



Facultad de Medicina



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO  
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN  
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN**

**EN MEDICINA FAMILIAR**

**“PERCEPCIÓN DE LA AUTOEFICACIA PARA ENVEJECER  
EN ADULTOS QUE ACUDEN AL CENTRO  
DE SALUD “DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA”.**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN SOCIOMÉDICO**

**PRESENTA**

**DR. ALCÁZAR PARRA JUAN IGNACIO**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA  
EN MEDICINA FAMILIAR**

**DIRECTOR DE TESIS  
DR. SANTIAGO SOLER PÉREZ - SALAZAR**

2017

REGISTRO



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

**"PERCEPCIÓN DE LA AUTOEFICACIA PARA ENVEJECER  
EN ADULTOS QUE ACUDEN AL CENTRO  
DE SALUD "DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA".**

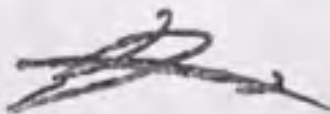
PRESENTA  
**DR. ALCÁZAR PARRA JUAN IGNACIO.**

AUTORIZACIONES

**DRA. CONSUELO GONZÁLEZ SALINAS.**

  
\_\_\_\_\_  
Profesora Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar.  
Coordinadora de Enseñanza  
Centro de Salud TIII "Dr. José Castro Villagrana",  
Secretaría de Salud de la Ciudad de México.

**DR. FEDERICO MIGUEL LAZCANO RAMÍREZ**





\_\_\_\_\_  
Director de Educación e Investigación  
Secretaría de Salud de la Ciudad de México.

**SECRETARIA DE SALUD  
SEDESA  
CIUDAD DE MÉXICO  
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN  
E INVESTIGACIÓN**

**"PERCEPCIÓN DE LA AUTOEFICACIA PARA ENVEJECER  
EN ADULTOS QUE ACUDEN AL CENTRO  
DE SALUD "DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA".**

PRESENTA  
DR. ALCÁZAR PARRA JUAN IGNACIO.

DR. SANTIAGO SOLER PÉREZ-SALAZAR.



---

Director de Tesis.  
Médico de Módulo.  
Centro de Salud TI "Tierra y Libertad"  
Jurisdicción Sanitaria Tlalpan.

**"PERCEPCIÓN DE LA AUTOEFICACIA PARA ENVEJECER  
EN ADULTOS QUE ACUDEN AL CENTRO  
DE SALUD "DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA".**

PRESENTA

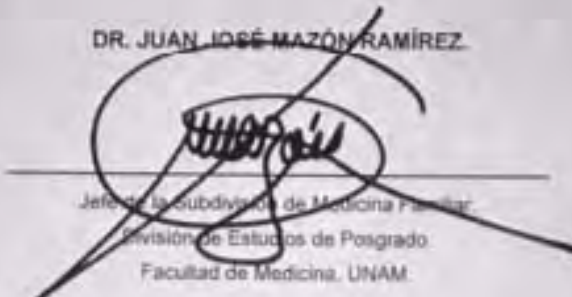
**DR. ALCÁZAR PARRA JUAN IGNACIO.**

AUTORIDADES DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR.

UNIDAD DE POSGRADO.


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

**DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ.**




Jefe de la Subdivisión de Medicina Familiar,  
División de Estudios de Posgrado,  
Facultad de Medicina, UNAM.

**DR. GEOVANI LÓPEZ ORTÍZ**



Coordinación de Investigación,  
Subdivisión de Medicina Familiar,  
División de Estudios de Posgrado,  
Facultad de Medicina, UNAM.

**DR. ISAIÁS HERNÁNDEZ TORRES.**



Coordinador de Docencia,  
Subdivisión de Medicina Familiar,  
División de Estudios de Posgrado,  
Facultad de Medicina, UNAM.

## DEDICATORIA

*A mis padres, que gracias a su trabajo, paciencia y dedicación me han sabido conducir con rectitud y con capacidad para ser quien soy el día de hoy, por enseñarme a mirar lejos y ser un pilar importante en mi vida.*

*A mi hermana, que siempre ha sido mi compañera de aventuras, que ha sido como una segunda madre para mí, que me cuidó, me enseñó, me regañó y me ha guiado en mi vida desde el día que nos conocimos.*

*A Lulú, mi compañera de vida, que aún sabiendo que sería difícil iniciar nuestras vidas juntos, yo en la residencia y ella con el cambio de vida, decidió estar conmigo, cuidarme y apoyarme día a día con amor, tolerancia y respeto; te has convertido en el eje central de mi vida.*

*A mis suegros, mi cuñada, que han sido un gran apoyo y punto de referencia en mi vida desde que me aceptaron en su familia.*

*A la Dra. Consuelo González, Dra. Eloisa Dickinson, Dr. Santiago Soler, por sus enseñanzas y gran paciencia, siempre con la disposición de apoyar y dar su conocimiento abiertamente.*

## ÍNDICE

<b>1. MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>1</b>
1.1 Antecedentes .....	1
1.2 Planteamiento del problema.....	15
1.3 Justificación.....	16
1.4 Objetivos .....	18
1.4.1 Objetivo general .....	18
1.4.2 Objetivos específicos .....	18
1.5 Hipótesis de trabajo.....	18
<b>2. MATERIAL Y MÉTODOS .....</b>	<b>19</b>
2.1 Tipo de estudio.....	19
2.2 Diseño de investigación del estudio .....	19
2.3 Población, lugar y tiempo .....	19
2.4 Muestra .....	19
2.5 Criterios de selección .....	20
2.5.1 Inclusión .....	20
2.5.2 No inclusión.....	20
2.5.3 Eliminación .....	20
2.6 Variables (tipo y escala de medición).....	21
2.6.1 Definición conceptual .....	21
2.6.2 Definición operacional .....	22
2.7 Instrumento(s) de recolección de datos .....	23
2.8 Método de recolección de datos .....	23
2.9 Prueba piloto.....	24
2.10 Maniobras para evitar o controlar sesgos .....	24
2.11 Procedimientos estadísticos.....	24
2.11.1 Diseño y construcción de la base de datos.....	24
2.11.2. Análisis estadístico.....	24
2.12 Cronograma .....	24
2.13 Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento del estudio .....	25
2.14 Consideraciones éticas .....	25
<b>3. RESULTADOS.....</b>	<b>29</b>
<b>4. DISCUSIÓN .....</b>	<b>35</b>
<b>5. CONCLUSIONES .....</b>	<b>38</b>
<b>6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>39</b>
<b>7. ANEXOS .....</b>	<b>42</b>

## RESUMEN

**Introducción.** El proceso de envejecimiento ha sido visto como un pesar y no como una meta dentro de un ciclo natural de la vida, el envejecimiento tiene muchos componentes y de acuerdo a cada uno de ellos se puede calificar de forma exitosa o no, pero la importancia de este trabajo radica en como se está viviendo este proceso natural, y como se percibe que se llegará a la vejez de acuerdo a la autoeficacia del envejecimiento.

**Objetivo.** Evaluar la percepción de la autoeficacia para envejecer en adultos que acuden al Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana”.

**Material y métodos.** Observacional, descriptivo y transversal. Adultos de 20 a 59 años de edad que acudieron al centro de salud, sin importar causa específica de la visita, ni condición de salud, que se encontrara en las salas de espera de la institución dentro del periodo de estudio, Mayo - Junio del 2016. El propósito de la investigación fue evaluar la percepción de la autoeficacia para envejecer, con una muestra seleccionada por conveniencia, se realizó una sola medición incluyendo variables cualitativas. Se utilizó el programa estadístico Epi Info 7.1.4.0. los resultados obtenidos se analizaron con estadística descriptiva a través de frecuencia, porcentajes y medidas de tendencia central. Previa autorización de la dirección de la unidad, se establecieron el tiempo y espacios en los cuales se hicieron las entrevistas, los días de lunes a viernes en horario de consulta, en pacientes que se encontraron en sala de espera, con apoyo de médicos residentes, médicos internos de pregrado y pasantes de medicina, los cuales recibieron capacitación previa para el entendimiento del instrumento, el cual se denomina *Escala Autoeficacia para envejecer de Rocío Fernández-Ballesteros*.

**Resultados.** Se estudiaron 138 encuestas de adultos que se encontraron en el centro de salud en el periodo de estudio. La edad promedio fue de 39 años. Vivir en unión estable fue el estado civil más frecuente (57.5%). Tuvieron estudios de bachillerato (62.5%) y se dedicó al hogar (70%). La calificación global tuvo como resultado más alto 50 y como menor calificación 14, siendo su promedio 37, se realizó un análisis de las variables exploradas por el instrumento y las sociodemográficas establecidas en el consentimiento informado. En cuanto al resultado del estudio del cruce de las variables sociodemográficas y las 4 áreas exploradas por el instrumento solo se tuvo relación con la mejor percepción de las habilidades físicas respecto a menor era la edad del encuestado.

**Conclusiones:** Las condiciones de vida de muchos adultos no siempre son las óptimas para favorecer su calidad de vida. En muchos casos se trata de personas que dedicaron su vida al cuidado de otros, es decir, realizando actividades económicas, protección de la familia, para luego encontrarse sin un sentido de vida, ya sea solos, o aislados en la casa de sus hijos o confinados en una institución de asistencia. El envejecimiento es un desafío para la sociedad y para la comunidad científica y deben buscarse formas para mejorar la calidad de vida de las personas mayores, de manera que se reduzcan costos a nivel de salud pública. Las condiciones ambientales, económicas, culturales y sociales en un determinado contexto histórico influirán en el proceso de envejecimiento. De este modo la sociedad y el contexto sociopolítico ejercen un papel esencial para que este proceso se realice de forma óptima y activa.

**Palabras clave:** *Percepción, Autoeficacia, Envejecimiento*



## **ABSTRACT**

**Introduction.** The aging process has been seen as a grief and not as a goal in a natural cycle of life, aging has many components and according to each one of them can be described as successful or not, but the importance of this paper is on how we are living this natural process, and as is perceived to be reached old age according to the efficacy of aging.

**Objective.** Evaluate the perception of self-efficacy for aging adults who come to the Health Center "Dr. José Castro Villagrana".

**Material and methods.** Observational, descriptive and transversal. Adults 20 to 59 years old who came to the health center, regardless of specific cause of the visit, or health condition who were in the waiting rooms of the institution within the study period, from May to June 2016 . the purpose of the research was to assess the perception of self-efficacy to age, with a convenience sample selected by a single measurement was performed including qualitative variables. Epi Info statistical software was used 7.1.4.0. the results were analyzed with descriptive statistics by frequency, percentages and measures of central tendency. Prior authorization from the direction of the unit, set the time and space in which the interviews were held, on Monday through Friday during office hours, in patients they encoentraron in waiting room, supported by medical residents, undergraduate medical interns and medical interns, who received previous training for the understanding of the instrument, which is called Self-Efficacy Scale for aging Rocio Fernandez-Ballesteros.

**Results.** 138 surveys of adults were found in the health center in the study period were studied. The average age was 39 years. Living in stable union was the most common marital status ( 57.5 %). They had high school education ( 62.5 %) and was devoted to home (70 %). The overall rating had the highest score 50 and 14 as lower-rated , with an average of 37 , an analysis of the variables explored Porel instrument and sociodemographic established in the informed consent was conducted . As the result of the study of the intersection of sociodemographic variables and the 4 areas explored by the only instrument regarding the best perception of physical skills regarding minor he was taken was the respondent's age .

**Conclusion.** The living conditions of many adults are not always optimal to favor their quality of life . In many cases these are people who dedicated their lives to the care of others, that is, carrying out economic activities , protection of the family , only to find without a sense of life , either alone , or isolated in the home of your children or confined in an institution of assistance. Aging is a challenge for society and for the scientific community and should look for ways to improve the quality of life of older people , so that costs at public health are reduced. Environmental , economic, cultural and social conditions in a particular historical context influence the aging process. Thus society and the sociopolitical context exert an essential for this process to be performed optimally and active role.

**Keywords:** Perception, self-efficacy, Aging.

## **1. MARCO TEORICO.**

### **1.1 Antecedentes.**

#### **Proceso de Envejecimiento.**

Aunque el interés por los cambios que ocurren con el envejecimiento puede rastrearse desde tiempos de Aristóteles, su estudio sistemático y científico es relativamente nuevo. La biología del envejecimiento tiene una historia reciente, prácticamente iniciada en el siglo XX. En efecto, uno de los primeros estudios publicados sobre el tema data de 1904, cuando el doctor Metchnikov (1846-1916) -Premio Nobel de Medicina- expone una teoría del envejecimiento e introduce por primera vez el término de Gerontología. En tanto, el término "Geriatría" aparece por primera vez en Estados Unidos en 1909, en la obra de Ignatz Leo Nasher (1863-1944), conocida como "*The diseases of old age and their treatment*". Ahora bien, aunque ambos términos nacen en un ámbito eminentemente científico y biológico, actualmente su acepción es mucho más amplia. Geriatría y Gerontología son frecuentemente confundidas y utilizadas indiscriminadamente. Para abordar el entendimiento de sus semejanzas y diferencias se tomarán en cuenta algunas definiciones frecuentes y comunes a sus lenguajes.<sup>1</sup>

Se debe establecer la definición de dos términos de suma importancia para el presente trabajo, gerontología y geriatría. Se conoce hoy en día que gerontología proviene del griego *geronto* = anciano y *logos* = tratado; que estrictamente se refiere al estudio de la vejez. Entendemos esto como el conjunto de conocimientos y estudio del fenómeno del envejecimiento en su totalidad, por lo tanto, abarca las aportaciones de varias disciplinas científicas y filosóficas sobre el envejecimiento. La gerontología es la ciencia que trata del envejecimiento y en la actualidad consta de numerosas ramas, siendo la de aspecto biomédico, la geriatría, que proviene del griego *geras* = vejez y *iatria* = curación; por lo tanto es la rama de la Medicina, que estudia los aspectos fisiológicos y las enfermedades de la vejez.<sup>1,2</sup>

Es importante conocer que la gerontología tiene varias características como apoyarse en conocimientos socioeconómicos, demográficos, históricos, políticos, filosóficos y psicológicos, para entender y situar las relaciones de lo biológico individual con el mundo del *adulto mayor*. Se entiende al proceso salud-enfermedad como el resultado no de la interacción de la *triada* ecológica, sino de un momento histórico, en un modelo económico, con peculiaridades sociales y culturales específicas, a este enfoque se le llama “**Concepción Holística del Envejecimiento**”.<sup>1</sup>

El envejecimiento individual es el proceso de evolución, irreversible que experimenta cada persona en el transcurso de su vida, es decir es un proceso natural, y se deben considerar dos aspectos importantes, el envejecimiento individual y poblacional. El proceso de envejecimiento humano individual es el resultado de la suma de dos tipos de envejecimiento: el primario, intrínseco o *per se* y el secundario.

- El envejecimiento primario es el proceso o grupo de procesos responsables del conjunto de cambios observados con la edad en los individuos de una especie no relacionados con la presencia de enfermedad. Su investigación se centra en los mecanismos genéticos, moleculares y celulares que intervienen en el proceso de envejecimiento y que, de expresarse adecuadamente, condicionan lo que se ha denominado “envejecimiento con éxito”.
- El envejecimiento secundario hace referencia al que se produce en los seres vivos cuando son sometidos a la acción de fenómenos aleatorios y selectivos, que ocurren a lo largo del tiempo de vida y que interaccionan con los mecanismos y cambios propios del envejecimiento primario para producir el “envejecimiento habitual”. Los principales representantes de este envejecimiento secundario son los problemas de salud de carácter crónico y los cambios adaptativos para mantener la homeostasis del medio interno.<sup>3</sup>

El reconocimiento de que los pacientes ancianos son diferentes de los demás grupos etarios se ha dado prácticamente desde que hay certidumbre de la existencia humana. Las evidencias históricas subrayan ante todo una diferenciación cultural y social antes que biológica.<sup>4</sup> También es importante conocer a partir de que edad se considera a una persona como un adulto mayor. Existen muchas acepciones del término y basado en un convencionalismo surgido en la Asamblea Mundial del Envejecimiento en Viena, Austria (organizado por la OMS en 1982), México adopta la definición de "toda persona de 60 y más años". Aunque arbitraria, esta definición es necesaria para organizar la investigación, la enseñanza y la asistencia de todo un país y un sistema para los ancianos. Se logra entender que durante la evolución de este proceso, habrá un etapa donde ya no será modificable, y que la presencia de cualquier comorbilidad (coexistencia de varias enfermedades simultáneamente en el paciente), hace evidente la mala planeación del envejecimiento, por eso la importancia de realizar un análisis, donde aún se pueda incidir en el proceso y planeación de la vejez, es decir en el adulto.<sup>3,4</sup>

La adultez es llamada la segunda edad de la vida del ser humano, incluye el final de la adolescencia por lo que no pueden verse aisladas una de otra, es el periodo comprendido entre los 20 y los 59 años de edad. Según la OMS se clasifica por edades en: Adulto joven de 18 años a 35 años, Adulto maduro de 36 años a 65 años y que se define como aquel individuo, hombre o mujer que desde el aspecto físico ha logrado una estructura corporal definitiva, biológicamente ha concluido su crecimiento, psicológicamente ha adquirido una conciencia, ha logrado el desarrollo de su inteligencia y ha alcanzado madurez sexual; biopsicosocialmente obtiene derechos y deberes, económicamente se vuelve activo, es sobre todo en esta etapa en la que cada individuo establece los cimientos del tipo de envejecimiento que experimentará.<sup>7,8</sup>

La transición demográfica, en la actualidad, se debe al envejecimiento de la población constituyendo un fenómeno social sin precedentes. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), para el año 2025 se prevé un crecimiento considerable de la población de edad avanzada. Este fenómeno

descenso de las tasas de natalidad y mortalidad. Asimismo, este hecho se justifica por el avance de las ciencias biomédicas y sociales, la prevención y la promoción de la salud.

En base a este nuevo enfoque del concepto de salud, definido por la OMS como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo ausencia de enfermedad”, lo que se ha definido como envejecimiento exitoso, surge a mediados del siglo XX como un nuevo paradigma del concepto de envejecimiento. Este concepto fue introducido para identificar un nuevo proceso de envejecimiento distinto del habitual ligado al deterioro progresivo e irreversible de las capacidades funcionales. Se han propuesto tres características definitorias: a) baja probabilidad de padecer enfermedad o invalidez; b) elevada capacidad funcional física y cognitiva; y c) un compromiso activo con la vida, incluyendo las relaciones interpersonales y la participación en actividades productivas.

Desde las primeras aportaciones de diversas disciplinas tales como la Psicología, la Medicina, la Gerontología y la Filosofía han mostrado un especial interés por estudiar este concepto desde su propia perspectiva; teniendo una visión parcial y fragmentada del proceso de envejecimiento. A su vez, ninguna disciplina ha logrado conceptualizar una visión holística de la persona –cuerpo y mente–, ni tampoco se ha considerado a la familia como parte integrante de su vida. Por todo ello, ante la diversidad de conceptualizaciones aportadas por distintas disciplinas, el notable envejecimiento de la sociedad y teniendo en cuenta la complejidad de cada paciente como ser humano, un ente biopsicosocial, hasta este momento no se ha logrado materializar un abordaje holístico del paciente geriátrico.<sup>5,6,7</sup>

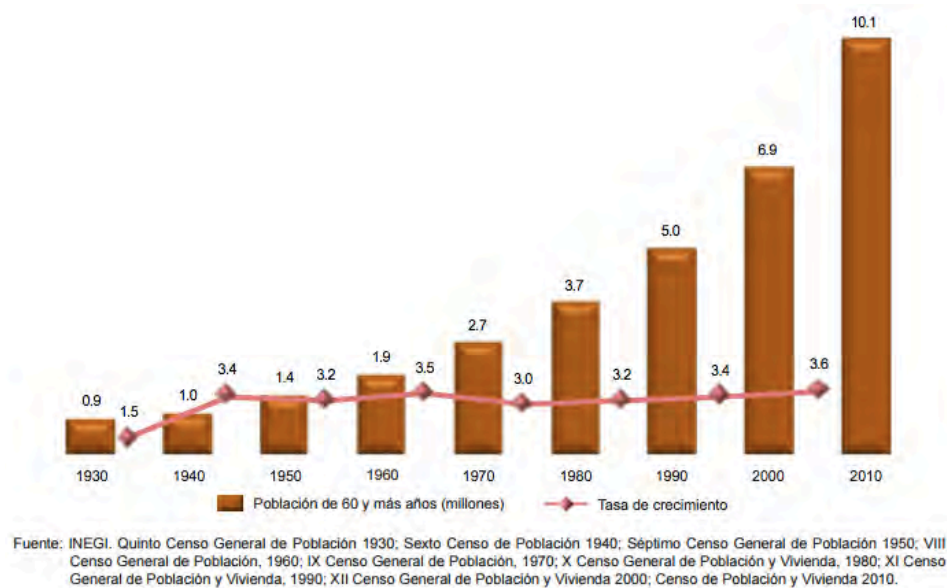
La investigación de este proceso natural abarca tanto la causa, prevención, desarrollo, manifestación, pronóstico y tratamiento de la enfermedad y de sus consecuencias, como lo relacionado con hábitos y estilos saludables de vida. Sea cual sea el tipo de envejecimiento considerado, la característica fundamental común a cualquiera de ellos es la pérdida de la reserva funcional,

mecanismos de respuesta y su eficacia para conservar el equilibrio del medio interno: la homeostásis.<sup>8</sup>

### **Perfil Epidemiológico del Adulto Mayor.**

El perfil de los adultos mayores aborda los temas: población, fecundidad, mortalidad y migración interna e internacional; lengua indígena, discapacidad, educación, características económicas, derechohabiencia y uso de servicios de salud; situación conyugal, religión, hogares censales, y finalmente, las viviendas donde reside este segmento de la población. México ha experimentado una profunda transformación demográfica, donde la estructura por edades de la población ha cambiado, pasando de una población predominantemente de menores de 15 años a una de jóvenes. Paulatinamente se ha acumulado una mayor cantidad de personas de 60 y más años, debido a la mayor esperanza de vida.

Según datos actuales ofrecidos por el Instituto Nacional de Geriátrica, existen 11'200,783 adultos mayores de 60 años, de los cuales, 2'802,549 son personas con discapacidad o totalmente dependientes. El panorama para el futuro es todavía más complejo, según las proyecciones y de acuerdo con la transición demográfica, la población de adultos mayores se cuadruplicará en 50 años. En este quehacer, los censos de población y vivienda cobran gran importancia, ya que son el registro estadístico más completo de la población y las viviendas del país; la información que brindan tiene la máxima desagregación geográfica y resulta vital para las tareas de planeación económica y sociodemográfica.<sup>12</sup>



Con respecto al pasado censo de Población y Vivienda 2010, se contabilizó 10.1 millones de adultos mayores lo que representa 9.0% de la población total, debido principalmente al descenso de la mortalidad y al alargamiento de la esperanza de vida. En México la transición demográfica presenta el momento actual con una menor cantidad y proporción de niños. En consecuencia, se prevé que mayor proporción de la población alcancen los 60 y más años, así como una modificación radical en la estructura por edades de la población al disminuirse la base de la pirámide de edad e incrementarse la cúspide, que representa las edades avanzadas.

En un lapso no mayor a 20 años, la población adulta mayor del país ha aumentado de manera constante. De acuerdo al Censo de Población y Vivienda 2014, en el país hay 95 hombres por cada 100 mujeres. Para el caso de la población de 60 y más años el indicador muestra un aumento de mujeres en dicha relación, debido a la mayor sobrevivencia de la población femenina, ya que en 1990 había 89 hombres por cada 100 mujeres, en 2000 se ubica en 88.0 y se reduce a 87.0 para 2014. Esta situación, prevalece en los tres grupos de edad considerados, con excepción del grupo de 85 y más años, donde en el año 2014 se observa un repunte en el valor del indicador. <sup>12,13</sup>

Las personas de 60 y más años se consideran un grupo vulnerable por ser adultos en la última etapa de la vida y aún más por tener limitación en la actividad y ser susceptibles de cuidados específicos. Todas las personas con discapacidad están sujetas a disfrutar de manera semejante que el resto de la población, es decir, tienen derecho a ser incluidos en la esfera social, económica y cultural. Disfrutar de servicios de salud y de oportunidades de trabajo que permitan su desarrollo integral.

El envejecimiento es un proceso biológico gradual, continuo e irreversible que puede complicarse con la aparición o presencia de limitaciones en las capacidades y actividades. En México como en muchos países, el envejecimiento poblacional ha tomado mayor importancia en los últimos años; las personas en edad avanzada conforman uno de los grupos con mayor vulnerabilidad, misma que se incrementa si tienen alguna limitación, es por ello que conocer las características sociodemográficas de las personas en edad de 60 y más años con limitación en la actividad, resulta elemental, para tener un panorama de la situación en que se encuentran. La población adulta mayor con alguna limitación en la actividad creció poco más del triple, en 2010 se registraron 745 mil casos que representan 10.7% de la población de 60 y más años, para el censo de 2014 la cifra se encontró en 2.8 millones, lo que representa 26.3 por ciento.<sup>13</sup>

En esta etapa de la vida también pueden sumarse síndromes geriátricos como caídas que en presencia de osteoporosis derivan en fracturas; malnutrición; deterioro sensorial entendido como déficit visual y/o auditivo, cuyas consecuencias se manifiestan en una fragilidad difícil de sobrellevar y cuya repercusión funcional puede ser incluso más grave que las propias enfermedades crónicas no transmisibles.<sup>14</sup>

Es de importancia comentar que hay un aumento en la esperanza de vida, también se observa una franca disminución en la calidad de vida como consecuencia de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT). Las principales causas de mortalidad registradas por el sector salud en población



tumores malignos, enfermedades cerebro vasculares y enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, EPOC. En cuanto a la morbilidad, las enfermedades no se presentan solas, 27.2% de adultos de 40 a 60 años de edad presentan dos o más enfermedades crónicas no transmisibles, mientras que en el rango de 65 o más años, se presentan en 30.8%. La suma de diabetes mellitus, hipertensión, hipercolesterolemia, enfermedades del corazón, embolia o infarto cerebral y cáncer, aunado a problemas de salud mental como depresión, deterioro cognitivo y demencia, entendida especialmente como Alzheimer nos son los únicos que juegan en esta multimorbilidad.<sup>14</sup>

Es necesario conocer el comportamiento con los padecimientos crónicos degenerativos; se conoce que una proporción de adultos mayores de 60 años que ingresan a tratamiento para Diabetes Mellitus, de 29.5%, con respecto a los ingresos total de todas las edades, siendo mínima la diferencia por sexo. Se obtuvo una media nacional de casi 8 adultos mayores de 60 años, por cada 1000 habitantes de ese grupo etario con esta condición; con una diferencia por sexo de casi 9 casos, comparada con 6 casos, en el sexo masculino. Para la Hipertensión Arterial Sistémica se obtuvo una proporción nacional de adultos mayores de 60 años de 42.5%, respecto a todos los ingresos, que ameritaron iniciar manejo. Se observó una media nacional para hombres (46.3%), superior a la del sexo femenino (40.4%). Los ingresos de todas las edades que iniciaron manejo para obesidad correspondió al 19.6%. A pesar de que se registraron prácticamente el doble de mujeres mayores de 60 años, comparadas con el sexo masculino, que ameritaron iniciar tratamiento, al obtener la proporción, ésta fue superior en los hombres (22.8%). El comportamiento de las dislipidemias en adultos mayores de 60 años, respecto al total de ingresos, correspondió al 29.1%, con una proporción por sexo de 28.1% en mujeres y 31.3% en hombres. La tasa de ingreso a tratamiento para dislipidemias se ubicó en 2.8 casos de mayores de 60 años por cada 1000 habitantes de ese grupo etario sin seguridad social; por sexo la tasa mayor se presentó en las mujeres (3.5 casos), comparada con los hombres (2.0 casos) y la de Síndrome Metabólico de 36.6%.<sup>12,13,14</sup>

### **Tipos de Envejecimiento Según la OMS.**

**Envejecimiento exitoso:** Se entiende como la ausencia o baja probabilidad de enfermedad y discapacidad relacionada a enfermedad. b) Alta capacidad cognitiva y funcional. c) Un activo compromiso con la vida. Los tres términos son relativos, tienen entre sí cierta jerarquía, pero es más que carecer de enfermedades o que mantener la capacidad funcional y mental, reconociendo la importancia de ambos elementos. Teniendo determinantes como lo son:

- **Determinantes económicos:** Se refiere a los ingresos, el trabajo y la protección social.
- **Determinantes sociales:** El apoyo social, las oportunidades de aprender cosas nuevas, la paz, la protección contra la violencia y el abuso.
- **Determinantes personales:** Que tienen que ver con el estilo de vida y forma de pensar de cada individuo.

**Envejecimiento saludable:** Incluye el aprendizaje durante toda la vida, poder trabajar más tiempo, jubilarse más tarde en forma gradual, tener una vida activa después de la jubilación y ocuparse en actividades que mejoren la capacidad y mantengan la salud.

**Envejecimiento activo:** Es el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. El envejecimiento activo depende de una diversidad de influencias o determinantes que rodean a las personas, las familias y las naciones.<sup>15</sup>

Cambios Biosicosociales del envejecimiento: Durante el proceso de envejecimiento se producen una serie de cambios que afectan las tres esferas básicas de la persona. Pero, también se produce una importante transformación en el papel social que hasta entonces ha desarrollado esa persona. Sin duda, los cambios que primero se ponen de manifiesto durante el envejecimiento son los cambios físicos que, son una continuación de la declinación que comienza desde que se alcanza la madurez física,

en la misma época y con el mismo ritmo. Todavía no es posible distinguir qué cambios son verdaderamente un resultado del envejecimiento y cuáles derivan de la enfermedad o de distintos factores ambientales y genéticos.<sup>18</sup>

### **Percepción del Envejecimiento.**

Se debe definir a la percepción como un proceso cognitivo, es la primera impresión o juicio que se elabora de un objeto o hecho, y esta se construye a partir de las experiencias de vida que va acumulando cada individuo. La diversidad cultural de la sociedad mexicana haría suponer que mientras algunos adultos tienen una percepción y/o actitud positiva en relación con el proceso de envejecimiento, otros tienen una negativa.<sup>19</sup>

La autopercepción supone la observación de nuestro ser; emociones, deseos, sentimientos, etc., y de nuestro contexto, es decir, identificar nuestras conductas, actitudes y las circunstancias de nuestro entorno, de manera que ello nos permita formarnos una opinión exacta aunque no precisa de nosotros mismos. Y definimos a la percepción como la apreciación de la realidad a través de los sentidos.<sup>20</sup>

La percepción es considerada como primer proceso cognoscitivo, a través del cual, los sujetos captan información del entorno; la misma lleva implícita las energías que llegan a los sistemas sensoriales y que permiten al individuo formar una representación de la realidad. Las percepciones, juicios, acciones, reacciones y sensaciones de los seres humanos determinan las interacciones y respuestas que estos puedan tener ante eventos particulares; la percepción incluye la interpretación de esas sensaciones dándoles significado y organización, de allí que algunos adultos manifiestan que “la vejez empieza cuando uno comienza a sentirse viejo”. Yewoubdar en su investigación relaciona bienestar y percepción, donde en parte de su estudio manifiesta: “La espiritualidad y la autoestima dependen de la interacción con la familia y el cumplimiento de las expectativas culturales incorporadas, apropiadas para la edad”<sup>21</sup>.

Tomando como referencia un estudio realizado en Colombia, los adultos mayores perciben el envejecer como el resultado de lo que se ha construido en la vida y añoran la juventud como un período de bienestar, sueños, retos y se valora la vejez con sus pérdidas y ganancias. Diener, et. col, definen el concepto de "bienestar" como la habilidad del individuo de adquirir comportamientos que mejoren su calidad de vida; tiene 6 componentes: físico, espiritual, social, emocional, mental e intelectual.

La percepción del aspecto físico se refiere al bienestar fisiológico del individuo, de sus sistemas orgánicos. El espiritual, a la capacidad de comprender qué lo guía en el universo. El social indica la habilidad de la persona para interactuar con otros y el ambiente. El emocional está asociado con la habilidad de controlar el estrés y expresar emociones. El mental es la capacidad de elaborar estructuras de pensamiento coherente con su realidad. El intelectual se relaciona con la capacidad del individuo de buscar información. El concepto de bienestar integral se refiere a un estado de equilibrio y búsqueda de actividades que proporciona felicidad y le permite al individuo mejorar su vida.

18,19

El bienestar deseado en el envejecimiento, se va a obtener mediante hábitos saludables que resultan en una adecuada adaptación de los componentes del bienestar en cualquier nivel del proceso salud-enfermedad. El mismo está en función de la predominancia de las experiencias afectivas positivas sobre las experiencias afectivas negativas. En su investigación Yewoubdar encontró pérdidas con respecto a la dimensión trabajo: "A esta edad es más difícil conseguir oportunidades". La percepción que el adulto mayor tenga del estado de envejecer y de bienestar son puntos para las metas propuestas por los programas de salud; en la misma influyen: el respeto, la unión familiar, la religión, la espiritualidad, el apoyo social. Si se quiere hacer del envejecimiento una experiencia positiva, ésta debe ir acompañada de oportunidades y un ajuste a los programas de salud. <sup>19</sup>

Ya que se establecen y se conocen las definiciones de este trabajo es de suma importancia entonces conocer como el mismo paciente percibe la vida y se percibe él mismo para alcanzar un Envejecimiento Exitoso, que como ya se ha sustentado teóricamente, este proceso consta de un periodo de tiempo. Por eso este estudio se realizará en personas en distintas etapas de este.<sup>19</sup>

Vulnerabilidad y Vejez: En este aspecto, las diferencias individuales son tan notables que hacen difícil la extracción de conclusiones sobre el tema. La razón por la que se considera a la persona mayor como «vulnerable» es porque su organismo tarda más tiempo en recuperarse de cualquier proceso que afecte su homeostásis. Pero al mismo tiempo que aparecen esas «vulnerabilidades», la mayoría de las personas de edad avanzada desarrollan una serie de mecanismos de adaptación y de estrategias que compensan las carencias. Eso les permite llevar su vida diaria con relativa autonomía. Un ejemplo muy significativo lo encontramos en la disminución de la fuerza física que se produce con la edad.<sup>18</sup>

Existen una amplia variedad de instrumentos de aplicación sencilla y que exploren áreas básicas de aspectos biológicos, socioculturales del paciente, sin embargo destaca Escala Autoeficacia para envejecer de Rocío Fernández-Ballesteros este instrumento forma parte del European Survey on Aging Protocol (ESAP) y es validada en latinoamérica en el año 2010, y se describe principalmente de la siguiente manera:

- *Constructo.* Autoeficacia para envejecer.
- *Descripción del constructo.* El instrumento mide la percepción de la eficacia personal en relación a cambios de salud, cognitivos, habilidades físicas y funcionales y socio-emocionales que ocurren durante el envejecimiento.
- *Descripción del instrumento original.* La escala que se conforma de 10 ítems con una escala tipo Likert de 5 puntos. El puntaje más bajo que se

percepción de eficacia. Existen evidencias robustas de que el instrumento funciona adecuadamente tomando en cuenta evidencias de confiabilidad test-retest y consistencia interna. Según la autora de la escala su estructura factorial representa cuatro factores que evalúan la percepción de eficacia para superar problemas durante la vejez referente a: 1. Salud, 2. Cambios cognitivos, 3. Cambios en habilidades físicas y funcionales y 4. Cambios en la condición socio-emocional

- *Usos o propósitos típicos del instrumento.* Se utiliza con el propósito evaluar la eficacia percibida para superar las dificultades o cambios que ocurrirán durante el envejecimiento y como medida complementaria para establecer la competencia en la vejez (Fernández-Ballester, et al., 2004)<sup>20, 23</sup>

### **Propiedades psicométricas**

- *Evidencias de validez.* Evidencias de validez de la escala fueron recopiladas a partir de correlaciones entre la escala con la Medida de Afecto Positivo y Negativo-PANAS de Watson, Clark & Tellegen (1988). Se esperaban correlaciones positivas entre los puntajes de la sub-escala de emociones positivas-PANAS y la de Autoeficacia. Por otro lado, se esperaban correlaciones negativas con la escala PANAS Negativo ya que mide la presencia de emociones negativas e indicadores de depresión lo que va en contra con altos puntajes de eficacia personal. Los resultados del estudio piloto indicaron efectivamente correlaciones positivas entre las puntuaciones de la escala con las puntuaciones del PANAS Positivo ( $r = .43$ ,  $p = .001$ ), se evidenció una correlación negativa baja con la sub-escala PANAS Negativo ( $r = -.287$ ,  $p = .005$ ). En el caso de los datos de la muestra principal de estudio la escala se comportó de manera similar, las puntuaciones de la escala correlacionaron positivamente con las puntuaciones del PANAS Positivo ( $r = .52$ ,  $p = .001$ ), y negativamente con la sub-escala PANAS Negativo ( $r = -.39$ ,  $p = .001$ ).

- Confiabilidad. En el estudio piloto la escala presentó un coeficiente de consistencia interna Alfa de Cronbach de .84. Las correlaciones ítem-total fueron superiores a 0.4. La muestra de estudio presentó comportamientos similares con un coeficiente de consistencia interna Alfa de Cronbach de .87, el comportamiento de los reactivos de acuerdo las correlaciones ítem-total fueron superiores a 0.4.
- Estadísticos descriptivos y distribución. Debido al formato de respuesta, el rango de la escala de 1 a 5 puntos. En la muestra piloto, la puntuación media en la escala fue de 40.97, con una desviación estándar de 4.43 y presentó un rango de 30 a 50 puntos. En la muestra de estudio, las puntuaciones en la escala fueron entre 24 y 50, con un promedio de 41.18(SD= 5,52). En la muestra piloto las puntuaciones medias de la escala se distribuyeron normalmente, Z Kolmogorov-Smirnov =1.229, p= 156.<sup>20, 23</sup>

## **1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Se acepta que la vejez no está determinada exclusivamente por la edad, no es una enfermedad, sino un deterioro orgánico y funcional, que afecta a los humanos en cualquier edad. Por otro lado los cambios de salud, cognitivos, habilidades físicas - funcionales y socio-emocionales condicionarán si se vive un envejecimiento exitoso. Existen evidencias de que los estilos de vida que se practiquen en la edad madura determinan en forma importante la posibilidad de culminar con el proceso de forma exitosa. No obstante la práctica clínica nos muestra múltiples ejemplos de personas maduras con estilos de vida que los ponen en riesgo de desarrollar un envejecimiento patológico a pesar de que manifiestan el deseo de poder envejecer en forma exitosa.

Esta discordancia entre el actuar y la aspiración, refleja falta de planeación y/o una falta de conocimiento del proceso de envejecimiento entendiendo que se debe abordar como una meta, no como una preocupación. Por lo tanto considero que es necesario realizar un análisis de la auto percepción, planeación y acciones encaminadas a alcanzar el proceso de envejecimiento exitoso en personas en edad adulta, y planteo la siguiente pregunta:

**¿Cuál es la percepción de la autoeficacia para envejecer en adultos que acuden al Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana?**



### 1.3 JUSTIFICACIÓN

Tomado en cuenta los puntos de vista a nivel estadístico, comparativo con otros países y los aspectos demográficos, se ha documentado una inversión del comportamiento demográfico haciéndose más longeva la población en general, y disminuyendo la tasa de natalidad. Esto adquiere una gran importancia ya que se reconoce la vejez pero no se hace una planeación adecuada de este proceso, biológico – social – económico.

Según datos actuales ofrecidos por el Instituto Nacional de Geriátrica, existen 11'200,783 adultos mayores, de los cuales, 2'802,549 son personas con discapacidad o totalmente dependientes. El panorama para el futuro es todavía más complejo, según las proyecciones, y de acuerdo con la transición demográfica, la población de adultos mayores se cuadruplicará en 50 años. En este quehacer, los censos de población y vivienda cobran gran importancia, ya que son el registro estadístico más completo de la población y las viviendas del país; la información que brindan tiene la máxima desagregación geográfica y resulta vital para las tareas de planeación económica y sociodemográfica.<sup>6</sup>

En el Censo de Población y Vivienda 2014, se contabilizó 10.1 millones de adultos mayores lo que representa 9.0% de la población total, debido principalmente al descenso de la mortalidad y al alargamiento de la esperanza de vida. En México la transición demográfica presenta el momento actual con una menor cantidad y proporción de niños. En consecuencia, se prevé que mayores proporciones de personas de 60 y más años alcancen esta etapa de vida, así como una modificación radical en la estructura por edades de la población al disminuirse la base de la pirámide de edad e incrementarse la cúspide, que representa las edades avanzadas.<sup>5,6</sup>

Se debe atender a la pregunta de cómo realizar la planeación de un envejecimiento exitoso, que requiere de: un buen estado de salud, a través de una alimentación adecuada, de una actividad física y mental de acuerdo a las condiciones de cada persona; de la prevención, detección, diagnóstico y

intervenciones en estilos de vida que disminuyan la presencia de padecimientos; entendiendo que cualquier falta de atención en alguno de estos aspectos tendrá repercusiones directas sobre el resultado del proceso de envejecimiento.<sup>10</sup>

A nivel individual, las personas pueden hacer mucho para mejorar su manera de envejecer y prevenir enfermedades. Puede afirmarse que en ausencia de enfermedades demenciales, el funcionamiento cognitivo puede potenciarse a lo largo de la vejez a través de técnicas y medidas adecuadas. Los modelos de envejecimiento parecen ser coincidentes en que el envejecimiento positivo lleva asociada una intensa relación y competencia social y advierten que la desvinculación entre el individuo y su contexto social tiene consecuencias negativas.

En México existe una gran población de adultos que son la mayoría, tomando como referencia la pirámide poblacional, esa población se convertirá en el número de adultos mayores, en este caso, arriba de 59 años, por lo que el objetivo de esta investigación, se centra en la percepción de cómo se está viviendo el envejecimiento. Hay muchas investigaciones enfocadas a diversas etapas de la vida, pero son pocas las enfocadas a los adultos mayores y no encontramos investigaciones científicas documentadas en México. Lo que si podemos encontrar, es mucha información acerca de los procesos de envejecimiento, pero es poco lo que se sabe y se divulga, acerca de las medidas que tienen que ver con la prevención, la conservación de la salud y el mantenimiento de redes sociales en la etapa adulta.<sup>11, 12</sup>

## **1.4 OBJETIVOS:**

### **1.4.1 Objetivo General:**

Evaluar la percepción de la autoeficacia para envejecer en adultos que acuden al Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana”.

### **1.4.2 Objetivos Específicos:**

- Identificar la percepción de la autoeficacia respecto a los cambios de salud, cognitivos, habilidades físicas/funcionales y socio-económicos que ocurren durante el envejecimiento.
- Identificar que variables sociodemográficas están involucradas en el proceso de envejecimiento.

## **1.5 HIPÓTESIS DE TRABAJO.**

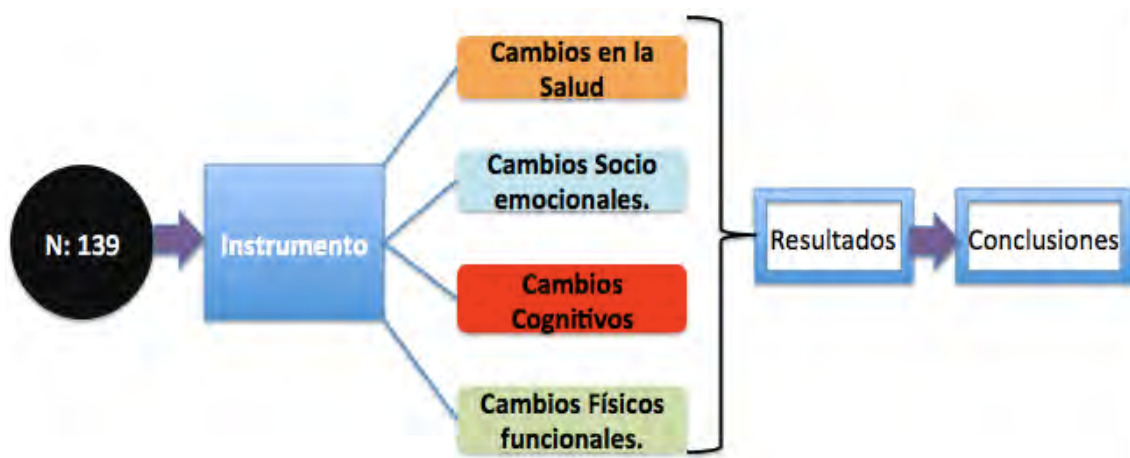
Si hay una percepción inadecuada del proceso de envejecimiento, entonces no se tendrá una adecuada planeación del mismo.

## 2. MATERIAL Y MÉTODOS.

### 2.1 TIPO DE ESTUDIO.

Observacional, descriptivo y transversal.

### 2.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN DEL ESTUDIO.



### 2.3 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO.

Adultos de 20 a 59 años de edad que acudieron al centro de salud, sin importar causa específica de la visita, ni condición de salud, que se encontrara en las salas de espera de la institución dentro del periodo de estudio, Mayo - Junio del 2016.

### 2.4 MUESTRA.

No probabilística, por conveniencia.

## **2.5 CRITERIOS DE SELECCIÓN.**

### **2.5.1 Inclusión.**

Adultos entre 20 y 59 años de edad que acudieron al Centro de Salud durante el periodo de estudio sin importar condición de salud al momento de aplicar la encuesta.

### **2.5.2 No Inclusión.**

Adultos mayores de 59 años, que sean portadores de padecimientos psiquiátricos, con secuelas incapacitantes de padecimientos como eventos cerebrovasculares con deterioros cognitivos.

### **2.5.3 Eliminación.**

Encuesta incompletas, que no se firme la carta de consentimiento informado.

## **2.6 VARIABLES (TIPO Y ESCALA DE MEDICIÓN).**

### **2.6.1 Definición conceptual.**

*Edad.* Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la aplicación de la encuesta.

*Sexo.* Condición orgánica que distingue la identidad.

*Estado Civil.* Condición de cada persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal.

*Nivel Educativo.* Grado de estudio.

*Cambios de Salud.* Condiciones que afectan a las estructuras corporales específicas y a los mecanismos fisiológicos o psicológicos implicados.

*Cambios cognitivos.* Los cambios cognitivos es la pérdida de funciones cognitivas, específicamente en memoria, atención y velocidad de procesamiento de la información (VPI), que se produce con el envejecimiento normal.

*Cambios en habilidades físicas y funcionales.* La habilidad es la aptitud innata, talento, destreza o capacidad que ostenta una persona para llevar a cabo determinada actividad y funcionalidad refiere a la ejecución de la función propia que despliega una persona, en orden a la concreción de una tarea, actividad o trabajo.

*Cambios en la condición socio - emocional.* La condición socio-emocional es la capacidad para interactuar con personas o grupos de una manera que contribuya positivamente a los miembros de la sociedad. El aspecto social se relaciona específicamente a la interacción con personas (externa). El aspecto emocional se relaciona a comprender y controlar apropiadamente las

## 2.6.2 Definición operacional de las variables.

<u>VARIABLE / CATEGORÍA</u>	<u>TIPO Y ESCALA DE MEDICION</u>	<u>DEFINICIÓN OPERACIONAL</u>	<u>CALIFICACIÓN</u>	<u>FUENTE</u>
Edad.	Cuantitativa, continua.	Años cumplidos.	Números enteros.	Instrumento y Consentimiento informado
Sexo.	Cualitativa, nominal.	Género.	1. Femenino. 2. Masculino.	Instrumento y Consentimiento informado
Estado Civil.	Cualitativa Nominal.	Casado, soltero, viudo, divorciado, unión libre.	1. Unión Estable. 2. Soltero.	Instrumento y Consentimiento informado
Nivel Educativo.	Cualitativa Ordinal.	Logro máximo alcanzado.	Primaria, Secundaria, Bachillerato, Licenciatura.	Instrumento y Consentimiento informado
Ocupación.	Cualitativa Nominal.	Actividad desempeñada.	1. Ama de casa, 2. Empleado General, 3. Trabajador de la salud, 5. Estudiante, 6. Chofer, 7 Obrero. 8. Profesor.	Instrumento y Consentimiento informado
Cambios de Salud.	Cualitativa, nominal.	Capacidad de resolución ante un problema de salud, promoción y prevención a la salud.	1. Nada 2. Casi Nada 3. Algo 4. Bastante 5. Mucho.	Instrumento y Consentimiento informado
Cambios cognitivos.	Cualitativa, nominal.	Capacidad intelectual y de memoria a largo plazo.	1. Nada 2. Casi Nada 3. Algo 4. Bastante 5. Mucho.	Instrumento y Consentimiento informado
Cambios en habilidades físicas y funcionales	Cualitativa, nominal.	Independencia física y capacidades físicas para actividades de la vida diaria.	1. Nada 2. Casi Nada 3. Algo 4. Bastante 5. Mucho.	Instrumento y Consentimiento informado
Cambios en la condición socio - emocional.	Cualitativa, nominal.	Interacción social y variaciones del estado de ánimo ante estado civil.	1. Nada 2. Casi Nada 3. Algo 4. Bastante 5. Mucho.	Instrumento y Consentimiento informado

## 2.7 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

El instrumento utilizado para recabar información fue la Escala de Autoeficacia para Envejecer (EAEE) que, mediante 10 ítems, explora dicho constructo en los aspectos salud, cognitivo, habilidades físicas y funcionales y habilidades socio-emocionales. Además de las puntuaciones para cada dimensión, es posible obtener un puntaje total para la escala.

Cada ítem posee 4 opciones de respuesta (casi nada, algo, bastante y mucho) y los participantes encuestados deben elegir la alternativa que consideren que

expresa lo que ocurrirá en el futuro. En el estudio original la escala mostró una adecuada confiabilidad, ( $\alpha$  .84) y covariar significativamente con percepción de salud, buen ajuste físico y cognitivo, percepción de superación de conflicto, conducta prosocial, satisfacción y empatía interpersonal (Fernández Ballesteros, 2008). Posteriormente, los datos fueron analizados estadísticamente mediante el uso de paquetes informáticos estandarizados. La misma encuesta tiene un instructivo en el cual se explica que el puntaje más bajo que se puede obtener es 10 y el más alto es 50, a mayor puntaje mejor percepción de eficacia (Ver anexo 1).

## **2.8 MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

Previa autorización de la dirección de la unidad, se establecieron el tiempo y espacios en los cuales se hicieron las entrevistas, los días de lunes a viernes en horario de consulta, en pacientes que se encontraron en sala de espera, con apoyo de médicos residentes, estudiantes de bachillerato, los cuales recibieron capacitación previa para el entendimiento del instrumento, el cual se denomina *Escala Autoeficacia para envejecer de Rocío Fernández-Ballesteros*. La cual forma parte del European Survey on Aging Protocol (ESAP) (Fernández-Ballesteros, Zamarrón, Rudinger, Schroots, Hekkinnen, et al., 2004, Fernández-Ballesteros, Schroots & Rudinger, 1998) y dieron su autorización mediante un consentimiento informado (Ver anexo 2 y 3).

## **2.9 PRUEBA PILOTO.**

Se realizaron 15 pruebas piloto, en unidad medica alterna para valorar el entendimiento de la escala por parte de los encuestados, el tiempo y la rapidez de requisición completa de la encuesta.



## **2.10 MANIOBRAS PARA CONTROLAR SESGOS.**

Sesgos de información para la recolección de los mismos dependiendo del estado de salud física, emocional del individuo al momento de aplicarse la encuesta.

## **2.11 PROCEDIMIENTOS ESTADÍSTICOS.**

El propósito de la investigación fue evaluar la percepción de la autoeficacia para envejecer, con una muestra seleccionada por conveniencia para analizar variables cualitativas y cuantitativas utilizando estadística descriptiva, con una sola medición y el análisis de las variables con prueba de  $X^2$ .

### **2.11.1 Diseño y construcción de base de datos.**

Una vez completa la aplicación de la encuesta, se procedió a la creación de una base de datos en el programa Microsoft Excel 2011 Versión 14.4.8, última actualización instalada. A los instrumentos se les asignó un número de folio únicamente para mantener la confidencialidad de los pacientes, posteriormente se procedió a su captura.

### **2.11.2 Análisis estadístico.**

Se utilizó estadística descriptiva.

Para el análisis de las variables cualitativas, las 4 áreas exploradas por el instrumento, se emplearon frecuencias y porcentajes, así como medidas de tendencia central para las variables de tipo cuantitativo. Se buscó establecer asociación entre ambas variables se utilizó  $X^2$ . Para tal fin se utilizó el programa Epi Info 7.1.4.0, el programa Excel 2011 Versión 14.4.8. Los resultados se presentaron en tablas y figuras.

## **2.12 CRONOGRAMA (Ver anexo 4)**

## **2.13 RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FÍSICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO.**

### **Recursos Humanos**

Investigador Responsable  
Médicos residentes del tercer año.  
Pasante de bachillerato.

### **Recursos Físicos**

Instalaciones del Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana”.

### **Recursos Materiales**

Hojas blancas tamaño carta para la cédula de datos, bolígrafos, computadora, copias.

### **Financiamiento del Estudio**

Autofinanciado.

## **2.14 CONSIDERACIONES ÉTICAS.**

En base a los acuerdos internacionales y a los lineamientos vigentes en nuestro país, podemos determinar que es un estudio con riesgo mínimo para el paciente, y se amplía la información de acuerdo a los siguientes lineamientos:

La *Declaración de Helsinki*, correspondientes a la siguiente distribución dada en su última revisión “A. Introducción” (párrafos 1 a 9), “B. Principios para toda investigación médica” (párrafos 10 a 27) y “C. Principios aplicables cuando la investigación médica se combina con la atención médica” (párrafos 28 a 32).

3. El deber del médico es promover y velar por la salud de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

4. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente", y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: "El médico

6. En investigación médica en seres humanos, el bienestar de la persona que participa en la investigación debe tener siempre primacía sobre todos los otros intereses.

7. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones actuales deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

8. En la práctica de la medicina y de la investigación médica, la mayoría de las intervenciones implican algunos riesgos y costos.

9. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son particularmente vulnerables y necesitan protección especial. Estas incluyen a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos y a los que pueden ser vulnerables a coerción o influencia indebida.

10. Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.

11. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación.

22. La participación de personas competentes en la investigación médica debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la comunidad, ninguna persona competente debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente.

23. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y social.

Por tal motivo se solicita la autorización para aplicación del instrumento con un consentimiento informado.

26. Al pedir el consentimiento informado para la participación en la investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el individuo potencial está vinculado con él por una relación de dependencia o si consiente bajo presión. En una situación así, el consentimiento informado debe ser pedido por una persona calificada adecuadamente y que nada tenga que ver con aquella relación.

El *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud de México* correspondientes al:

Titulo segundo, capítulo I, en primer lugar se utilizó el art. 13 porque en la investigación, prevaleció el criterio del respeto a su dignidad y la 10 protección de sus derechos y bienestar del sujeto de estudio.

En segundo lugar, el Art. 15 en la investigación se incluyeron varios grupos de humanos, motivo por el cual se utilizó un método aleatorio de selección, por el cual se obtuvo una asignación imparcial de los participantes en cada grupo y se tomaron las medidas pertinentes para evitar cualquier riesgo o daño a los sujetos de investigación: manteniendo su anonimato, su participación voluntaria, así como la libertad de abandonar la investigación si así lo deseaba.

En tercer lugar, se aplicará el Art. 16 que menciona que en las investigaciones en seres humanos se debe proteger la privacidad del individuo sujeto de investigación. En cuarto lugar, se aplicó el Art. 20 que refiere que el consentimiento informado es el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autorizó su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se sometería, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

### 3. RESULTADOS.

Fueron aplicadas 160 encuestas, de las cuales se eliminaron del estudio 22 por falta de llenar las encuestas en su totalidad, no firmar el consentimiento informado, dando un total de 138 para su análisis e interpretación.

Al agrupar la edad por intervalos de clase se encontró lo siguiente: de 20 a 25 años 30 (22%), de 26-30 años 22 (16%), de 31-35 años 10 (7%), de 36-40 años 11 (8%), 41 – 45 años 17 (12%), 46 – 50 años 19 (14%), 51 – 55 11 años (8%) y mas de 56 años 18(13%). Con una media aritmética de 38.6 y desviación estándar de 12.7. La edad mínima fue 20 años y máxima de 59 años con una moda 27. Ver tabla 1.

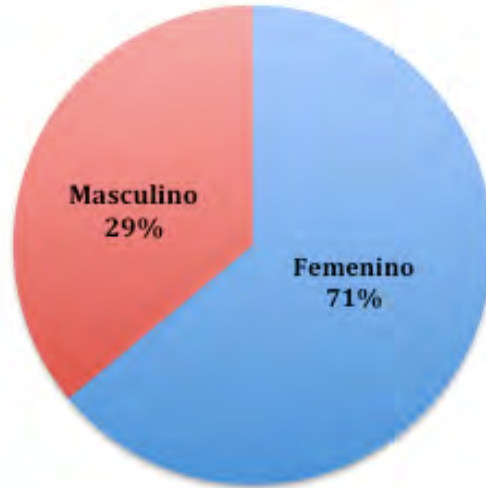
**Tabla 1. Distribución por grupos de edad de los pacientes encuestados en el Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana”**

Grupo de Edad	Frecuencia	%
20 -25	30	22%
26 -30	22	16%
31 -35	10	7%
36 - 40	11	8%
41 - 45	17	12%
46 - 50	19	14%
51 - 55	11	8%
56 +	18	13%
<b>TOTAL</b>	<b>138</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Matriz de datos, 2016.

Con relación al género encontramos la siguiente distribución en la población estudiada: Masculino 40 (29%) y Femenino 98 (71%). Ver Figura 1.

**Figura 1. Distribución según Sexo de los adultos encuestados en el Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana”**



**Fuente:** Matriz de datos, 2016.

La distribución que se obtuvo de acuerdo a otras variables sociodemográficas como: estado civil, en el cual se establecen dos grupos unión estable 78 (56.5%) sin especificar condición legal, y el segundo grupo, solteros que fueron 60 (43.5%). Ver tabla 2.

**Tabla 2. Distribución del estado civil de los adultos encuestados en el Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana”**

Estado Civil	Frecuencia	%
Soltero	60	43.5%
Unión Estable	78	56.5%
<b>Total</b>	<b>138</b>	<b>100.00%</b>

**Fuente:** Matriz de datos, 2016.

Respecto al nivel académico nos arroja los siguientes datos: Primaria 13 (9.4%), Licenciatura 34 (24.6%), Secundaria 37 (26.8%), Licenciatura 34 (24.6%), Bachillerato 54 (39.1%). Ver tabla 3.

**Tabla 3. Relación de la escolaridad de los adultos encuestados en el Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana”**

Escolaridad	Frecuencia	%
<b>Bachillerato</b>	54	39.13%
<b>Licenciatura</b>	34	24.64%
<b>Primaria</b>	13	9.42%
<b>Secundaria</b>	37	26.81%
<b>Total</b>	138	100.00%

**Fuente:** Matriz de datos, 2016.

En cuanto a la ocupación que los encuestados desempeñan, se encuentran Profesores 2 (1%), Trabajadores de la Salud 15 (11%), Estudiante 20 (15%), Empleado General 43 (31%) y ama de casa con 58 (42%). Ver tabla 4.

**Tabla 4. Relación de la ocupación de los adultos encuestados en el Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana”**

Ocupación	Frecuencia	%
<b>Ama de casa</b>	58	42 %
<b>Empleado Gral.</b>	43	31 %
<b>Trabajador de salud</b>	15	11 %
<b>Estudiante</b>	20	15 %
<b>Profesor</b>	2	1 %
<b>Total</b>	138	100 %

**Fuente:** Matriz de datos, 2016.



Al analizar el puntaje global de la percepción de autoeficacia según los puntajes obtenidos mediante el instrumento, se analizan los siguientes datos de tendencia central: el promedio de calificación global fue 37, Desviación Estándar 7.5, Moda 40, calificación mínima 14, calificación máxima 50.

Se hizo un análisis de los puntajes globales en base a cuartiles, teniendo como el primer cuartil la calificación de 34, el segundo 39 y el tercero es 42, conociendo que para poder realizar un análisis, por debajo de 34 como una regular percepción y por encima de 35 como una buena percepción, arrojando los siguientes datos. Ver tabla 5 y Figura 2.

**Tabla 5 y Figura 2. Frecuencia de la percepción de los pacientes encuestados en el Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana”**

Percepción	Frecuencia	%
Buena	71	51.45%
Regular	67	48.55%
Total	138	100.00%



**Fuente:** Matriz de datos, 2016

Se dividieron los resultados obtenidos en las diferentes áreas exploradas por el instrumento, en base a su calificación menor y la mayor, teniendo dos calificaciones en base a la percepción, buena o regular, para el rubro de cambios en la salud y cambios cognitivos el corte es de 7 o menos para regular y mayor a este buena percepción.

Para los cambios en la condición socio – emocional y cambios en habilidades y funcionales, el corte para una regular percepción fue de 11 y para una buena percepción mayor de 12. Ver tabla 6

**Tabla 6. Frecuencia de la percepción en las 4 áreas exploradas de los pacientes encuestados en el Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana”.**

Área Explorada	Regular Percepción	Buena Percepción	TOTAL
<b>Cambios en la Salud</b>	53 (38%)	85 (62%)	138 (100%)
<b>cambios en la condición Socio - Emocional</b>	62 (44%)	76 (66%)	138 (100%)
<b>Cambios en habilidades Físicas y funcionales</b>	44 (31%)	94 (69%)	138 (100%)
<b>Cambios Cognitivos</b>	49 (35%)	89 (65%)	138 (100%)

Se hizo un análisis independiente de cada una de las variables, y se realizaron asociaciones entre las variables, es decir, la sociodemográficas y las 4 áreas exploradas por el instrumento, con cada una de estas se tomaron puntos de corte para buena o regular percepción, se encontraron datos estadísticamente con asociación significativa o que influyeran en la percepción del área explorada.

El de mayor relevancia estadística el que se analizó en la asociación de las variables de edad y percepción en los cambios de las habilidades físicas y funcionales, donde se trabajó con cuartiles y el primer cuartil se estable con 10, el segundo 12 y el tercer con 13, conociendo como punto de corte para este trabajo en regular percepción menor de 10 y de 11 hacia arriba con una buena percepción, donde arroja un dato de  $X^2$  de 0.0052 con lo que puedo decir que si hay una fuerte relación entre menor es la edad del adulto mejor es la percepción de las habilidades físicas y funcionales que tendrá al llegar a la vejez. Ver tabla 7

**Tabla 7. Relación de la edad con la percepción de los cambios en las habilidades físicas y funcionales de los pacientes encuestados en el Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana”.**

<b>GRUPO de EDAD</b>	<b>Buena</b>	<b>Regular</b>	<b>Total</b>
<b>1 (20 - 40)</b>	56 (60%)	14 (31%)	70
<b>2 (41 - 50)</b>	20 (21%)	15 (33%)	35
<b>3 (51 - 59)</b>	17 (19%)	16 (36%)	33
<b>TOTAL</b>	93 (100%)	45 (100%)	138

$X^2$  de 0.0052

**Fuente:** Matriz de datos, 2016

#### **4. DISCUSIÓN.**

Se analizaron 138 encuestas que cumplieron con los criterios de inclusión. El objetivo de este trabajo fue evaluar la percepción de la autoeficacia para envejecer en adultos que acudieron al Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana”.

Se identificaron variables sociodemográficas y al realizar un análisis cruzado con las áreas exploradas mediante el instrumento no hubo asociación mas que un solo rubro, la edad con la percepción de los cambios físicos y funcionales.

Si bien el tipo de selección muestral no permite generalizar los resultados a la población, los mismos permiten alcanzar conclusiones que pueden dar lugar a nuevas hipótesis e investigaciones. Estos datos muestran que las personas poseen creencias favorables a la hora de evaluar cuáles son sus expectativas de control en relación a su propio envejecimiento.

Más aún en el caso de las mujeres, que mostraron poseer creencias sobre sí mismas más favorables que las de los hombres en lo que respecta a sus propias habilidades para enfrentar con éxito situaciones estresantes durante la vejez. Las puntuaciones más bajas respecto a las creencias de eficacia se reflejaron en la dimensión cognitiva. Es decir, que frente a la hipotética situación de enfrentar déficits cognitivos, tanto varones como mujeres se consideran menos eficaces que para superar otros posibles obstáculos que el envejecimiento pueda traer aparejado.

Es posible pensar que la pérdida de habilidades mentales es un aspecto que puede generar mayores dificultades a la hora de evaluar las propias capacidades para superar o revertir dicha situación. Si bien el constructo de autoeficacia no permite afirmar cuáles son las conductas que efectivamente se implementarán y se desarrollarán, posibilita predecir ciertos comportamientos y su impacto en los pensamientos para el logro o no de un envejecimiento exitoso (Fernández Ballesteros et. al., 2008).

Las diferencias halladas a favor de las mujeres difieren de los hallazgos de investigaciones previas que, por el contrario, afirman que estas poseen menor autoeficacia cognitiva y global que los hombres (Gecas, 1989; Fernández Ballesteros, 2010). Esto último podría deberse a aspectos que van más allá de la edad, como el contexto sociocultural en el que el estudio se ha realizado.

Uno de los factores que podría explicar la ausencia de significancia estadística podría estar dado por el hecho de pensar que es posible que, al enfrentarse a los cambios propios de la edad, la gente encuestada con mayor edad no evidencien una disminución en la propia percepción de Autoeficacia para envejecer.

Otra cuestión a tener en cuenta respecto de la equiparación de las puntuaciones entre los grupos, podría abordarse a partir de la influencia de los estereotipos negativos sobre el proceso de envejecimiento. Los mismos generan que la vejez sea una etapa vital percibida uniformemente, prescindiendo de las características individuales que hacen única a cada persona (Sánchez- Palacios, Trianes Torres & Blanca Mena, 2014) y llevando a concebirla como un momento vital en el cual sólo se observan aspectos negativos.

Dichos cambios podrían estar mediando en la percepción futura del propio envejecimiento en los adultos jóvenes. De esta manera, los más jóvenes podrían estar presuponiendo que con la vejez pueden disminuir ciertas capacidades; lo que afectaría la expectativa del mantenimiento de sus habilidades como hechos propios del paso de los años. La contraparte positiva de esta situación, es que esto pareciera estar generando al mismo tiempo en el grupo más joven, acciones tendientes a prevenir la pérdida de algunas capacidades tanto físicas como cognitivas antes de evidenciar déficits reales.

Atendiendo a las puntuaciones totales, es posible observar que las mismas fueron conservadas en todas las dimensiones y en los diferentes cruces que se hicieron, lo que estaría mostrando la expectativa sobre las propias

Se sostiene que aquellas personas con un elevado sentido de Autoeficacia percibida, pueden ver los desafíos como oportunidades y desarrollar un interés más profundo en aquellas actividades en las que participan, consolidando un importante sentido del compromiso y pudiendo ser capaces de reponerse ante situaciones adversas. Atendiendo a estos hallazgos, debe tenerse en cuenta el importante papel que la Autoeficacia para envejecer tiene como predictora de un envejecimiento exitoso (Fernández Ballesteros et al., 2010).

## **5. CONCLUSIONES.**

Se propone hacer un estudio longitudinal donde sea los cambios de esta autoeficacia a través de diferentes momentos y situaciones circundantes de cada individuo (estado de salud física y emocional, condición laboral, variables socioeconómicas, etc.), correlacionarlo con otras variables como deterioro cognitivo, estatus socioeconómico, cultural y educativo pero a largo plazo.

Buscar una relación entre las redes sociales con las que cuenta cada individuo y estudiarlas de acuerdo a la percepción y autoeficacia del proceso de envejecimiento.

De acuerdo al perfil del Médico Familiar, es importante conocer cuáles son las acciones de promoción y prevención que se deben hacer en el primer nivel de atención, también la búsqueda y reconocimiento de los estilos de vida que signifiquen un riesgo para el adulto y las estrategias de educación que tendremos con el paciente para que la percepción del proceso de envejecimiento sea mejor y se logre la meta de envejecer exitosamente.

Las condiciones de vida de muchos adultos no siempre son las óptimas para favorecer su calidad de vida. En muchos casos se trata de personas que dedicaron su vida al cuidado de otros, es decir, realizando actividades económicas, protección de la familia, para luego encontrarse sin un sentido de vida, ya sea solos, o aislados en la casa de sus hijos o confinados en una institución de asistencia. El envejecimiento es un desafío para la sociedad y para la comunidad científica y deben buscarse formas para mejorar la calidad de vida de las personas mayores, de manera que se reduzcan costos a nivel de salud pública. Las condiciones ambientales, económicas, culturales y sociales en un determinado contexto histórico influirán en el proceso de envejecimiento. De este modo la sociedad y el contexto sociopolítico ejercen un papel esencial para que este proceso se realice de forma óptima y activa (Fernández Ballesteros, 2012).

## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Canga-armayor AD. La construcción de un envejecimiento exitoso: un enfoque integral, *Rev Cub Aten Pri* 2010;21(7):146–52.
2. Frese T, Deutsch T, Keyser M, Sandholzer H. In-home preventive comprehensive geriatric assessment (CGA) reduces mortality--a randomized controlled trial. *Arch Gerontol Geriatr* [Internet]. Elsevier Ireland Ltd; 2012 [cited 2014 May 4];55(3):639–44.
3. Casado JMR, De H. Protocolo en geriatría. 2012; 8(108):5805–7.
4. Anderson SF. Geriatría y gerontología : conceptos generales. 2009;3469–71.
5. Peters a, Döring a, Ladwig K-H, Meisinger C, Linkohr B, Autenrieth C, et al. Multimorbidity and successful aging: the population-based KORA-Age study. *Z Gerontol Geriatr*. 2011 Dec . 44 Suppl 2:41–54.
6. McLaughlin SJ, Jette AM, Connell CM. An examination of healthy aging across a conceptual continuum: prevalence estimates, demographic patterns, and validity. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* [Internet]. 2012 Jun [cited 2014 May 9];67(7):783–9.
7. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud, OMS. [who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873\\_spa.pdf?ua=1](http://who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf?ua=1).
8. Well-being P, Support PS, Barra E. Bienestar Psicológico , Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. 2012; 30:23–9.
9. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Perfil sociodemográfico de adultos mayores, México, INEGI, 2014.
10. <http://www.spps.gob.mx/avisos/1550-estado-de-salud-de-adultos-mayores-.html>
11. SINAIS/SINAVE/DGE/SALUD/Perfil epidemiológico del adulto mayor en México 2014
12. Espinosa-aguilar A, Caraveo-anduaga J, Zamora-olvera M, Arronterosales A, Krug-llamas E, Olivares-santos R, et al. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de depresión en los adultos mayores. 2010; 30(6):69–80.
13. Edelberg HK. Viii evaluacion del paciente geriatrico. 2014;1–21.



14. Grubb A, Björk J, Nyman U, Pollak J, Bengzon J, Ostner G, et al. Successful aging : A holistic perspective. *Scand J Clin Lab Invest*. 2011 Apr; 71(2):145–9
15. Gas HGA. El retiro profesional del médico . *Dinámica familiar*. 2011;250–5.
16. Dogra S, Stathokostas L. Sedentary behavior and physical activity are independent predictors of successful aging in middle-aged and older adults. *J Aging Res*. 2012 Jan; 2012:190654.
17. Lacruz ME, Emery RT, Bickel H, Cramer B, Kurz A, Bidlingmaier M, et al. Mental health in the aged: prevalence, covariates and related neuroendocrine, cardiovascular and inflammatory factors of successful aging. *BMC Med Res Methodol [Internet]*. 2010 Jan;10:36.
18. Jeste D V, Depp C a, Vahia I V. Successful cognitive and emotional aging. *World Psychiatry*. 2010 Jun; 9(2):78–84.
19. Santiago-Baena G, Ponce-Rosas ER, Chapa-Luque T, Sánchez-Escobar LE, Jiménez-Galván I. Percepciones sobre el modelo de envejecimiento life-span en una clínica de medicina familiar de la ciudad de México. *Aten Fam*. 2013; 20(2):55-58.
20. Alonso Palacio LM, Ríos AL , Payares S, Maldonado A, Campo L, Diosenith Quiñonez JO. Percepción del envejecimiento y bienestar que tienen los adultos mayores del Hogar Geriátrico San Camilo de la ciudad de Barranquilla (Colombia). *Sal Uni. Barranquilla (Col.)* 2013; 26 (2): 250-259
21. Yewoubdar B, Becker G, Mayen N. Perception of aging and sense of well-being among latino elderly. *Journal of cross-cultural Gerontology* 2012; 17 (2): p 155-172
22. Ballesteros GR, Zamarrón CM, López BM, Molina MA, Diez NJ. Envejecimiento con éxito: criterios y predictores. *Psicothema* 2010. Vol. 22, nº 4, pp. 641-647.
23. Ballesteros, R. Zamarrón, M.D., Rudinger, G., Schroots, J., Hekkinnen, E., Drusini, A., Paul, C., Charzewska, J., & Rosenmayr, L. (2004). Assessing Competence: The European Survey on Aging Protocol (ESAP). *Gerontology*, 50: 330–347.

24. Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M. D., Díez-Nicolás. J., Montero, P., López-Bravo, M.D. Espinosa, M., Hernández-Torres, A., Mañanes, Verónica., Molina, M.A. (Manuscrito sin publicar). Envejecer Activo: Primeros resultados del Estudio Longitudinal de Envejecimiento Activo. Universidad Autónoma de Madrid, España.
25. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud, OMS. [who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873\\_spa.pdf?ua=1](http://who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf?ua=1).
26. Sanchez-Palacios, C., Trianes Torres, M. V. & Blanca Mena, M. J. (2014). Estereotipos negativos hacia la vejez y su relación con variables sociodemográficas en personas mayores de 65 años. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 44 (3), 124-129.
27. Bandura, A. (2012). Exercise of personal agency through the self-efficacy mechanisms. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action*. Washington, DC: Hemisphere.

## 7. ANEXOS

### Anexo 1

#### HERRAMIENTA DE APLICACIÓN

A continuación encontrará una serie de frases. Por favor, en la columna de la derecha, marque con una (X) la casilla que mejor exprese lo que Ud. cree que ocurrirá en el futuro.

**Escala de auto-percepción del Envejecimiento**

	Nada 1	Casi Nada 2	Algo 3	Bastante 4	Mucho 5
S 1. Cuando surja un problema de salud creo que lo podré resolver.					
SE 2. Si tengo problemas en mis relaciones con la familia y los amigos seré capaz de resolverlos.					
C 3. Pienso que podré mantener mi rendimiento intelectual como hasta ahora.					
EF 4. Creo que seré capaz de ser independiente.					
SE 5. Si mi estado de ánimo sufre altibajos cuando envejezca, seré capaz de superarlos.					
S 6. Creo que voy a hacer cosas para prevenir la mayor parte de los problemas de salud.					
SE 7. Creo que podré resolver los problemas de soledad que puedan surgir.					
EF 8. En el futuro, creo que me podré valer por mí misma/o.					
C 9. Si en el futuro aparecen algunos problemas de memoria, creo que podré compensarlos.					
EF 10. Creo que durante la vejez, podré mantener un buen estado físico.					

Notas. S =Cambios en salud, C = Cambios cognitivos, EF = Cambios en habilidades físicas y funcionales, SE = Cambios en la condición socio-emocional.

## Anexo 2

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### **Percepción de la autoeficacia para envejecer en adultos que acuden al Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana”.**

Nombre del Investigador Principal: Dr. Alcázar Parra Juan Ignacio

Sitio de Investigación: CS. TIII Dr. José Castro Villagrana.

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Datos del paciente: Sexo:

Edad:

Estado Civil:

Nivel Educativo:

Motivo de visita al centro de salud:

A través de este documento queremos hacerle una invitación a participar voluntariamente en un estudio de investigación clínica. Tiene como objetivo valorar la autopercepción del adulto en el proceso de envejecimiento.

Antes de que usted acepte participar en este estudio, se le presenta este documento de nombre “Consentimiento Informado”, que tiene como objetivo solicitarle la autorización de realizarle una encuesta, donde únicamente se tomarán como datos personales su edad, sexo y nivel educativo.

El consentimiento informado le proporciona información sobre el estudio al que se le está invitando a participar, por ello es de suma importancia que lo lea cuidadosamente antes de tomar alguna decisión y si usted lo desea. Usted puede interrumpir la encuesta cuando lo desee, no es de carácter obligatorio, se lleva a cabo con fines académicos y mejora en el servicio de orientación y promoción de la salud.

Una vez que tenga conocimiento sobre el estudio y los procedimientos que se llevarán a cabo, se le pedirá que firme esta forma para poder participar en el estudio. Su decisión de que es voluntaria, lo que significa que usted es totalmente libre de ingresar a o no en el estudio. Podrá retirar su consentimiento en cualquier momento y sin tener que explicar las razones sin que esto signifique una disminución en la calidad de la atención médica que se le provea, ni deteriorará la relación con su médico. Si decide no participar, usted puede platicar con su médico sobre los cuidados médicos regulares. Su médico puede retirarlo o recomendarle no participar en caso de que así lo considere.

**Firma de Autorización:** \_\_\_\_\_

## Anexo 3

Ciudad de México, 18 de Mayo del 2016.

Dra. Maribel López Atquicira.  
Directora del Centro de Salud "Dr. José Castro Villagrana"  
Presente

Asunto: Solicitud de autorización para desarrollar proyecto de investigación.

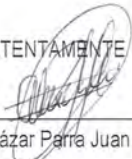
Me dirijo a usted para solicitar su autorización para desarrollar la fase campo del protocolo de investigación, titulado **Percepción de la eficacia personal del proceso de envejecimiento en pacientes adultos del Centro de Salud "Dr. José Castro Villagrana"**, a realizarse dentro de las instalaciones del centro de salud a adultos que soliciten atención durante el periodo Mayo – Junio.

Cuyo objetivo es la aplicación de una encuesta en dicha población.

El proyecto tiene la finalidad del presentar un trabajo final, por modalidad tesis, del curso de especialización en Medicina Familiar.

Sin otro particular reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE

  
R3MF Alcázar Parra Juan Ignacio



  
Dra. Consuelo González Salinas  
18/05/16

C.C.P. Dra Consuelo González Salinas, Coordinadora de Enseñanza.

Recibí  
Sonia Pavón  
18/05/16

		2014												2015												2016											
		M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N			
Actividad	Mes																																				
Programado																																					
Título																																					
Referencias																																					
Marco Teórico																																					
Planteamiento del Problema																																					
Justificación																																					
Objetivos																																					
Hipótesis																																					
Material y Metodos																																					
Población, Lugar y Tiempo																																					
Muestra																																					
Criterios de Selección																																					
Definición de variables																																					
Diseño Estadístico																																					
Instrumento de Recolección de datos																																					
Prueba Piloto																																					
Recolección de datos																																					
Procedimientos estadísticos																																					
Construcción de Base de Datos																																					
Análisis de Datos																																					
Resultados																																					
Discusión																																					
Conclusiones																																					
Conocimiento de la Especialidad y elección del tema de investigación																																					
Diseño de la investigación																																					
Etapa de Campo: Diseño de base de datos																																					
Integración del Informe final.																																					