b>	<b>11</b>	<b>4</b>
<b>San Francisco de Borja</b>	<b>435</b>	<b>20</b>	<b>5</b>
<b>San Francisco del Oro</b>	<b>257</b>	<b>12</b>	<b>5</b>
<b>Santa Bárbara</b>	<b>467</b>	<b>9</b>	<b>5</b>
<b>Santa Isabel</b>	<b>457</b>	<b>4</b>	<b>4</b>
<b>Satevó</b>	<b>565</b>	<b>18</b>	<b>6</b>
<b>Saucillo</b>	<b>1575</b>	<b>61</b>	<b>45</b>
<b>Temosachi</b>	<b>326</b>	<b>10</b>	<b>10</b>

<b>Urique</b>	<b>545</b>	<b>51</b>	<b>57</b>
<b>Uruachi</b>	<b>463</b>	<b>10</b>	<b>22</b>
<b>Valle de Zaragoza</b>	<b>318</b>	<b>22</b>	<b>8</b>
<b>Villa López</b>	<b>392</b>	<b>9</b>	<b>7</b>
<b>TOTAL</b>	<b>96141</b>	<b>15000</b>	<b>14276</b>

**Fuente:** Elaboración propia con base a datos obtenidos del programa.

Para la segunda etapa de la investigación en donde se evaluó el estado nutricional, afectivo, la capacidad física y el estado mental de los adultos mayores, la población también fue finita, en donde se encuestaron 959 beneficiarios del programa en Ciudad Juárez, Chihuahua.

### **6.2.2 Muestra.**

La muestra es la parte de la población que se selecciona para realizar una investigación. Bernal (2006) indica que la muestra es la parte de la cual realmente se obtiene la información para el desarrollo del estudio y sobre la cual se efectuarán la medición y la observación de las variables objeto de estudio.

Para Ibáñez (2006), la decisión de tomar toda la población o una muestra depende de los objetivos de la investigación, el tamaño de la población, los recursos destinados para llevar a cabo el estudio y el tiempo de realización de la investigación. Cuando al evaluar estos aspectos no es posible tomar toda la población es conveniente tomar una muestra representativa, la cual nos asegura ahorro de tiempo, dinero y esfuerzo, y permite que la calidad de la información sea muy alta, comparada con la que se conseguiría de tomar todos los elementos de la población. Ibáñez señala que al hacerlo se puede tener más control para recolectar y depurar la información y tener menos errores muestrales, como son el que no respondan alguna pregunta o las inconsistencias al codificar la información.

Para conocer si la población beneficiada es realmente la población objetivo del programa, en la primera etapa de la investigación se realizó una muestra censal del 100% de

los beneficiados en el municipio de Ciudad Juárez. Para conseguir la información necesaria, se solicitó autorización a la Secretaría de Desarrollo Social de Gobierno del Estado de Chihuahua. La dependencia facilitó los expedientes de los beneficiarios y se procedió a vaciar la información sociodemográfica de los estudios socioeconómicos en un archivo de excel. Del listado total de 5321 expedientes del periodo de 2010 a julio de 2012, la instancia gubernamental solamente puso a disposición del investigador 4510, ya que los demás expedientes no los localizaron en sus archivos, por lo que los expedientes facilitados se tomaron como el 100% de la población beneficiaria.

Para la segunda etapa de la investigación en donde se aplicaron instrumentos para determinar las condiciones de salud de los adultos mayores, se requirió determinar la muestra de la población finita de 5321 adultos mayores derechohabientes del programa social en Ciudad Juárez. El tamaño de la muestra se determinó con la siguiente fórmula:

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}} \quad \text{donde:} \quad n_0 = p^*(1-p)^* \left( \frac{z(1-\frac{\alpha}{2})}{d} \right)^2$$

Donde:

N = Total de la población.

Z $\alpha$ = 1.96 al cuadrado (si la seguridad es del 95%).

p = proporción esperada (95% = 0.95).

q = 1 – p (en este caso 1-0.95 = 0.05).

e = precisión (1%).

n= Tamaño de la muestra buscada.

Con un nivel de confianza de 95% y un error máximo de estimación del 1%, el total de la muestra corresponde a 923 participantes. Buscando disminuir los posibles errores en el llenado de las encuestas (como la no respuesta, o errores del entrevistador en la aplicación), se elevó el total de la muestra un 5%, de tal manera que el tamaño de la muestra es de 969 participantes. Se tuvieron 10 instrumentos con errores por lo que la muestra final quedó en 959 participantes.

### 6.2.3 Diseño muestral.

Para Namakforoosh (2000), el diseño muestral es el conjunto de estrategias y procedimientos encaminados a seleccionar una muestra de una población objetivo de estudio, que cumple con una serie de características estadísticamente deseables que sirven para asegurar niveles establecidos de precisión.

Castro (2003) señala que la muestra se clasifica en probabilística y no probabilística. La probabilística es donde todos los miembros de la población tienen la misma opción de conformarla. A su vez puede ser muestra aleatoria simple, muestra de azar sistemático, muestra estratificada o por conglomerado o áreas. En la no probabilística, la elección de los miembros para el estudio dependerá de un criterio específico del investigador, lo que significa que no todos los miembros de la población tienen igualdad de oportunidad de conformarla.

El diseño muestral de la selección de las unidades de muestra es de tipo probabilístico, en el que cada adulto mayor perteneciente al programa tiene asignada la misma probabilidad de ser seleccionado en la muestra; entonces el proceso fue completamente aleatorio. El diseño probabilístico es del tipo aleatorio sistemático. Para Balestrini (2002), en este diseño se ordenan previamente los individuos de la población, después se elige uno de ellos al azar, y luego a intervalos constantes se eligen los demás hasta completar la muestra.

Para propósitos de este estudio se utilizó un muestreo sistemático en el que el intervalo del muestro se determinó mediante la división del tamaño de la población entre el tamaño de la muestra, lo cual dio como resultado 5 en números enteros. De tal manera que de cada 5 adultos mayores que fueron pasando a la firma, sólo se seleccionaba uno para aplicarle el instrumento. Cada 3 meses, los 5321 adultos mayores tenían que acudir a firmar supervivencia a las instalaciones de la dependencia, estos espacios de tiempo fueron aprovechados para elegir mediante este diseño a los adultos que participaron en la investigación.

Para el levantamiento de datos en las muestras determinadas para cada una de las etapas, se llevó a cabo el siguiente plan de muestreo:

#### Primera etapa.-

(1).- Se solicitó la autorización de los encargados de la administración del programa social que pertenece a la Secretaría de Desarrollo Social del gobierno del estado de Chihuahua, para llevar a cabo la presente investigación y, en una primera etapa, tener acceso al padrón de beneficiados en el estado por municipios, seleccionando para propósitos del estudio sólo a los beneficiarios del municipio de Ciudad Juárez.

(2).- Una vez con la autorización otorgada, se procedió a solicitar los expedientes del programa en el municipio de Juárez, para capturar todas las variables que arrojaba el estudio socioeconómico, tales como nombre, dirección, edad, estado civil, servicio médico, ingresos económicos, ocupación y condiciones generales de su vivienda.

#### Segunda etapa.-

(3).- Se solicitó autorización a los encargados del programa social para levantar datos en las oficinas ubicadas en el Parque Central de Ciudad Juárez, ya que es el espacio físico donde los adultos mayores acuden a firmar supervivencia.

(4).- Una vez obtenida la autorización, se procedió a integrar un equipo multidisciplinario de trabajo integrado por un supervisor, un médico, tres enfermeras, dos nutriólogas y dos capturistas.

(5).- Se capacitó al equipo multidisciplinario para aplicar el instrumento.

(6).- Se procedió a levantar los datos en un periodo de 8 meses desde septiembre de 2011 hasta abril de 2012 en las oficinas del parque central de Ciudad Juárez, Chihuahua; cuando los adultos mayores llegaban a su firma se les invitaba a formar parte del estudio, al dar su consentimiento se les aplicaba la encuesta y se les realizaba una revisión médica.

## 6.3 Método e instrumento de medición.

### 6.3.1 Método.

El estudio se divide en dos etapas, el método utilizado para cada una de ellas se incluye en la siguiente tabla:

**Tabla 7. Etapas del método y diseño de investigación.**

Etapa	Método
Primera	Mapeo de las direcciones de los beneficiarios en un SIG contrastado sobre los polígonos de pobreza de SEDESOL y niveles de bienestar del INEGI.
Segunda	Encuestas e instrumentos previamente contruidos, así como la utilización de SIG.

En la primera etapa se utiliza el método de contrastación mediante mapeos de información sociodemográfica contenida en los expedientes de los beneficiarios del programa. El método de mapeo consiste en plasmar cartográficamente los datos en el mapa de una localidad, con la finalidad de obtener información para la toma de decisiones.

En la segunda etapa, el método de levantamiento de datos es el cuestionario. Arias (2006), señala que éste es un método que permite el examen de un mayor número de casos en corto tiempo en relación con la entrevista, además de que las respuestas son más fáciles de catalogar y existe un riesgo menor de contaminar los resultados con la interacción personal entre el investigador y los sujetos.

### 6.3.2 Descripción del método de la segunda etapa.

En la segunda etapa de la investigación se utilizó el cuestionario derivado del proyecto SABE (Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina y el Caribe). Albalá *et al* (2005),

señala que el objetivo de este instrumento es evaluar el estado de salud de las personas adultas mayores en ciudades de América Latina, para proyectar las necesidades de salud que resulten del rápido crecimiento de la población adulta mayor.

En 1997, la OPS inició el diseño del instrumento SABE, para investigar las condiciones de salud de los adultos mayores en las principales zonas urbanas de siete países de América Latina y el Caribe (Argentina, Barbados, Brasil, Cuba, Chile, México y Uruguay), el cual es fruto de la colaboración con especialistas y científicos de los equipos de investigación de los siete países participantes de la región.

Para Peláez *et al* (2002), la encuesta SABE constituye un punto de partida en el estudio sistemático del envejecimiento en zonas urbanas de la región de América Latina y el Caribe, y ha sido muy importante para las investigaciones que se están realizando sobre el tema de la salud en la vejez. Su objetivo es evaluar las condiciones generales de salud, estado nutricional, afectivo, deterioro cognitivo y grado de capacidad física. El cuestionario está dividido en cinco secciones que son las siguientes:

- 1.-Las condiciones de salud según la percepción del beneficiario, con 26 ítems.
- 2.-La evaluación del estado de nutrición que se mide usando dos escalas: *Mini Nutritional Assessment* (MNA), compuesto por 18 ítems, y la evaluación del apetito, con 8 ítems.
- 3.-La valoración de la capacidad funcional de los adultos mayores mediante el índice de Katz de Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), compuesto de 6 ítems.
- 4.-La valoración del estado cognitivo mediante el cuestionario de Pfeiffer, con 10 ítems.
- 5.-El estado de depresión y ansiedad se midieron con la escala de depresión de Yesavage, que consta de 15 ítems, y la escala de ansiedad de Golberg, que consta de 9 ítems.

Arias (2006) señala que el método de levantamiento de datos se define como una serie de pasos sucesivos que conducen a una meta, para confirmar las hipótesis formuladas se necesita contar con datos, los cuales son la materia prima de la ciencia. Es preciso recopilarlos, procesarlos e interpretarlos para conocer si se cumplen los supuestos determinados. Para realizar este levantamiento de datos se utilizó el instrumento descrito compuesto de las siguientes secciones:

1.-Las condiciones de salud según la percepción de los beneficiarios, consta de 26 ítems con los que se le pregunta al adulto mayor si en los últimos 12 meses ha padecido hipertensión arterial, diabetes, cáncer, enfermedad pulmonar, enfermedad del corazón, embolias, artritis, caídas, fracturas de cadera, osteoporosis, incontinencia urinaria, dolor de pecho, hinchazón de pies y tobillos, dolores de espalda, dolor de cabeza, fatiga o cansancio severo, tos, problemas de articulaciones, náusea y vómito, transpiración excesiva o sed persistente, problemas de la vista, de la audición, bucales o de dentición, problemas nerviosos o psiquiátricos, problemas mamarios para el caso de las mujeres y problemas de próstata en el caso de los hombres.

2.- El estado nutricional se midió de acuerdo al *Mini Nutritional Assessment* (MNA) y a la evaluación del apetito.

2.1.- Para Vellas *et al* (2006), el MNA es un método de evaluación y screening nutricional para población anciana. Está diseñado para el ámbito hospitalario, residencias y población en general. Consta de 18 ítems en los cuales una puntuación mayor de 24 indica que la persona está bien nutrida, de 17 a 23.5 señala un riesgo de malnutrición y un indicador menor a 17 indica que la persona se encuentra malnutrida. En éste se mide el índice de masa corporal, la circunferencia del brazo, de la pierna, la pérdida de peso en meses, si vive independiente, si toma más de 3 medicinas al día, si tiene alguna enfermedad aguda o estrés psicológico en los últimos 3 meses, su movilidad, problemas neuropsicológicos o úlceras por presión. Ha demostrado una alta sensibilidad, especificidad y fiabilidad así como un alto valor predictivo.

2.2.- La evaluación del apetito consta de 8 ítems en los cuales una puntuación menor o igual a 28 señala un riesgo de perder por lo menos el 5% del peso corporal en los próximos 6 meses. En ésta se miden las comidas completas que tiene en un día, consumo de marcadores de ingesta de proteínas, si consume más de dos platos de fruta al día, su pérdida de peso en los últimos tres meses, su ingesta líquida al día, su modo de ingesta, si se ven a sí mismos con problemas nutricionales y cómo perciben su salud en relación con personas de su misma edad.

3.- Para evaluar la capacidad funcional de los adultos mayores se utilizó el índice de Katz de Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD). Según Katz *et al* (1983), fue creado en 1958 para delimitar la dependencia en fracturas de cadera. En 1963 se publicó un artículo que demuestra que el orden de recuperación de las funciones medidas con el índice en Katz en adultos con discapacidad es similar al orden de desarrollo de las funciones primarias en los infantes. Así, se recupera primero la capacidad para comer y la continencia de esfínteres, luego la de levantarse de la cama e ir al WC y por último la capacidad para bañarse y vestirse. Aunque fue diseñado como un índice de rehabilitación, hoy en día es la escala más utilizada a nivel geriátrico tanto en pacientes institucionalizados como ambulatorios.

El índice valora seis funciones básicas: baño, vestido, uso del W.C., transferencia, continencia y alimentación; y se asigna el término de dependencia o independencia a cada ítem. Se considera independiente a una persona que no precisa ayuda o utiliza ayuda mecánica. Es dependiente aquella persona que necesita ayuda de otra persona, incluyendo la mera supervisión de la actividad. Se acepta la medición de la capacidad de la persona mediante el interrogatorio directo del paciente o de su cuidador. Cuenta con 6 ítems, se asigna 1 punto para cada actividad en la que el adulto se considera independiente y finalmente los pacientes se clasifican en tres grupos: 0-2 incapacidad física severa, 3-5 capacidad física moderada y 6 para capacidad completa.

4.- Para el estado cognitivo se utilizó el cuestionario de Pfeiffer (Pfeiffer, 1975). Consta de 11 ítems y la cuantificación de errores es normal de 0 a 2, de 3 a 4 denota un deterioro intelectual leve, de 5 a 7 un deterioro intelectual moderado y de 8 a 10 preguntas incorrectas, denota un deterioro intelectual severo. Los adultos mayores responden cosas muy simples como la fecha de hoy, el día de la semana, el nombre del lugar donde se encuentran, su número de teléfono, dirección, su edad, su fecha de nacimiento, el nombre del Presidente de su país, el nombre de su madre y dos preguntas aritméticas simples.

5.-El estado de depresión y ansiedad se midieron con la escala de depresión de Yesavage y la escala de ansiedad de Goldberg.

5.1.- Para la estimación de los síntomas depresivos de la población de estudio se utilizó la escala de valoración geriátrica de depresión de Yesavage. Para Yesavage *et al* (1982) y Martínez *et al* (2005), esta valoración es una de las más usadas en el *screening* de depresión en pacientes mayores. Consiste en un cuestionario de preguntas de respuesta dicotómicas “sí” o “no”. Se valora con un punto a las respuestas afirmativas para síntomas negativos y a las respuestas negativas para situaciones de normalidad. Existen dos versiones, una completa que consta de 30 ítems y una versión reducida con 15 ítems, ésta última fue la utilizada en el presente estudio.

En la versión reducida, puntuaciones por encima de 5 deben hacer pensar en la presencia de una depresión leve. Puntuaciones de 10 o más son sugerentes de trastorno depresivo establecido. Cuenta con una sensibilidad de 85.3% y una especificidad de 85.5%. Entre las preguntas que se hacen se incluye si estaban satisfechos con su vida, si habían renunciado a muchas actividades, si sentían que su vida estaba vacía, si se encontraban aburridos, con buen ánimo, si tenían miedo que algo les pasara, si se sentían felices, abandonados, si pensaban que la vida es maravillosa, si sentían que tenían problemas de memoria, si se sentían en una situación desesperada o si pensaban que mucha gente era mejor que ellos.

5.2.- Para medir el nivel de ansiedad, se utilizó la escala de depresión y ansiedad de Goldberg. Según Goldberg (1998), esta escala se divide en una subescala que mide síntomas de ansiedad y otra que valora los síntomas depresivos. La subescala de ansiedad fue la única que se usó en este estudio, consta de 9 ítems y se contempla positiva cuando el puntaje es mayor a 5, y permite detectar el 73% de los casos de ansiedad con los puntos de corte que se indican. Entre las preguntas de la escala se les cuestiona a los adultos mayores si se sienten nerviosos, excitados, preocupados, irritables, con dificultad de relajarse, dificultad de dormir, dolores de cabeza, temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea, si están preocupados por su estado de salud y si tienen problemas para conciliar el sueño.

En el anexo 1 de la presente investigación se encuentra el instrumento de medición tal como se aplicó a los adultos mayores.

## **6.4 Hipótesis.**

### **Primera etapa:**

H1: Todos los beneficiarios del programa social se encuentran en los polígonos de pobreza que establece SEDESOL.

H2: Todos los beneficiarios del programa social se encuentran en niveles de bienestar bajos.

### **Segunda etapa:**

H3: La hipertensión arterial y la fatiga son padecimientos comunes según la autopercepción de los adultos mayores.

H4: Existe correlación estadísticamente significativa entre la malnutrición y la ubicación espacial en los polígonos de pobreza del adulto mayor.

H5: Los adultos mayores que viven en asilo tienen mayor grado de malnutrición en comparación con los que viven en casa prestada o casa propia.

H6: Los estados de depresión y ansiedad son más frecuentes a menor edad.

H7: Con respecto al estado civil, las personas viudas presentan mayor índice de depresión.

H8: A mayor escolaridad, menor el grado de depresión del adulto mayor.

H9: El lugar de residencia es determinante en la depresión del adulto mayor.

H10: Tener un trabajo remunerado es factor de protección contra la depresión y la ansiedad.

H11: Los adultos mayores que viven solos tienen menor grado de incapacidad severa.

H12: Más del 30% de los adultos mayores tienen un deterioro intelectual.

H13: Ser hipertenso aumenta la depresión del adulto mayor.

H14: Existe correlación entre la pobreza y la ansiedad en los adultos mayores.

H15: Existe correlación entre la pobreza y la depresión en los adultos mayores.

H16: Existen diferencias significativas en la nutrición, la depresión y la ansiedad de los adultos mayores dependiendo de si viven dentro o fuera de los polígonos de pobreza.

## **6.5 Variables.**

De acuerdo con Rojas Soriano (1981), una variable es una característica, atributo, propiedad o cualidad que puede estar o no presente en los individuos, grupos o sociedades, puede presentarse en matices o modalidades diferentes o en grados, magnitudes o medidas distintas. Para la primera etapa de la investigación se generaron las siguientes variables de estudio, las cuales primero se definieron y luego se dividieron en un cuadro por tipo y por forma de medición.

### **6.5.1 Variables independientes.**

- a) Edad: La edad del adulto mayor en este programa social debe ser mayor a 70 años ya que uno de los requerimientos del programa es tener esa edad o más.
- b) Sexo: Se divide en masculino para los hombres y femenino para las mujeres.
- c) Ingresos Económicos: Son las percepciones independientes de la beca económica que percibe el adulto mayor.
- d) Estado Civil: Es la situación en que se encuentran las personas que viven en sociedad respecto a los demás miembros de esta misma.

- e) Escolaridad. Es el grado de educación escolarizada que tiene una persona. Puede ser ninguna, básica completa, básica incompleta y pos básica.
- f) Ocupación. Se le pregunta al adulto mayor a qué se dedica. Si trabaja o se dedica al hogar, el hogar no se considera un trabajo a menos que por esta encomienda perciba un ingreso económico.
- g) Dirección: Es el lugar de residencia del adulto mayor. Se conforma de una calle y un número de vivienda.
- h) Propiedad de la vivienda donde reside. Se le pregunta si la casa es propia, prestada, rentada, o si está en calidad de huésped.

En la siguiente tabla se describen estas variables, su tipo y forma de medición.

**Tabla 8. Variables, tipo y forma de medición.**

<b>Variable</b>	<b>Tipo</b>	<b>Medición</b>	<b>Categorías</b>
Edad	Razón	5 categorías	(70-74), (75-79), (80-84) (>85) y sin datos.
Sexo	Nominal dicotómica	2 categorías	Hombre, mujer.
Ingresos Económicos	Ordinal	4 categorías	(1-800) (801-1200) (>1201) y sin datos.
Estado civil	Nominal	5 categorías	Soltero (a), casado (a), viudo (a), divorciado (a) y unión libre.
Escolaridad	Nominal	5 categorías	Ninguna, básica completa, básica incompleta y pos básica.
Ocupación	Nominal	2 categorías	Trabaja, no trabaja.
Dirección	Nominal	2 categorías	Dentro de polígonos y niveles de bienestar y fuera de ellos.
Vivienda donde reside	Nominal	4 categorías	Propia, rentada, con familiares/amigos y asilo.

### 6.5.2 Variables dependientes.

Para Landero *et al* (2006), una variable dependiente es aquella cuyos valores dependen de los que asuma otra variable. La variable dependiente es el resultado medido que el investigador usa para determinar si los cambios en la variable independiente tuvieron un efecto. Las variables dependientes del presente estudio se encontraron en la primera y segunda etapa. En la primera etapa son las siguientes:

- a) Polígonos de Pobreza: Sen (2003) establece que la pobreza es el conjunto de acciones o estados que los individuos padecen al no poder alcanzar un nivel de vida considerado como indispensable para elegir formas y proyectos de vida específicos. La Secretaría de Desarrollo Social a nivel federal determinó los polígonos de pobreza por municipio que se utilizaron para realizar el mapeo de las direcciones de los beneficiarios.
- b) Niveles de Bienestar: Para calcular los niveles de bienestar para Ciudad Juárez, el Instituto Municipal de Investigación y Planeación de Ciudad Juárez (IMIP) tomó como base la información del XIII Censo de Población y Vivienda 2010, del INEGI, datos tales como porcentaje de analfabetismo, grado promedio de escolaridad, porcentaje de población con rezago educativo, promedio de ocupantes por vivienda, promedio de ocupantes por cuarto y porcentaje de viviendas con piso de tierra, entre otros.

En la siguiente tabla se describen estas variables, su tipo y forma de medición.

**Tabla 9. Variables para mapeo.**

<b><i>Variable</i></b>	<b><i>Tipo</i></b>	<b><i>Medición</i></b>
Polígonos de pobreza	Nominal	2 categorías (Dentro y fuera)
Niveles de bienestar	Nominal	5 categorías (Muy alto, Alto, Medio, Bajo y Muy Bajo)

Para la segunda etapa de la investigación se generaron las siguientes variables, las cuales para su mejor comprensión primero se definieron y luego se dividieron en un cuadro por tipo y por forma de medición:

a) Estado nutricional.-

Para Henríquez (1999) el estado nutricional es un proceso muy complejo que depende de numerosos factores ambientales, genéticos y orgánicos. Las alteraciones nutricionales condicionan en sus inicios ajustes metabólicos como una medida compensatoria del organismo para cubrir el déficit; a medida que el deterioro progresa, las reservas van modificándose, y al agotarse éstas, se produce la lesión bioquímica, luego se altera la composición corporal y en la etapa final, se hacen evidentes las manifestaciones clínicas.

b) Depresión y Ansiedad.-

Para Devesa (1992), un estado depresivo no es un estado de ánimo pasajero; tampoco es una señal de debilidad de carácter personal, o una condición que se pueda manejar a voluntad. Gordon (2003) define la ansiedad como un vago sentimiento de incomodidad cuyo origen es frecuentemente inespecífico o desconocido para el individuo; la clasifica en ansiedad leve, moderada y severa.

c) Deterioro cognitivo.-

Es el conjunto de disminuciones de aptitudes intelectuales que pueden asociarse con alteraciones sensoriales, motrices y de la personalidad, atribuibles a distintas causas. Para Tolosa, Bermejo & Boller (1991) es necesario considerar que el deterioro cognitivo no significa irreversibilidad ni causa lesional, diferencia cualitativa muy importante con respecto al término clínico “demencia”, aunque puedan darse estados patológicos potencialmente reversibles denominados modernamente “pseudodemencia”.

d) Capacidad física.-

Es la medida de la capacidad funcional para realizar actividades de la vida diaria. Para Barrantes *et al* (2007), el análisis de la dependencia en la tercera edad ha adoptado como variable *proxy* de la dependencia funcional la incapacidad para el desarrollo de actividades de la vida diaria de forma independiente, con la consiguiente necesidad de asistencia o cuidados por parte de otras personas.

En la siguiente tabla se describen estas variables, su tipo y forma de medición (ver tabla 10).

**Tabla 10. Variables del cuestionario.**

<i>Variable</i>	<i>Tipo</i>	<i>Medición</i>	<i>Número de ítems</i>
Condiciones generales de salud según beneficiarios	Nominal	4 categorías	26
Estado nutricional	Nominal	3 categorías	18
Capacidad física	Nominal	2 categorías	6
Estado mental Pfeiffer	Nominal	4 categorías	11
Estado mental Sabe	Nominal	2 categorías	10
Estado de depresión	Nominal	3 categorías	15
Escala de ansiedad	Nominal	2 categorías	9

Además se utilizó el índice de marginación urbana para contrastarlo mediante SIG con las variables de nutrición, ansiedad y depresión.

## **6.6 Procedimiento de análisis de información y datos.**

Se solicitaron los expedientes del programa, los cuales fueron proporcionados por funcionarios de la Secretaría de Desarrollo Social en Ciudad Juárez. El padrón es de 5321 beneficiarios existentes, de los cuales solamente se tuvo acceso a 4510 expedientes con los formatos de ingreso al programa para conocer datos de la población beneficiaria, que fue con los que se realizó el presente estudio.

Se elaboraron diagramas de flujo del funcionamiento del programa, así como cuadros explicativos de la información obtenida de la base de datos realizada. La auditoría administrativa realizada muestra que hay cierta desorganización en el manejo de los expedientes del programa, además de que no existe un respaldo de los mismos en caso de algún siniestro.

Al obtener los expedientes de estas personas pertenecientes al programa, los cuales datan desde el inicio del programa en el 2004 hasta el 2011, se realizó un análisis y captura del estudio socioeconómico que fue aplicado al adulto mayor como condicionante de ingreso al programa y que se incluía en su expediente; la información fue vaciada en una base de datos del programa excel en un tiempo de captura de aproximadamente 10 meses.

Se utilizó el paquete estadístico de SPSS (*Statistical Package for the Social Science*) con estadísticas descriptivas como medias, frecuencias y porcentajes además de realizarse gráficas de los datos arrojados más representativos. Posteriormente, esa base de datos se pasó al programa ArcMap (aplicación central utilizada en ArcGIS) para realizar el mapeo. ArcMap es un sistema de información que representa la información geográfica como una colección de capas y otros elementos en un mapa. Los datos obtenidos de los cuestionarios se capturaron en archivos de excel para realizar su análisis en el paquete estadístico de SPSS.

La captura se realizó con todas las variables que arrojaba el estudio socioeconómico, tales como nombre, sexo, dirección, edad, estado civil, servicio médico, escolaridad, ingresos económicos, ocupación y condiciones generales de su vivienda. En Ciudad Juárez se tienen 5321 personas que reciben el beneficio de la beca alimentaria, de los cuales al hacer el conteo físico solamente se encontró el 84.75% de los expedientes, es decir 4510. Se procedió a realizar un análisis de esta información a través del programa SPSS, y se realizaron tablas y gráficas para presentar la información obtenida.

Después de analizar las variables socioeconómicas el siguiente paso fue utilizar las direcciones de los 4510 expedientes que se capturaron y utilizar un SIG para realizar un mapeo de las direcciones de los beneficiarios sobre un mapa de Ciudad Juárez, para contrastar las direcciones con los polígonos de pobreza y con los niveles de bienestar, con el objetivo de evaluar si el programa social cumple con el objetivo primordial para el que fue creado, que era proporcionar una beca económica a población en extrema pobreza.

Para poder cumplir con este objetivo de investigación se requirió la participación del Instituto Municipal de Investigación y Planeación del municipio de Ciudad Juárez, (IMIP) en

donde se solicitó la posibilidad de correr la base de datos de excel sobre el plano de la ciudad, para determinar en dónde se encuentran espacialmente los beneficiarios. Los mapas se realizaron mediante la aplicación del programa ArcGis llamada ArcMap. Para Sawatzky (2008), esta aplicación se usa para todas las actividades relacionadas al mapeo, incluyendo cartografía, análisis de mapas y edición. En esta aplicación se trabaja esencialmente con mapas.

Durante este proceso se tuvieron algunos problemas ya que, por ejemplo, la forma en que los beneficiarios enunciaban su dirección no correspondía exactamente a la cartografía que maneja el municipio, de tal manera que en el primer intento al correr el programa no reconocía el 80% de las direcciones. Por tal motivo se obtuvo un listado con la nomenclatura municipal de todas las calles de Ciudad Juárez y se tuvieron que revisar prácticamente una por una las direcciones para poner el nombre exacto, tal como se especifica en la nomenclatura del municipio.

Este proceso fue muy tardado ya que se estuvo corriendo el programa varias veces y se regresaba con direcciones que no estaban bien codificadas para éste. Al final y después de dos meses de intentos se pudo realizar el mapeo con 4300 direcciones de las 4510 que se tenían en un inicio, ya que 210 no aparecen en la nomenclatura, la explicación que se tiene es que posiblemente corresponden a colonias de nueva creación.

Para la segunda fase del estudio se requirió la participación directa de 959 adultos mayores a quienes de manera personal se les pidió su consentimiento para aplicarles el instrumento, todos aceptaron cooperar en el estudio. El instrumento fue aplicado durante un periodo de 8 meses desde septiembre de 2011 hasta abril de 2012. Los beneficiarios del programa tienen que asistir a las oficinas a firmar su declaración de supervivencia cada tres meses. Estos periodos de firma fueron aprovechados solicitando permiso a los encargados del programa para aplicar el instrumento.

Se instaló un equipo multidisciplinario de trabajo en un espacio que fue acondicionado para el estudio. El equipo estuvo formado por un supervisor, un médico, tres enfermeras, dos nutriólogas y dos capturistas, que apoyaron como parte de su servicio social. El equipo

previamente fue capacitado para aplicar los cuestionarios. Cuando los adultos mayores llegaban a su firma se les invitaba a formar parte del estudio, al dar su consentimiento se les aplicaba la encuesta y se les realizaba una revisión médica.

Para la presente investigación se utilizaron varias medidas de estadística descriptiva como medias, varianzas, desviaciones, rangos e intervalos de confianza, así como medidas de tendencia central y dispersión que se utilizaron para analizar la información obtenida. El análisis se llevó a cabo con el módulo de muestras complejas del paquete estadístico SPSS.

Integrar los SIG para poder conocer a la población de estudio sobre un mapa cartográfico es algo relativamente nuevo. La era de la computación llegó para quedarse y con ella se vienen desarrollando nuevos programas que facilitan y planifican un mejor desempeño de la información y, en este caso específico, de la focalización de los programas sociales.

La OPS (2002) señala que los SIG aparecieron por primera vez en 1967 y desde entonces se han revalorado los mapas como medios de comunicación, además de permitir manipular y analizar bases de datos referenciadas espacialmente. A partir de los años noventa y hasta la actualidad, los sistemas de información geográfica han llegado al campo de la investigación social y de salud; y se reconoce su utilidad para la focalización y estratificación espacial con el propósito de racionalizar el uso de los recursos limitados.

Se dice que dos variables se correlacionan o están relacionadas cuando ambas covarían, es decir, cuando varían de forma conjunta. (Landeró *et al*, 2006). En la presente investigación se realizan algunas correlaciones para responder las hipótesis.

## **CAPÍTULO 7.- RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.**

### **7.1 Descripción sociodemográfica de la muestra de la primera etapa.**

El total de la muestra de la primera etapa es de 4510 adultos mayores pertenecientes al programa social Vive a Plenitud en el municipio de Ciudad Juárez, hombres y mujeres con edades de 70 años en adelante.

Los resultados obtenidos para la población de estudio muestran que en relación con la edad, la mayoría de los adultos mayores encuestados de este programa social corresponden al grupo de 70 a 79 años, de los cuales 35% son mujeres pertenecientes a este grupo de edad y 24% son hombres; de tal manera que el 59% de los beneficiarios encuestados del programa se encuentra en este rango de edad. Acotando el rango de 75 a 79 años se tiene un 33.2%, seguido del intervalo de 80 a 84 años con 24.9% de los beneficiarios. Hay 19.9% de adultos beneficiarios mayores de 85 años. Asimismo hay 198 expedientes encontrados sin datos para determinar su edad, que corresponde al 4.4%.

Con relación al estado civil de los beneficiarios del programa, 2234 adultos mayores, es decir, el 49.5%, se encuentran viudos; 935 están casados, lo que corresponde al 20.7%. Se encuentran solteros 740, lo que equivale al 16.4%; están divorciados 206, es decir, un 4.6%, se encuentran en unión libre 56 adultos mayores, lo que corresponde al 1.3%, y no se encontró ese dato en un 7.5% de los expedientes revisados. Asimismo se identificó que en estado civil, del sexo masculino la mayoría de los encuestados están casados, siendo el 38%, mientras que el 33% se encuentra en estado de viudez. En el sexo femenino el 62% de las encuestadas es viuda, mientras que el 17% se encuentran solteras y el 14% permanecen casadas.

Con respecto a la escolaridad, el 30.55% de los encuestados no cuenta con ninguna escolaridad siendo de éstos el 11.47% hombres y 19.08% mujeres. El 65% de los encuestados cuenta con escolaridad básica incompleta, es decir, primaria incompleta o completa y secundaria incompleta; de éstos el 26.39% son hombres y el 39.31% son mujeres. El 3.65% de los encuestados cuenta con escolaridad mayor a secundaria.

El 22.21 % de los hombres y el 30.45% de las mujeres viven en casa propia, lo que equivale a que el 52.66% de los adultos mayores del programa cuentan con un lugar propio para vivir. El 47.34% viven en casa prestada o en asilos. En cuanto a la disponibilidad del servicio médico, el seguro popular cubre el 51.6% de los adultos mayores, seguido del seguro social (IMSS) con el 34%.

Con respecto a los ingresos económicos el 50.5% de los beneficiarios señala que no tiene ingresos económicos mensuales, el 7.8% dice que gana entre 1 y 800 pesos al mes, el 2.6%, declara que sus ingresos se encuentran entre 801 y 1200 pesos y sólo el 8.2% gana más de 1201 pesos mensuales. Existen 1395 expedientes, es decir el 30.9%, que no tenían el dato de ingreso mensual. Con respecto a su ocupación el 82.1% señala que se dedica al hogar, 12.7% trabaja y 5.1% no tiene este dato en el expediente. Esta información señala las pocas oportunidades de empleo que tienen los adultos mayores, ya que sólo el 12.7% trabaja y con el cambio en la pirámide poblacional es necesario que este segmento de adultos mayores económicamente activos crezca en los próximos años.

En el análisis de la información obtenida de la captura de 4510 expedientes encontrados, sobre las características de la vivienda de los beneficiarios del programa se tiene que con respecto al material de los muros el 49.9% habita en casa de block, el 31.9% en casa de adobe, 8.3% en casa de ladrillo, 2.9% en casa de madera y el 2.6% en casa de cartón.

Asimismo en el material de los techos, un 74% habita en vivienda con techo de madera, un 15.6% en techo de lámina, un 2.9% en techo de ladrillo, un 0.8% en techo de concreto y un 1.1% en vivienda con techo de cartón. Del material de los pisos, un 90.3% cuenta con piso de cemento, un 0.6% con piso de madera, un 2% tiene piso de tierra y los demás expedientes no

cuentan con este dato. Un 53.3% de los beneficiarios tiene vivienda propia, un 20.6% habita en vivienda prestada, un 4.9% la renta y un 17.2% se encuentra en calidad de huésped en la vivienda; no contaban con este dato el 4.2% de los expedientes.

## **7.2 Resultados relacionados a las hipótesis de la primera etapa.**

En esta sección se incluyen los resultados de la investigación relacionados a las hipótesis de estudio de la primera etapa.

### **7.2.1 H1: Todos los beneficiarios del programa social se encuentran en los polígonos de pobreza que establece SEDESOL.**

Un polígono de pobreza es un espacio social rezagado respecto al desarrollo alcanzado por el municipio o sector donde está ubicado. La Secretaría de Desarrollo Social a nivel federal determina los polígonos de pobreza en el país. En Ciudad Juárez se tienen identificadas 124 colonias que están dentro de los polígonos de pobreza según la Secretaría de Desarrollo Social en el año 2010 (ver anexo 2).

Con base en estos polígonos de pobreza utilizando SIG se realizó un mapeo de las direcciones de los beneficiarios del programa social sobre un mapa cartográfico de Ciudad Juárez, para conocer si los beneficiarios estaban dentro de los polígonos.

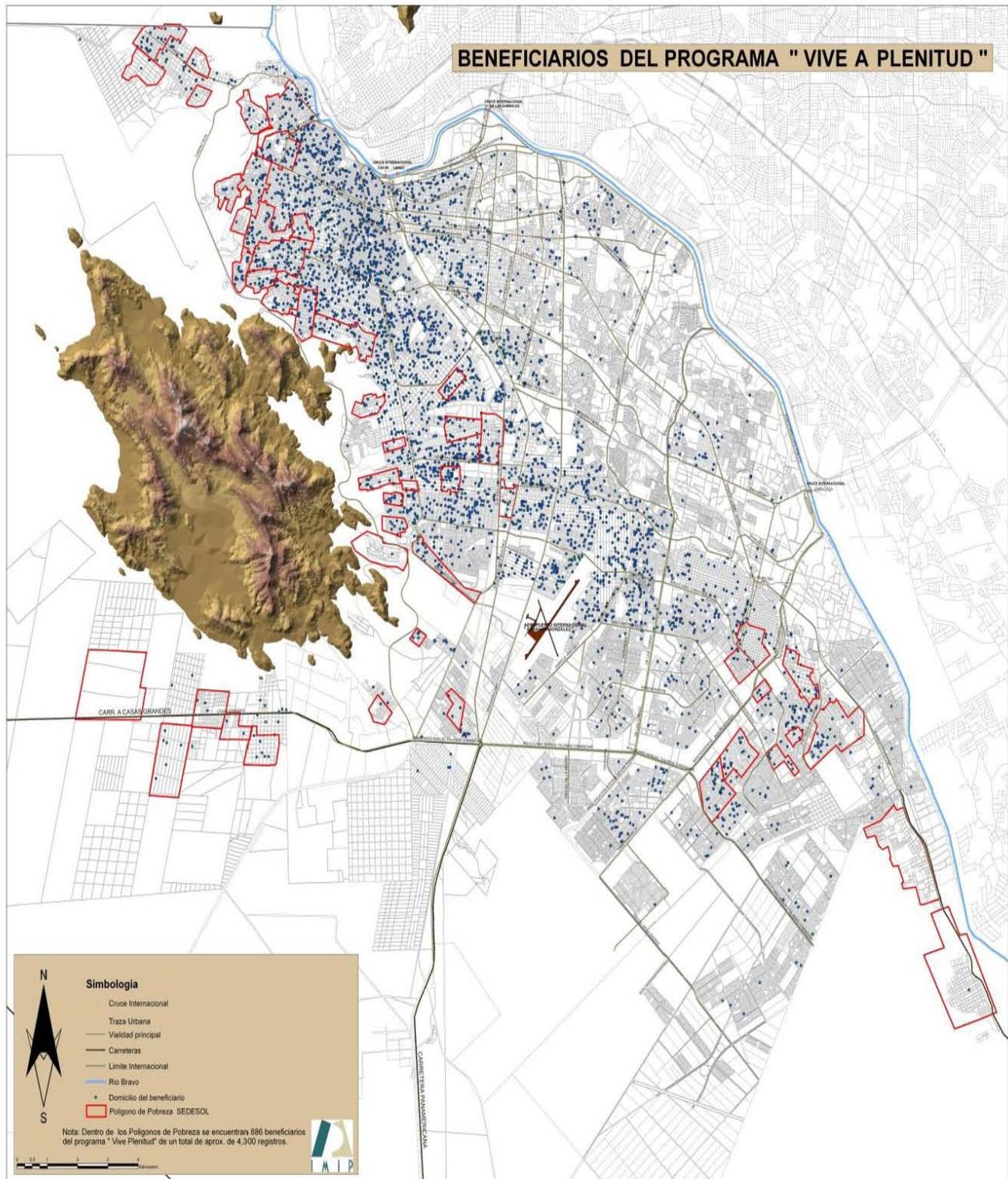
Del 100% de las direcciones capturadas se encontró que 3415 están fuera de los polígonos de pobreza, es decir el 79.4%. De tal manera que solamente 886 direcciones de los beneficiarios se encuentran dentro de los polígonos, que corresponde al 20.6%. En la tabla 11 se presenta un concentrado de los hallazgos descritos:

**Tabla 11. Mapeo de los Polígonos de Pobreza con frecuencia y porcentaje de los beneficiarios del programa social.**

Mapeo de Polígonos de Pobreza	Frecuencia	Porcentaje
Dentro de los polígonos de pobreza.	886	20.6%
Fuera de los polígonos de pobreza	3415	79.4%

En la figura 5 se muestran los polígonos de pobreza de Ciudad Juárez enmarcados en una línea simétrica de color rojo que demarca geográficamente las colonias anteriormente descritas. Sobre el mapa cartográfico, con puntos color azul, se incluyen las direcciones de 4300 beneficiarios del programa social, por lo que a través de esta distribución espacial pueden observarse los beneficiarios que están dentro y fuera de los polígonos de pobreza que establece SEDESOL.

Figura 5. Imagen del mapeo realizado a las direcciones de los beneficiarios del programa Vive a Plenitud sobre los polígonos de pobreza de SEDESOL.



Con base en los resultados, de la H1: Todos los beneficiarios del programa social se encuentran en los polígonos de pobreza que establece SEDESOL, ésta NO se acepta, ya que el 79.4% de los beneficiarios no se encuentran dentro de los polígonos de pobreza.

### **7.2.2 H2: Todos los beneficiarios del programa social se encuentran en niveles de bienestar bajos.**

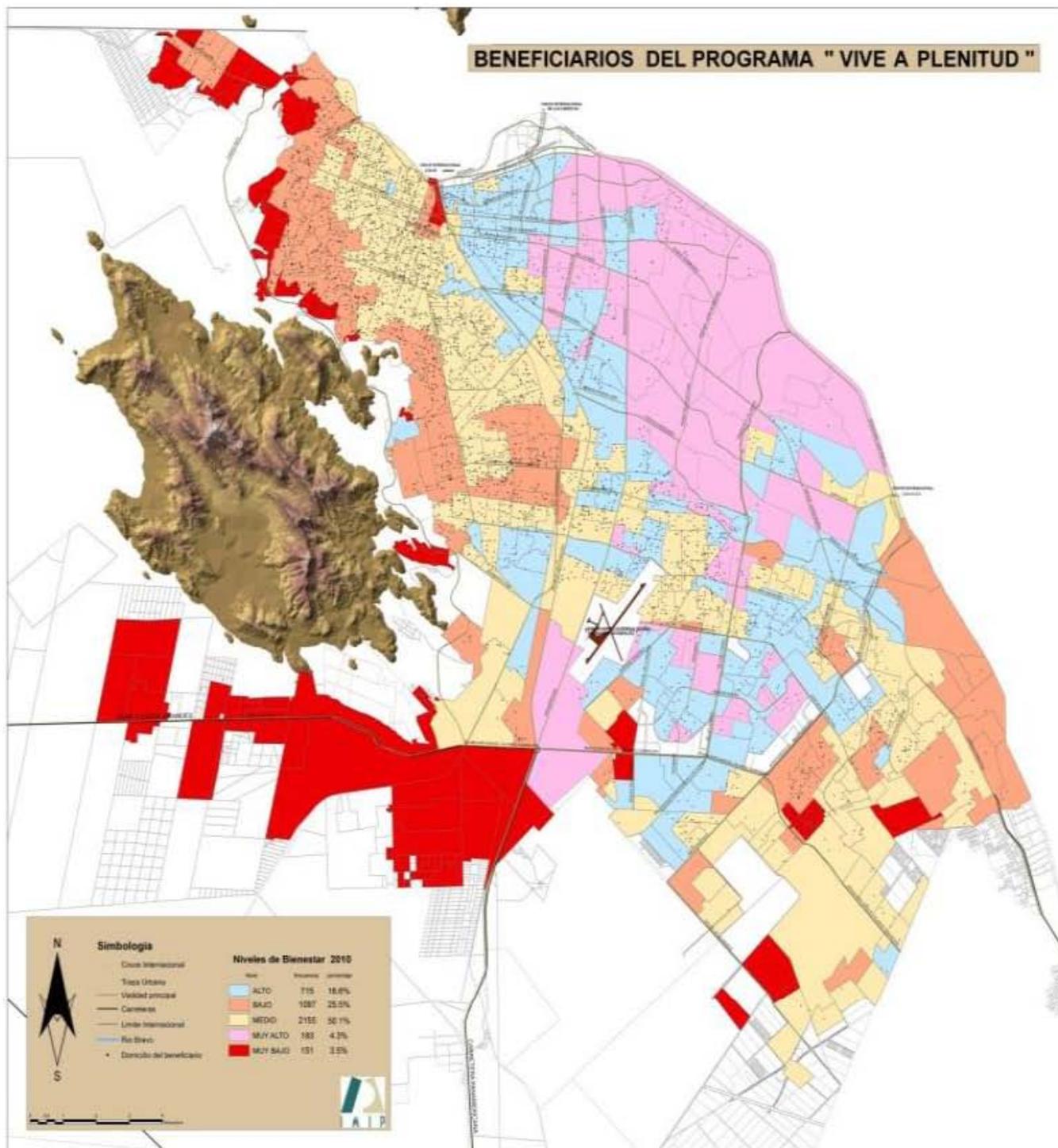
Para contestar la segunda hipótesis de la investigación que consistió en determinar en cuál estrato de niveles de bienestar se encontraban los beneficiarios del programa con base en el Censo de población y vivienda 2010 del INEGI, se corrió la base de datos sobre el programa ArcMap de mapeo para determinar los niveles de bienestar que maneja el Instituto Municipal de Investigación y Planeación de Ciudad Juárez (IMIP).

El bienestar social es un conjunto de variables que contribuyen a establecer un determinado nivel de la calidad de vida de las personas. Se incluyen aspectos tanto económicos como culturales y sociales. Los niveles de bienestar se elaboraron en el IMIP con información del censo de población y vivienda del INEGI (2010), para lo cual se tomaron las variables de vivienda (promedio de ocupantes por vivienda, ocupantes por cuarto, con piso de tierra, con un cuarto dormitorio, con más de 2 cuartos dormitorio), educación (porcentaje de población analfabeta de 15 años y más, grado promedio de escolaridad, población con rezago básico educativo), servicios (porcentaje de viviendas que no disponen de servicio sanitario, porcentaje de viviendas que no disponen de servicios completos), energía eléctrica, bienes (refrigerador, lavadora, computadora).

Esta información se procesa en el IMIP, con las variables se aplicó el modelo estadístico análisis de componentes principales en el programa Excel XLSTAT y se extrajo el componente principal factor F1; este valor es considerado como el índice de nivel de bienestar. Después se estratificaron los datos mediante un análisis de componentes principales y una estratificación *Dalenius*, obteniendo así los niveles de Muy alto, Alto, Medio, Bajo y Muy bajo.

En el anexo 3 de la presente investigación se presenta un listado de las 180 colonias de Ciudad Juárez que se encuentran en los niveles de bienestar según el IMIP. Con base en estos niveles de bienestar se realizó un mapeo de las direcciones de los beneficiarios del programa social sobre un mapa cartográfico de Ciudad Juárez, para conocer en cuáles niveles de bienestar se encontraban los beneficiarios del programa. El mapeo se dividió en 5 categorías, el nivel muy alto en color morado, el nivel alto en color azul, el nivel medio en color amarillo, el nivel bajo en color café claro y el nivel muy bajo en color rojo. Los resultados se presentan a continuación (ver figura 6 y tabla 12).

Figura 6. Imagen del mapeo realizado a los beneficiarios del programa Vive a Plenitud según los niveles de bienestar 2010 del Instituto Municipal de Investigación y Planeación de Ciudad Juárez con base en el Censo de Población y Vivienda 2010 del INEGI.



**Tabla 12. Mapeo de los niveles de bienestar con frecuencia y porcentaje de los beneficiarios del programa social.**

Mapeo de Niveles de Bienestar	Frecuencia	Porcentaje
Muy Alto	183	4.3%
Alto	715	16.6%
Medio	2155	50.1%
Bajo	1097	25.5%
Muy Bajo	151	3.5%

Como resultado se obtuvo que solamente 3.5% se encontraron en nivel muy bajo, es decir, 151 personas; 25.5% están en nivel bajo con 1097 personas, 50.1% en nivel medio con 2155 personas, 16.6% en nivel alto con 715 personas, e incluso en nivel muy alto se encuentran más que en el nivel muy bajo: el 4.3%, que corresponde a 183 personas. Se presenta una tabla con el resumen de esta información y una imagen del mapeo realizado sobre Ciudad Juárez.

Con base en los resultados de la H2: Todos los beneficiarios del programa social se encuentran en niveles de bienestar bajos, ésta NO se acepta ya que solamente el 3.5% de los beneficiarios se encuentran en el nivel de bienestar más bajo.

### **7.3 Descripción sociodemográfica de la muestra de la segunda etapa.**

El total de la muestra de la segunda etapa es de 959 adultos mayores pertenecientes al programa social denominado Vive a Plenitud en Ciudad Juárez, Chihuahua, siendo 381 hombres y 578 mujeres. En relación con la edad la mayoría de los adultos mayores se encuentra en el rango de 70 a 79 años, siendo 562 beneficiarios lo que corresponde a un 59.65%. Considerando su estado civil, la mayoría de los beneficiarios son viudos, siendo el 50.77%. Respecto a la escolaridad, un 65.8% de los adultos mayores tiene una escolaridad básica incompleta. Con respecto al lugar de residencia, el 35.57% vive en casa prestada. Con relación al servicio médico, la mayoría de los beneficiarios cuenta con Seguro Popular, que

corresponde al 57.66% de los adultos mayores. A continuación se presenta una tabla descriptiva completa de la información sociodemográfica de la muestra (ver tabla 13).

**Tabla 13. Descripción sociodemográfica de la muestra.**

		<b>Datos sociodemográficos</b>			
		<b>Masculino</b>		<b>Femenino</b>	
		<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Edad</b>	60-69	6	0.63	11	1.15
	70-79	231	24.09	341	35.56
	80-89	130	13.56	202	21.06
	90 o más	14	1.46	24	2.50
<b>Estado civil</b>	Soltero	68	7.09	102	10.64
	Casado	145	15.12	83	8.65
	Divorciado	20	2.09	26	2.71
	Viudo	127	13.24	358	37.33
	Unión libre	21	2.19	9	0.94
<b>Escolaridad</b>	Ninguna	110	11.47	183	19.08
	Básica incompleta <sup>(1)</sup>	254	26.49	377	39.31
	Básica completa <sup>(2)</sup>	7	0.73	5	0.52
	Posbásica <sup>(3)</sup>	10	1.04	13	1.36
<b>Hogar</b>	Asilo	4	0.42	13	1.36
	Casa prestada <sup>(4)</sup>	164	17.10	273	28.47
	Casa propia	213	22.21	292	30.45
<b>Servicio Médico</b>	Seguro Popular	242	25.23	311	32.43
	IMSS	101	10.53	217	22.63
	ISSSTE	4	0.42	6	0.63
	Pensiones	1	0.10	4	0.42
	Privado	2	0.21	2	0.21
	Ninguno	31	3.23	38	3.96
<b>Total</b>		<b>381</b>	<b>39.73</b>	<b>578</b>	<b>60.27</b>

(1) Primaria incompleta o completa y secundaria incompleta.

(2) Secundaria completa.

(3) Media superior o más.

(4) Adulto mayor que reside en casa de familiares o amigos.

## **7.4 Prueba piloto.**

Se aplicaron las primeras 193 encuestas que representan el 20% de la muestra total del estudio, para realizar una prueba piloto. En esta fase se pudo comprobar que el instrumento fue de fácil entendimiento para los adultos mayores. Asimismo se resolvieron dudas relacionadas al llenado de los cuestionarios que tuvo el equipo de personas que aplicó el instrumento. El resultado del piloteo, al ser aplicado de una forma efectiva, pasó a formar parte integral de la muestra representativa de 969 encuestados.

## **7.5 Resultados relacionados a las hipótesis de la 2da. etapa de la investigación.**

En esta sección, se incluyen los resultados de la investigación relacionados a las hipótesis de estudio.

### **7.5.1 H3: La hipertensión arterial y la fatiga son padecimientos comunes según la autopercepción de los adultos mayores.**

Para validar la tercera hipótesis se utilizó el instrumento sobre las condiciones generales de salud según la percepción del beneficiario, que consta de 26 ítems, de los cuales sólo se utilizan dos para validar esta hipótesis. Los resultados encontrados de la aplicación de este instrumento a la muestra de 959 adultos mayores, revelan que el 48.56% de los hombres sufre hipertensión arterial, así como que el 62.98% de las mujeres sufre este padecimiento. Se encontró que padece fatiga severa el 46.46% de los hombres y el 49.65% de las mujeres.

Los padecimientos de las articulaciones resultaron más frecuentes en las mujeres con el 53.46%, los hombres los tuvieron en un 39.11%. Los problemas dentales se presentaron en un 44.36% de los hombres y en un 46.71% de las mujeres encuestadas.

Con respecto a enfermedades reumáticas, un 30.45% de los hombres y un 48.62% de las mujeres dijeron padecerlas. Asimismo un 34.65% de los hombres y un 43.77% de las mujeres señalaron haber tenido caídas de cuidado. Los problemas de la espalda se padecen en un 42.21% de las mujeres y en un 27.03% de los hombres. La incontinencia urinaria se

tiene en un 30.45% de los hombres y en un 33.39% de las mujeres, las cefaleas se encuentran en el 25.72% de los hombres y en el 35.99% de las mujeres.

Con respecto a los trastornos psiquiátricos, se observa una mayor incidencia en las mujeres al tener un 35.99% este padecimiento contra un 21.52% de los hombres. La hinchazón de pies y tobillos se presentó en un 32.87% de las mujeres, contra un 22.83% de los hombres. Los problemas de próstata se presentaron en un 27.30% de los encuestados del sexo masculino. La tos crónica estuvo presente en el 27.03% de los hombres encuestados, así como en el 26.99% de las mujeres. La osteoporosis tuvo mayor presencia en el sexo femenino con un 27.51%, contra apenas un 12.81% de los hombres.

Los padecimientos con menos porcentajes de afectados fueron el dolor de pecho, con 17.06% de hombres y 18.51% de mujeres; las cardiopatías con 8.92% de hombres y 15.22% de mujeres; el cáncer tuvo el 1.57% en hombres y 1.21% en mujeres; asimismo 11.81% de hombres y 15.22% de mujeres señalaron tener enfermedad pulmonar.

A continuación se presenta una tabla con los resultados de los principales padecimientos encontrados según la percepción de los beneficiarios divididos por sexo (ver tabla 14).

**Tabla 14. Principales padecimientos de los adultos mayores según su autopercepción.**

Padecimiento	Hombres		Mujeres	
	n	%	n	%
Hipertensión arterial	185	48.56%	364	62.98%
Fatiga severa	177	46.46%	287	49.655
Problemas de articulaciones	149	39.11%	309	53.46%
Problemas dentales	169	44.36%	270	46.71%

Con base en los resultados de la H3: La hipertensión arterial y la fatiga son padecimientos comunes según la autopercepción de los adultos mayores, esta hipótesis Sí

se acepta, ya que estos padecimientos son los más comunes según la propia percepción de los adultos mayores.

#### **7.5.2 H4: Existe correlación estadísticamente significativa entre la malnutrición y la ubicación espacial en los polígonos de pobreza del adulto mayor.**

Se utilizó la evaluación del estado de nutrición *Mini Nutritional Assessment* (MNA) compuesto por 18 ítems. De la muestra seleccionada 535 adultos mayores estuvieron en estado de malnutrición. Para poder comprobar la hipótesis se tuvo que hacer una correlación espacial entre la pobreza y los índices de marginación urbana que maneja la CONAPO (2010), así como contrastar el resultado con los polígonos de pobreza (ver tabla 15).

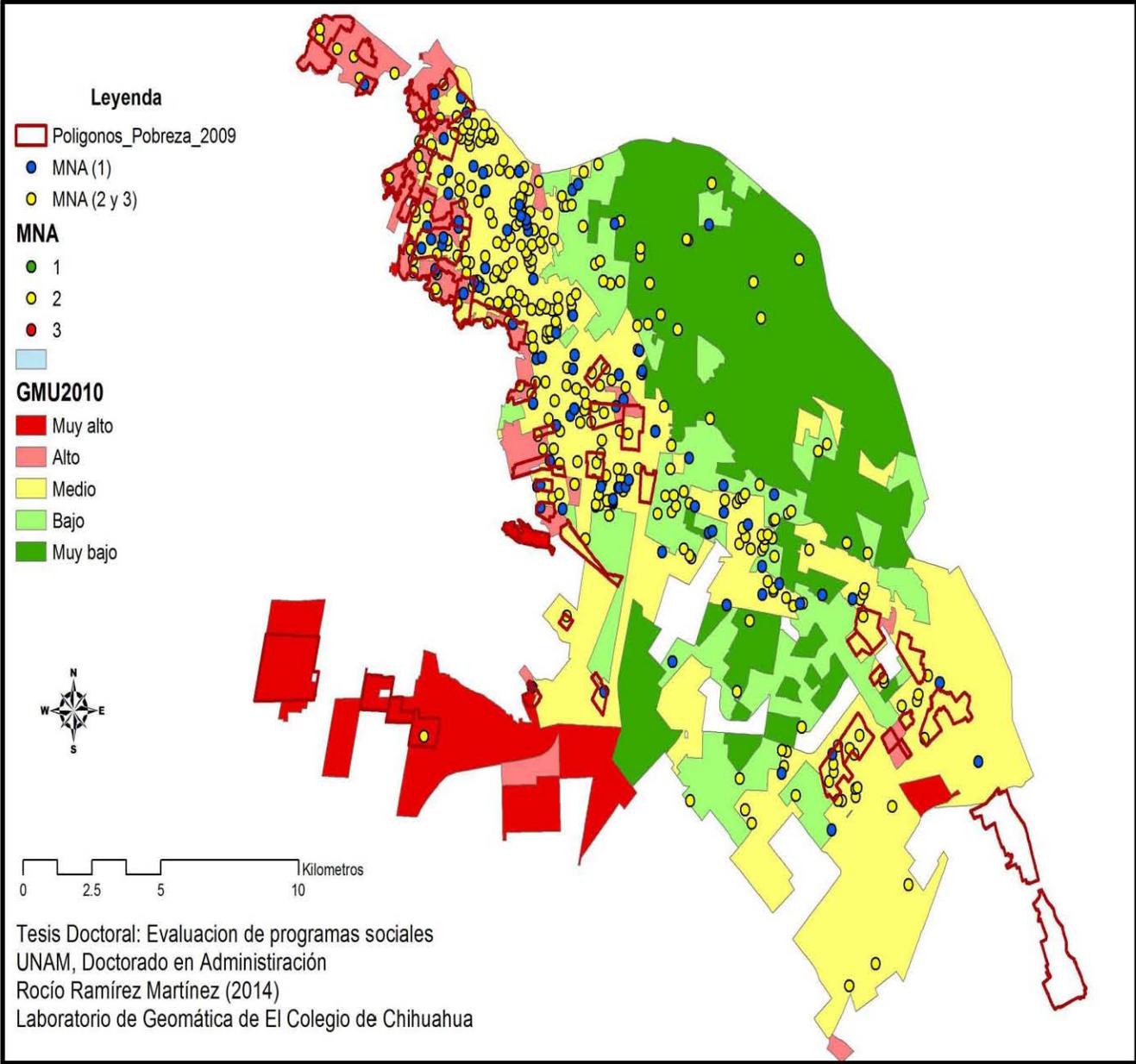
**Tabla 15. Indicadores de nutrición según los niveles de marginación urbana de (CONAPO, 2010)**

Índice de marginación urbana	Adultos mayores malnutridos
Alto	46
Medio	383
Bajo	74
Muy bajo	32

En polígonos de pobreza de la muestra se encontraron 76 personas malnutridas, esto representa una cantidad significativa considerando que de la población total sólo 174 adultos mayores viven en los polígonos de pobreza (ver figura 7).

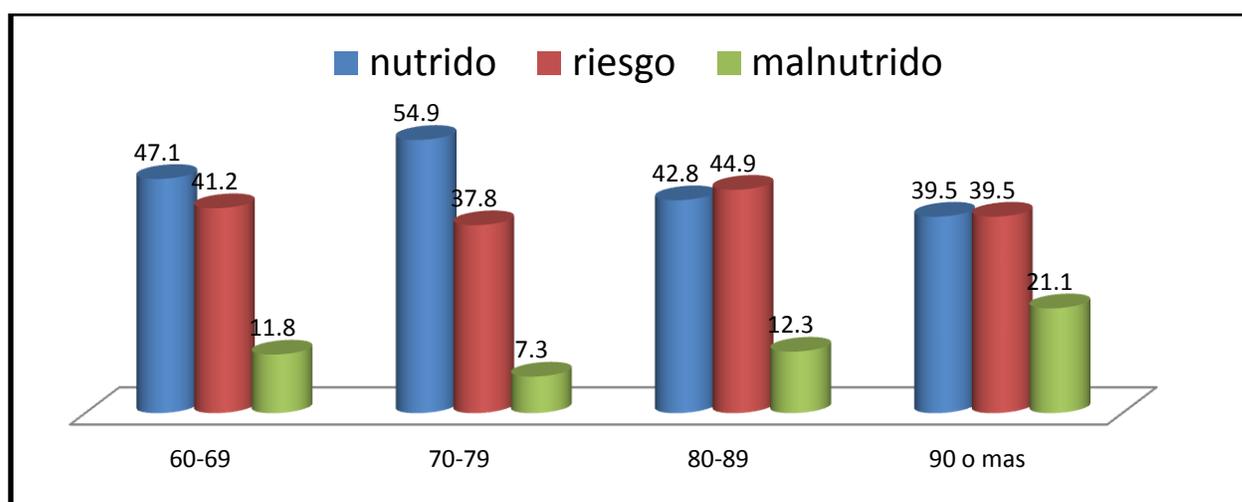
**Figura 7: Indicador de Nutrición de los adultos mayores del programa social Vive a Plenitud dentro de los grupos de Marginación Urbana (CONAPO, 2010) y los polígonos de pobreza (SEDESOL, 2010)**

**Indicador de Nutrición dentro de los grupos de Marginación (CONAPO, 2010) y Polígonos de Pobreza (SEDESOL, 2010), Ciudad Juárez, Chihuahua,**



Asimismo los adultos mayores de 60 a 69 años tienen un 11.8% de riesgo de malnutrición, los de 70 a 79 años tienen un 7.3% de riesgo de malnutrición, los que se encuentran en el rango de 80 a 89 años tienen un 12.3% de riesgo de malnutrición y por último, los adultos mayores de 90 años tienen un riesgo de 21.1% de malnutrición. A continuación se presenta una gráfica con la información descrita con los 3 niveles: nutrido, en riesgo y malnutrido por rango de edades (ver figura 8).

**Figura 8. Nutrición en los adultos mayores pertenecientes al programa.**



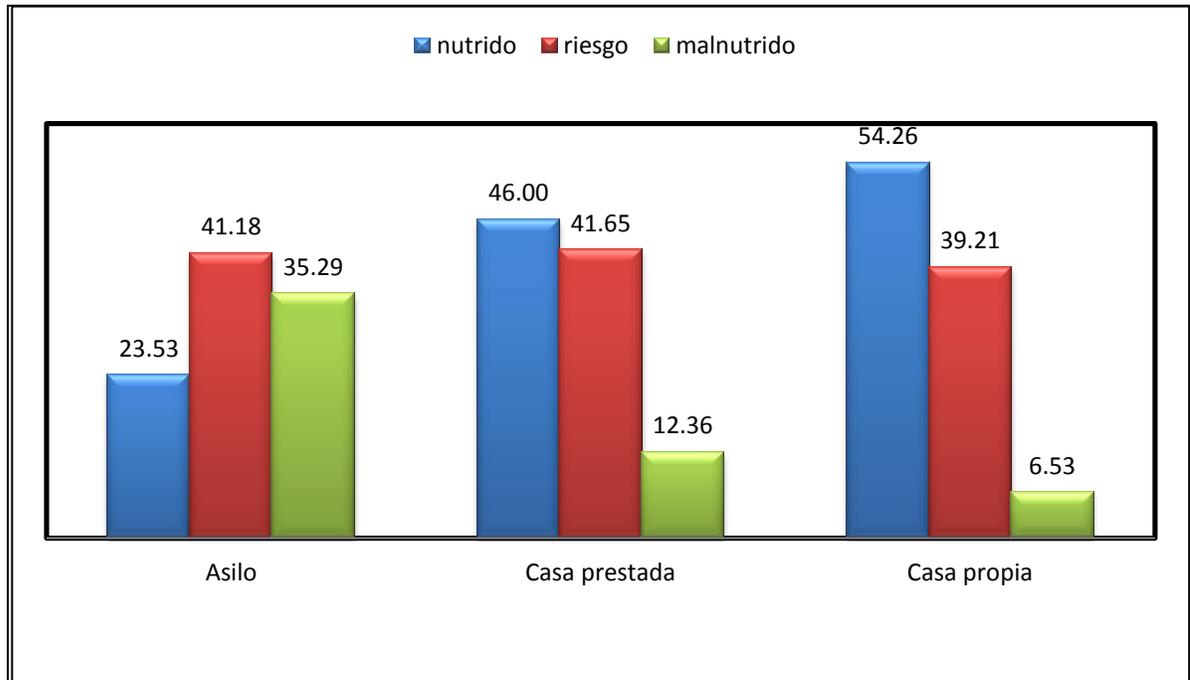
Con base en los resultados de la H4: Existe correlación estadísticamente significativa entre la malnutrición y la ubicación espacial en los polígonos de pobreza del adulto mayor, esta hipótesis Sí se acepta, ya que efectivamente existe una correlación entre la malnutrición del adulto mayor y los niveles de marginación medio, alto y muy alto.

**7.5.3 H5: Los adultos mayores que viven en asilos tienen mayor grado de malnutrición en comparación con los que viven en casa prestada o casa propia.**

La evaluación del estado de nutrición para esta hipótesis se midió usando el MNA, compuesto por 18 ítems contrastándolo con los datos sociodemográficos de los beneficiarios. Los adultos mayores que viven casa propia presentan un 6.53% de riesgo de malnutrición, los que viven en casa prestada tienen un 12.36% de riesgo de malnutrición y al ser adulto mayor y vivir en un asilo este riesgo de malnutrición se incrementa hasta el 35.29%. La información

descrita se presenta en la siguiente gráfica donde se contrasta el lugar de residencia entre asilo, casa prestada y casa propia con estar nutrido, en riesgo y malnutrido (ver figura 9).

**Figura 9. Adultos mayores nutridos, en riesgo y malnutridos según el lugar en donde habitan.**



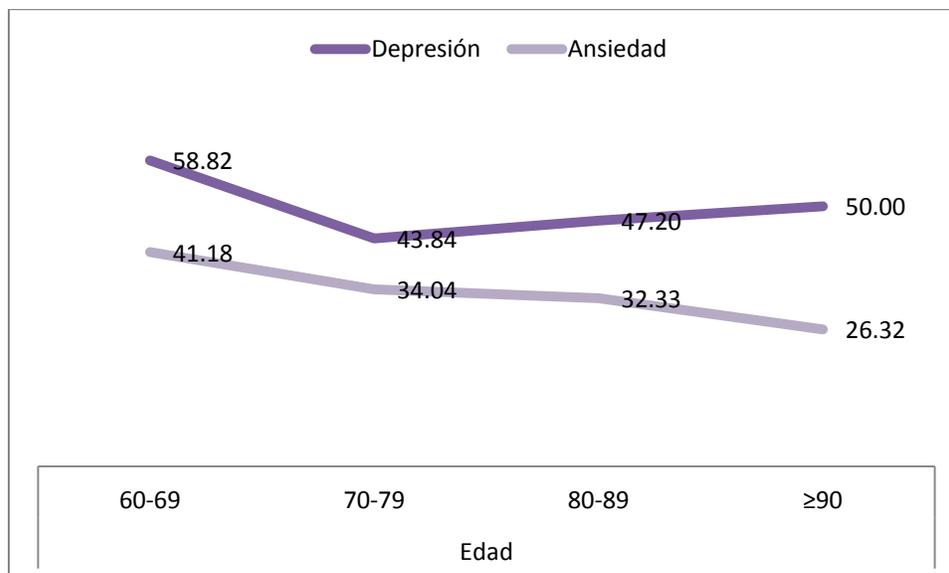
Con base en los resultados de la H5: Los adultos mayores que viven en asilo tienen mayor grado de malnutrición en comparación con los que viven en casa prestada o casa propia, esta hipótesis SI se acepta ya que los adultos mayores que viven en asilo presentan mayor grado de malnutrición que los que viven en casa propia.

#### **7.5.4 H6: Los estados de depresión y ansiedad son más frecuentes a menor edad.**

Los estados de depresión y ansiedad se midieron con la escala de depresión de Yesavage, que consta de 15 ítems, y la escala de ansiedad de Goldberg, que consta de 9 ítems. Se analizó qué tanto los estados de depresión y de ansiedad son más frecuentes a menor edad, siendo para el grupo de 60 a 69 años de 58.8% y 41.2% respectivamente. En la siguiente década de la vida ambos trastornos psiquiátricos disminuyen, luego la depresión muestra un patrón ascendente llegando a ser del 50.0% para las personas de 90 o más años

de edad; sin embargo, la ansiedad continúa un declive uniforme siendo del 26.3% para los más ancianos (ver figura 10 y tabla 16).

**Figura 10. Depresión y ansiedad y su relación con la edad.**



**Tabla 16. Edad del adulto mayor y su correlación con la depresión.**

Edad del adulto mayor		Depresión		$\chi^2$	p p<0.05
		n	%		
Edad	60-69	10	58.82	1.24	0.265
	70-79	249	43.84	1.56	0.211
	80-89	152	47.20	0.58	0.444
	≥90	17	50.00	0.29	0.590

Con base en los resultados de la H6: Los estados de depresión y ansiedad son más frecuentes a menor edad, esta hipótesis NO se acepta, ya que los estados de depresión en adultos mayores aumentan conforme a la edad pero los estados de ansiedad disminuyen.

### 7.5.5 H7: Con respecto al estado civil las personas viudas presentan mayor índice de depresión.

El estado de depresión se midió con la escala de depresión de Yesavage que consta de 15 ítems y se contrastó con el estado civil del adulto mayor. Para fines prácticos de análisis, se están considerando como depresión las puntuaciones obtenidas tanto para depresión leve como para depresión establecida. Con respecto al estado civil, las personas viudas presentaron el más alto índice de depresión (46.95%), y el más bajo lo presentaron aquellas personas divorciadas o separadas de sus parejas (34.8%) (ver tabla 17).

**Tabla 17. Estado civil del adulto mayor y su correlación con la depresión.**

Estado civil del adulto mayor	Depresión		x <sup>2</sup>	p p<0.05
	n	%		
Soltero	75	45.73	0.00	0.944
Casado	102	44.93	0.04	0.848
Divorciado/Separado	16	34.78	2.23	0.135
Viudo	223	46.95	0.83	0.362
Unión libre	12	41.38	0.20	0.652

Con base en los resultados de la H7: Con respecto al estado civil las personas viudas presentan mayor índice de depresión, ésta hipótesis SÍ se acepta, ya que las personas viudas presentan mayor índice de depresión en comparación con los otros estados civiles.

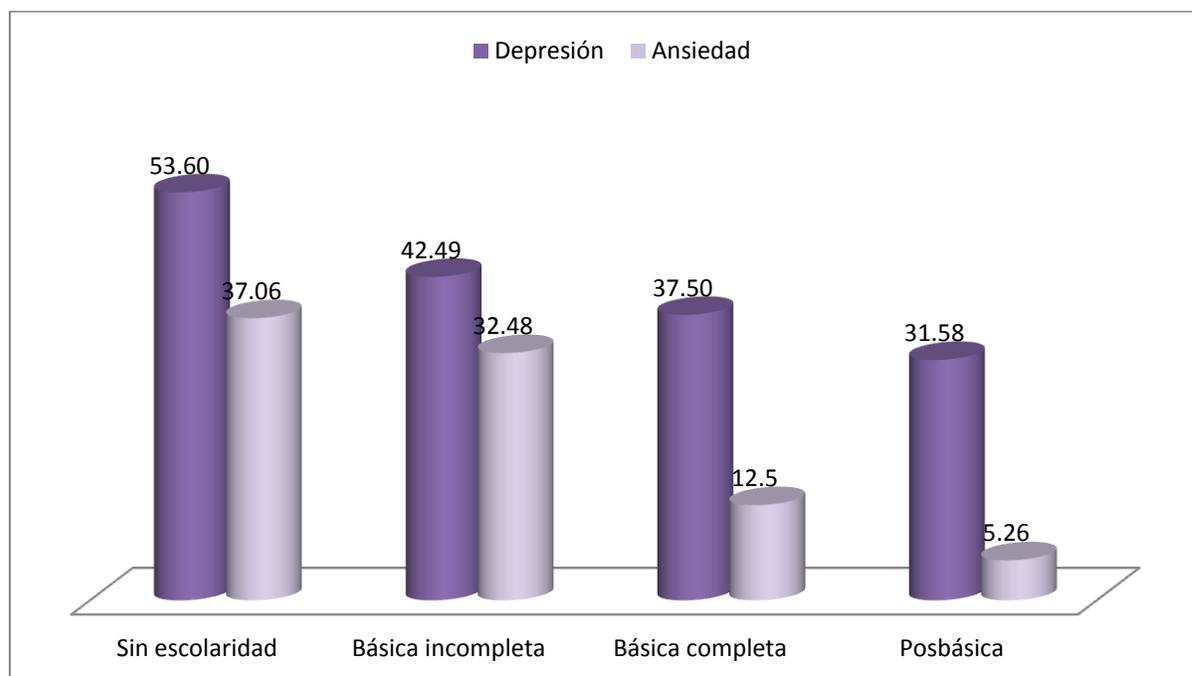
### 7.5.6 H8: A mayor escolaridad menor el grado de depresión del adulto mayor.

El estado de depresión se midió con la escala de depresión de Yesavage que consta de 15 ítems, y se contrastó con el grado de escolaridad del adulto mayor. Se determinó una

relación inversamente proporcional al índice de presencia de depresión y al grado de escolaridad, siendo la depresión del 53.6% en aquellos con nula escolaridad, y del 31.58% en aquellos que alcanzaron un grado de educación posbásica.

Se encontró concordancia estadística de riesgo para depresión relacionado a nula escolaridad ( $p=0.001$ ) y a educación básica incompleta ( $p=0.007$ ), la cual comprende nivel primario incompleto o completo y secundaria trunca. El comportamiento es el mismo para los resultados de ansiedad, encontrando ésta en el 37.1% de las personas sin escolaridad y tan sólo en el 5.3% de las que tienen educación posbásica ( $p=0.009$ ) (ver figura 11 y tabla 18).

**Figura 11. Relación de escolaridad con depresión y ansiedad.**



**Tabla 18 . Escolaridad del adulto mayor y su correlación con la depresión.**

Escolaridad del adulto mayor	Depresión		x <sup>2</sup>	p *p<0.05
	n	%		
Ninguna	149	53.60	10.34	0.001*
Básica incompleta <sup>(1)</sup>	263	42.49	7.14	0.007*
Básica completa <sup>(2)</sup>	3	37.50	0.21	0.645
Posbásica <sup>(3)</sup>	6	31.58	1.53	0.216

(1) Primaria incompleta o completa y secundaria incompleta.

(2) Secundaria completa

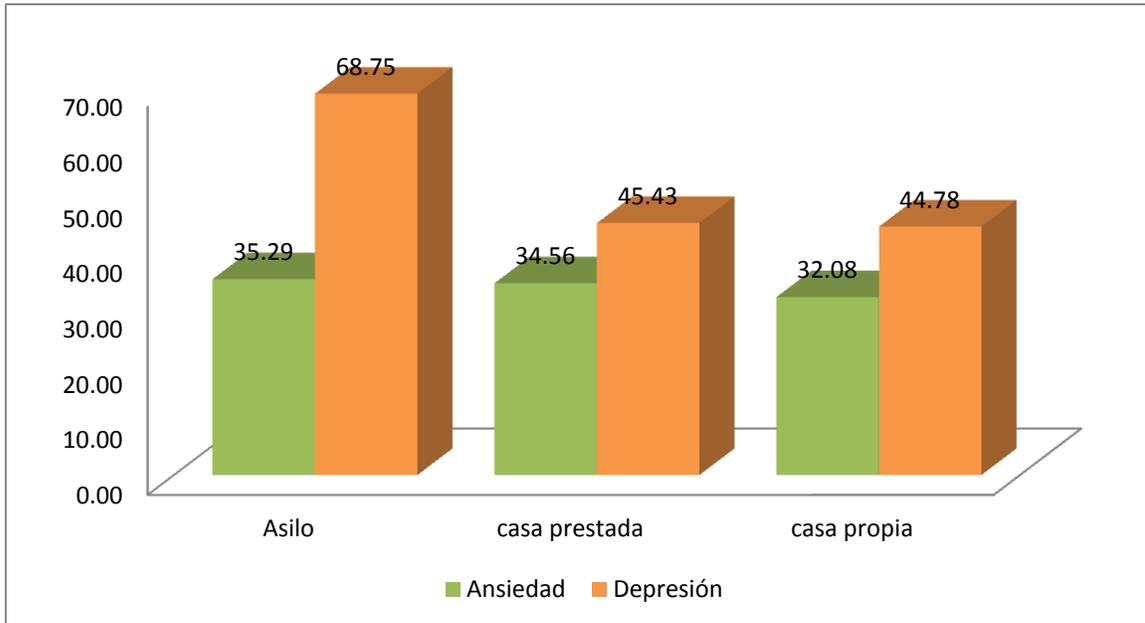
(3) Media superior o más

Con base en los resultados de la H8: A mayor escolaridad menor el grado de depresión del adulto mayor, esta hipótesis SÍ se acepta, ya que entre más escolaridad se tenga, se presenta un menor grado de depresión.

#### **7.5.7 H9: El lugar de residencia es determinante en la depresión del adulto mayor.**

El estado de depresión se midió con la escala de depresión de Yesavage que consta de 15 ítems, y se contrastó con el lugar de residencia del adulto mayor. En referencia al lugar de residencia, presentan mayor depresión los adultos mayores que viven en asilo (68.8%), y en cifras similares aquellos que viven en casa ajena y en casa propia, siendo los valores 45.4% y 44.8% respectivamente. Sin embargo, las cifras de ansiedad encontradas son similares en los tres lugares de residencia (ver figura 12 y tabla 19).

**Figura 12. Depresión, ansiedad y lugar de residencia.**



**Tabla 19. Lugar de residencia del adulto mayor y su correlación con la depresión.**

Lugar de residencia del adulto mayor		Depresión		$\chi^2$	p p<0.05
		n	%		
Hogar	Asilo	11	68.75	3.55	0.049
	Amigo/Familiar <sup>(1)</sup>	194	45.43	0.00	0.977
	Casa propia	223	44.78	0.21	0.645

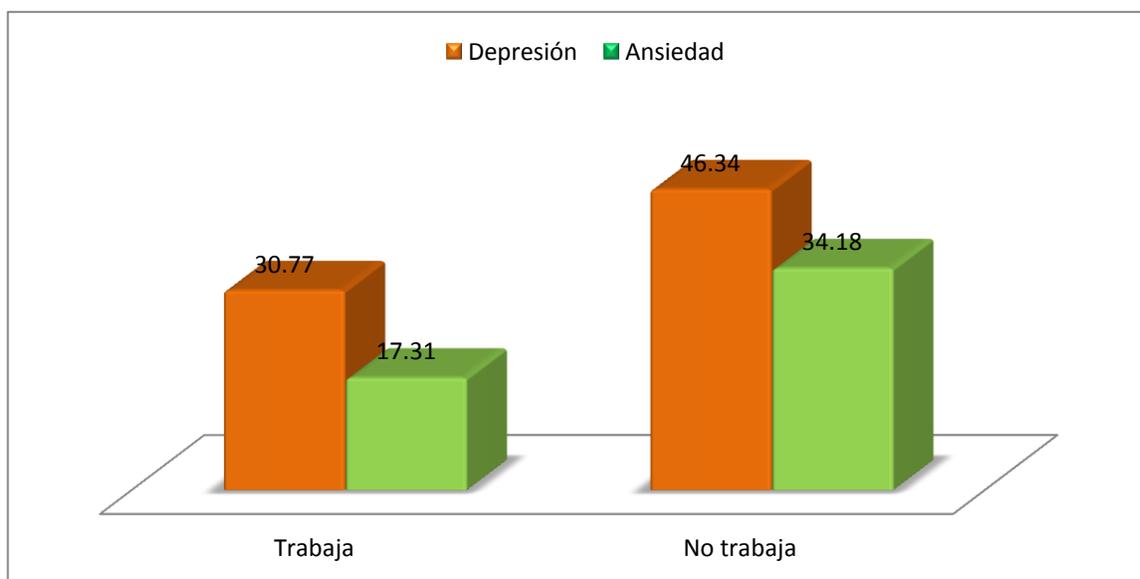
(1) Adulto mayor que reside en casa prestada de familiares o amigos.

Con base en los resultados de la H9: El lugar de residencia es determinante en la depresión del adulto mayor, esta hipótesis Sí se acepta, ya que existe un grado muy alto de depresión al encontrarse los adultos mayores en asilos.

### 7.5.8 H10: Tener un trabajo remunerado es factor de protección contra la depresión y la ansiedad.

El estado de depresión se midió con la escala de depresión de Yesavage que consta de 15 ítems, contrastando con las variables socioeconómicas. Se comprobó también que en nuestra población de estudio existe como factor de protección contra depresión el tener algún trabajo remunerado ( $p=0.028$ ), presentando depresión únicamente el 30.8% de los que trabajan, a diferencia del 43.8% de los que no trabajan. Sucede el mismo fenómeno con la ansiedad. La presentan el 17.3% de los que trabajan y hasta el 34.2% de los que no lo hacen (ver figura 13 y tabla 20).

**Figura 13. Depresión, ansiedad y estado laboral.**



**Tabla 20. Estado laboral del adulto mayor y su correlación con la depresión.**

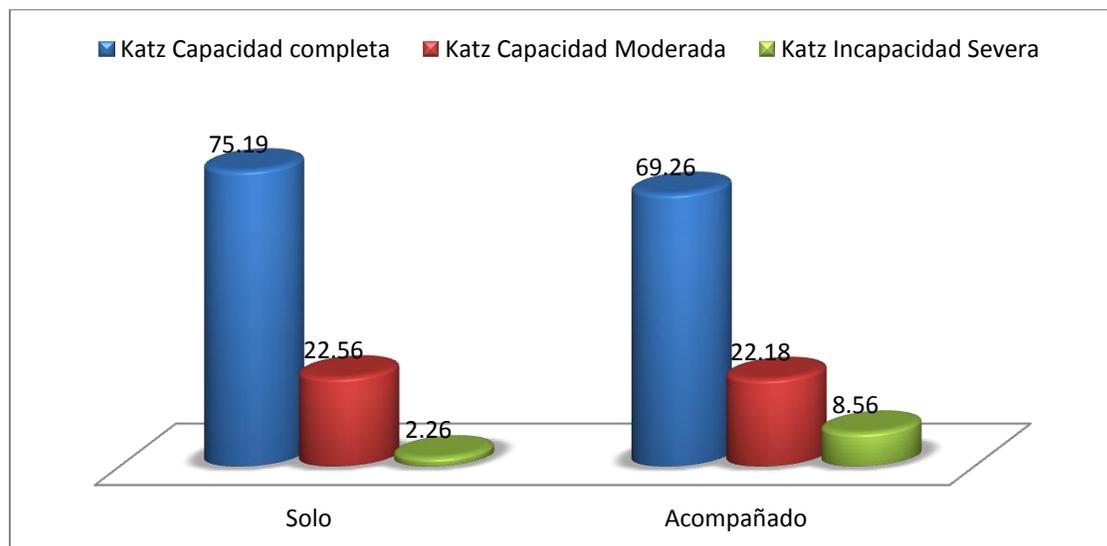
Estado laboral del adulto mayor.		Depresión		$\chi^2$	p
		n	%		
Trabaja	Sí	16	30.77	4.80	0.028
	No	412	43.78	4.80	0.028

Con base en los resultados de la H10: Tener un trabajo remunerado es factor de protección contra la depresión, esta hipótesis Sí se acepta, ya que el 30.77% de las personas que trabajan tienen depresión contra el 46.34% de las personas que no trabajan.

### 7.5.9 H11: Los adultos mayores que viven solos tiene menor grado de incapacidad severa.

Para la valoración de la capacidad funcional de los adultos mayores se utilizó el índice de Katz de Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), compuesto de 6 ítems. De los encuestados el 35% vivían solos y 65% acompañados de una o más personas, siendo éstas la pareja, hijos, sobrinos u otro familiar. Se excluyeron para esta hipótesis las personas que viven de manera institucionalizada (albergues, asilos, etc). Los resultados indican que aquellas personas que viven solas tienen menor grado de incapacidad severa (2.3%) que las que viven acompañadas (8.6%), prácticamente el mismo grado de capacidad moderada (22.6% vs 22.2%) y mayor grado de capacidad completa (75.2%), de tal manera que el vivir solo se relaciona a mejor capacidad funcional (ver figura 14).

**Figura 14. Capacidad funcional de los adultos mayores.**



Con base en los resultados de la H11: Los adultos mayores que viven solos tienen menor grado de incapacidad severa, la hipótesis Sí se acepta, ya que los adultos mayores que viven solos tienen un menor grado de incapacidad severa.

#### **7.5.10 H12: Más del 30% de los adultos mayores tienen un deterioro intelectual.**

Para el estado cognitivo se utilizó el cuestionario de Pfeiffer que consta de 11 ítems. Los resultados reflejan que el 64.44% de los encuestados está dentro de los rangos normales. Con deterioro intelectual leve se encuentra el 20.74%. El deterioro intelectual moderado lo presentan el 9.95% de los encuestados. Un deterioro intelectual severo se ve presente en el 4.87% de los adultos mayores (ver tabla 21).

**Tabla 21. Estado mental de los beneficiarios del programa.**

	Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Estado mental	Normal	609	64.44
	Deterioro leve	196	20.74
	Deterioro moderado	94	9.95
	Deterioro severo	46	4.87
	Total	945	100.00

Con base en los resultados de la H12: Más del 30% de los adultos mayores tienen un deterioro intelectual, la hipótesis Sí se acepta, ya que efectivamente más del 30% de los adultos mayores tienen un deterioro intelectual.

#### **7.5.11 H13: Ser hipertenso aumenta la depresión del adulto mayor.**

El estado de depresión se midió con la escala de depresión de Yesavage que consta de 15 ítems, contrastando con el estado de salud según la percepción del beneficiario. Se encontraron altas cifras de estados depresivos en aquellas personas que dijeron ser portadoras de hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedades pulmonares o cardiopatías. Mediante el análisis estadístico se determinó que entraña especial riesgo para

desarrollar depresión el ser hipertenso ( $p < 0.05$ ), al igual que padecer una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), entre otras (ver tabla 22).

**Tabla 22. Relación entre depresión y enfermedades crónicas.**

	Depresión		Normal		x <sup>2</sup>	p	OR	IC
	n	%	n	%				
<b>Hipertensión</b>	256	47.41	284	52.59	73.86	0.000*	5.41	3.52-8.34
<b>Diabetes</b>	103	48.36	110	51.64	1.43	0.232	1.21	0.88-1.66
<b>Enfermedad pulmonar</b>	76	58.46	54	41.54	10.95	0.000*	1.88	1.27-2.78
<b>Cardiopatía</b>	66	48.53	70	51.47	0.70	0.402	1.17	0.80-1.71

Con base en los resultados de la H13: Ser hipertenso aumenta la depresión del adulto mayor esta hipótesis Sí se acepta, ya que existe especial riesgo de desarrollar depresión si se tiene hipertensión.

#### **7.5.12 H14: Existe correlación entre la pobreza y la ansiedad en los adultos mayores.**

Para CONAPO (2012), el índice de marginación urbana es una medida-resumen que permite diferenciar AGEB urbanas del país según el impacto global de las carencias que padece la población como resultado de la falta de acceso a la educación, a los servicios de salud, la residencia en viviendas inadecuadas y la carencia de bienes.

Como parte de la planeación demográfica, el Consejo Nacional de Población busca incluir a la población más vulnerable en los programas de desarrollo económico y social que se formulan dentro del sector gubernamental, y vincular sus objetivos a las necesidades que plantean los fenómenos demográficos. En este sentido, el cálculo del índice de marginación urbana busca que se incluya a la población que padece mayores rezagos dentro de las reglas de operación de diversos programas de atención social. Este índice correlacionado

especialmente se utiliza para comprobar la presente hipótesis. Las dimensiones e indicadores del índice de marginación urbana por AGEB 2010 según CONAPO (2012) son:

- 1) Población de 6 a 14 años que no asiste a la escuela.
- 2) Porcentaje de población de 15 años o más sin educación básica completa.
- 3) Población que no es derechohabiente de los servicios de salud.
- 4) Hijos fallecidos de las mujeres de 15 a 49 años de edad.
- 5) Viviendas particulares habitadas sin drenaje conectado a la red pública o fosa séptica.
- 6) Viviendas particulares habitadas sin excusado con conexión de agua.
- 7) Viviendas particulares habitadas sin agua entubada dentro de la vivienda.
- 8) Viviendas particulares habitadas con piso de tierra.
- 9) Viviendas particulares habitadas con algún nivel de hacinamiento.
- 10) Viviendas particulares habitadas sin refrigerador.

Al realizar el mapeo de la variable ansiedad sobre los niveles de marginación urbana de CONAPO, se obtuvieron los siguientes resultados (ver tabla 24).

**Tabla 23. Población de beneficiarios con ansiedad mapeados según los niveles de marginación urbana de CONAPO 2010.**

Alto	42
Medio	294
Bajo	52
Muy bajo	19

Utilizando los criterios espaciales de los polígonos de pobreza y el índice de marginación urbana se realizó un mapeo de los adultos mayores que en el instrumento fueron evaluados con ansiedad, y se presentan los siguientes resultados (ver figura 15 y figura 16).

Figura 15. Casos de Ansiedad dentro de los grupos de Marginación Urbana.

Casos de Ansiedad dentro de los grupos de Marginación Urbana (CONAPO, 2010), Ciudad Juárez, Chihuahua,

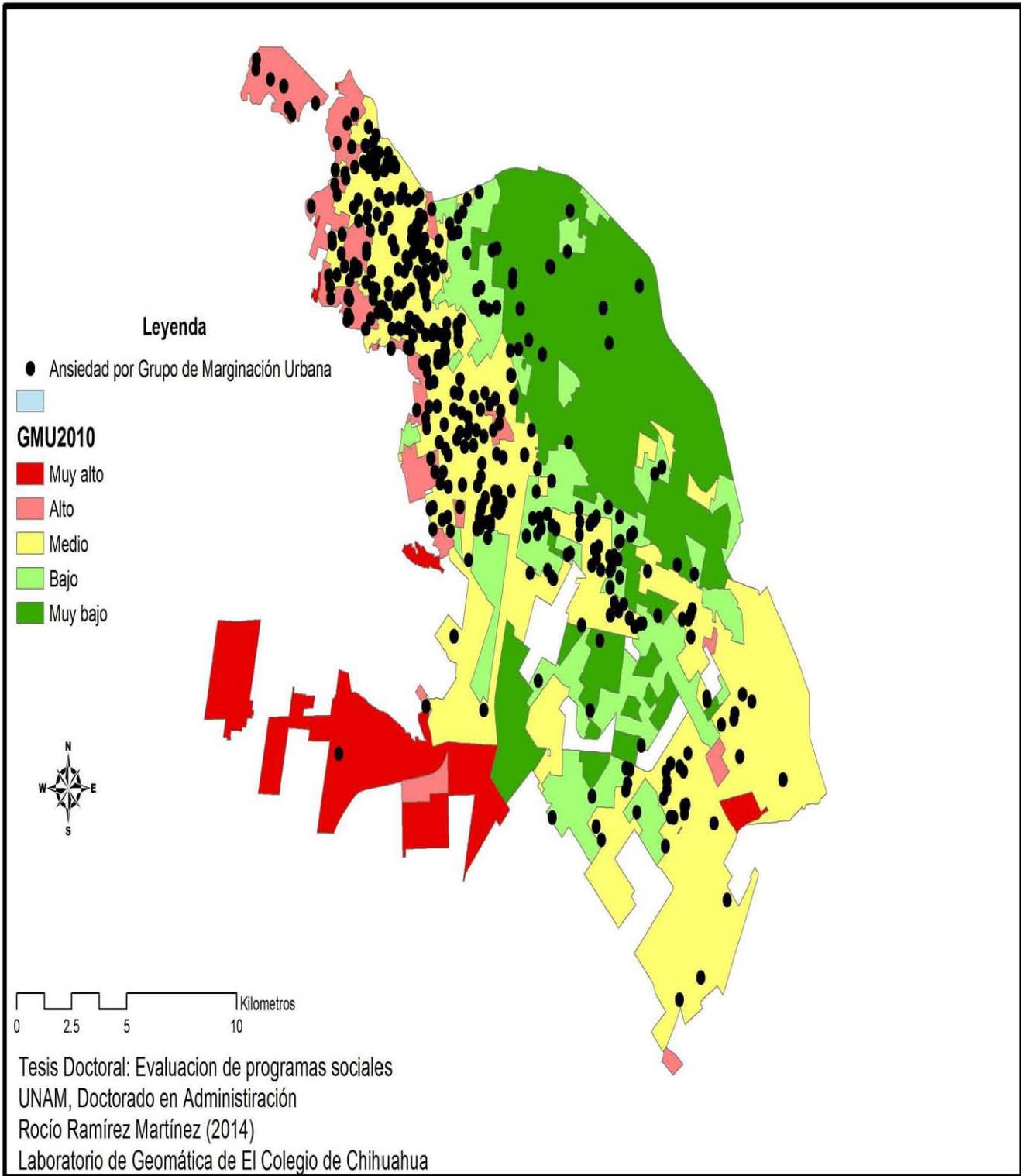
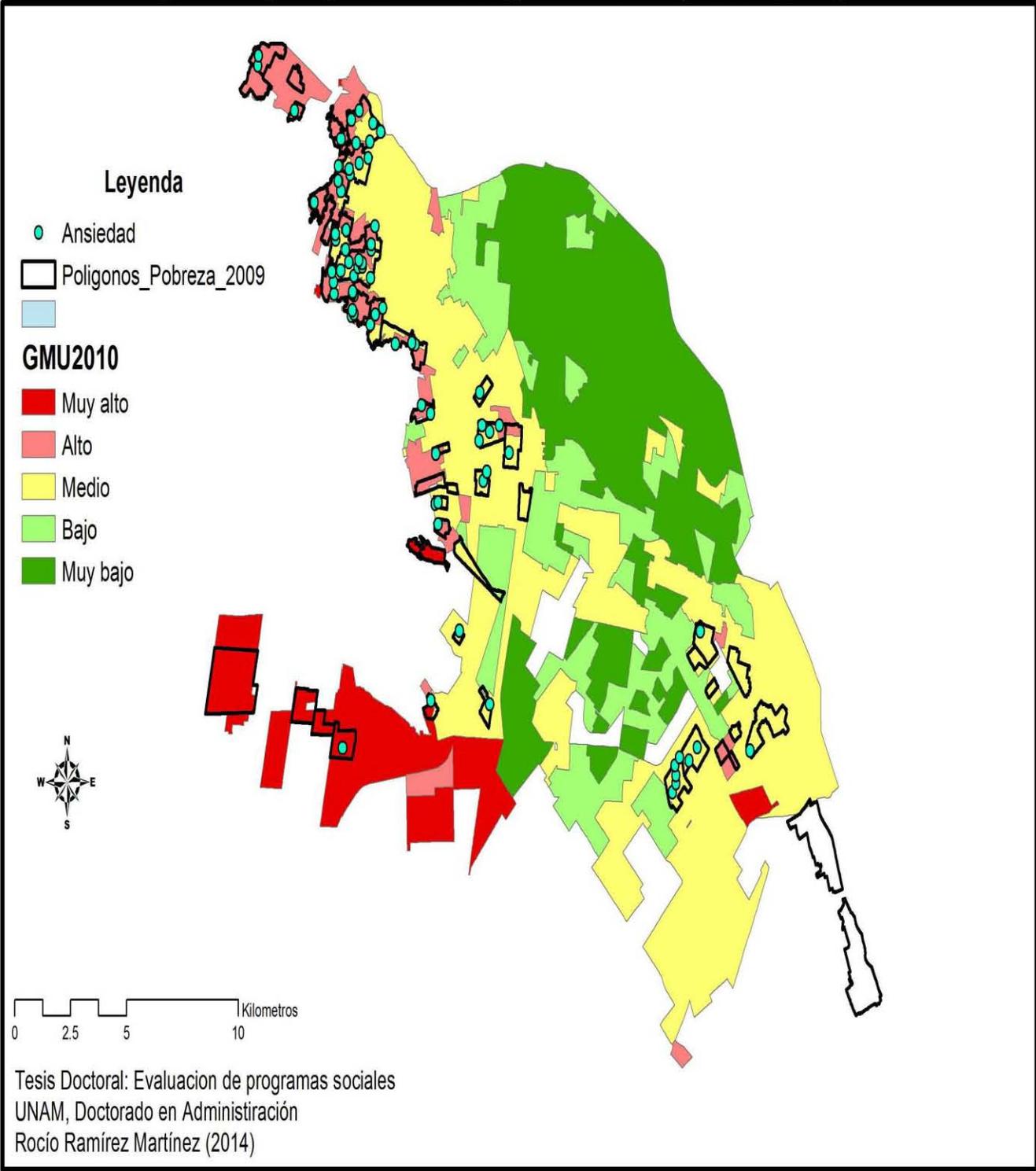


Figura 16. Casos de Ansiedad dentro de los Polígonos de Pobreza.

Casos de Ansiedad dentro de los poligonos de pobreza  
(SEDESOL, 2010) vs Grado de Marginación Urbana (CONAPO, 2010)



Con base en los resultados de la H14: Existe correlación entre la pobreza y la ansiedad en los adultos mayores, esta hipótesis SÍ se acepta, ya que existe especial riesgo de desarrollar ansiedad si se encuentra en los niveles medio, alto y muy alto de marginación, así como en polígonos de pobreza.

#### **7.5.13 H15: Existe correlación entre la pobreza y la depresión en los adultos mayores.**

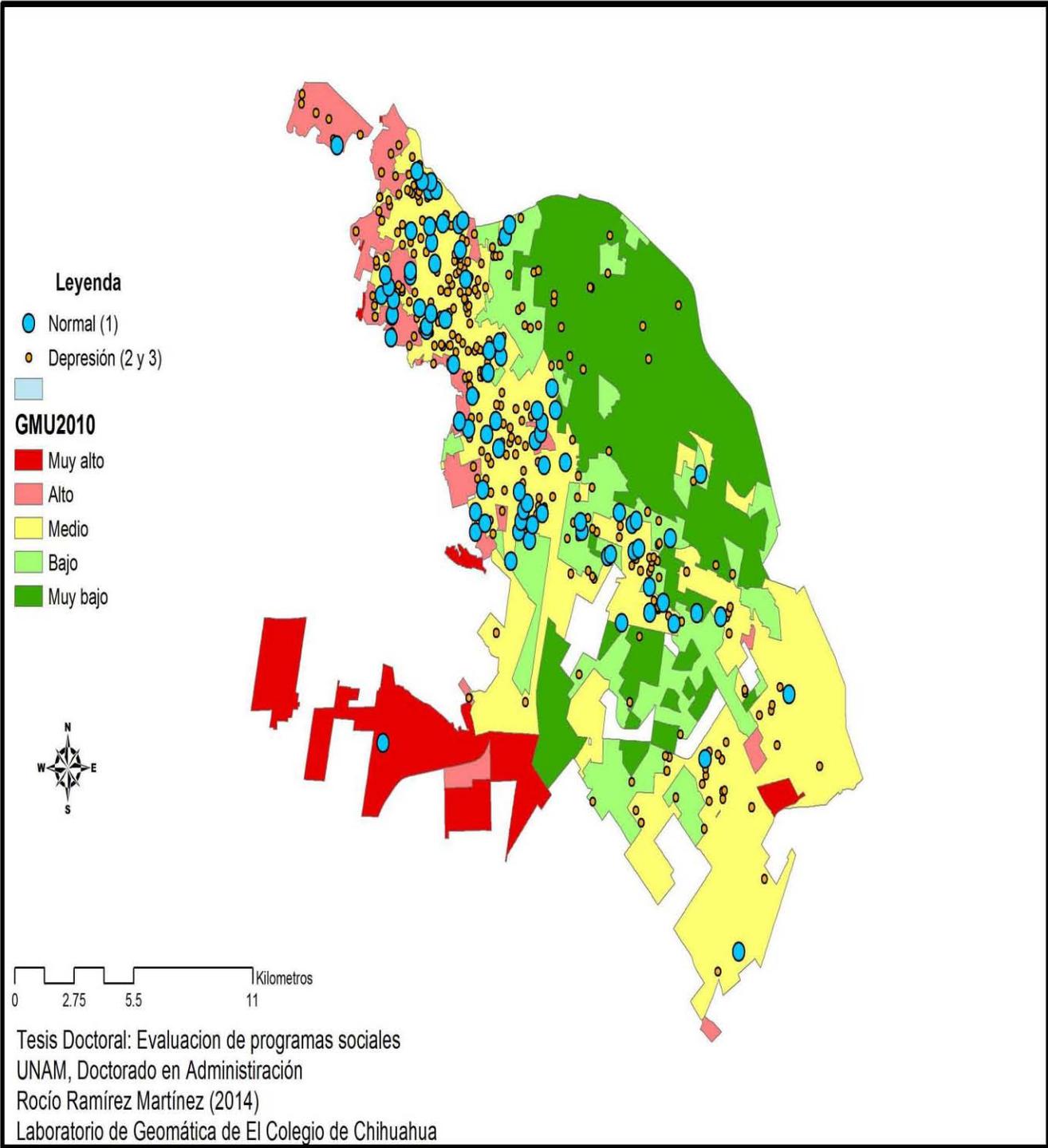
En esta hipótesis se utilizaron los criterios del índice de marginación urbana explicado en la hipótesis anterior, y el resultado se expone en la tabla 24 y en la figura 17. Son 318 los cuales se mapearon según los niveles de marginación urbana de CONAPO 2010.

**Tabla 24. Personas con depresión leve y establecida según los criterios del índice de marginación urbana.**

Alto	29
Medio	229
Bajo	42
Muy bajo	18

Figura 17. Casos de Depresión de adultos mayores dentro de los grupos de Marginación Urbana.

Casos de Depresión dentro de los grupos de Marginación (CONAPO, 2010), Ciudad Juárez, Chihuahua,



Con base en los resultados de la H15: Existe una correlación entre la pobreza y la depresión en los adultos mayores, esta hipótesis Sí se acepta, ya que existe especial riesgo de desarrollar depresión si se encuentra en los niveles medio, alto y muy alto de marginación.

**7.5.14 H16: Existen diferencias significativas en la nutrición, la depresión y la ansiedad de los adultos mayores dependiendo si viven dentro o fuera de los polígonos de pobreza.**

Para resolver esta hipótesis se utilizó la prueba de contrastes no paramétricos para dos pruebas independientes (Prueba de U de Mann-Whitney). Se decidió utilizar esta prueba en el programa SPSS ya que las variables no son numéricas, y porque la prueba de normalidad no se cumplió. Según Landero & González (2006) esta prueba es la alternativa no paramétrica a la prueba T de Student para diferencia de medias de muestras independientes, bien porque no se cumplan los supuestos de normalidad o porque el nivel de medida de los datos sea ordinal. Se presentan los resultados de la prueba para nutrición, depresión y ansiedad (ver tabla 25).

**Tabla 25. Resultado de la prueba U de Mann-Whitney para encontrar diferencias entre los adultos mayores que viven dentro o fuera de polígonos de pobreza.**

Variable	Resultado prueba U de Mann-Whitney
Nutrición	.570
Depresión	.199
Ansiedad	.680

Con base en los resultados de la H16: Existen diferencias significativas en la nutrición, la depresión y la ansiedad de los adultos mayores dependiendo de si se vive dentro o fuera de los polígonos de pobreza, esta hipótesis NO se acepta, ya que según la prueba U de Mann-Whitney no existen diferencias significativas entre las dos poblaciones.

## CAPÍTULO 8.- DISCUSIÓN

En esta sección se presenta una discusión sobre los hallazgos encontrados de cada hipótesis y su relación con otros estudios, así como un análisis de esta información.

**Primera etapa:**

**H1: Todos los beneficiarios del programa social se encuentran en los polígonos de pobreza que establece SEDESOL.**

El 79.4% de los beneficiarios, es decir, 3415 de ellos están fuera de los polígonos de pobreza. De tal manera que solamente el 20.6% de las direcciones de los beneficiarios se encuentra dentro de los polígonos, que corresponde a 886 adultos mayores. Esto quiere decir que el programa está mal focalizado, ya que el objetivo del mismo es atender a adultos mayores en extrema pobreza y solamente un 20.6% de los derechohabientes se encuentra en los polígonos de pobreza. Ahora, un punto interesante de discusión es determinar si los polígonos de pobreza realmente están abarcando a toda la población en pobreza extrema.

No existen muchos estudios que utilicen sistemas de información geográfica para estudiar los programas sociales, algunos de los estudios que se pudieron encontrar van en el sentido de definir los patrones de distribución de salud en espacios geográficos y facilitar la identificación de estratos epidemiológicos de población con diferentes factores de riesgo determinantes.

Por ejemplo, de acuerdo a Loyola *et al* (2002) se realizó un estudio en países de América Latina para evaluar la mortalidad infantil entre 1995 y el año 2000. Gracias a este tipo de análisis epidemiológico a escala local de los servicios de salud mediante el uso de los SIG, es fácil reconocer cómo se comportan un fenómeno de salud y sus factores de riesgo

determinantes en un período definido. Asimismo, es posible identificar patrones en la distribución espacial de los factores de riesgo y sus posibles efectos sobre la salud.

Los organismos internacionales están tratando de prestar recursos sólo para programas bien focalizados. Según Hernández *et al*, (2002) el programa Oportunidades del gobierno federal, al contar con recursos del Banco Interamericano de Desarrollo, realizó un análisis y replanteamiento de su programa para focalizarlo.

Focalizar geográficamente un programa social requiere tener mapas de pobreza para realizar esta labor. El criterio de selección de los beneficiarios debería estar incluido en el objetivo del programa y debería no elegirse a los beneficiarios por cuestiones subjetivas, por ello en la era de la tecnología los sistemas de información geográfica representan una herramienta indispensable para focalizar los programas.

## **H2: Todos los beneficiarios del programa social se encuentran en niveles de bienestar bajos.**

Con el resultado de esta hipótesis se confirma que el programa está mal focalizado. Solamente el 3.5% de los beneficiarios se encontraron en nivel muy bajo, es decir, 151 personas; el 25.5% (1097 personas) están en nivel bajo, 50.1% (2155 personas) en nivel medio, 16.6% (715 personas) en nivel alto e incluso en nivel muy alto se encuentran más que en el nivel muy bajo: el 4.3%, que corresponde a 183 personas.

De acuerdo a Bottia *et al* (2012), en Colombia se han utilizado los mecanismos de focalización geográfica y los mecanismos individuales a través de medias. La focalización geográfica es utilizada para definir los beneficiarios de los subsidios de servicios públicos y de vivienda, ha consistido en la división de la población en 6 estratos (de pobre a rico) basados en características exteriores de los barrios y las viviendas donde las personas residen, y ha resultado de mucha ayuda para el éxito de los programas.

En Colombia se tienen algunos avances, se creó un instrumento de focalización que permite la identificación de la población con carencias. Según Castañeda (2005) el

mecanismo de identificación consiste en el uso de un instrumento de selección individual que hace uso de las medias de las condiciones socioeconómicas de los individuos para identificar a la población pobre. Dicho esquema es conocido como SISBEN o Sistema de Selección de Beneficiarios, usado extensamente en Colombia para focalizar subsidios de salud, becas, etc.

Según Rubio *et al* (2010), la selectividad es un medio para incrementar la eficiencia de un programa a través de aumentar los beneficios que puede recibir la población pobre dado un presupuesto limitado, por lo tanto se debe tener especial cuidado en la selección de los beneficiarios de los programas sociales para hacer eficientes los recursos, ya que un programa mal focalizado está destinado al fracaso.

El proceso de focalización es de gran importancia en el éxito o fracaso de un programa social. Un programa social bien focalizado asegura que los recursos se entreguen a la población objetivo; utilizar Sistemas de Información Geográfica entre otros elementos de focalización es de gran utilidad para que los recursos lleguen a quien realmente los necesita.

## **Segunda etapa:**

### **H3: La hipertensión arterial y la fatiga son padecimientos comunes según la autopercepción de los adultos mayores.**

Los resultados obtenidos indican que el 48.56% de los hombres sufre hipertensión arterial, así como el 62.98% de las mujeres. Con fatiga severa se tiene el 46.46% de los hombres y el 49.65% de las mujeres.

Un estudio en Chile denota el desconocimiento que tienen los adultos mayores sobre el control de la hipertensión. Mendoza *et al* (2006) señala que este padecimiento va en aumento, y al hacerles ese estudio sólo 21.6% de la muestra alcanzó el puntaje máximo en todas las subescalas, lo que por complemento indica una alta prevalencia de incumplimiento terapéutico. Asimismo se encontró una gran población femenina que sustenta la viudez de la tercera edad (De 37% viudos 29% eran mujeres) con un nivel educativo básico. En este

estudio se pudo inferir que el problema del incumplimiento, sobre todo en la mujer adulta mayor, es por soledad, desconocimiento y deterioro.

Los adultos mayores, según el crecimiento poblacional, son un sector de la población que va en aumento y con ello las enfermedades propias de la vejez. La seguridad social de los adultos mayores debiera ser una preocupación actual de los gobiernos, es necesario estar preparados para el 2030 cuando la pirámide poblacional en México se invierta, con centros hospitalarios suficientes para la gran cantidad de adultos mayores que los van a requerir.

#### **H4: Existe correlación estadísticamente significativa entre la malnutrición y la ubicación espacial en los polígonos de pobreza del adulto mayor.**

Los resultados indican que existe una correlación entre la malnutrición del adulto mayor y la pobreza, con lo cual se acepta la hipótesis. Al hacer un mapeo de los adultos mayores que resultaron con malnutrición, utilizando los niveles de marginación urbana que, como se explicó anteriormente, según la CONAPO (2012) abarcan la educación, la salud, la vivienda y la disponibilidad de bienes, se puede inferir derivado del mapeo que existe una correlación espacial entre la malnutrición y la pobreza. Los resultados indican que la mayoría de los adultos mayores con malnutrición se encuentran en los estratos de marginación urbana medio y alto.

Como se menciona anteriormente los resultados del instrumento muestran que los adultos mayores entre 60 y 69 años tienen un 11.8% de riesgo de malnutrición, los de 70 a 79 años tienen un 7.3% de riesgo de malnutrición, los que se encuentran en el rango de 80 a 89 años tienen un 12.3% de riesgo de malnutrición y por último los adultos mayores de 90 años tienen un riesgo de 21.1% de malnutrición.

Soto & Labraña (1999) señalan que estudios en Chile sobre el adulto mayor pobre demuestran consistentemente que la mayoría de ellos consume una alimentación deficiente, especialmente en energía, proteínas, calcio, zinc, vitamina A, vitamina C y fibra. Estas características sitúan a los adultos mayores como un grupo de alto riesgo nutricional, donde una adecuada alimentación podría contribuir a una mejor calidad de vida.

Wong *et al* (2007) realizaron un estudio para describir el estado de salud y nutrición de los adultos mayores en México con una muestra de 5480 adultos mayores de 60 años de edad, de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2006). Encontraron una elevada prevalencia de anemia que resultó cuatro veces mayor a la encontrada en la población mexicana que vive en Estados Unidos de América, comparable a la de países africanos que sufren condiciones de pobreza y marginación mayores a las de México. Este incremento de la prevalencia de anemia conforme aumenta la edad se puede vincular con dietas insuficientes en micronutrientes, deterioro de la capacidad para absorber hierro, folato y vitamina B12, y es similar a las tendencias halladas en otros estudios.

El programa social debería enfocarse en coadyuvar con la nutrición del adulto mayor en situación de malnutrición. Aún y cuando en el programa el adulto mayor tiene la entera libertad de comprar con la beca económica los alimentos que considere adecuados, podría apoyársele con educación nutrimental para que sepa cuáles alimentos cuentan con mejores nutrientes.

**H5: Los adultos mayores que viven en asilo tienen mayor grado de malnutrición en comparación con los que viven en casa prestada o casa propia.**

En esta hipótesis se tiene como resultado que los adultos mayores que viven en casa propia presentan un 6.53% de riesgo de malnutrición, los que viven en casa prestada tienen un 12.36% de riesgo de malnutrición y para los que viven en un asilo este riesgo de malnutrición se incrementa hasta el 35.29%.

Según Chavesta *et al* (2009), hay un estudio realizado en Perú para identificar el estado nutricional de los adultos mayores del Asilo Hogar San José de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados de Chiclayo, empleando el MNA (*Mini Nutritional Assessment*) como herramienta de estudio. Métodos: Se estudió un total de 67 adultos mayores del asilo, entre octubre y noviembre del 2008. A todos ellos se les realizó el test MNA y la valoración antropométrica. Resultados: La edad media de los pacientes fue de  $74.88 \pm 9.58$  años, a predominio masculino (62.1%). El MNA identificó como malnutridos al 45.5% del total de los sujetos evaluados, mientras que el 54.5% fue identificado con riesgo de malnutrición.

Conclusiones: Los adultos mayores del Asilo Hogar San José de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados presentaron un riesgo de desnutrición elevado, detectado por el test MNA.

Los resultados de la hipótesis coinciden con el estudio de Perú, por lo que debería tomarse en cuenta esta situación y realizar un seguimiento en la alimentación de los adultos mayores en los asilos para prevenir posibles enfermedades relacionadas con la mala nutrición.

#### **H6: Los estados de depresión y ansiedad son más frecuentes a menor edad.**

Esta hipótesis no fue aceptada, ya que la depresión muestra un patrón ascendente llegando a ser del 50.0% para las personas de 90 o más años de edad; sin embargo, la ansiedad continúa un declive uniforme siendo del 26.3% para los más ancianos. Belló *et al* (2005) han observado una prevalencia de depresión en adultos mayores a nivel nacional de de 5.8% en mujeres y 2.5% en hombres. Según los hallazgos del autor la prevalencia de depresión sube conforme la edad avanza.

Según Rigler *et al* (1995) la prevalencia del trastorno depresivo mayor en la comunidad se sitúa entre el 1 y 6%, la distimia depresiva entre el 3 y 20%, los trastornos adaptativos aparecen hasta en el 30% de los ancianos y los trastornos mixtos ansiedad-depresión pueden llegar hasta casi el 13%.

Con estos resultados sería conveniente enfocar esfuerzos para ayudar a los adultos mayores que padecen estas enfermedades, poniendo especial cuidado a mayor edad de los beneficiarios.

#### **H7: Con respecto al estado civil las personas viudas presentan mayor índice de depresión.**

Los resultados de la hipótesis indican que las personas viudas presentaron el más alto índice de depresión (46.95%) y el más bajo lo presentaron aquellas personas divorciadas o separadas de sus parejas (34.8%).

Pando Moreno *et al.* (2001) han visto una prevalencia de depresión de 36% en adultos mayores, en Guadalajara, Jalisco, con 43% en mujeres y 27% en hombres. Aparecieron como mayores factores de riesgo la falta de actividad laboral, el estado civil, ser viudas (os) o solteras (os).

Para Albalá (2005), cuando se segrega por edad y sexo, el estado civil de los adultos mayores corrobora la información censal en el sentido de que la proporción de adultos mayores sin pareja (separados, divorciados, viudos) se incrementa notablemente con la edad y que las tasas de incremento (por edad) y los niveles absolutos de esta variable son, con mucho, más grandes en las mujeres que en los varones. Este incremento de soledad por la viudez de los adultos mayores pudiera ser un elemento clave en la depresión que padecen las personas con este estado civil.

#### **H8: A mayor escolaridad menor el grado de depresión del adulto mayor.**

En el resultado de esta hipótesis se determinó una relación inversamente proporcional al índice de presencia de depresión y al grado de escolaridad, siendo la depresión del 53.6% en aquellos con nula escolaridad y del 31.6% en aquellos que alcanzaron un grado de educación posbásica.

Según Belló *et al* (2005), en un estudio que se realizó sobre depresión a adultos mayores en México se determinó que conforme se incrementa el nivel de escolaridad, disminuye la prevalencia de depresión. Entre los individuos sin educación formal, la prevalencia fue de 8%, disminuyendo hasta 2.1% en aquellos con educación superior o mayor. La asociación entre escolaridad y depresión fue similar en hombres y mujeres.

Estos hallazgos coinciden con los resultados de la hipótesis en donde a mayor escolaridad menor es el grado de depresión del adulto mayor. Una intervención del gobierno

en apoyo a escolarizar a los adultos mayores pudiera ser de gran beneficio para disminuir la depresión en este sector poblacional.

### **H9: El lugar de residencia es determinante en la depresión del adulto mayor.**

En relación a esta hipótesis sobre el lugar de residencia, presentan mayor depresión los adultos mayores que viven en asilo (68.8%), y en cifras similares aquellos que viven en casa ajena y en casa propia, siendo los valores 45.4% y 44.8% respectivamente.

Hoyle (2000), indica que la depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes del adulto mayor. Diversos estudios epidemiológicos norteamericanos describen una prevalencia de depresión mayor de 1 a 5% y una frecuencia de entre 8 y 27% de síntomas depresivos significativos en los adultos mayores que viven en la comunidad. La prevalencia es aún mayor en los sujetos mayores hospitalizados, y en aquellos residentes en casas de reposo.

Crespo (2011) señala que se realizó un estudio sobre la prevalencia de la depresión en adultos Mayores, en asilos de la Provincia del Cañar en Ecuador, un estudio descriptivo en 84 adultos mayores residentes en casas de reposo. Se usó el Test de Yesavage, el análisis estadístico se realizó mediante SPSS 15.0 y excel. El cuestionario de Yesavage, fue aplicado a 84 adultos mayores residentes en los asilos, el 70% de los adultos mayores obtuvo un puntaje mayor a 4, que según esta escala corresponde a depresión, el restante 30% obtuvo un puntaje igual o menor 4 que corresponde a normal. De los 33 varones a los que se aplicó el test el 69,70% presentan depresión, y de las 51 mujeres el 70,59% presentan depresión.

Sería conveniente estudiar qué es lo que pasa con los adultos mayores que viven en asilos para que experimenten mayor grado de depresión que las personas que viven en casa propia o con familiares; tal vez la soledad que experimentan, el no estar con sus familiares, o en algunos casos el poco cuidado que reciben en estas instituciones puede hacer que la prevalencia de la enfermedad se acreciente.

## **H10: Tener un trabajo remunerado es factor de protección contra la depresión y la ansiedad.**

El resultado de esta hipótesis denota que en nuestra población de estudio existe como factor de protección contra depresión el tener algún trabajo remunerado ( $p=0.028$ ), presentando depresión únicamente el 30.8% de los que trabajan, a diferencia del 43.8% de los que no trabajan. Sucede el mismo fenómeno con la ansiedad. La presentan el 17.3% de los que trabajan y hasta el 34.2% de los que no lo hacen ( $p=0.012$ ).

Algunos autores han encontrado una asociación entre la depresión y algunos factores psicosociales, como la ocupación laboral, el nivel educativo, el estado civil y la composición del hogar, la situación económica y los sucesos estresantes sufridos. Gómez-Restrepo *et al* (2004) señala como ejemplo a Colombia, en donde se encontró que el desempleo con discapacidad y las dificultades en las relaciones interpersonales incrementan el riesgo de sufrir un episodio depresivo.

Para Bello *et al* (2005), la medición de la prevalencia de depresión mediante la utilización de encuestas poblacionales es una estrategia útil, ya que la estimación de la misma, usando cifras generadas en los servicios de salud, suele quedar por debajo de los números reales debido a que sólo refleja la proporción de individuos que, después de un proceso complejo, han accedido efectivamente a los servicios de salud.

Esto comprueba que los adultos mayores que trabajan tienen una protección contra la depresión. Deberían buscarse bolsas de trabajo para los adultos mayores y tratar de reincorporarlos a la vida laboral, esto puede ayudar no sólo a la depresión sino a hacerlos autosuficientes y a que poco a poco dependan menos de la beca económica para su subsistencia.

## **H11: Los adultos mayores que viven solos tienen menor grado de incapacidad severa.**

Para la valoración de la capacidad funcional de los adultos mayores se utilizó el índice de Katz de Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), compuesto de 6 ítems. Los

resultados indican que aquellas personas que viven solas tienen menor grado de incapacidad severa (2.3%) que las que viven acompañadas (8.6%).

Para Barrantes-Monge *et al* (2007), las características de las enfermedades en el anciano son pluripatología, cronicidad, presentación atípica y deterioro funcional. Este último es el punto final de muchas enfermedades en los ancianos, desde las más leves, hasta las más graves. Un amplio porcentaje de los ancianos pasa un tiempo más o menos largo de incapacidad previa a la muerte, especialmente las mujeres, cuya esperanza de vida es mayor a expensas de un mayor tiempo de dependencia funcional. En muchas ocasiones no hay una relación directa entre enfermedad y deterioro funcional, ya que un trastorno menor puede resultar en mayor deterioro que una enfermedad de peor pronóstico, más grave o crónica.

Para Fernández (1994), la valoración integral del paciente anciano permite identificar al llamado anciano de riesgo, caracterizado por encontrarse en una situación inestable que le predispone a un deterioro importante. Se han señalado varias circunstancias que determinan esta situación, entre ellas el bajo nivel de estudios, el hecho de vivir solo, la viudez reciente, el ingreso económico escaso, la existencia de pluripatología, el alta hospitalaria reciente, la incontinencia, el deterioro cognitivo y la depresión.

Espinar *et al* (2000) realizaron un estudio en España en donde la muestra de ancianos estudiados era mayoritariamente independiente en las actividades de la vida diaria (66%), capaz de realizar un trabajo eficaz y de mantener un aceptable nivel de relación social. Frente a esta apariencia de bienestar físico, sin embargo, la dependencia en las actividades instrumentales cercana al 60%, el hecho de que un 20% vivieran solos y la abundancia de cuadros depresivos no detectados previamente en otro 20%, proporcionan, en cambio, una imagen de deterioro subyacente.

Según Barrantes *et al* (2007), en estudio realizado en 2004 por el Departamento de Geriátrica del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, en México se incluyó un total de 4872 personas mayores de 65 años, a quienes se les interrogó sobre ayuda para las actividades básicas de la vida diaria (AVD) y actividades instrumentales (AIVD) de la vida diaria; así como sobre la presencia de enfermedad crónica. Como resultados se

tuvo que de los mayores de 65 años, 24% resultó dependiente en AVD y 23% en AIVD. Las enfermedades crónicas relacionadas con la dependencia funcional en actividades básicas e instrumentadas fueron las enfermedades articular y cerebrovascular, el deterioro cognitivo y la depresión.

Los adultos mayores que viven solos tienen que realizar las tareas propias del diario vivir; al hacer estas actividades de manera rutinaria consiguen tener un menor grado de incapacidad severa que los adultos mayores que viven acompañados y a quienes se les apoya para realizar estas labores. El resultado de esta hipótesis nos hace pensar que debemos apoyar a nuestros adultos mayores, pero no realizarles sus tareas, ya que esta ayuda puede ser en su perjuicio al no dejarlos desarrollar estas habilidades por sí mismos.

#### **H12: Más del 30% de los adultos mayores tienen un deterioro intelectual.**

Para el estado cognitivo se utilizó el cuestionario de Pfeiffer que consta de 11 ítems. Los resultados reflejan que el 64.44% de los encuestados está dentro de los rangos normales, con deterioro intelectual leve se encuentra el 20.74%. El 9.95% de los encuestados presenta deterioro intelectual moderado, y un deterioro intelectual severo se ve presente en el 4.87% de los adultos mayores.

Según Petersen R.C. *et al* (2001), el deterioro cognoscitivo sin demencia constituye una condición de alto riesgo para la aparición de la demencia, si se considera que la probabilidad que tiene un individuo de desarrollarla es de 10 a 15% anual, en comparación con sujetos de controles sanos, donde la conversión a demencia es de 1 a 2% anual.

Para Mejía-Arango *et al* (2007), el deterioro cognoscitivo es una condición importante en la población de adultos mayores mexicanos. La prevalencia de 7% encontrada en un estudio realizado en México señala que para ambas condiciones (deterioro cognoscitivo más dependencia funcional), la prevalencia fue de 3.3%, similar a la reportada para demencia en algunos países de Latinoamérica. En relación con la escolaridad, frecuentemente se ha reportado que tanto la prevalencia como la incidencia del deterioro cognoscitivo son mayores en sujetos con bajo logro educativo.

Se han hecho varios estudios utilizando cuestionarios para evaluar la salud en adultos mayores. Corrales *et al* (2000) explican que uno de estos estudios realizado en el Centro de Salud de Mieres-Sur en España se desarrolló con los datos socioeconómicos, clínicos, utilizando las actividades básicas de la vida diaria (índice de Katz) y el cuestionario de Pfeiffer para deterioro cognitivo, entre otros.

Otro estudio hecho en Madrid se realizó mediante una encuesta estructurada administrada a domicilio por entrevistadores, a 911 personas mayores de 65 años (algo parecido a la muestra del presente estudio) que residían en las áreas 2 y 4 de la Comunidad de Madrid. Azpiazu *et al* (2002) señalan que el cuestionario se compuso de preguntas ampliamente utilizadas en otros cuestionarios y en la valoración clínica y social del anciano.

Aun y cuando el deterioro intelectual se acrecienta con la edad, es necesario buscar mecanismos para retardar este proceso propio del envejecimiento. El poner juegos a los adultos mayores que desarrollen la memoria, tales como damas chinas o ajedrez, puede ser de gran utilidad para disminuir su deterioro intelectual.

### **H13: Ser hipertenso aumenta la depresión del adulto mayor.**

Los resultados de esta hipótesis señalan que se encontraron altas cifras de estados depresivos en aquellas personas que dijeron ser portadoras de hipertensión arterial. Mediante el análisis estadístico se determinó que existe especial riesgo para desarrollar depresión al ser hipertenso ( $p < 0.05$ ), al igual que al padecer una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), tuberculosis y cáncer ( $p < .05$ ). Gómez *et al* (2004) realizaron un estudio en Colombia en donde encontraron correlación entre la depresión y los problemas de salud, ya que los factores asociados con la depresión en el mes previo a la encuesta se encontraban en las variables relacionadas con los problemas de salud.

Es importante estudiar más de cerca la depresión del adulto mayor, ya que los estados depresivos pueden mermar su salud. Los programas sociales para el adulto mayor debieran

considerar esta situación y tomar las medidas necesarias para disminuir este padecimiento que puede ser un detonador de otras condiciones médicas.

#### **H14: Existe correlación entre la pobreza y la ansiedad en los adultos mayores.**

En esta hipótesis se realizaron dos mapeos, el de adultos mayores con ansiedad que se encuentran ubicados en polígonos de pobreza y el de adultos mayores con ansiedad que se encuentran dentro de los diferentes niveles de marginación urbana. Se tuvo que utilizar el índice de marginación urbana, ya que de la muestra seleccionada solamente el 20.6% de los adultos mayores se encontraron dentro de los polígonos de pobreza. Si a esta muestra se le condicionaba a sólo personas con ansiedad dentro de los polígonos, sería poco significativa. Aunado a esta situación, se quería tener un parámetro distinto a estar circunscrito solamente a los polígonos de pobreza.

Al realizar el mapeo con los niveles de marginación urbana se puede observar que 294 adultos mayores se encontraron en el nivel medio y 42 adultos mayores en el nivel alto de marginación. Por lo tanto, según la localización espacial sí existe una correlación entre ser pobre y tener ansiedad. Si bien es cierto que los polígonos de pobreza se han utilizado con mucha frecuencia para determinar geográficamente los niveles más desfavorecidos, deberían tomarse en cuenta otros indicadores como los niveles de marginación urbana para tener un panorama más amplio a la hora de tomar decisiones en políticas sociales.

Esta correlación entre la pobreza y la ansiedad es relevante. Según los resultados de esta hipótesis, el ser pobre produce una mayor ansiedad en los adultos mayores. Se deberían hacer mayores investigaciones en este tema y tomar las medidas necesarias para apoyar a los adultos mayores en situación de pobreza con este trastorno.

### **H15: Existe correlación entre la pobreza y la depresión en los adultos mayores.**

En esta hipótesis se utilizaron los criterios del índice de marginación urbana y los resultados obtenidos muestran que 229 adultos mayores se encuentran en el nivel medio y 29 en el nivel alto, con esta información se puede inferir que existe una correlación espacial entre la pobreza y la depresión de los adultos mayores. La georreferenciación cobra importancia porque es un método visual muy importante para la toma de decisiones. Si se utilizara por los administradores de los programas sociales cuando los recursos no son suficientes para toda la población, ésta sería una herramienta muy adecuada para lograr una mejor distribución de los recursos en dichos programas.

### **H16: Existen diferencias significativas en la nutrición, la depresión y la ansiedad de los adultos mayores dependiendo de si viven dentro o fuera de los polígonos de pobreza.**

Para resolver esta hipótesis se utilizó la prueba de U de Mann-Whitney de contrastes no paramétricos para dos pruebas independientes. Los resultados de esta prueba indican que no existen diferencias significativas entre la nutrición, la depresión y la ansiedad de los adultos mayores dentro de los polígonos de pobreza y las de los adultos mayores que se encuentran fuera de los polígonos de pobreza.

Los resultados arrojan valores mayores muy por encima de .05, lo que estadísticamente nos indica que no existen diferencias entre las dos poblaciones. La explicación que puede darse a este resultado tiene que ver con que no necesariamente los polígonos de pobreza incluyen a la población en extrema pobreza. Si se comparan los índices de marginación urbana con los polígonos de pobreza, se puede apreciar que existen muchas áreas de la ciudad con un grado de marginación alto, que no están incluidas en los polígonos de pobreza que establece SEDESOL.

## **CAPÍTULO 9.- CONCLUSIONES**

El estado de bienestar es uno de los principales logros de la humanidad. Gracias a su existencia muchas personas han logrado salir de la pobreza y han tenido la oportunidad de conseguir una vida mejor. El ocuparse de las personas más necesitadas es una prioridad para los programas sociales, pero también es preciso reconocer que el gobierno no tiene los recursos suficientes para las múltiples carencias de su población.

De acuerdo a las proyecciones de la pirámide poblacional en México, la población de adultos mayores tendrá el crecimiento más alto en la primera mitad del siglo XXI. De tal manera que en el año 2050 habrá 25.9 millones de personas mayores de 60 años, lo que representa un grave problema para los programas sociales para adultos mayores, por los recursos que se tendrán que aplicar en base al aumento de los beneficiarios.

Lo ideal sería tener políticas públicas universales pero las finanzas del gobierno no siempre pueden soportar esta situación, en este supuesto los recursos deben llegar a través de programas sociales a las personas que más lo necesiten. Estos programas sociales cuyo objetivo primordial es combatir la pobreza deberían utilizar SIG entre otros instrumentos de evaluación, para lograr una adecuada focalización y llegar a su población objetivo.

La investigación evaluativa de programas elegida para conceptualizar el programa Vive a Plenitud analiza sistemáticamente la información sobre las actividades, características y resultados de los programas sociales. Para realizar la investigación evaluativa resultado de esta tesis, tal como marcan los teóricos, primero se aplicaron procedimientos científicos para acumular evidencia válida y fiable sobre la manera en que el programa social produce resultados o efectos en la población. Después de la acumulación de información a través del

instrumento SABE y mediante la utilización de SIG, se puede tener una evaluación precisa sobre este programa social.

El objetivo general de la presente investigación fue realizar la evaluación de un programa social para adultos mayores analizando para este fin y mediante SIG si la población beneficiaria era la población objetivo del programa, y determinando sus condiciones de salud mediante la medición de su estado nutricional, afectivo, deterioro cognitivo y grado de capacidad física, contrastando algunas de estas variables con la pobreza a través de SIG plasmados sobre polígonos de pobreza, niveles de bienestar y el índice de marginación urbana.

La investigación fué cuantitativa con un diseño dividido en dos etapas: la primera descriptiva y la segunda, descriptiva y correlacional. Ambas etapas con diseño transversal. En la primera etapa se evaluó si la beca alimenticia entregada era otorgada a la población objetivo del programa, con 4300 beneficiarios mapeados, y en la segunda etapa se evaluaron aspectos relacionados con su salud y su correlación con la pobreza.

Los alcances de la investigación radicaron en que se evaluó solamente a los beneficiarios del municipio de Ciudad Juárez, aunque el programa opera en todo el estado de Chihuahua. Las limitaciones del estudio consistieron en que fue un estudio transversal y hubiera sido mejor evaluar a los adultos mayores desde el inicio del programa con mediciones para determinar de forma precisa el impacto que el programa ha generado en su salud. Las conclusiones de los resultados de las hipótesis descritas anteriormente son las siguientes:

Sobre La H1: Todos los beneficiarios del programa social se encuentran en los polígonos de pobreza que establece SEDESOL y la H2: Todos los beneficiarios del programa social se encuentran en niveles de bienestar bajos, ambas hipótesis correspondientes a la primera etapa de la investigación, se puede concluir que con base en ambos parámetros el programa social está mal focalizado. Es importante que los gobiernos realicen una adecuada focalización de sus programas sociales para que éstos efectivamente lleguen a su población objetivo. Mientras esto no suceda, se seguirán gastando recursos de forma innecesaria. La pobreza no significa lo mismo en cada etapa de la vida en la que nos encontramos. Ser pobre

en la niñez, adolescencia y juventud no es lo mismo que ser pobre en la vejez, cuando se suman a la pobreza las condiciones de salud deterioradas por el transcurso de la edad.

Luego del mapeo realizado a los beneficiarios del programa, se concluye que el programa no está llegando a su población objetivo. Aun y cuando no se puede determinar que los beneficiarios del programa efectivamente no requieren la ayuda, sí se puede concluir que no está llegando a la población en extrema pobreza que, en teoría, es el objetivo primordial del programa y el sector poblacional que más necesita del apoyo.

Sin embargo, al realizarse el mapeo de los beneficiarios sobre los índices de marginación urbana, se puede observar que la gran mayoría corresponde a sectores de marginación medio y alto, por lo que se puede inferir que los polígonos de pobreza no necesariamente corresponden a los niveles de marginación urbana. Se debería hacer un análisis a fondo de los polígonos de pobreza, porque esta contradicción hace suponer que tal vez no son los únicos lugares donde se encuentra la pobreza extrema.

Sobre la H3: La hipertensión arterial y la fatiga son padecimientos comunes según la autopercepción de los adultos mayores. Estos padecimientos son los más comunes según la autopercepción de los beneficiarios, de tal manera que implementar programas para prevenir estas enfermedades podrían ayudar a disminuirlas y a su vez a mejorar la percepción que los adultos mayores tienen sobre su propia salud.

Con respecto a la H4: Existe correlación estadísticamente significativa entre la malnutrición del adulto mayor y la pobreza. Al existir una correlación entre estas variables se pueden implementar programas que apoyen a la nutrición de este grupo poblacional, ya que el ser pobre y además tener indicadores de malnutrición aumenta las posibilidades de morir. Según CONEVAL (2012), de 2002 a 2011 fallecieron a causa de la desnutrición 60,722 personas, es decir, un promedio de 6 mil casos anuales, o bien, un promedio de 16 casos al día. Por ello la importancia de implementar políticas públicas apoyando la nutrición de los adultos mayores.

H5: Los adultos mayores que viven en asilo tienen mayor grado de malnutrición en comparación con los que viven en casa prestada o casa propia. La conclusión de esta hipótesis es que hay que procurar fortalecer la ingesta nutricional de los adultos mayores pertenecientes al programa que viven en asilos, a través de un programa de educación nutricional que les permita conocer cuáles son los alimentos que les aportan mayores nutrientes, y de esta manera, disminuir un poco la malnutrición que padecen. Sería conveniente que las autoridades revisaran estos centros de cuidado diario para verificar las condiciones alimentarias que se tienen, y sugerir una mejor alimentación de los adultos mayores.

Sobre la H6: Los estados de depresión y ansiedad son más frecuentes a menor edad. La depresión es más frecuente a mayor edad, de tal manera que sería conveniente que se realizara una adecuada supervisión de los adultos mayores para determinar las causas que están produciendo este trastorno y poder ayudar en su recuperación. En cuanto a la ansiedad, según el estudio, en esta población disminuye ligeramente con el paso del tiempo.

Respecto a la H7: Con respecto al estado civil, las personas viudas presentan mayor índice de depresión. La soledad de la viudez es un factor determinante para que esta hipótesis se acepte. Los grupos sociales para adultos mayores pueden ser una solución para disminuir la depresión en las personas en estado de viudez.

H8: A mayor escolaridad, menor el grado de depresión del adulto mayor. La escolaridad juega un papel importante en la depresión del adulto mayor, ya que a mayor escolaridad la depresión disminuye, de tal manera que al implementar programas educativos para el adulto mayor se podría disminuir el número de adultos mayores que padecen depresión.

H9: El lugar de residencia es determinante en la depresión del adulto mayor. El vivir en un asilo aumenta el riesgo de depresión en comparación con vivir en casa propia o en casa prestada. La aprobación de esta hipótesis representa un área de oportunidad de un estudio más extensivo respecto a la población adulta mayor que vive en asilos.

H10: Tener un trabajo remunerado es factor de protección contra la depresión. Al aceptarse esta hipótesis se deberían buscar mecanismos de incorporación de los adultos mayores en la vida laboral como protección contra la depresión, y además de apoyar en la mejor de ese trastorno el trabajo del adulto mayor contribuye a disminuir el problema financiero que representa el envejecimiento poblacional para los gobiernos.

H11: Mayor edad es directamente proporcional al grado de incapacidad funcional. Al aceptarse esta hipótesis se debe procurar proporcionar apoyo de rehabilitación a los adultos mayores al irse acrecentando su edad, para tratar de reducir su incapacidad funcional. En Ciudad Juárez en 2014 se inauguró por parte del Desarrollo Integral de la Familia Estatal (DIF) el Centro de Rehabilitación Integral Física (CRIF), en el cual se otorga rehabilitación gratuita a las personas que lo necesiten. Esta alternativa gratuita puede coadyuvar en el mejoramiento de la incapacidad funcional del adulto mayor.

H12: Más del 30% de los adultos mayores tienen un deterioro intelectual. Para el estado cognitivo sería conveniente que el programa social trabaje con los adultos mayores que presentan este deterioro intelectual para proporcionarles el apoyo necesario. Asimismo hacer estudios más específicos sobre este trastorno puede ayudar a determinar las causas y las posibles formas de prevenirlo, para proporcionar una mejor calidad de vida al adulto mayor en su vejez.

H13: Ser hipertenso aumenta la depresión del adulto mayor. Existen enfermedades que provocan más propensión a la depresión; identificarlas como fue el caso de estudio permite tomar medidas de prevención de los estados depresivos al conocer cuales tienen más prevalencia de correlación con los estados afectivos.

H14: Existe correlación entre la pobreza y la ansiedad en los adultos mayores. Según la localización espacial existe una correlación entre ser pobre y tener ansiedad. Los polígonos de pobreza se han utilizado frecuentemente para determinar geográficamente los lugares con mayores carencias sociales, pero deberían tomarse en cuenta otros indicadores porque los polígonos de pobreza no se actualizan con frecuencia y esto puede dar lugar a muchos errores a la hora de determinar en dónde está la pobreza en una población. Si las políticas

sociales se focalizaran solamente a polígonos, se podría dejar fuera a muchas personas que realmente necesitan la ayuda.

H15: Existe correlación entre la pobreza y la depresión en los adultos mayores. La depresión es una enfermedad incapacitante que necesita una atención inmediata. Los adultos mayores son un grupo poblacional que por sus características propias están más propensos a sufrir depresión. Al existir una correlación entre ser pobre y el estado de depresión. Las instancias de salud podrían realizar una intervención temprana para apoyar a la población con este padecimiento. Los SIG son herramientas invaluable para georreferenciar esta problemática y poder tomar mejores decisiones en beneficio de la población.

H16: Existen diferencias significativas en la nutrición, la depresión y la ansiedad de los adultos mayores dependiendo de si viven dentro o fuera de polígonos de pobreza. Los resultados de esta hipótesis indican que no existen diferencias significativas entre la nutrición, la depresión y la ansiedad de los adultos mayores dentro de los polígonos de pobreza frente a los adultos mayores que se encuentran fuera de los polígonos de pobreza. Es importante realizar una reorganización de los polígonos de pobreza, ya que existen colonias que tienen un alto grado de marginación y no están incluidas en estos polígonos, y al no estarlo quedan fuera de muchos programas sociales de las diferentes instancias del gobierno.

## RECOMENDACIONES

Es necesario crear políticas públicas claras con respecto a la evaluación de programas sociales de una manera unificada sobre todo en un sector poblacional tan desprotegido como son los adultos mayores, considerando que su expectativa de vida va en aumento. El envejecimiento de la población se convertirá en un problema social en los próximos años, por lo que la administración de recursos públicos debe ser eficiente, oportuna y transparente con la población beneficiaria, ya que no se puede predecir si será posible otorgar apoyos universales a este sector cuando se invierta la pirámide poblacional.

Se deben emplear estrategias para realizar una adecuada focalización de los recursos para los adultos mayores en extrema pobreza tratando de minimizar los errores en los mecanismos de selectividad donde debe eliminarse la percepción del personal encargado de realizar los estudios socioeconómicos y enfocarse en parámetros más objetivos. En este punto los SIG juegan un papel de gran importancia.

Además, al no contar con un servicio civil de carrera en las entidades que administran los programas sociales para la vejez, existe una elevada rotación de funcionarios lo que perjudica su adecuada administración e impide la creación de planes y estrategias a largo plazo.

Repetto (2002) señala que la elevada rotación de funcionarios públicos es un obstáculo para planear y dar seguimiento a los programas sociales, por que no cuentan con una administración estratégica a largo plazo. Quien conduce los programas sociales tiene a su vez un papel estratégico en el seguimiento de los mismos, por lo tanto una de las recomendaciones es capacitar al personal eliminando en la medida de lo posible la rotación.

La investigación evaluativa refleja que en este programa social no se tienen claros los criterios de inclusión. Si bien es cierto, la pobreza puede darse en cualquier lugar de la ciudad, los criterios de inclusión señalan pobreza extrema y existen indicadores como los polígonos de pobreza, los niveles de bienestar o los niveles de marginación urbana en donde teóricamente debería centrarse el apoyo. Este problema a largo plazo implicará, si no se tienen los recursos para dar la beca alimenticia de manera universal, utilizar una adecuada metodología en la selección de los beneficiarios para que los recursos asignados se vean reflejados en indicadores de disminución de la pobreza que, por lo general, es el objetivo primordial de este tipo de programas.

Es necesario mejorar la administración de los programas sociales realizando evaluaciones periódicas de los mismos. Un programa social adecuadamente formulado tiene mayor probabilidad de generar un impacto en su población objetivo. Sin embargo, las dependencias creadoras de los programas sociales deben contar con herramientas de evaluación y seguimiento, desde su introducción hasta su última fase de la ejecución, que contengan los criterios que comúnmente se utilizan dentro de las organizaciones que evalúan estos programas.

Para Martín-Castilla (2005), el entorno dinámico y complejo que atraviesa actualmente la Administración Pública, requiere afrontar grandes retos de modernización y cambio. La ciudadanía cada vez está más informada y exige que los gobiernos sean transparentes, eficaces y eficientes, y que respondan a las demandas de sus ciudadanos. Modernizar la gestión pública debe ser un reto continuo y una prioridad a través de nuevas prácticas de gestión que persigan la eficacia y la eficiencia de sus programas.

Asimismo analizando las condiciones de salud de los beneficiarios del programa se recomienda que se establezcan mecanismos para atender de una manera más adecuada las afecciones propias de la vejez, por ejemplo la hipertensión que es una condición muy común según la autopercepción de los adultos mayores, así como la malnutrición, la depresión y la ansiedad.

El envejecimiento poblacional que va en aumento requiere de políticas públicas más focalizadas para atender este sector desprotegido y de una buena administración y evaluación permanente de los programas sociales creados para apoyarlos. La vejez ya no es lo que era en el pasado; hoy en día los adultos mayores pueden y deben formar parte de la estructura laboral de los países. Los adultos mayores de hoy son el ejemplo que les mostrará a las generaciones del futuro cómo debe vivirse esta etapa de la vida.

## REFERENCIAS

- Ackerman, J. y Sandoval, I.E. (2005). *Leyes de acceso a la información en el mundo*. México: Instituto Federal de Acceso a la Información Pública (IFAI).
- Albalá, C., Lebrão, M.L., León, E.M., Ham-Chande, R., Hennis, A.J., y Palloni, A. (2005). Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): Metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. *Rev. Panam Salud Pública*, 17 (5/6), 307-322.
- Azpiazú, M., Cruz, A., Villagrasa, J.R., Abanades, J.C., García, N. y Alvear, F. (2002). Factores asociados a mal estado de salud percibido o la mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. *Revista Española de Salud Pública*, 76 (6), 683-699.
- Balestrini, M. (2002). *Cómo se elabora el Proyecto de Investigación*. Caracas: Consultores y asociados. Servicio editorial.
- Bañón, R. (2003). *La evaluación de la acción y las políticas públicas*. Madrid: Díaz Santos.
- Barrantes-Monge, M., García-Mayo, E.J., Gutiérrez-Robledo, L.M., y Miguel-Jaimes, A. (2007). Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. *Salud Pública de México*, 49 (4), 459-466.
- Barrera, E., y San Clemente, J.C. (2008). Una perspectiva genealógica y crítica para repensar la administración. *Revista Universidad EAFIT*, 44 (152), 11-35.
- Bayarre, H.D. (2009). Calidad de vida en la tercera edad y su abordaje desde una perspectiva cubana. *Revista Cubana de Salud Pública*. Disponible en: <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086434662008000200002&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662008000200002&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0864-3466.
- Beck, W., Van Der Maesen, L.J.G., Thomese, F. y Walker, A. (Eds.). (2001). *Social Quality: A Vision for Europe*. La Haya: Kluwer Law International.
- Belló, M., Puentes-Rosas, E., Medina-Mora, M.E., y Lozano R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública México*, 47 (supl 1), S4-S11.
- Bernal, C.A. (2006). *Metodología de la Investigación* (2ª ed.). México: Prentice Hall.

- Bernardo, J., y Caldero, J.F. (2000). Investigación cuantitativa. Métodos no experimentales. En J. Bernardo y J.F. Caldero (Eds.). *Aprendo a investigar en educación* (pp. 77-93). Madrid: RIALP.
- Berthin, G. (2008). Fortalecimiento de la capacidad de formular e implementar políticas de transparencia y anticorrupción en América Latina. *Revista Clad. Reforma y Democracia*, 41.
- Bigby, C. (2010). A five country comparative review of Accommodation Support Policies for older people with intellectual disability. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 7 (1), 3-15.
- Bland, J.M., y Altman, D.G. (2002). *Validating scales and indexes*. *Br Med J.*, 24 (18), 606-607.
- Botero, B.E, y Pico, M.E. (2007, enero-diciembre). Calidad de Vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años, una aproximación teórica. *Hacia la promoción de la salud*, 12, 11-24.
- Briceño, W.D., y Gillezeau, P. (2012). Arguments about the Welfare State. *Revista Negotium* , 23, 26-66.
- Briones, G. (1991). *Evaluación de programas sociales* (1ª ed.). México: Trillas.
- Brodersohn, V. (1999). *Focalización de programas de superación de la pobreza. Derecho a tener derecho: infancia, derecho y política social en América Latina*. Instituto Interamericano del Niño (IIN) y UNICEF. Montevideo.
- Burdin, G., y De Melo, G. (2009). Prestaciones Sociales en Uruguay. Porque hay beneficiarios que no las solicitan. *Revista CEPAL*, 98, 2-18.
- Bustelo, E., y Minujin, A. (1997). La política social esquiva. *Revista de Ciencias Sociales*, 6, 7-55.
- Bustelo, M. (2003). “¿Qué tiene de específico la metodología de la evaluación?”. *La evaluación de la acción y las políticas públicas* (pp. 13-32). Madrid: Díaz Santos.
- Cano, G.C. (2001). Problemática de la población anciana en Colombia. *Revista de la Asociación Colombiana de Geriatría y Gerontología*, 15 (2), 259.
- Caracelli, V.J., y Greene, J.C. (1997). Crafting mixed-method evaluation designs. *New Directions for Evaluation*, 74, 19-32. doi: 10.1002/ev.1069.
- Castañeda, T., Lindert, K., de la Briere, B., Fernández, L., Hubert, C., Larranaya, O., Orozco, M., y Viquez, R. (2005). *Designing and implementing household targeting systems: lessons from Latin American and the United States*. Social Protection Discussion Papers 0526. Not formal publication. The World Bank.

- Castro, M. (2003). *El proyecto de investigación y su esquema de elaboración* (2ª ed.). Caracas: Uypal.
- Chavesta, C., Chiroque, F., Chunga, T., Díaz, H., Farro, R., Soto, V., y Torres, V. (2009). *Estado nutricional del adulto mayor según el Mini Nutritional Assessment del Asilo Hogar San José de Chiclayo 2008*. Nutritional status of older adults using Mini Nutritional Assessment in THRE San Jose Asylum of Chiclayo 2008. *Horiz. méd.*, 9 (1), 19-23.
- Cohen, E., y Franco, R. (1991). *Evaluación de proyectos sociales*. México: Siglo XXI.
- Consejo Estatal de Población del Estado de Chihuahua. (2010). Programa Estatal de Población 2004-2010. Recuperado de [http://www.chihuahua.gob.mx/atach2/coespo/canales/Adjuntos/CN\\_8590CC\\_13277/PROGRAMA%20ESTATAL%20DE%20POBLACION%202004-2010.pdf](http://www.chihuahua.gob.mx/atach2/coespo/canales/Adjuntos/CN_8590CC_13277/PROGRAMA%20ESTATAL%20DE%20POBLACION%202004-2010.pdf)
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2008). *Informe de Pobreza Multidimensional en México*. México: CONEVAL.
- . (2012). *Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social en México 2012* (pp. 78-82). México: CONEVAL.
- . (2013). Medición de la pobreza en México y en las Entidades Federativas. Recuperado de [www.coneval.gob.mx](http://www.coneval.gob.mx).
- Consejo Nacional de Población. (1999). *Envejecimiento Demográfico en México: Retos y Perspectivas*. México: Secretaría de Gobernación.
- . (2006). *Proyecciones de la población de México 2005-2050* (1ª ed.). México: Secretaría de Gobernación.
- . (2008). *Informe de México: El cambio demográfico, el envejecimiento y la migración internacional en México*. Comité especial sobre población y desarrollo. XXXII periodo de sesiones de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). [http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/25\\_de\\_Junio\\_de\\_2008](http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/25_de_Junio_de_2008)
- . (2008). *Programa Nacional de Población (2008-2012)* (1ª ed.). México: Secretaría de Gobernación.
- . (2011). *Segundo informe de ejecución del programa nacional de población 2008-2012* (1ª ed.). México: CONAPO.
- . (2012). *Índice de Marginación Urbana 2010*. México: CONAPO. Recuperado de [http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Capitulo\\_1\\_Marginacion\\_Urbana\\_2010](http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Capitulo_1_Marginacion_Urbana_2010)
- . (2012). Aspectos generales de los resultados de las proyecciones de población (Última modificación: Miércoles 28 de noviembre de 2012 a las 18:31:27 por Auralet Ojeda Lavin).

[http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Aspectos\\_Generales\\_de\\_los\\_resultados\\_de\\_las\\_Proyecciones\\_de\\_Poblacion](http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Aspectos_Generales_de_los_resultados_de_las_Proyecciones_de_Poblacion).

- . (2012) *Índice de marginación urbana 2010* (1ª ed.). México: CONAPO.
- Crespo, J.R. (2011). *Prevalencia de depresión en adultos mayores de los asilos de los cantones Azogues, Cañar, Tambo y Déleg de la provincia del Cañar*. Recuperado de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/3497>
- Crozier, M., Hutington, P., y Watanuki, J. (1975). *The Crisis of Democracy: Report on the Governability of Democracies to the Trilateral Commission*. New York: NY University Press.
- Cunill, N. (2006). La transparencia en la gestión pública. Como construirle viabilidad. *Revista Chilena de Administración Pública*, 8, 22-44.
- Dankhe, G.L. (1989). *Investigación y comunicación*. México: McGraw-Hill.
- De Miguel, M. (1995). Participación ciudadana en las políticas públicas. *Aula Abierta*, 66, 211-218.
- . (2000). La Evaluación de Programas Sociales: Fundamentos y Enfoques Teóricos. *Revista de Investigación Educativa*, 18 (2), 289-317.
- . (2009). Evaluación de Planes y Programas de Ciudadanía y Convivencia. *Praxis Educativa*, 13, 47-79.
- Del Popolo, F. (2001). *Características sociodemográficas y socioeconómicas de las personas de edad en América Latina* (Serie Población y Desarrollo, núm. 19). Santiago de Chile: CEPAL.
- Devesa, E. (1992). Fisiología del envejecimiento. *Geriatría y Gerontología*. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 10-15.
- Diario Oficial de la Federación. (2013). Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa de Pensión para Adultos Mayores, para el ejercicio fiscal 2013 (DOF: 26/02/2013). [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5288941&fecha=26/02/2013](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5288941&fecha=26/02/2013).
- Dulcey-Ruiz E., y Quintero, G. (1999). *Calidad de vida y envejecimiento. Tratado de Gerontología y geriatría clínica* (pp. 128-136). La Habana: Academia.
- Espinar, A.C., Fernández, E.C., y Tardón, A. (2000). Estado funcional y calidad de vida en mayores de setenta años. *Psicothema*, 12 (2), 171-175.
- Esping-Andersen, G. (1990). *The Three Worlds of Welfare*. Princeton, N.J.: Princeton University Press.

- . (1993). *Los tres mundos del Estado de Bienestar*. Valencia: Ediciones Alfons el Magnani.
- Etcheld, M., Van Elderen, T., y Van Der Kamp, L., (2003). Modeling Predictors of quality of life after coronary angioplasty. *Annals of Behavioral Medicine*, 26, 49-60.
- Euzeby, C. (1991). *La renta mínima en los países de la comunidad europea. Experiencias y perspectivas*. IV Jornadas de Economía de los Servicios Sociales. Gobierno Vasco, Vitoria-Gasteiz.
- Evangelista, E. (2001). *Historia Del Trabajo Social en México*. México: Plaza y Valdés Editores.
- Fernández, S. (2000). La efectividad de los programas sociales. Enfoques y Técnicas de la Evaluación de Procesos. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16 (3), 259-276.
- Finnegan, J.R., Murray, D.M., Kurth, C., y McCarthy, P. (1988). Measuring and tracking education program implementation: The Minnesota Heart Health Program. *Health Educational Quarterly*, 16 (1), 77-90.
- Flores-Padilla, L., Trejo-Franco, J., y Rodríguez-Tadeo, A. (2011). *Transición Demográfica y Epidemiológica del Adulto Mayor en Chihuahua*. México: UACJ.
- Fok S.Y. (2010). The meaning of learning experiences of older adults in Hong Kong. *Educational Gerontology*, 36 (4), 298-311.
- Fondo de Población de Naciones Unidas. (2011). *Estado Mundial de la Población 2011*. Consultado en mayo de 2012 en [http://foweb.unfpa.org/SWP2011/reports/SP-SWOP2011\\_Final.pdf](http://foweb.unfpa.org/SWP2011/reports/SP-SWOP2011_Final.pdf)
- Fox, J., y Haight, L. (2010). Transparency Reforms: Theory and Practice. En A. Selee y J. Peschard (Eds.). *Mexico's Democratic Challenges*, Palo Alto: Stanford University Press/Woodrow Wilson Center.
- García, H., Sardina, R.M., y Bess, S. (2008). Consideraciones Socio éticas en el ingreso domiciliario en el sistema de salud cubano durante el 2007. *Medisan*, 12 (2). Recuperado de [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol12\\_2\\_08/san17208.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol12_2_08/san17208.htm)
- Garson, G.D., y Biggs, R.S. (1992). *Analytic mapping and geographic databases*. (Series Quantitative applications in the Social Sciences) (p. 89). Newbury Park, California: Sage University Papers. 89p.
- Global Action of Aging. (2010). Informe de Actividades. <http://www.globalaging.org/foreignlang/spanish.htm>
- Galeano, M. (2004). *Diseño de Proyectos en la investigación cualitativa* (Fondo Medellín). Medellín, Colombia: Editorial Universidad EAFIT.

- Gallego, C.F. (2004). Cálculo del tamaño de la muestra. *Matronas profesión*, 5 (18), 5-13.
- Gallego, R., Goma, R., y Subirats, J. (2003). *Welfare State and territorial pilitics: The emergente of regional welfare regimes in Spain*. Edinburgh: Joint Sessions.
- Giraldo, J., Barbeito, A., Casassas, D., González, J.I., Lo Vuolo, R.M., Martín, F.R., Raventós, D., Sarmiento, A., Suplicy, E.M., y Van Parijs, P. (2003). *La renta básica: más allá de la sociedad salarial*. Medellín, Colombia: Escuela Nacional Sindical.
- Goldberg, D., Bridges, K., Duncan-Jones, P., y Grayson, D. (1998). Detecting anxiety and depression in general medical settings. *BMJ*. 297, 897-899.
- Gómez, M.M. (2006). *Introducción a la Metodología de la Investigación Científica*. Córdoba, Argentina: Brujas.
- Gómez-Restrepo, C., Bohórquez, A., Pinto, D., Gil, J.F.A.L., Rondón, M., Díaz-Granados, N., y Pinto, D. (2004). Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Rev Panam Salud Pública*, 16 (6), 378-386.
- González, J.I, Rodríguez, L., y Ruipérez, L. (1992). Validación del cuestionario de Pfeiffer y la escala de incapacidad mental de la Cruz Roja en la detección del deterioro mental en los pacientes externos de un servicio de Geriátria. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 27, 129.
- González, U., Grau, J., y Amarillo, M.A. (1997). *La calidad de vida como problema de la bioética. Sus particularidades en la salud humana*. En J.R. Acosta (Ed.). *Bioética. Desde una perspectiva cubana* (pp. 279-285). La Habana: Centro "Félix Varela".
- Heffernan, J., Shuttlesworth, G., & Ambrosino, R. (1992). *Social Work and Social Welfare*. Estados Unidos de América: West Publishing Company.
- Henriquez, G. (1999). Evaluación del estado nutricional. Evaluation of nutritional status. *Nutrición en pediatría*, s/v, 17-62.
- Hernández, D., Orozco, M., Camacho, A., Vera, H., Camacho, C., y Téllez, V. (2002). *Concentración de hogares en condición de pobreza en el medio urbano. Cuadernos de desarrollo humano*. México: SEDESOL.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., y Pilar, L. (2006). *Metodología de la Investigación* (4ª ed.). México: Mc Graw Hill.
- Hernanz, V.F., Malherbet, F., y Pellizzari, M. (2004). Take up welfare benefits in OECD countries: a review of the evidence. *OECD Social, employment and migration working papers*, 17. <http://dx.doi.org/10.1787/525815265414>
- Hollaway, M. (2009). *Dying old in the 21st century: A neglected issue for social work*, *International Social Work*, 52 (6), 713-725.

- Hoyl, M.T., Valenzuela, A.E., y Marín, P.P. (2000). Depresión en el adulto mayor: evaluación preliminar de la efectividad, como instrumento de tamizaje, de la versión de 5 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica. *Revista médica de Chile*, 128 (11), 1199-1204.
- Huenchuan, S., y Guzmán, J. (2006). Seguridad económica y pobreza en la vejez: tensiones, expresiones y desafíos para el diseño de políticas. *Notas de población*, 83. Recuperado de <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/9/30029/lcg2340-P4.pdf>
- Ibáñez, M. (2006, julio-diciembre). Mente-factos conceptuales como estrategia didáctico-pedagógica de los conceptos básicos de la teoría de muestreo aplicados en investigación en salud. *Rev. Cienc. Salud*, 4 (2), 62-72.
- INEGI. (2005). *Los Adultos Mayores en Chihuahua*. México: INEGI.
- . (2005). *Los Adultos Mayores en México. Perfil socio demográfico al inicio del siglo XXI*. México: INEGI.
- . (2014). Cuéntame. Recuperado de:  
<http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/esperanza.aspx?tema=P>
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2010). *Ejes rectores de la política pública nacional a favor de las personas adultas mayores* (1ª ed.). México: SEDESOL.
- Instituto para la Atención de los Adultos Mayores en el Distrito Federal. (2013). Pensión alimentaria (GODF 31-Enero-2014). Recuperado de [http://www.adultomayor.df.gob.mx/documentos/pension\\_alimentaria.php](http://www.adultomayor.df.gob.mx/documentos/pension_alimentaria.php)
- Jacinto, C., García, C., y Solla, A. (2007). *Programas Sociales. Lógicas desencontradas, abordajes acotados* (1ª ed.). Buenos Aires: Redetis-IIPE-UNESCO.
- Jany, E., y Nicolas, J. (2006). *Investigación integral de mercados* (p. 48). Bogotá: McGraw Hill.
- Katz, S., Branch, L.G., Branson, M.H., Papsidero, J.A., Beck, J.C., y Greer, D.S. (1983). Active Life Expectancy. *N Engl J Med*, 309, 1218-1224.
- Kliksberg, B. (1995). *Pobreza, el drama cotidiano: clave para una nueva Gerencia Social Eficiente*. Buenos Aires: Tesis/Norma/CLAD/Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Krmpotic, C. (2002). La Conferencia Nacional de Asistencia Social de 1933. Los debates en torno al progreso, la pobreza y la intervención estatal. *Scripta Ethnologica*, 24, 37-57.
- Labraña, A.M., Durán, E., Asenjo, G., Bacardí, M., y Reyes, R. (1999). Nivel de ingreso familiar y su relación con la calidad de la dieta de dos grupos de adultos mayores de 60 años de la ciudad de Concepción, Chile. *Rev Chil Nutr* 26, 301-309.

- Landero, R., y González, M. (2006) *Estadística con SPSS y Metodología de la Investigación*. México: Trillas.
- Leplege, A., y Hunt, S. (1998). El problema de la Calidad de Vida en Medicina, *Jama* (ed. esp.), 7 (1), 19-23.
- Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores del Estado de Chihuahua. (2010). *Periódico Oficial del Estado de Chihuahua*. Gobierno del Estado de Chihuahua. Recuperado el 4 de octubre de 2011 de <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Estatat/Chihuahua/wo44492.pdf>
- Los Santos, S.F. (2002). La recreación en la tercera edad. *Revista Digital efdeportes*, 8 (45). Recuperado el 12 de septiembre de 2007, de <http://www.efdeportes.com/efd45/edad.htm>
- Loyola, E., Castillo-Salgado, C., Nájera-Aguilar, P., Vidaurre, M., Mujica, O.J., y Martínez-Piedra, R. (2002). Los sistemas de información geográfica como herramienta para monitorear las desigualdades de salud. *Revista Panam Salud Pública*, 12 (6), 415-428.
- Luhmann, N. (1993). *Teoría Política del Estado de Bienestar* (p. 32). Madrid: Alianza Editorial.
- Mark, M. (2003). *Toward a integrate view of the theory and practice of program and police evaluation*. En Donaldson, S. y Scriven, M. (Ed.). *Evaluating social programs and problems*. London: Lawrence Erlbaum Acs. Publishers.
- Martín-Castilla, J.I. (2005). La administración inteligente: Un modelo de administración pública orientada al servicio del ciudadano. *Auditoría Pública*, 36, 47-60.
- Martínez, C. (1998) La teoría de la evaluación de programas. *Educación XXI: Revista de la Facultad de Educación*, 1, 73-92.
- Martínez, J. (2000). *El Destino de las Naciones*. Barcelona: Ariel.
- Martínez, J., Onis, M.C., Dueñas, R., Aguado, C., Albert, C., y Arias, M.C. (2005). Abreviar lo breve. Aproximación a versiones ultracortas del cuestionario de Yesavage para el cribado de la depresión. *Aten Prim*, 35, 14-21.
- Matos, R. (2005a). Enfoques de evaluación de programas sociales: Análisis comparativo. *Revista de Ciencias Sociales*, 11 (2), 360-380.
- . (2005b) Una propuesta para la evaluación de programas sociales: Lineamientos Generales. *Revista Gaceta Laboral*, 11 (1), 95-118.
- McGraw, S.A., Sellers, D.E., Johnson, C.C., Stone, E.J., Bachman, K.J., Bebhuk, J., Luepker, R.V., y Edmundson, E.W. (1996). Using process data to explain outcomes. An Illustration From the Child and Adolescent Trial for Cardiovascular Health (CATCH) *Evaluation Review*, 20 (3), 291-312.

- Mejía-Arango, S., Miguel-Jaimes, A., Villa, A., Ruiz-Arregui, L., y Gutiérrez-Robledo, L.M. (2007). Deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en México. *Salud Pública México*, 49 (ssupl 4), s475-s481.
- Mendoza, P.S., Muñoz, P.M., Merino, J.M., y Barriga, O.A. (2006). Factores determinantes de cumplimiento terapéutico en adultos mayores hipertensos. *Revista médica de Chile*, 134 (1), 65-71.
- Meza, A. (2008) *Evaluación de programas y proyectos sociales mediante la investigación diagnóstica*. México: UNAM.
- Michalopoulos, C., y Berlin, G. (2001). Financial work incentives for low-wage workers. En R. Blank y R. Haskins (Eds.). *The New World of Welfare*. Washington, D.C.: R.R. Donnelley and Sons.
- Montero, E. (2004). Marco Conceptual para la evaluación de programas de salud. Población y Salud en Mesoamérica. *Revista electrónica*, 1 (2). Recuperado de <http://ccp.ucr.ac.cr/revista/>
- Moreno, G. (2008). La reformulación del Estado del bienestar: el *workfare*, las políticas activas de empleo y las rentas mínimas. *Ekainia*, 43, 143-154.
- Moreno, L. (2001). *Estado del Bienestar y mallas de seguridad*. Madrid: CSIC.
- Muñoz, C.A. (1998). *Cómo elaborar y asesorar una investigación de tesis*. México: Pearson Educación.
- Mulas-Granados, C. (2010). *El estado dinamizador. Nuevos riesgos, nuevas políticas y la reforma del estado de bienestar en Europa*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Myles, J., y Quadagno, J. (2002). Political Theories of the Welfare State. *Social Service Review*, 76 (1), 34-57.
- Namakforoosh, M.N. (2000). *Metodología de la investigación*. México: Editorial Limusa.
- Navarro, J.A. (2004). *Introducción al diseño y análisis del muestreo de poblaciones finitas. Técnicas de Muestreo para Manejadores de Recursos Naturales* (pp. 19-69). México: UNAM/Universidad Autónoma de Yucatán/Conacyt/Instituto Nacional de Ecología.
- Nieto, M.L., y Alonso, L.M. (2007). *¿Está preparado nuestro país para asumir los retos que plantea el envejecimiento poblacional?* *Salud Uninorte*, 23 (2), 292-301.
- Nina, E. (2008). Modelos de Evaluación de Políticas y Programas Sociales en Colombia. *Pap. Polít.*, 13 (2), 449-471.
- Niremberg, O. (2006). *Participación de adolescentes en proyectos sociales. Aportes conceptuales y pautas para su evaluación*. Buenos Aires: Paidós.

- O'Boyle, C. (1994). *The Schedule for the evaluation of individual Quality of life (SEIQoL)*. *Internacional Journal of Mental Health*, 23 (3), 3-23.
- Organización Panamericana de la Salud. (1995). *Programa de Análisis de Situación de Salud (SHA). Situación de salud en las Américas*. Indicadores Básicos. PAHO/HDP/sha/95.03
- . (2002). *Sistemas de información geográfica en salud. Conceptos básicos*. Washington, D.C.: OPS.
- Orozco, M., y Hubert, C. (2005). *La focalización en el programa de desarrollo humano Oportunidades de México* (Serie de Documentos de Discusión sobre la Protección Social, 531). Washington, D.C.: The World Bank.
- Orviz, S., y Lemar, M.I. (2000). Generalización de los Efectos del Entrenamiento en los programas de habilidades sociales. *Intervención Psicosocial*, 9 (1), 117-126.
- Parada, J. (2007). Sociedad y Evaluación de Programas Sociales en el Realismo Crítico: Una visión Crítica. *Investigación y Desarrollo*, 15 (1), 170-207.
- Patrick, D., y Erickson, P. (1993). *Health status and health policy. Allocating resources to health care*. Oxford: Oxford University Press.
- Pawson, R., y Tilley, N. (1997). *Realistic Evaluation*. London: Sage Publications.
- Pazos, L.S. (2002). *La evaluación de programas sociales en el Estado liberal*. VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Lisboa.
- Peláez, M, y Palloni, A. (2002). La salud en el envejecimiento: agenda de investigación para América Latina y el Caribe. En T.A. Engler y M. Peláez (Eds.). *Más vale por viejo*. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Periódico Oficial del Estado de Chihuahua (2013). Folleto Anexo. Reglas de operación de diversos programas de la Secretaría de Desarrollo Social del estado de Chihuahua (Chihuahua, Chih., miércoles 6 de marzo de 2013, No. 19). [http://www.chihuahua.gob.mx/atach2/principal/canales/Adjuntos/CN\\_14083CC\\_28295/ANEXO%20019-2013%20REGLAS%20DESARROLLO%20SOCIAL.pdf](http://www.chihuahua.gob.mx/atach2/principal/canales/Adjuntos/CN_14083CC_28295/ANEXO%20019-2013%20REGLAS%20DESARROLLO%20SOCIAL.pdf)
- Petersen, R.C., Doody, R., Kurz, A., Mohs, R., Morris, J.C., y Rabins, P. (2001, diciembre). Current concepts in mild cognitive Impairment. *Arch Neurol*, 58 (12), 1985-1992.
- Pfeiffer, E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of American Geriatric Society*, 23, 433-441.
- Picado, X. (2002). Criterios para realizar evaluaciones de calidad. *Ciencias Sociales* 97, 9-16.
- Pico, J. (1999). *Teorías sobre el Estado de bienestar*. Madrid: Siglo XXI.

- Poblete, L. (2008). La Burocratización de las Políticas Sociales. La Administración de los Programas Alimentarios en la Argentina Rural. *Perfiles Latinoamericanos*, 131, 151-168.
- Remick, R.A. (2002). Diagnosis and management of depression in primary care: A clinical update and review. *CMAJ*, 167,1253-1260.
- Repetto, F. (2002). *Articulación de Programas Focalizados: ¿Un desafío imposible de lograr?* Recuperado de [faculty.udesa.edu.ar/tommasi/cedi/dts/dt66.pdf](http://faculty.udesa.edu.ar/tommasi/cedi/dts/dt66.pdf)
- Rigler, S.K.; Studenski, S., y Duncan, P.W. (1995). Pharmacologic treatment of geriatric depression: Key issues in interpreting the evidence. *J. Am. Geriatr. Soc.*, 46, 106-110.
- Robinson, F.T. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en salud: Revisión sistemática de la literatura. *Revista Colombiana de Cardiología*, 14 (4), 207-222.
- Rossi, P.H, y Freeman, H.E. (1985). *Evaluation a Systematic Approach* (p. 20). Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Rossi, P.H., Freeman, H.E., y Lipsey, M.W. (1999). *Evaluation: A Systematic Approach*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Rubio, G., y Garfias, F. (2010). *Análisis comparativo sobre los programas para adultos mayores en México* (Serie Políticas Sociales). Santiago de Chile: CEPAL/Naciones Unidas.
- Rucci, P., Rossi, A., Mauri, M., Maina, G., Pieraccini, F., y Pallanti, S. (2007). Validity and reliability of quality of life, enjoyment and satisfaction questionnaire, short form. *Epidemiology Psychiatry Society*, 16, 79-89.
- Ryan, K., y DeStefano, L. (Eds.). (2000). *Evaluation as a democratic process: Promoting inclusion, dialogue, and deliberation* (New Directions in Program Evaluation, 85). San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Salvador, E., Florindo, A.A., Reis, R.S., y Costa, E.F. (2009) Percepción del ambiente y práctica de actividad física en el ocio de los ancianos. *Revista de Salud Pública*, 43 (6), 972-980.
- Sawatzky, D.L., Raines, G.L., Bonham-Carter, G.F., y Looney, C.G. (2008). Spatial Data Modeller (SDM): ArcMAP 9.2 geoprocessing tools for spatial data modelling using weights of evidence, logistic regression, fuzzy logic and neural networks. [arcscrip.esri.com/details.asp](http://arcscrip.esri.com/details.asp).
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, 9 (2): 9-21.

- Scoppetta, O. (2006). Discusión sobre la evaluación del impacto de Programas y Proyectos Sociales en Salud Pública. *Univ. Psychol. Bogotá*, 5 (3), 695-703.
- Scriven, M. (1991). *Evaluation thesaurus*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Sen, A. (2002). ¿Por qué la equidad en salud? *Revista Panamericana de la salud Pública*, 11 (5-6), 302-309.
- . (2003, junio). La economía política de la focalización. *Comercio Exterior*, 53 (6), 555-562.
- Servicio Nacional para el Adulto Mayor de Chile. (2013). *Pensión Básica Solidaria de Vejez (PBS-Vejez)*. Superintendencia de Pensiones. Recuperado de <http://www.spensiones.cl/portal/orientacion/580/w3-article-5784.html>
- Shumaker, S.A., y Naughton, M.J. (1995). The international assessment of health related quality of life: a theoretical perspective. En S.A. Shumaker y R.A. Berzon (Eds.). *The International Assessment of Health Related Quality of Life. Theory, Translation, Measurement and Analysis*. (pp. 3-10). New York: Rapid Communication.
- Soto, D., Gaete, M.C., Cariaga, L., Peña, E., Cancino, E., y Blanco, A. (1993). Características epidemiológicas y nutricionales del adulto mayor. *Rev Méd Chile*, 121, 209-215.
- Stinlitz, J. (2009). *El retorno triunfante de John Maynard Keynes*. Caracas: Ciencias Sociales.
- Szekely, M. (2005). *Desmitificación y nuevos mitos sobre la pobreza*. México: SEDESOL.
- Suchman, E. (1967). *Evaluative Research*. New York: Russell Sage Foundation.
- Takata, Y. (2010) Quality of life and physical fitness in an 85 years old population. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 50 (3), 272-276.
- Tejedor, F.J. (2000). El diseño y los diseños en la evaluación de programas. *Revista de Investigación Educativa*, 18 (2), 319-339.
- Testa, M. (1996). Current Concepts: Assessment of Quality-of-Life Outcomes. *N Engl J Med March*, 334 (13), 835-840.
- Tolosa, E., Bermejo, F., y Boller, F. (1991). *Dementia senil: nuevas perspectivas y tendencias terapéuticas* (pp. 1-163). Barcelona: Springer Verlag Ibérica.
- United Nations. (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Recuperado de <http://www.un.org/>
- Valencia, M. (2005, julio-diciembre). El capital humano, otro activo de su empresa. *Entramado*, 1 (2), 20-33.

- Vara-Horna, A. (2007). *La Evaluación del Impacto de los Programas Sociales. Fundamentos Teóricos y Metodológicos y Aplicación del caso peruano*. Lima: Universidad de San Martín de Porres.
- Velarde-Jurado, E., y Ávila-Figueroa, C. Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública Mex.* 44, 349-361.
- Vellas, B., Villars, H., Abellan, G., Soto, M.E., Rolland, Y., Guigoz, Y., Morley, J.E., Chumlea, W., Salva, A., Rubenstein, L.Z., y Garry, P. (2006, noviembre-diciembre). Overview of the MNA—Its history and challenges. *J Nutr Health Aging*, 10 (6), 456-465.
- Vera, M. (2007, septiembre). *Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia*. *An. Fac. Med.*, 68 (3), 284-290.
- Villarespe, V. (2002). *Pobreza: Teoría e historia*. Mexico: UNAM.
- Waddan, A. (2003). Redesigning the Welfare Contract in Theory and Practice: Just what is going in the USA. *Journal of Social Policy*, 32 (1), 19-35.
- Weiss, C.H. (1982). *Investigación evaluativa. Métodos para determinar la eficiencia de los programas de acción social*. México: Trillas.
- . (1972). *Evaluation research: Methods for assessing program effectiveness*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Wong, R., Espinoza, M., y Palloni, A. (2007). Adultos mayores mexicanos en contexto socioeconómico amplio: salud y envejecimiento. *Salud pública de México*, 49 (4), 436-447.
- Wu, A.W. (2000). Quality of life assessment in clinical research: application in diverse populations. *Medical Care* 2000, 38 (2), 130-135.
- Yang, Y. (2010). Social Security for China's rural aged: a proposal based on a universal non contributory pension. *International Journal of Welfare*, 19 (2), 236-245.
- Yesavage, J.A., Brink, T.L., Rose, T.L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., y Leirer, V.O. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *J Psychiatr Res.*, 17, 37-49.
- Zúñiga, E., García, J.E., y Partida, V. (2003). *La situación demográfica de México 2003: Mortalidad de la población de 60 años o más* (pp. 143-153). México: Consejo Nacional de Población.

# ANEXO 1: Instrumento utilizado para la presente investigación.



Secretaría de Fomento Social  
Dirección de Grupos Vulnerables y Prevención a la Discriminación

## Cuestionario de Nutrición en el Adulto Mayor



Cuestionario derivado de:



S A B E

Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina y el Caribe

Proyecto SAII

Numero de cuestionario | \_ | \_ | \_ | \_ |

Numero de Listado | \_ | \_ | \_ | \_ |

**I. Cedula de Identificación y Datos Personales**

NUM. DE CUESTIONARIO | \_ | \_ | \_ | \_ |

ENTIDAD: \_\_\_\_\_

MUNICIPIO O DELEGACION: \_\_\_\_\_

COLONIA: \_\_\_\_\_

DIRECCION (Calle, camino, número exterior e interior): \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL ENTREVISTADO				SEXO: H	M
VISITAS DEL ENTREVISTADOR	1	2	3	4	1999
FECHA	_ _ _ _ _  DIA MES				
NOMBRE DEL ENTREVISTADOR					
CLAVE ENTREVISTADOR	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	
HORA COMIENZO	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _	
HORA TERMINO	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _	MIN
DURACION	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	
RESULTADO*	_ _	_ _	_ _	_ _	
*Código de resultados 01 entrevista completa 02 Entrevista completa con informante sustituto 03 Entrevista completa con informante auxiliar 04 Entrevista incompleta (anote en observaciones) 05 entrevista aplazada 06 Ausente temporal 07 Nunca se encontró a la persona en su hogar 08 Se negó a dar información 09 Sin capacidad y sin informante sustituto 10 Otros (anote en observaciones)					

Edad \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento \_\_\_\_\_

Lee \_\_\_\_\_ Escribe \_\_\_\_\_ Escolaridad \_\_\_\_\_

Donde Vive: ( ) Asilo ( ) Hogar familiares o amigos ( ) Hogar propio

Tiene Servicios médicos? (SI) (NO) Cual? \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_ Profesión anterior \_\_\_\_\_

En total, ¿Cuánto gana por este y otros trabajos que realice y cada cuanto recibe esta cantidad?

**Solo si trabaja Actualmente**

Al día.....1 |\_|\_|\_|\_|\_|  
 A la semana.....2 |\_|\_|\_|\_|\_|  
 A la quincena.....3 |\_|\_|\_|\_|\_|  
 Al mes.....1 |\_|\_|\_|\_|\_|  
 Al año.....1 |\_|\_|\_|\_|\_|  
 No sabe.....98  
 No responde.....99

En los últimos 12 meses, ha tenido usted ?...

Si      No      No      No  
                          Sabe      Responde

	1	2	8	9
C 4 Hipertensión arterial	1	2	8	9
C 5 Diabetes	1	2	8	9
C 6 Cáncer	1	2	8	9
C 7 enfermedad pulmonar (bronquitis, asma, enfisema...)	1	2	8	9
C 8 Enfermedad del corazón (coronaria, angina de pecho...)	1	2	8	9
C 9 Embola, derrame, ataque, isquemia o trombosis cerebral	1	2	8	9
C 10 Artritis, reumatismo o artrosis	1	2	8	9
C 11 Caídas en los últimos meses	1	2	8	9
C 11c Fractura de cadera	1	2	8	9
C 11e Osteoporosis	1	2	8	9
C 12 Incontinencia urinaria	1	2	8	9
C 13ª Dolor de pecho	1	2	8	9
C 13b Hinchazón persistente de pies y tobillos	1	2	8	9
C 13e Dolores o problemas de espalda	1	2	8	9
C 13f Dolor de cabeza persistente	1	2	8	9
C 13g Fatiga o cansancio severo	1	2	8	9
C 13h Tos persistente, flemas o silbido en el pecho	1	2	8	9
C 13i Problemas de articulaciones	1	2	8	9
C 13j Nausea persistente y vomito	1	2	8	9
C 13k Transpiración excesiva o sed persistente	1	2	8	9
C 14 Problemas de la vista	1	2	8	9
C 15 Problemas de audición	1	2	8	9
C 16 Problemas bucales o dentición	1	2	8	9
C 18ª Problemas mamarios (Mujeres)	1	2	8	9
C 19 Problemas de próstata (Hombres)	1	2	8	9
C 20 Problemas nerviosos o psiquiaticos	1	2	8	9

### III. Evaluación del Estado de Nutrición.

#### Mini Nutritional Assessment

1. Índice de masa corporal <19= 0      19-21= 1      21-23= 2      >23= 3	
2. Circunferencia del brazo (cm). <21= 0      21-22= 0.5      >22= 1	
3. Circunferencia de pierna (cm). <31= 0      >31= 1	
4. Pérdida de peso en meses >3 Kg= 0      Desconocido= 1      1-3= 2      Sin pérdida= 3	
5. Vive independiente. No= 0      Si= 1	
6. Mas de 3 medicinas al día. Si= 0      No= 1	
7. Enfermedad aguda o estrés psicológico en los últimos 3 meses. Si= 0      No= 2	
8. Movilidad. Encamado o silla = 0      Se levanta pero no sale a la calle = 1      Sale a la calle = 2	
9. Problema Neuropsicológico Demencia severa o depresión = 0      Demencia leve = 1      No problemas = 2	
10. Ulceras por presión. Si= 0      No= 1	
11. Comidas completas al día. 1 comida = 0      2 comidas = 1      3 comidas = 2	
12. Consumo de marcadores de ingesta de proteínas. Al menos 1 derivado de la leche al día      Si/No Dos o más platos de legumbres o huevos a la semana      Si/No Came, pescado, pollo cada día      Si/No 0-1, Si = 0      2, Si = 0.5      3, Si = 1	
13. Consume dos o mas platos de fruta al día No= 0      Si= 1	
14. Pérdida de peso en los últimos tres meses. Pérdida severa = 0      Moderada = 1      No pérdida = 2	
15. Ingesta líquida al día. <3 vasos = 0      3 a 5 vasos = 1      Mas de 5 vasos = 2	
16. Modo de ingesta Incapaz sin ayuda = 0      solo con dificultad = 1      solo sin problemas = 2	
17. Se ven a si mismos con problemas nutricionales. Severo = 0      No sabe o moderados = 1      Sin problemas = 2	
18. En la relación con otra gente de la misma edad, como considera su estado de salud. No tan buena = 0      No sabe = 0.5      Tan buena = 1      Mejor = 2	

#### PUNTUACION TOTAL

>24 = Bien nutrido.  
17-23.5 = Riesgo de malnutrición.  
<17 = Malnutrido.

Guigoz Y et al. Mini nutritional Assessment: A practical Assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. Facts and Research in Gerontology. 1994,4 (supl.2): 15-19.

## Evaluación del Apetito

	a = 1	b = 2	c = 3	d = 4	e = 5
1. Mi apetito es	a. Muy pobre	b. Pobre	c. Regular	d. Bueno	e. Muy bueno
2. Cuando como	a. Me siento lleno después de comer algunos bocados b. me siento lleno después de comer una tercera parte del plato c. Me siento lleno después de comer la mitad del plato d. Me siento lleno después de comer la mayor parte del plato e. Difícilmente me siento lleno				
3. Siento Hambre	a. Rara vez	b. Ocasionalmente	c. algunas veces	d. la mayoría de las veces	
	e. todo el tiempo.				
4. Los alimentos me saben	a. Muy mal	b. Mal	c. Regular	d. Bien	e. Muy bien
5. En comparación a cuando era joven, los alimentos me saben	a. Mucho peor	b. Peor	c. Igual de bien	d. Mejor	e. Mucho mejor
6 Normalmente como al día	a. Menos de una comida	b. 1 comida	c. 2 comidas	d. 3 comidas	e. Mas de 3
7. Me siento enfermo o me dan nauseas cuando como	a. La mayoría de las veces	b. frecuentemente	c. algunas veces	d. rara vez	e. nunca
8. La mayo parte del tiempo mi estado de animo es	a. Muy triste	b. triste	c. Ni triste, ni feliz	d. Feliz	e. Muy feliz
<b>Puntuación total ≤ 28 Riesgo de perder por lo menos 5% del peso en los proximos 6 meses</b>					

G-Wilson, et al. Appetite assessment simple appetite questionnaire predicts weight loss in community-dwelling adults and nursing home residents. Am J Clin Nutr 2005, 82:1074-81.

## Cuestionario Osteoporosis

1. Edad	a. <59 = 0	b. 60-69 = 1	c. 70-79 = 2	d. >80 = 3
2. Tiempo desde la menopausia (años)	a. <10 = 0	b. 10-17 = 1	c. ≥18 = 2	
3. Uso de terapia hormonal de reemplazo	a. La estoy utilizando = 0      b. No la estoy utilizando = 1			
4. Presencia de fracturas después de los 45 años	a. Ninguna = 0      b. Si he tenido = 1			
5. Peso	a. 60Kg o mas = 0	b. 57 a 59.9kg = 1	c. Menos de 57Kg = 2	
6 Uso de corticosteroides	a. No los he utilizado = 0      b. Si los he utilizado = 1			
7. Presencia se hipertiroidismo	a. No = 0      b. Si = 1			
<b>Puntaje Total:</b>				
Mendoza-Romo M, et al. Confiabilidad del cuestionario de Albrand modificado para el diagnostico de osteoporosis. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2007. 45(4)N329-334				

## Valoración de la capacidad física. Índice de Katz

### IV. Capacidad Física.

<p><b>1. Baño</b> (con esponja, ducha o bañera).</p> <p>-Independiente (I): Necesita ayuda para lavarse una sola parte (espalda o extremidad incapacitada) o se baña completamente sin ayuda.</p> <p>-Dependiente (D): Necesita ayuda para lavarse mas de una parte del cuerpo, necesita ayuda para salir o entrar en la bañera o no se lava solo.</p>	
<p><b>2. Vestido.</b></p> <p>-I: Coge la ropa de armarios y cajones, se pone la ropa, se pone adornos y abrigos, utiliza cremalleras. Se excluye atarse los zapatos.</p> <p>-D: No se viste solo o permanece vestido parcialmente.</p>	
<p><b>3. Uso del WC.</b></p> <p>-I: Accede al retrete, entra y sale de el, se arregla la ropa, se limpia los órganos excretores (puede utilizar por si mismo orinal o cuña en la noche solamente, y puede usar soporte mecánico como bastón o silla de ruedas).</p> <p>-D: Usa orinal o cuña o precisa ayuda para acceder y utilizar el retrete.</p>	
<p><b>4. Transferencia (Movilidad)</b></p> <p>-I: Entra y sale de la cama, se sienta y levanta de la silla independientemente.</p> <p>-D: Precisa ayuda para utilizar la cama y/o la silla, no realiza uno o mas desplazamientos</p>	
<p><b>5. Continencia</b></p> <p>-I: Control completo de la micción y defecación.</p> <p>-D: Incontinencia urinaria o fecal parcial o total, control total o parcial mediante enemas, sondas o el uso reglado de orinales y/o</p>	
<p><b>6 Alimentación</b></p> <p>-I: Lleva la comida del plato o su equivalente a la boca (se excluye de la evaluación el cortar la carne y la preparación de la comida, como untar mantequilla al pan).</p> <p>-D: Precisa ayuda para el acto de alimentarse, no come en absoluto o nutrición parenteral.</p>	
<p><b>Dependiente = 0</b></p>	<p><b>Independiente = 1</b></p>
<p><b>Puntuación Total.</b>          6= capacidad completa      5-3 = capacidad física moderada      2 = Incapacidad física severa</p>	
<p><small>Katz, S et al. Studies of Illness in the aged. The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. J Am Med Assoc 1963. 185:915.</small></p>	

## Cuestionario de Pfeiffer

Instrucciones: Preguntar las cuestiones 1-10 en este orden y recoger todas las respuestas. Recoger el número de errores.

	Positivo (0)	Negativo (1)
• ¿Qué fecha es hoy? (día, mes y año)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ¿Qué día de la semana es hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ¿Cómo se llama este lugar o edificio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ¿Cuál es su número de teléfono? (solo si tiene)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ¿Cuál es su dirección?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ¿Cuántos años tiene?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ¿En que fecha nació usted?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ¿Cómo se llama el Presidente de México?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ¿Dígame el nombre completo de su madre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ¿Si a 20 le restamos 3 quedan...?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ¿y si le quitamos 3...?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Puntuación Total:**

- 0 a 2 Normal
- 3 a 4 Deterioro intelectual leve
- 5 a 7 Deterioro intelectual moderado
- 8 a 10 Deterioro intelectual severo

Puntos	Interpretación

Pfeiffer E et al. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriatr Soc* 1975, 23(10):N 433-41

## Cuestionario SABE

	Puntaje
B. 10a ¿Es capaz (NOMBRE) de manejar su propio dinero?	
B. 10b ¿Es capaz (NOMBRE) de hacer las compras solo (ejemplo comprar comida y ropa)?	
B. 10c ¿Es capaz (NOMBRE) de alentar el agua para el café y apagar la estufa?	
B. 10d ¿Es capaz (NOMBRE) de preparar la comida?	
B. 10e ¿Es (NOMBRE) capaz de mantenerse al tanto de los acontecimientos y lo que pasa en el vecindario?	
B. 10f ¿Es (NOMBRE) capaz de poner atención, entender y discutir un programa de radio, televisión o un artículo de periódico?	
B. 10g ¿Es (NOMBRE) capaz de recordar compromisos y acontecimientos familiares?	
B. 10h ¿Es (NOMBRE) capaz de administrar o manejar sus medicamentos?	
B. 10i ¿Es (NOMBRE) capaz de andar por el vecindario y encontrar el camino de vuelta a casa?	
B. 10j ¿Es (NOMBRE) capaz de saludar a sus amigos adecuadamente?	
B. 10k ¿Es (NOMBRE) capaz de quedarse solo (a) en la casa sin problemas?	
Muéstrele al informante la siguiente tarjeta con opciones y lea las preguntas. Anote el puntaje como sigue.	TOTAL
Si es capaz.....0	Nunca lo ha hecho y tendría dificultad... 1
Nunca lo ha hecho, pero podría hacerlo.....0	Necesita ayuda.....2
Con alguna dificultad, pero puede hacerlo....1	No es capaz.....3
<b>Puntaje total:</b>	
Si es mayor a 6.....Necesita Asistencia	
Si es Menor o igual a 5...Autosuficiente y capacidad cognitiva adecuada	

### Escala de depresión de Yesavage

Ahora piense en las últimas dos semanas y dígame si durante la mayor parte del tiempo durante las dos semanas pasadas usted:

	Si	No
• ¿Esta satisfecho con su vida?	0	1
• ¿Ha renunciado a muchas actividades?	1	0
• ¿Siente que su vida esta vacía?	1	0
• ¿se encuentra a menudo aburrido?	1	0
• ¿Tiene a menudo buen animo?	0	1
• ¿Teme que algo malo le pase?	1	0
• ¿Se siente feliz muchas veces?	0	1
• ¿Se siente a menudo abandonado?	1	0
• ¿Prefiere quedarse en casa a salir?	1	0
• ¿Cree tener mas problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
• ¿Piensa que es maravilloso vivir?	0	1
• ¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?	1	0
• ¿Se siente lleno de energía?	0	1
• ¿Siente que su situación es desesperada?	1	0
• ¿Cree que mucha gente esta mejor que usted?	1	0

**Puntuación Total:**  
 0 a 5 Normal  
 6 a 9 Depresión leve  
 10 Depresión establecida

Puntos	Interpretación

Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale: recent evidence and development pf a shorter version. Clin Gerontol 1986. 5: 165-173

### Escala de Ansiedad del cuestionario de Goldberg

1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?	Puntaje
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?	
3. ¿Se ha sentido muy irritable?	
4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse?	
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?	
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?	
7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores diarrea?	
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?	
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño. Para quedarse dormido?	
<b>Puntaje total:</b> La Ansiedad se contempla positiva cuando el puntaje es mayor a 5	

Toma de presión  
Reportar valor promedio

Presión.....|\_|\_|/ |\_|\_|

Toma tres medidas para todas las preguntas que siguen

K.5 Para medir su estatura, necesito que se quite los zapatos. Ponga los pies y talones juntos. Párese tocando la pared con la espalda y la cabeza. Mire hacia delante	Altura.....  _ _ _  Cm No puede pararse.....999
k.6 Medida de la altura de la rodilla	Altura.....  _ _ _  Cm
k.7 Circunferencia del brazo	Circunferencia del brazo..  _ _ _  Cm
k.8 Cintura	Cintura.....  _ _ _  Cm No puede pararse.....999
k.9 Cadera	Cadera.....  _ _ _  Cm No puede pararse.....999
k.10 Pliegue Tricipital	Pliegue Tricipital.....  _ _ _  Cm
k.11 Pliegue Bicipital	Pliegue Bicipital.....  _ _ _  Cm
K.12 Pliegue Subescapular	Pliegue Subescapular....  _ _ _  Cm
K.13 Peso	Peso.....  _ _ _  Cm No puede pararse.....999
k.14 Circunferencia de pantorrilla	Circ. de pantorrilla.....  _ _ _  Cm
k.15 Ancho de muñeca	Ancho de muñeca.....  _ _ _  Cm

Glucosa:

Colesterol:

TAG's:

HDL:

LDL:

VLDL:

PCR:

A-Plasm:

Hb:

:

:

:

**VII. Evaluación Antropométrica**

PARA LA EXTREMIDAD CORRESPONDIENTE ANOTE LO APROPIADO	SI	NO
PARA EL BRAZO IZQUIERDO		
K.1a ¿Tiene todos los dedos?	1 Pase a K.2a	2
K.1b ¿Tiene la mano?	1 Pase a K.1a	2
K.1c ¿Tiene el antebrazo?	1 Pase a K.1a	2
K.1d ¿Tiene el brazo?	1 Pase a K.1a	2
k.1e ¿Tiene algún tipo de prótesis?	1	2
PARA EL BRAZO DERECHO		
K.2a ¿Tiene todos los dedos?	1 Pase a K.3a	2
K.2b ¿Tiene la mano?	1 Pase a K.2a	2
K.2c ¿Tiene el antebrazo?	1 Pase a K.2a	2
K.2d ¿Tiene el brazo?	1 Pase a K.2a	2
k.2e ¿Tiene algún tipo de prótesis?	1	2
PARA LA PIERNA IZQUIERDA		
K.3a ¿Tiene todos los dedos?	1 Pase a K.4a	2
K.3b ¿Tiene el pie ?	1 Pase a K.3a	2
K.3c ¿Tiene la pierna?	1 Pase a K.3a	2
K.3d ¿Tiene muslo?	1 Pase a K.3a	2
k.3e ¿Tiene algún tipo de prótesis?	1	2
PARA LA PIERNA DERECHA		
K.4a ¿Tiene todos los dedos?	1 Pase a K.4a	2
K.4b ¿Tiene el pie ?	1 Pase a K.3a	2
K.4c ¿Tiene la pierna?	1 Pase a K.3a	2
K.4d ¿Tiene muslo?	1 Pase a K.3a	2

<p>1. ¿Observo que existiera violencia, abandono o maltrato hacia las(s) persona(s) entrevistada(s) por parte de algun(os) integrante(s) del hogar?</p>	<p>Si..... 1 No.....2 → <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Pase a 3</span></p>
<p>2. Describa la situación</p>	<p>Textual _____ _____ _____</p>
<p>3. ¿Tuvo dificultades para completar el cuestionario individual?</p>	<p>Si..... 1 No.....2 → <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Pase a 5</span></p>
<p>4. ¿De que tipo?</p>	<p>Textual _____ _____ _____</p>
<p>5. ¿Hubo alguna situación especial que dificultara su labor durante la entrevista?</p>	<p>Si..... 1 No.....2 → <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Pase a 7</span></p>
<p>6. Describa la situación</p>	<p>Textual _____ _____ _____</p>
<p>7. ¿Hubo mas personas durante el desarrollo de la entrevista (además de los informantes o reemplazantes)?</p>	<p>Si..... 1 No.....2 → <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Pase a 9</span></p>
<p>8. Que relación tenían con la persona entrevistada y que tipo de participación tuvieron durante la entrevista?</p>	<p>Textual _____ _____ _____</p>
<p>9. ¿Hubo rechazo y oposición de la persona entrevistada durante el desarrollo de la entrevista?</p>	<p>Si..... 1 No.....2 → <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Pase a 11</span></p>
<p>10. En que parte de la entrevista?</p>	<p>Textual _____ _____ _____</p>
<p>11. En que horario y que día de la semana considera usted que es mas fácil encontrar a la persona entrevistada, en caso de que se requiera mayor información a futuro?</p>	<p>Textual _____ _____ _____</p>

## **ANEXO 2: Colonias en Ciudad Juárez que se encuentran en los polígonos de pobreza que establece SEDESOL.**

### **COLONIAS SEGÚN POLIGONOS DE POBREZA**

#### **SEDESOL 2010**

1	1 DE SEPTIEMBRE
2	1 DE SEPTIEMBRE AMPLIACION
3	12 DE JULIO
4	16 DE SEPTIEMBRE
5	6 DE ENERO
6	6 DE MAYO
7	ADOLFO LOPEZ MATEOS
8	AGUILAS DE ZARAGOZA
9	AGUILAS DE ZARAGOZA (IVIECH)
10	ALVARO OBREGON
11	ANDRES FIGUEROA
12	AZTECA
13	BARRIO NUEVO
14	BELLA PROVINCIA
15	BELLO HORIZONTE
16	BUROCRATA MUNICIPAL
17	CARLOS CASTILLO PERAZA
18	CARLOS CHAVIRA BECERRA
19	CHIHUAHUA (norponiente)
20	CIUDAD MODERNA
21	COLINAS DE JUAREZ
22	COLINAS DEL NORTE
23	CONSTITUYENTES
24	DE LOS MECANICOS
25	EJIDO SAUZAL
26	EL MARMOL
27	EL PAPALOTE
28	ELECTRICISTAS
29	ENRIQUEZ GUZMAN M.
30	ESTACION MENDEZ
31	ESTRELLA DEL PONIENTE
32	FELIPE ANGELES
33	FELIPE ANGELES AMPLIACION
34	FRANCISCO I MADERO
35	FRANCISCO SARABIA
36	FRANCISCO VILLA (norponiente)
37	FRANJA DEL RIO
38	FRAY GARCIA DE SAN FRANCISCO
39	FRIDA KHALO
40	FRONTERIZA

41 FRONTERIZA AMPLIACION  
42 GRANJAS DE CHAPULTEPEC  
43 GRANJAS DEL DESIERTO  
44 GRANJAS UNIDAS  
45 GUADALAJARA  
46 GUSTAVO DIAZ ORDAZ  
47 HACIENDA SANTA FE  
48 HERMENEGILDO GALEANA  
49 INDEPENDENCIA II  
50 INDEPENDENCIA SUR  
51 INSURGENTES  
52 JARDINES DE SAN FRANCISCO  
53 KILOMETRO 20  
54 KILOMETRO 20 JOSE MARIA  
55 KILOMETRO 27  
56 KILOMETRO 28  
57 KILOMETRO 29  
58 LA CAMPESINA  
59 LA CAÑADA  
60 LA CEMENTERA  
61 LA CONQUISTA  
62 LA MESITA  
63 LA PERLA  
64 LADRILLEROS Y CALEROS  
65 LAS ARENAS  
66 LAS FLORES  
67 LAS MONTAÑAS  
68 LIBERTAD  
69 LOMAS DE MORELOS  
70 LOMAS DE SAN JOSE  
71 LOMAS DEL POLEO  
72 LOMAS DEL REY  
73 LUIS ECHEVERRIA  
74 MANUEL J. CLOUTHIER  
75 MANUEL VALDEZ  
76 MARIANO ESCOBEDO  
77 MEXICO 68  
78 MORELOS  
79 NUEVA GALEANA  
80 NUEVO MILENIO  
81 OLIVIA ESPINOZA DE BERMUDEZ  
82 PALO CHINO  
83 PANCHO VILLA  
84 PANFILO NATERA  
85 PAQUIME  
86 PARAJES DE ORIENTE  
87 PARAJES DEL VALLE  
88 PARQUE ORIENTE

89	PATRIA I, II, III
90	PLUTARCO ELIAS CALLES
91	PLUTARCO ELIAS CALLES AMPLIACION
92	POPULAR
93	PORTAL DEL ROBLE
94	PORTAL DEL ROBLE II
95	PORTAL DEL VALLE
96	PRADERAS DE LOS OASIS
97	PRADERAS DE LOS OASIS II
98	PRADERAS DEL HENEQUEN
99	PRADERAS DEL ORIENTE
100	PRADERAS DEL SAUZAL
101	PREDIO LOS OJITOS
102	PROFESORA MARIA MARTINEZ
103	PROFESORA SIMONA BARBA
104	PUERTO CASTILLA
105	PUERTO DE ANAPRA
106	PUERTO LA PAZ
107	RANCHO ANAPRA
108	RENOVACION 92
109	REVOLUCION MEXICANA
110	RINCON DE LA MESA
111	RINCON DEL CIELO
112	RINCON DEL SOLAR
113	SAN FELIPE EL REAL
114	SANTA MARIA
115	SIGLO XXI
116	SOCOCEMA
117	SOR JUANA INES DE LA CRUZ
118	TARAHUMARAS
119	TERRENOS NACIONALES SUR
120	TIERRA NUEVA I ETAPA
121	TIERRA NUEVA II ETAPA (FRANCISCO VILLARREAL)
122	TORIBIO ORTEGA
123	VALLES DE AMERICA
124	ZARAGOZA

Fuente: IMIP.

**ANEXO 3: Colonias en Ciudad Juárez con niveles de bienestar bajo y muy bajos según los parámetros del IMIP con base en el Censo de Población y Vivienda 2010.**

**Colonias de Ciudad Juárez según Nivel de Bienestar**

**BAJO y MUY BAJO 2010**

	<b>Colonias</b>	<b>Nivel de bienestar</b>	
1	ADOLFO LOPEZ MATEOS	MUY BAJO	BAJO
2	BARRIO ALTO	MUY BAJO	BAJO
3	BELLA VISTA	MUY BAJO	BAJO
4	CARLOS CASTILLO PERAZA	MUY BAJO	BAJO
5	CENTRO	MUY BAJO	BAJO
6	CENTRO INDUSTRIAL JUAREZ	MUY BAJO	BAJO
7	FELIPE ANGELES	MUY BAJO	BAJO
8	FELIPE ANGELES AMPLIACION	MUY BAJO	BAJO
9	FRONTERIZA	MUY BAJO	BAJO
10	FRONTERIZA AMPLIACION	MUY BAJO	BAJO
11	GRANJAS UNIDAS	MUY BAJO	BAJO
12	GUSTAVO DIAZ ORDAZ	MUY BAJO	BAJO
13	KILOMETRO 20	MUY BAJO	BAJO
14	LADRILLERA JUAREZ	MUY BAJO	BAJO
15	LADRILLERA JUAREZ AMPLIACION	MUY BAJO	BAJO
16	LOMAS DEL POLEO	MUY BAJO	BAJO
17	MARIANO ESCOBEDO	MUY BAJO	BAJO
18	OLIVIA ESPINOZA DE BERMUDEZ	MUY BAJO	BAJO
19	PALMAS DEL SOL (VICTORIA)	MUY BAJO	BAJO
20	PALO CHINO	MUY BAJO	BAJO
21	PARAJES DE ORIENTE	MUY BAJO	BAJO
22	PLUTARCO ELIAS CALLES	MUY BAJO	BAJO
23	PLUTARCO ELIAS CALLES AMPLIACION	MUY BAJO	BAJO
24	PREDIO LOS OJITOS	MUY BAJO	BAJO
25	PROFESORA SIMONA BARBA	MUY BAJO	BAJO
26	PUERTO DE ANAPRA	MUY BAJO	BAJO
27	PUERTO LA PAZ	MUY BAJO	BAJO
28	RANCHO ANAPRA	MUY BAJO	BAJO
29	RENOVACION 92	MUY BAJO	BAJO
30	RINCON DE LA MESA	MUY BAJO	BAJO
31	SERVICIOS GENERALES	MUY BAJO	BAJO
32	SIGLO XXI	MUY BAJO	BAJO
33	VILLA RESIDENCIAL DEL REAL	MUY BAJO	BAJO
34	VILLAS DEL SUR	MUY BAJO	BAJO
35	VISTAS DE ZARAGOZA	MUY BAJO	BAJO
36	BELLO HORIZONTE	MUY BAJO	
37	CERRADAS DE ORIENTE II	MUY BAJO	
38	CORREDOR CONTROLADO REGIONAL	MUY BAJO	

39	ESTACION MENDEZ	MUY BAJO
40	ESTRELLA DEL PONIENTE	MUY BAJO
41	GRANJAS DEL DESIERTO	MUY BAJO
42	GRANJAS POLO GAMBOA	MUY BAJO
43	GRANJAS SAN RAFAEL	MUY BAJO
44	GRANJAS SANTA ELENA	MUY BAJO
45	JARDINES DE ROMA	MUY BAJO
46	KILOMETRO 27	MUY BAJO
47	KILOMETRO 28	MUY BAJO
48	KILOMETRO 29	MUY BAJO
49	LA CAMPESINA	MUY BAJO
50	LA CONQUISTA	MUY BAJO
51	LOS ARCOS	MUY BAJO
52	MAQUILA PROVEEDORES ELECTROLUX	MUY BAJO
53	PARAJES DE SAN ISIDRO II	MUY BAJO
54	PUENTE DEL BRAVO	MUY BAJO
55	SENDEROS DEL SOL	MUY BAJO
56	SIERRA VISTA	MUY BAJO
57	TARAHUMARAS	MUY BAJO
58	VALLE DORADO I	MUY BAJO
59	VALLE DORADO II	MUY BAJO
60	VALLE DORADO III	MUY BAJO
61	VILLA ESPERANZA	MUY BAJO
62	VILLAS DE ALCALA	MUY BAJO
63	1 DE SEPTIEMBRE	BAJO
64	1 DE SEPTIEMBRE AMPLIACION	BAJO
65	16 DE SEPTIEMBRE	BAJO
66	6 DE ENERO	BAJO
67	6 DE MAYO	BAJO
68	ALVARO OBREGON	BAJO
69	ANDRES FIGUEROA	BAJO
70	AZTECA	BAJO
71	BARRIO NUEVO	BAJO
72	BELLA PROVINCIA	BAJO
73	BOCA DEL RIO	BAJO
74	BUROCRATA MUNICIPAL	BAJO
75	CARLOS CHAVIRA BECERRA	BAJO
76	CHAVEÑA	BAJO
77	CHIHUAHUA (norponiente)	BAJO
78	CIUDAD MODERNA	BAJO
79	COLINAS DEL NORTE	BAJO
80	CONSTITUYENTES	BAJO
81	DE LOS MECANICOS	BAJO
82	DIVISION DEL NORTE	BAJO
83	EJIDO SAUZAL	BAJO
84	EL MARMOL	BAJO
85	EL MEZQUITAL	BAJO
86	EL SAUZAL	BAJO

87	EMILIANO ZAPATA	BAJO
88	FRANCISCO I. MADERO	BAJO
89	FRANCISCO SARABIA	BAJO
90	FRANCISCO VILLA (norponiente)	BAJO
91	FRANJA DEL RIO	BAJO
92	FRAY GARCIA DE SAN FRANCISCO	BAJO
93	FRIDA KHALO	BAJO
94	FRONTERIZA AMPLIACION	BAJO
95	GOMEZ MORIN MANUEL	BAJO
96	GRANJAS DE CHAPULTEPEC	BAJO
97	GRANJAS LOS ALCALDES	BAJO
98	GUADALAJARA	BAJO
99	HACIENDA DE LAS TORRES UNIVERSIDAD	BAJO
100	HACIENDA SANTA FE	BAJO
101	HERMENEGILDO GALEANA	BAJO
102	HEROES DE LA REVOLUCION	BAJO
103	INDEPENDENCIA II	BAJO
104	INDEPENDENCIA SUR	BAJO
105	INDUSTRIAL	BAJO
106	INSURGENTES	BAJO
107	JARDINES DE SAN FRANCISCO	BAJO
108	JOSEFA ORTIZ DE DOMINGUEZ	BAJO
109	KILOMETRO 20 JOSE MARIA	BAJO
110	LA CEMENTERA	BAJO
111	LA CUESTA	BAJO
112	LA CUESTA II	BAJO
113	LA HACIENDA	BAJO
114	LA MESITA	BAJO
115	LA PRESA	BAJO
116	LADRILLEROS Y CALEROS	BAJO
117	LAS ALMERAS	BAJO
118	LAS ARENAS	BAJO
119	LAS FLORES	BAJO
120	LAS GLADIOLAS	BAJO
121	LAS HACIENDAS	BAJO
122	LAZARO CARDENAS	BAJO
123	LIBERTAD	BAJO
124	LOMAS DE MORELOS	BAJO
125	LOMAS DEL VALLE	BAJO
126	LOTE BRAVO SIMON RODRIGUEZ	BAJO
127	LUIS ECHEVERRIA	BAJO
128	LUIS OLAGUE	BAJO
129	MAESTROS ESTATALES Y FEDERALES	BAJO
130	MANUEL J. CLOUTHIER	BAJO
131	MANUEL VALDEZ	BAJO
132	MEXICO 68	BAJO

133	MORELOS	BAJO
134	MUNICIPIO LIBRE	BAJO
135	NUEVA GALEANA	BAJO
136	NUEVO MILENIO	BAJO
137	OSCAR GONZALEZ (CDP)	BAJO
138	PABLO GOMEZ (CDP)	BAJO
139	PANCHO VILLA	BAJO
140	PANFILO NATERA	BAJO
141	PARAJES DE SAN JOSE	BAJO
142	PARAJES DEL SUR	BAJO
143	PERIODISTA	BAJO
144	PORTAL DEL ROBLE	BAJO
145	PORTAL DEL ROBLE II	BAJO
146	PORTAL DEL VALLE	BAJO
147	PRADERAS DEL SAUZAL	BAJO
148	PRADERAS DEL SOL	BAJO
149	PROFESORA MARIA MARTINEZ	BAJO
150	REAL DEL DESIERTO II	BAJO
151	REVOLUCION MEXICANA	BAJO
152	RICARDO FLORES MAGON	BAJO
153	RINCON DEL RIO	BAJO
154	RINCON DEL RIO II	BAJO
155	RINCON DEL SOLAR	BAJO
156	RINCON DEL SOLAR II	BAJO
157	RINCONES DE SALVARCAR	BAJO
158	RIVERAS DEL BRAVO	BAJO
159	RIVERAS DEL BRAVO IX	BAJO
160	RODRIGUEZ BORUNDA	BAJO
161	SALVARCAR	BAJO
162	SAN FELIPE EL REAL	BAJO
163	SARA LUGO	BAJO
164	SENDEROS DE SAN ISIDRO	BAJO
165	SOCOCEMA	BAJO
166	SOLIDARIDAD	BAJO
167	SOR JUANA INES DE LA CRUZ	BAJO
168	TABACHINES	BAJO
169	TERRENOS NACIONALES SUR	BAJO
170	TIERRA NUEVA I ETAPA	BAJO
171	TORIBIO ORTEGA	BAJO
172	TORREON	BAJO
173	TRIBUNAL PARA MENORES	BAJO
174	URBIVILLA DEL PRADO	BAJO
175	URBIVILLA DEL PRADO I	BAJO
176	VALLE DE ALLENDE	BAJO

177	VALLE DE OLIVOS	BAJO
178	VILLA COLONIAL	BAJO
179	VISTA HERMOSA	BAJO
180	ZARAGOZA	BAJO

Nota: Existen colonias que comparten nivel de bienestar, ya que los cálculos son por AGEB.

Fuente: IMIP/SIGMUN con datos del XIII Censo de Población y Vivienda 2010, INEGI.

