



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

**FACULTAD DE MEDICINA**

División de Estudios de Posgrado

**“AUTOPERCEPCIÓN Y ACTITUD DEL ENVEJECIMIENTO Y SU  
INFLUENCIA EN EL ESTADO DE SALUD EN ADULTOS MAYORES  
QUE ACUDEN A LA UMF 21”**

**TESIS**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

**MARIANA CARREÓN TAPIA**

DIRECTOR DE TESIS

**DRA. LEONOR CAMPOS ARAGÓN  
DRA. ALEJANDRA PALACIOS HERNÁNDEZ**

**Facultad de Medicina**



CIUDAD UNIVERSITARIA, CIUDAD DE MÉXICO. 2017



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.

## ÍNDICE

I. Autorización	3
II. Agradecimiento	5
III. Título	6
IV. Identificación de los Investigadores	7
V. Resumen	8
VI. Marco Teórico	9
VII. Justificación	33
VIII. Planteamiento del Problema	34
IX. Pregunta de Investigación	35
X. Objetivos del Estudio	36
XI. Hipótesis	37
XII. Material y Métodos	38
XIII. Variables	41
XIV. Operacionalización de Variables	42
XV. Metodología	44
XVI. Aspectos Éticos	46
XVII. Recursos Humanos y Físicos	47
XVIII. Resultados	48
XIX. Discusiones	57
XX. Conclusiones	59
XXI. Recomendaciones	61
XXI. Referencia Bibliográfica	62
XXII. Anexos	65

# AUTORIZACIÓN

---

**DRA. GLORIA MORA PIMENTEL REDONDO**

DIRECTORA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 21 IMSS  
“FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO”

---

**DR. JORGE ALEJANDRO ALCALÁ MOLINA**

COORDINACIÓN CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DE  
LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 21 IMSS  
“FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO”

---

**DRA. ALEJANDRA PALACIOS HERNÁNDEZ**

PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA  
FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 21 IMSS  
“FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO”

## **ASESORES**

---

**ASESORA: DRA. LEONOR CAMPOS ARAGON**

MÉDICO CIRUJANO, MAESTRA EN CIENCIAS, PROFESORA DE  
INFORMÁTICA BIOMÉDICA EN LA FACULTAD DE MEDICINA UNAM

---

**DRA. ALEJANDRA PALACIOS HERNÁNDEZ**

PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA  
FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 21 IMSS  
“FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO”

## AGRADECIMIENTOS

Agradezco y dedico este trabajo con todo mi amor y cariño a mis padres Rogelio Carreón Carreón y María Dolores Tapia Sánchez por todos los valores que me inculcaron, por haber hecho todo el esfuerzo para que yo lograra mis sueños, por siempre estar cuando los necesite y por confiar en mí; por todo esto muchas gracias.

A mis hermanos Rogelio y Raymundo por ser un motivo para alcanzar mis metas, por su comprensión y cariño incondicional; por ponerme como un modelo a seguir; hermanos los amo.

A mis tías Flor, Reyna, Fernanda, Mercedes y Beatriz, por todo el apoyo que me dieron y por ser para mí un ejemplo de que se puede lograr lo que nos proponemos; a mis tíos y primos por siempre brindarme su apoyo; en especial a mi prima Alejandra con quien he crecido y se ha convertido en la hermana que no tuve.

A mis amigas y amigos que han estado incondicionalmente a mi lado, siempre mostrándome su apoyo y cariño.

A mis compañeras y compañero de residencia, con quienes recorrí este largo camino de 3 años con subidas y bajadas; pero siempre juntos.

A mis profesores que me brindaron su tiempo y conocimiento.

## TÍTULO

**“AUTOPERCEPCIÓN Y ACTITUD DEL ENVEJECIMIENTO Y SU INFLUENCIA  
EN EL ESTADO DE SALUD EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A LA  
UMF 21”**

## **IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES**

### **INVESTIGADORES**

#### **DRA. LEONOR CAMPOS ARAGON**

Médico Cirujano

Maestra en Ciencias. Profesora de Informática Biomédica en la Facultad de Medicina UNAM

Matrícula: 9054707

Adscripción: UMF 21 “Francisco del Paso y Troncoso” IMSS

Tel: 57686000

e-mail: leonor.campos@imss.gob.mx

Fax: sin Fax

#### **DRA. ALEJANDRA PALACIOS HERNÁNDEZ**

Médica Cirujana, Médico Especialista en Medicina Familiar

Matricula: 98381032

Lugar de Trabajo: UMF 21 “Francisco del Paso y Troncoso” IMSS

Adscripción: UMF 21 “Francisco del Paso y Troncoso” IMSS

Teléfono: 55 64219567

e-mail: alejandra\_ph17@hotmail.com

Fax: sin Fax.

### **PRESENTA**

#### **DRA. CARREÓN TAPIA MARIANA**

Médica Cirujana. Residente de 3° año de la Especialidad de Medicina Familiar

Matrícula: 98388286

Lugar de Trabajo: UMF 21 “Francisco del Paso y Troncoso” IMSS

Adscripción: UMF 21 “Francisco del Paso y Troncoso” IMSS

Tel: 5539885299

e-mail: anairam3030@gmail.com

Fax: sin Fax

## RESUMEN

### “AUTOPERCEPCIÓN Y ACTITUD DEL ENVEJECIMIENTO Y SU INFLUENCIA EN EL ESTADO DE SALUD EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A LA UMF 21”

\*Dra. Leonor Campos Aragon, \*\*Dra. Alejandra Palacios Hernández,  
\*\*\*Dra. Mariana Carreón Tapia

La autopercepción, es uno de los indicadores útiles en la identificación y conocimiento del estado de salud de la población de adultos mayores, el cual está influenciado por factores biológicos, sociales, económicos y culturales. Esto es de gran importancia, ya que el conocimiento de las variables asociadas a la autopercepción de salud nos da una pauta para fortalecer aquellos factores que mejoren las condiciones de salud y al mismo tiempo identificar aquellos que están empeorando dichas condiciones a través de acciones preventivas en salud adecuadas y oportunas y que se vea reflejado en una disminución de condiciones discapacitantes y en una menor prevalencia de enfermedades crónicas.

**Objetivo general:** Determinar la autopercepción y actitud del envejecimiento y su influencia en el estado de salud de adultos mayores que acuden a la UMF 21. **Material y Métodos:** Estudio observacional, transversal y descriptivo con muestreo no aleatorio. La muestra fue de 138 pacientes, a quienes se les aplicaron 2 cuestionarios el Cuestionario de Percepción del Envejecimiento (APQ) y el SF-12. **Resultados:** Del total de pacientes encuestados el 68% presento buena autopercepción del envejecimiento y 31.9% mala autopercepción; 55% en el cuestionario SF-12 reportaron tener buen estado de salud, en comparación con el 45% que no la tiene. **Conclusiones:** Se realizó una Razón de Momios con resultado de 0.962, lo que nos indica que existe un factor de protección entre una adecuada percepción del envejecimiento con el estado de salud de los adultos mayores.

Palabras Clave: Autopercepción, Envejecimiento, Estado de Salud.

\*Asesor, Coordinadora de Educación e Investigación en Salud UMF 21  
\*\* Asesor, Médico Cirujano, Especialista en Medicina Familiar  
\*\*\* Médico Cirujano, Residente de Segundo Año de la Especialidad en Medicina Familiar.

---

## SUMMARY

### “AUTOPERCEPTION AND ATTITUDE OF AGING AND ITS INFLUENCE IN THE HEALTH STATUS IN ELDERLY ADULTS THAT GO TO THE UMF 21 ”

\* Dr. Leonor Campos Aragon, \*\* Dra. Alejandra Palacios Hernández,  
\*\*\* Dra. Mariana Carreón Tapia

Self-perception is one of the useful indicators in the identification and knowledge of the health status of the elderly population, which is influenced by biological, social, economic and cultural factors. This is of great importance, since the knowledge of the variables associated to the self-perception of health gives us a pattern to strengthen those factors that improve the health conditions and at the same time to identify those who are worsening those conditions through preventive actions in Adequate and timely health care and reflected in a decrease in disabling conditions and a lower prevalence of chronic diseases.

**Objective:** To determine self-perception towards aging and its influence on the health status of older adults who attend the FMU 21. **Material and Methods:** Observational, transverse and descriptive study with non-random sampling. The sample consisted of 138 patients, who were given two questionnaires on the Aging Perception Questionnaire (APQ) and the SF-12. **Results:** Of the total of patients surveyed, 68% presented good self-perception of aging, 31.9% with poor self-perception; 55% in the SF-12 questionnaire reported being in good health, compared to 45% who do not. **Conclusions:** We performed a Mumps Ratio with a result of 0.962, which indicates that there is a protection factor between an adequate perception of aging and the health status of the elderly.

Keywords: Self-perception, Aging, Health Status.

\* Advisor, Coordinator of Health Education and Research UMF 21  
\*\* Counselor, Surgeon Doctor, Family Medicine Specialist  
\*\*\* Medical Surgeon, Second Year Resident of the Specialty in Family Medicine.

## MARCO TEÓRICO

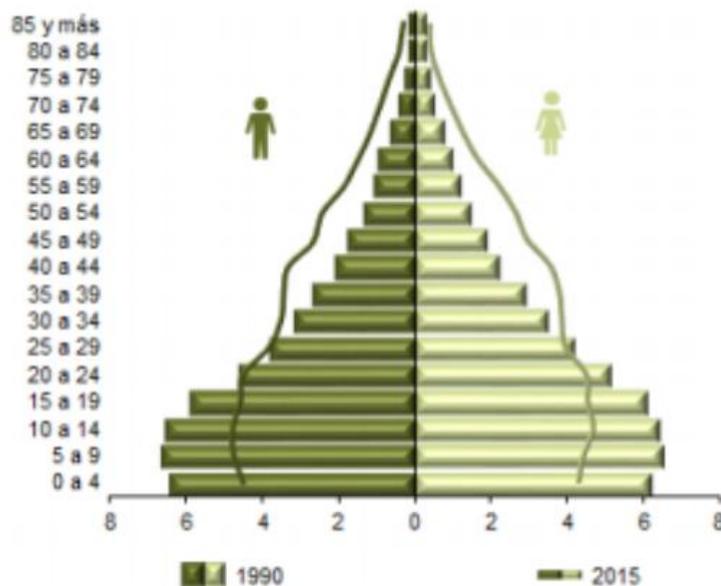
### EPIDEMIOLOGÍA

México, como parte de los países que se encuentran en el pleno de la transición demográfica, está viendo incrementar su población de adultos mayores de 60 años; lo que representara, un grupo poblacional que se distribuirá de manera heterogénea en el país, con distintas necesidades, tanto de salud, económicas y sociales, que el resto de la población y que demandará servicios y acciones específicas que mantenga un nivel de vida adecuado que se vea reflejado en su salud.

La población de adultos mayores aumenta cada año en todo el mundo, como referencia El Sistema de Estadísticas Sanitarias Mundiales de la Organización Mundial de la Salud reportó que en el año 2008 las personas mayores de 60 años representaban el 11% de la población total; y en México la población de adultos mayores era del 9% del total de su población. Aproximadamente la tasa de crecimiento anual está entre el 2 y el 5%, con un estimado de 13,664,349 personas de 60 años y mayores para el 2020.<sup>1</sup>

En México, de acuerdo estadísticas del INEGI, en 2015 el porcentaje de población de 60 años es de 10.4% según información de la Encuesta Intercensal; en comparación a 1990; el total de personas de 60 años y más era de 10.9 millones representando el 9.3% de la población total.<sup>2</sup>

## Estructura de la población 1990 y 2015



Fuente: INEGI. *XI Censo General de Población y Vivienda 1990*. Tabulados básicos. Encuesta Intercensal 2015. Base de datos.

De acuerdo con las proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO), para 2030, el porcentaje de adultos mayores será de 20.4 millones, representando el 14.8%. Con el aumento de esta población se incrementa la demanda de servicios relacionados con la salud, vivienda, pensiones y espacios urbanos que faciliten el tránsito de estas personas.<sup>2,3</sup>

Datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014, señalan que del total de adultos mayores (60 años y más) 26% tiene discapacidad y 36.1% posee alguna limitación. En los primeros, los tipos de discapacidades más reportados son: caminar, subir y bajar usando sus piernas (64.7%); ver [aunque use lentes] (41.4%) y escuchar [aunque use aparato auditivo] (25.9%).<sup>2</sup>

La ENSANUT 2012 recabó información de 8 874 hombres y mujeres de 60 años o más, que al aplicar los factores de expansión representan a 10,695 704 de adultos mayores en el país, lo que representó 9.2% de la población estimada del país. Si bien el proceso de envejecimiento demográfico es una realidad nacional, varía en grado en los diferentes estados. Los datos del Censo 2010 muestran que en el Distrito Federal, Veracruz y Oaxaca, más de 10% de la población tiene 60 años o

más; Baja California, Baja California Sur, Chiapas, Querétaro, Aguascalientes, Estado de México y Tabasco presentan porcentajes entre 5.0 y 7.0%.<sup>4</sup>

En comparación a otros continentes como Europa se prevé que la población siga envejeciendo; estimando que en el año 2060 el 30% de la población será mayor de 65 años.<sup>6</sup>

En la Unidad de Medicina Familiar No. 21, de acuerdo al Diagnóstico de salud del 2015, la unidad cuenta con una población de 138,049 derechohabientes, 43.13% hombres y 56.87% mujeres. La población adulta mayor de 60 años de edad es de 32,388; 11,008 hombres y 21,380 mujeres.

## **DEFINICIONES**

### **PERCEPCIÓN**

Es un proceso cognitivo; es la primera impresión o juicio que se elabora de un objeto o hecho, este se construye a partir de las sensaciones externas que recoge el organismo.<sup>7</sup>

La calidad de vida está íntimamente relacionada con la percepción ya que se asocia a la valoración personal de un individuo, de su situación de vida dentro del contexto cultural y de los valores en que vive; traducido en la percepción que tiene del bienestar resultante del equilibrio entre valores, objetivos, intereses, expectativas, exigencias ambientales y recursos para afrontarlas. Este bienestar generado se define como la asociación de emociones vinculadas al sentimiento de confianza hacia el mundo que rodea a la persona, la capacidad de manejo en eventos vitales significativos y en los conflictos, y la participación en actividades.<sup>8</sup>

La OMS define la calidad de vida como la percepción del individuo de su posición de vida en el contexto de cultura y sistema de valores en los cuales vive en relación con sus objetivos, expectativas, patrones y preocupaciones.<sup>9</sup>

La percepción implica una combinación de factores objetivos y subjetivos; los actores objetivos dependen del individuo; utilización y aprovechamiento de sus potenciales como el intelectual, emocional y creativo; y de las circunstancias externas tales como la estructura socioeconómica, socio-psicológica, cultural y política, que interactúan con él. Los factores subjetivos están relacionados con la satisfacción del individuo, el grado de realización de sus aspiraciones personales y por la percepción que él y la población tengan de sus condiciones globales de vida; traduciéndose en sentimientos positivos o negativos.<sup>9</sup>

### Componentes

Aunque los estímulos sensoriales pueden ser los mismos, para todas las personas, cada una de ellas percibirá cosas distintas. Este fenómeno nos lleva a concebir la percepción como resultado de dos tipos de cosas:

- 1- Las sensaciones o el estímulo físico que proviene del medio externo, en forma de imágenes, sonidos, aromas, etc.
- 2- Los inputs internos que provienen del individuo, como son las necesidades, motivaciones y experiencia previa, y que proporcionarán una elaboración psicológica distinta de cada uno de los estímulos externos

### Proceso de la Percepción

La percepción es un proceso que se realiza en tres fases:

**Selección:** Se refiere al hecho de que el sujeto percibe aquellos mensajes a que está expuesto según sus actitudes, intereses, escala de valores y necesidades. Es decir, se opera un auténtico procesamiento de la información por parte del sujeto, mediante el cual el mensaje despierta en el individuo toda una serie de juicios de valor que se traducen en reacciones de muy distinto signo.

**Organización:** Una vez seleccionados, las personas han recogido una cantidad de estímulos de forma conjunta que, en esencia, son sólo una simple colección de elementos sin sentido. Las personas los clasifican de modo rápido asignándoles un significado que varía según cómo han sido clasificadas, obteniéndose distintos resultados.

**Interpretación:** La interpretación es la última fase del proceso perceptual, que trata de dar contenido a los estímulos previamente seleccionados y organizados.

La interpretación depende de la experiencia previa del individuo, así como de sus motivaciones, intereses personales y su interacción con otras personas. Por ello, la forma de interpretar los estímulos puede variar, a medida que se enriquece la experiencia del individuo o varían sus intereses. Así, la formación de los estereotipos, corresponde en gran parte a la interpretación perceptual que el individuo da a los acontecimientos.

#### Características

**Subjetiva:** ya que las reacciones a un mismo estímulo varían de un individuo a otro.

**Selectiva:** porque la persona no puede percibir todo al mismo tiempo y selecciona su campo perceptual en función de lo que desea percibir.

**Temporal:** pues la forma en que los individuos llevan a cabo el proceso de percepción evoluciona a medida que se enriquecen las experiencias, o varían las necesidades y motivaciones de los mismos.

#### Tipos

**Percepción del espacio:** consta de 3 informaciones: verticalidad, horizontalidad y profundidad. Se da con la audición, el tacto y la vista. Percibimos el mundo en 3 dimensiones dada la separación de los ojos y su disparidad binocular, que ayuda al cerebro a calcular la distancia a la que está un objeto.

**Percepción del movimiento:** surge de una mezcla entre la facilidad de mover la cabeza y los ojos, pero además tiene su base neurología en las unidades detectoras de movimiento. También depende de la capacidad de enfoque y apertura de la retina, y de la cercanía hacia el objeto.

**Percepción del tiempo:** el tiempo es subjetivo para el cuerpo, pues no hay un receptor biológico para percibirlo. Se cree que se capta con un “reloj biológico hipotético” y con la experiencia. También existe la teoría de que uno percibe el tiempo en relación a procesos corporales, como las ondas cerebrales, el ritmo cardiaco, el sueño o la digestión.

**Percepción social:** cuando se conoce a una persona, se entra en proceso de percibirla. Se percibe su físico, pero también su comportamiento, y de este se desarrolla conclusiones y atribuciones. También se apoya en otros estímulos para asignar atributos a las personas.

La autopercepción de la salud (denominado también autoinforme o autorreporte) es un indicador asociado a un mayor riesgo de mortalidad en los adultos mayores; es útil para indagar el estado de salud de la población adulta mayor; que nos permitirá establecer políticas públicas dirigidas a mejorar las condiciones de salud de los adultos mayores. En Brasil Pavao y otros estudiaron la asociación entre autopercepción de salud y variables sociodemográficas, hábitos de vida y morbilidad; los resultados encontrados se resumen en que la autopercepción de la salud se relacionó con la edad, bajos niveles tanto de escolaridad como de ingresos; raza, situación conyugal, tabaquismo, actividad física y consumo de alcohol.<sup>10</sup>

La autopercepción del estado de salud se encuentra asociada también a la satisfacción vital que en términos conceptuales se entiende como los juicios cognitivos que realiza una persona sobre su satisfacción con la vida; así como las evaluaciones afectivas sobre el humor y las emociones. Diner et al; en su definición de satisfacción de la vida solo incluye el juicio cognitivo que las personas hacen en torno a sus propias vidas y desestima la medición de entusiasmo y apatía.<sup>11</sup>

En 1977, Bandura afirmó que la expectativa sobre la propia eficacia determina si un comportamiento será iniciado, cuánto esfuerzo será puesto en marcha y cuánto tiempo se persistirá en una situación, aun frente a la presencia de un obstáculo o de situaciones adversas; desde esta perspectiva las personas crean autopercepciones acerca de sus capacidades y las mismas se convierten en el medio a través de las cuales alcanzarán sus metas, ejerciendo control sobre sus propios pensamientos y sentimientos, así como sobre sus motivaciones y conductas.<sup>12</sup>

## ACTITUDES

Son las creencias, sentimientos y tendencias de conducta hacia objetos, grupos, eventos o símbolos.

Componentes

**Afectivos:** Respuesta emocional positiva o negativa hacia alguna persona, objeto, evento, etc.

**De Conducta:** Intención de realizar una acción.

**Cognitivo:** Creencias que tenemos frente a algo.

## ENVEJECIMIENTO

¿Qué es ser viejo? La respuesta, aparentemente fácil, no lo es tanto, pues el envejecimiento no responde a una definición sencilla en términos biológicos, pero tampoco desde el punto de vista psicológico y menos aún social. Todos los hombres y mujeres que formaran parte de esta investigación son generalmente llamados viejos, ancianos o de la tercera edad, y nadie tendría dudas en calificarse de esta manera; el problema surge cuando se pretenden determinar los aspectos que definen el envejecimiento mediante criterios que no resulten aleatorios o producto de una mera convención, pues aunque el concepto de envejecimiento se ha venido abordando desde tres perspectivas diferentes (envejecimiento como consecuencia del paso del tiempo; envejecimiento como deterioro físico y constatación de la pérdida de capacidad funcional; y envejecimiento como una etapa más del ciclo vital), por separado ninguna de esas formas de abordaje define por completo esa construcción social que llamamos vejez.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 años se les denomina grandes viejos o grandes longevos,<sup>5</sup> en comparativo las Naciones Unidas consideran anciano a toda persona mayor de 65 años de edad para los países desarrollados y de 60 años para los países en

desarrollo; es decir, que en México es considerada anciana una persona a partir de los 60 años.<sup>13</sup>

Fernández Ballesteros en el 2010 determino el concepto de “autoeficacia para envejecer” como la percepción que la persona tiene específicamente respecto del control que ejercerá en el futuro sobre diversas áreas (Cognitiva, física, funcional, socio-emocional y de salud).<sup>12</sup>

El envejecimiento poblacional es probablemente el fenómeno demográfico de mayor importancia en el mundo el cual ha sido más evidente desde finales del siglo XX y principios del XXI.<sup>14</sup> Este proceso de envejecimiento poblacional supone consecuencias sociales y económicas complejas, tanto a nivel social como individual. Debido a la magnitud y la rapidez con que el mismo se produce, es aconsejable comenzar a preverlas, especialmente en poblaciones de países en desarrollo, en las cuales gran parte de los adultos mayores son supervivientes de condiciones mórbidas. El proceso de envejecimiento es la etapa de la vida en la cual se marcan diferencias en el estado de salud en relación con la población más joven; ya que es común observar disminución de las capacidades físicas e ingresos económicos y se incrementa la pérdida de los seres queridos.; todas estas condiciones implican problemas de salud y su consecuente manejo.<sup>1</sup>

Desde hace años, la definición de vejez bajo el prisma de lo patológico y de la enfermedad, en lugar de como un fenómeno fisiológico y psicosocial natural, y hasta deseable, se había venido imponiendo casi de manera generalizada a las visiones más pluridisciplinarias del proceso de envejecer.

Quizás por ello todos los aspectos relacionados con las personas mayores, se han limitado durante mucho tiempo a ser valorados e interpretados desde el ámbito de la geriatría, entendida como la rama de la medicina encargada del estudio terapéutico, clínico y preventivo de la salud y las enfermedades de los ancianos.

Es evidente que las personas envejecemos de manera individual, pero también lo es que las sociedades envejecen en la medida que lo hacen sus miembros, y por

ello, al hablar del envejecimiento desde una perspectiva social, resulta inevitable hacer referencia al concepto de ciclo vital, en los adultos mayores es importante el apoyo social, entendido como las transacciones interpersonales que implican ayuda, afecto y afirmación; las cuales se concentran en cuatro categorías: materiales, instrumentales, emocionales y cognitivas. Es importante hacer énfasis en que el apoyo social beneficia en el bienestar no solo de los adultos mayores, sino también de sus familias, al disminuir los sentimientos de aislamiento y al aumentar las conductas saludables.<sup>15</sup>

Es de vital importancia que los adultos mayores tengan una adaptación al envejecimiento ya que es un proceso dinámico en el que la persona se enfrenta a problemas y a cambios asociados a su envejecimiento; no como una víctima, sino como un actor que recurre a diferentes estrategias que le lleven a cambios que pueden ser positivos o negativos.<sup>16</sup>

Envejecemos tal y como hemos vivido, y nuestra trayectoria biográfica culmina con el proceso de la muerte que, si todo se desarrolla conforme a la normalidad establecida, llegará tras un periodo más o menos largo de vejez y de enfermedad o dependencia. Al analizar el envejecimiento de esta manera, podemos entender la vejez como un estado: 'ser viejo', pero sobre todo como un proceso: 'envejecer', 'hacerse mayor' o 'hacerse viejo'. Por ello, el envejecimiento no puede ser analizado de manera uniforme, sino como un proceso dinámico y heterogéneo, y tampoco puede ser interpretado en términos individuales, sino en su dimensión histórica y social.

De conformidad con lo dispuesto en una reciente decisión de la Asamblea Mundial de la Salud, la OMS está en proceso de elaborar una Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud, en consulta con los Estados Miembros y otros asociados. La Estrategia y plan de acción se fundamentan en los datos científicos del Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud y se basan en las actividades ya iniciadas para abordar cinco ámbitos de actuación prioritarios.<sup>5</sup>

1. Compromiso con un envejecimiento saludable.
2. Alineamiento de los sistemas de salud con las necesidades de las personas mayores.
3. Establecimiento de sistemas para ofrecer atención crónica.
4. Creación de entornos adaptados a las personas mayores.
5. Mejora de las mediciones, el seguimiento y la comprensión.

Es importante tener en cuenta que a nivel mundial la población de adultos mayores ira en aumento, repercutiendo en el ámbito económico, social y principalmente en el sistema de salud; ya que los adultos mayores son los más vulnerables para presentar enfermedades crónicas, alteraciones médicas sensoriales, malnutrición, incontinencia urinaria, uso de polifarmacia, deterioro cognitivo, depresión, dependencia en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, alteraciones en la marcha y deficiencia en apoyo social, por lo que se deberán ofrecer más servicios de acuerdo a las necesidades de cada población.<sup>18</sup>

## **PERCEPCION DEL ENVEJECIMIENTO**

La calidad de vida en la vejez, como concepto multidimensional está, además, en dependencia del contexto o de ciertas circunstancias del individuo. Hay que tener en cuenta la gran diversidad de situaciones personales que se dan en el colectivo de personas mayores.

Se habla de envejecimiento “normal”, “patológico” y “óptimo”. Numerosos términos han sido utilizados para expresar una visión favorable del proceso de envejecimiento (vejez competente, con éxito, saludable, satisfactoria, activa etc.) que se aproximan al deseo de una baja probabilidad de enfermedad y de discapacidad asociada, alto funcionamiento cognitivo, capacidad física funcional y compromiso con la vida.<sup>8</sup>

Havighurst es el primero en utilizar el concepto de envejecimiento activo, en 1961 realiza la primera definición de envejecimiento exitoso describiéndolo en términos

de felicidad y satisfacción vital; menciona que las personas con envejecimiento exitoso están satisfechas, son independientes, autosuficientes y contrastan con la visión tradicional del declive. Cummings por otra parte define envejecimiento activo como el deseo y la capacidad de la persona para alejarse de una vida activa con el fin de prepararse para la muerte; y hace hincapié en la necesidad de reducir la participación en diversos tipos de actividades a medida que aumenta la edad.<sup>19</sup>

Por otro lado Rowe y Khan en 1998, definen envejecimiento exitoso como multidimensional, afirmando que consta de tres componentes: una baja probabilidad de enfermar y de presentar discapacidad, un alto funcionamiento cognitivo y físico y un alto compromiso con la vida.<sup>19</sup>

De acuerdo a la OMS el envejecimiento activo se define como el proceso de aprovechar al máximo las oportunidades para tener un bienestar físico, psíquico y social durante toda la vida.<sup>20</sup>

El envejecimiento satisfactorio da una visión del envejecimiento optimista y positivo, ya que, aunque no niega que las pérdidas sean mayores que las ganancias, considera importante poder relativizarlas y ponerlas en relación a procesos de adaptación y compensación.

La autopercepción del estado de salud integra información sobre las dimensiones biológica, mental, estado funcional, social y espiritual del individuo; se considera que representa la percepción que tiene el individuo, de forma global, sobre diferentes dimensiones de su estado de salud; de ahí que pueda ser catalogada como una variable con resultado multidimensional.<sup>1</sup>

Recientes investigaciones confirman que la calidad de vida percibida es resultante de la puesta en marcha de mecanismos adaptativos, y que podría evaluarse a partir de diferentes parámetros. Otros estudios indican que conforme aumenta la edad cronológica suele haber una percepción negativa hacia la vejez e insatisfacción con la vida; se han encontrado reportes en donde se comenta que las mujeres perciben su vejez de forma más negativa que los hombres.<sup>17</sup> Se ha

observado que en otros casos hay adultos mayores que suelen presentar una dificultad para aceptar y adaptarse a las nuevas situaciones originadas del proceso natural de envejecimiento, motivo por el cual muchos de ellos tienen dificultad para llevar una vida saludable, independiente y con autonomía.<sup>8</sup>

## **ESTADO DE SALUD EN EL ADULTO MAYOR**

Definir lo que entendemos por salud no es fácil. Por años se ha admitido que tener salud era equivalente a no estar enfermo.

La OMS define salud como “aquel estado en el que existe una situación óptima de bienestar físico, mental y social, y no solamente una ausencia de enfermedad”.<sup>5,9</sup> Esta definición adquiere en el Adulto Mayor un especial relieve, superior al que podría tener en otras edades, ya que insiste en la necesidad de considerar, junto a las eventuales alteraciones físicas y/o mentales, las circunstancias personales socioeconómicas y culturales, las que van a incidir directa e indirectamente en aquellos aspectos.

Los factores determinantes de salud son muchos e inciden de una forma muy especial en las personas mayores. Esta complejidad conceptual hace que en la geriatría, cuando se habla de salud, se utilice la funcionalidad o la capacidad, tanto desde la perspectiva física como mental y social. Reducir las incapacidades o discapacidades en este grupo de edad constituye el objetivo prioritario de esta rama de la medicina, ya que, hablar de incapacidades es hablar de calidad de vida y no se limita a un problema orgánico concreto, sino que incorpora un concepto mucho más amplio.<sup>22</sup>

Es importante destacar la relación del envejecimiento con la adherencia terapéutica a los tratamientos de larga duración, no solo porque el envejecimiento favorece el aumento de personas con enfermedades crónicas, sino porque, entre otras razones, las personas de edad avanzada presentan de manera general mayor morbilidad y constituyen, según se ha informado, alrededor del 65 % de los ingresos en las unidades de medicina interna. Estas personas presentan

habitualmente más de una enfermedad crónica por lo que se ven precisados a enfrentar tratamientos complejos de larga duración.<sup>23</sup>

De acuerdo a esos datos es fácil entender que el mundo urge de mejorar la presentación de la adherencia como determinante primario de la efectividad de los tratamientos, tanto en las intervenciones encaminadas a promover modos de vida saludables, como las farmacológicas. Facilita su logro conocer los modelos que pueden explicar la adherencia terapéutica.

Por tanto, la salud está considerada como uno de los principales bienes que poseen los seres humanos, pues nos permite dar cuenta del bienestar general de la persona ya sea desde su percepción o con base en un diagnóstico establecido.

Medir el estado de salud de la población adulta mayor implica la interrelación de distintos factores para lograr un examen global del mismo. Esta multidimensionalidad de la salud, implica una serie de factores tanto objetivos (conjunto de signos y síntomas) como subjetivos que implican además de un diagnóstico médico, elementos adicionales que recuperan las personas para definir su estado de salud

Conociendo que la salud está influenciada por factores de diversa índole, estos a su vez mantienen diferencias entre sexo y edad principalmente. Su relación con el estado de salud denota características particulares y un sentido específico. La forma en cómo influyen cada uno de estos factores en la autopercepción nos permite observar las diferencias al mismo tiempo que identificamos aquellos agentes más cercanos o asociados a la percepción de salud. Los principales factores asociados a esta percepción se encuentra en 5 dimensiones: la sociodemográfica, del estado de salud físico, el apoyo familiar, la utilización de servicios de salud y factores socioeconómicos.<sup>10,11,24</sup>

Hoy en día, podemos conocer mucho sobre la salud de los adultos mayores a través de encuestas, registros e indicadores creados para este propósito. Sin embargo, muchos de ellos solo toman en cuenta la parte objetiva de la salud y

dejan de lado una parte importante de este proceso: el componente subjetivo (autopercepción) que al igual que el componente objetivo de salud, también es influenciado por factores sociales, culturales y psicológicos que vive el adulto mayor y que los incorpora en el juicio que hace sobre su salud.<sup>1,9,16</sup> Por lo tanto, al hablar del aspecto integral de la salud, donde intervienen una infinidad de factores, podemos ver (por estudios probados tanto en México como en otros países) que el componente subjetivo de la salud ha sido una medida importante y muy cercana al estado de salud objetivo de este grupo en particular.

Aunque la percepción de envejecimiento se encuentra muy asociada a procesos de enfermedad, dependencia o soledad y finalmente a la muerte, aspectos que enmarcan esta etapa del curso de vida como negativa, también hay que considerar el hecho de que muchas de estas condiciones pueden minimizarse desde edades tempranas, tomando conciencia de que la vejez como última etapa de la vida, puede vivirse satisfactoriamente si incluimos proyectos de vida que integren tanto una concepción preventiva y de autocuidado, así como aspiraciones sociales que les permita a los adultos mayores satisfacer necesidades de salud y cumplir propósitos de vida.

Debemos tener en cuenta que la salud y el valerse por si mismos son dos de los aspectos más importantes de la vida para las personas mayores. En 2010 Diener; y en 2013 Sonnenberg encontraron que a pesar de las enfermedades crónicas y discapacidades, se ha constatado que al menos hasta fases terminales de la vida, no existe un declive general relacionado con la edad en indicadores de calidad de vida subjetiva; estos hallazgos impulsaron la determinación de resiliencia psicológica en la vejez, entendida como la capacidad para mantener o recuperar la salud y el bienestar frente a la acumulación de situaciones adversas.<sup>16</sup>

Por otro lado el estado de salud de los adultos mayores mexicanos se ha comparado, a través de la autopercepción, con el de adultos mayores de otras regiones, y se han encontrado diferencias significativas entre países como Brasil, España y Suiza. La percepción del estado de salud en los adultos mayores españoles muestra que reportan su estado de salud como bueno o muy bueno

entre el 40 al 50%, mientras que en adultos mayores de origen suizo esta percepción alcanza hasta el 87%. Se estima que en México para el año 2000 la percepción positiva del estado de salud fue menor que la de esos países europeos pero mayor que la que reportan los adultos mayores a nivel nacional en Brasil por ejemplo.<sup>8,10</sup>

## **FACTORES ASOCIADOS A LA AUTO PERCEPCIÓN**

### **FACTORES SOCIO DEMOGRÁFICOS**

#### **Edad**

La edad está directamente relacionada con la mala percepción del estado de salud, lo que es congruente con la evidencia encontrada en estudios en Europa y algunos países de América Latina como en Brasil, en los que se observa que conforme avanza la edad, el estado de salud se va deteriorando y en particular es uno de los factores asociados a la pérdida funcional en el individuo. Los sujetos definen su edad de acuerdo a los cambios reales de las funciones sociales y físicas. De igual forma tiene connotaciones estereotipadas, expectativas sobre las capacidades personales así como un cierto nivel de actividad. Las personas mayores experimentan muchos cambios en la vejez, sin embargo, algunos presentan más vitalidad y salud que otros que han sufrido menos cambios o experiencias negativas. La edad suele utilizarse como mecanismo protector o como una justificación para dejar de realizar actividades, aún si no se presenta alguna enfermedad o discapacidad.<sup>28</sup>

#### **Sexo**

El enfoque de género en la salud, permite estudiar los orígenes de las diferencias biológicas, las desventajas y la desigualdad entre hombres y mujeres desde diferentes perspectivas. El género es una de las variables importantes al estudiar el proceso de enfermedad, salud y calidad de vida en el adulto mayor. Hay una relación estrecha entre los desafíos que la sociedad impone y la condición de ser hombres y mujeres, esto hace que sus efectos no sean los mismos en cada persona.<sup>10,16,28</sup>

## **Escolaridad**

El nivel de instrucción es un factor que permite tener una diferenciación entre grupos poblacionales de acuerdo a la característica estudiada. Esta es medida generalmente a través del número de años estudiado o el último grado aprobado o estudiado.

## **Estado civil**

El estado civil es destacado como parte de las relaciones familiares debido a su relación con la satisfacción sentimental, psicológica y de compañía en los individuos, principalmente en los adultos mayores ya que permite la atención, cuidados, apoyo y como consecuencia un mejor estado de salud.

## **Religión**

La religión podría ejercer un efecto saludable sobre la salud, porque las personas que son religiosas tienen una mayor probabilidad de ayudar a otros, y quienes proveen de una ayuda o estructura social, tienden a tener una mejor salud. Aunado a esto, si se agrega la variable sexo, las diferencias también parecen ser muy importantes, ya que son las mujeres las que generalmente acuden a servicios religiosos más que los hombres.

## **Localidad**

En la actualidad, existe una discusión teórica sobre los conceptos rural y urbano. INEGI y CONAPO por ejemplo, toma en cuenta el número de habitantes (considera rural cuando tiene 2500 habitantes, mientras que la urbana es aquella donde viven más de 2500 personas.<sup>2,3</sup>

La concepción de lo rural y lo urbano, cobra un interés especial en la salud del adulto mayor debido a que las políticas de desarrollo y salud difieren y se crean en base a las características y necesidades de la población, por lo que considerar poblaciones rurales como urbanas (que podría resultar el error más común) puede llevar a diseñar estrategias que favorezcan solo a una mínima parte de la población y que estén dejando de lado acciones más importantes, que impacten

en el nivel de vida y salud de la población, principalmente en los adultos mayores como grupo vulnerable y con necesidades específicas.

## ESTADO DE SALUD FÍSICO

### **Enfermedades crónico-degenerativas**

Las enfermedades crónicas son definidas como “trastornos orgánicos o funcionales que obligan a la modificación del modo de vida del individuo”, y su evolución suele presentarse por periodos de tiempo muy largo.

Son muchas las enfermedades que están hoy en día clasificadas como enfermedades crónicas. Sin embargo, algunas implican mayor prevalencia tanto en países desarrollados como en desarrollo. Para México, las enfermedades crónicas con mayor prevalencia y causa de muerte de acuerdo a la SSA son la diabetes, enfermedad isquémica del corazón, EVC y las del aparato respiratorio, principalmente el EPOC. La ENSANUT 2012 recabó información sobre las principales enfermedades: diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares que incluye infarto, insuficiencia cardiaca y otras, enfermedades renales como insuficiencia renal y presencia de cálculos renales o infecciones de vías urinarias recurrentes, EVC, cáncer y algunas otras enfermedades que no se consideran crónicas pero si son factores de riesgo para desarrollar alguna enfermedad como el nivel de triglicéridos o colesterol.<sup>4</sup>

Los resultados que este perfil de salud representa en el individuo es en primer lugar que son enfermedades incurables en la mayoría de los casos, que requerirán de un tratamiento específico y permanente para evitar en la mayor brevedad posible pérdidas de funcionalidad, que son consecuencias frecuentes de estos procesos. Otros aspectos a considerar es que el envejecimiento demográfico plantea situaciones de prioridad para el gobierno e instituciones de salud, como la creciente demanda de servicios de segundo y tercer nivel de atención, imponiendo retos para la insuficiente cobertura de servicios de salud o el papel que jugará la familia en el cuidado de este grupo poblacional.

## **Comorbilidad**

Otra situación derivada de este cambio en el patrón epidemiológico es no solo la presencia de una sola enfermedad en el adulto mayor, sino la acumulación de patologías, ya sea nuevas o derivadas de complicaciones y secuelas a largo plazo de las primeras. La comorbilidad varía, entre otros factores de acuerdo con la edad y el sexo y está directamente relacionada con el incremento en la edad.<sup>28</sup>

## **Estado funcional y discapacidad**

La funcionalidad es un componente importante al hablar de salud, y en el adulto mayor, éste adquiere gran relevancia debido a que influye de diferentes formas.

La funcionalidad o independencia funcional es la capacidad de cumplir acciones requeridas en el diario vivir, para mantener el cuerpo y subsistir independientemente, cuando el cuerpo y la mente son capaces de llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana. De acuerdo con la nueva concepción de discapacidad, esta debe actualmente estar enfocada en un ambiente más social a la par de un modelo médico, que se centran en el individuo y sus limitaciones físicas y cuyas soluciones son exclusivamente médicas.<sup>10</sup>

De acuerdo con la OMS (1980) y en base a la ICDH (Internacional classification of impairments, disabilities and handicaps), al hablar de discapacidad se proponen tres enfoques: las deficiencias; que son las consecuencias permanentes de las enfermedades y accidentes a nivel corporal, fisiológico u orgánico. Las discapacidades propiamente dichas que son las restricciones en las actividades de un individuo debidas a cualquier deficiencia y por último, la misnualía, (aunque es un término que hoy ya no se utiliza) hace referencia a situaciones de desventaja derivadas de deficiencias o discapacidades que limitan o impiden participar o desempeñar roles sociales en niveles considerados como normales. Este punto de vista se resume en que las condiciones de salud caracterizada por una enfermedad, actúa en dos niveles principales: a nivel individual en la función y estructura del organismo y a nivel social en la actividad y en la participación social (limitación de actividades y restricción de actividades sociales).

## **Otros Factores de Riesgo**

Principalmente nos enfocaremos al estilo de vida, la presencia o ausencia de actividad física; así como las adicciones al alcohol o al tabaco.

## **Depresión**

A la par de las enfermedades crónico-degenerativas, la depresión en los adultos mayores, representan un problema de la salud pública, debido a su cada vez mayor prevalencia.

La depresión, es el trastorno emocional más común en los adultos mayores, caracterizado por un estado de ánimo triste, decaído la mayor parte del día, con notable disminución de la sensación de placer o de interés en todas cosas o casi todas las actividades cotidianas. Éste se agudiza con la presencia de enfermedades crónicas; lo que puede ocasionar disminución de la fuerza muscular, incapacidad para realizar algunas actividades así como alteraciones en el equilibrio y la respuesta sensorial, provocando una mayor dependencia del adulto mayor y sentimientos de “estorbo” o “sentirse inútil”. Puede evolucionar hasta grados más avanzados produciendo complicaciones a nivel sistémico, que repercuten en la salud del adulto mayor.

## **Apoyo familiar**

La familia y redes sociales juegan un papel importante en la salud física y mental del adulto; el apoyo está basado en lazos de afecto y parentesco así como en una cohesión familiar, tiene un sentido de pertenencia dentro de un grupo y ésta armonía implica un bienestar en el adulto mayor que se refleja en su salud. En las clases urbanas de pocos recursos, las relaciones intradomésticas se muestran más directas e intensas, mientras que en las familias de mayores recursos es frecuente que los apoyos se compren en la forma de servicios y cuidados. Al experimentar la pérdida de la pareja, llegan a formarse nuevos arreglos residenciales y aunque buen porcentaje de la población opta por vivir solo, las personas que se encuentran viviendo solas pueden presentar sentimientos de aislamiento o depresión, ligados también a la mayor presencia de enfermedades y discapacidad.<sup>28</sup>

## **Utilización de servicios de salud**

La evolución de las instituciones prestadoras de los servicios de salud es un ejemplo muy concreto de la respuesta social hacia la vejez, ya que ilustra cómo la sociedad invirtió en la salud de la población económicamente activa, sin anticipar las demandas de atención que resultarían de la transición demográfica producto del aumento en la esperanza de vida, el descenso de la mortalidad infantil, materna y general, el mejoramiento de la nutrición y la disminución de la fecundidad. Sin embargo, hoy gran cantidad de adultos mayores no cuentan con seguridad social no son económicamente activos y presentan un cuadro de patologías crónicas que requieren de vigilancia constante y tratamientos prolongados y en otros rehabilitaciones. Por lo que el uso de alternativas como los servicios públicos o privados implica adicional ya a la carga de enfermedad, costos que repercuten en su gasto, en sus condiciones de vida y por consiguiente en su percepción de salud.<sup>1,19,28</sup>

## **Factores socioeconómicos**

La relación entre el nivel socioeconómico y la salud se ha observado como universalmente positiva en países desarrollados. El estatus socioeconómico ha sido comúnmente medido usando índices objetivos, basados en el logro educacional, ingreso y ocupación. Otros indicadores adicionales utilizados son el ingreso mensual, valor neto de los bienes, consumo familiar bienes de consumo duradero en el hogar y condiciones de la vivienda.<sup>28</sup>

Por otra parte, la relación entre nivel socioeconómico y salud se atribuye también al acceso a los servicios de salud, al impacto que los gastos médicos pudieran tener en la capacidad de ahorro, a factores biológicos/genéticos de comportamiento humano que influyen en la productividad en el trabajo, a las preferencias hacia la acumulación de bienes, y a la exposición a riesgos de salud.

## OTROS ESTUDIOS

Numerosos estudios han analizado los factores que intervienen en la autopercepción de la salud. En Brasil, Pavão y otros estudiaron la asociación entre la autopercepción de salud y variables sociodemográficas, hábitos de vida y morbilidad. Los autores observaron que la autopercepción de salud se relacionó con la edad, bajos niveles tanto de escolaridad, como de ingresos; raza, situación conyugal, tabaquismo, actividad física, consumo de alcohol, presencia de morbilidad crónica e índice de masa corporal.<sup>15</sup>

En un estudio realizado en Santiago de Cali, Colombia, por Helmer; al evaluar a 231 adultos mayores, se encontró que en los adultos mayores con mala autopercepción de la salud presentan mayor deterioro de salud, síndromes geriátricos y mayor frecuencia de uso de servicios de salud.<sup>14</sup>

En 2015 Varela Pinedo y colaboradores encontraron que de 497 encuestados el 61% cataloga su salud como regular; el 16% como mala y muy mala y el 23% como buena. Concluyendo que para ellos la mayoría de adultos mayores no tiene una buena autopercepción de su salud. El estudio SABE realizado en Latinoamérica el arabe reporto datos similares; encontrando en más del 60% de encuestados una autopercepción de la salud regular/mala.<sup>24</sup>

Existen estudios longitudinales en los que se ha demostrado que la autopercepción de la salud es un predictor independiente de los futuros resultados de salud, por lo que se considerada una medida que puede anticipar el riesgo de mortalidad, de eventos mórbidos, de la disminución funcional, discapacidad y la utilización de los servicios de salud.<sup>18</sup>

Gallegos y Carrillo evaluaron el estado de salud de los ancianos medido a través de su autopercepción; entre los principales factores asociados a la mala autopercepción encontraron morbilidad crónica, aguda y de funcionamiento, sexo femenino, estado civil y disposición hacia conductas saludables.<sup>10</sup>

Jewell y otros, mediante modelos “probit” y con el objetivo de estudiar los efectos de variables socioeconómicas en la autopercepción del estado de salud de los adultos mayores en Argentina, Brasil, Chile, México y Uruguay, logran vincular esta última con una buena nutrición, un nivel educativo, un nivel socioeconómico elevado y un estilo de vida activo en las etapas iniciales de la vida, todas ellas variables de notable relevancia para la planificación en materia de salud pública.<sup>10</sup>

## **INSTRUMENTOS**

En el año 2007 se utilizó por primera vez en población mexicana el Aging Perception Questionnaire (APQ), el idioma original es el inglés, fue traducido al español. El cuestionario se evalúa con la escala Likert con una calificación que va de 1 a 5, correspondiendo a 1 = Totalmente en desacuerdo, 2 = Desacuerdo, 3 = Indefinido, 4 = Acuerdo y 5 = Totalmente Acuerdo, no requiere modificaciones. Los reactivos con puntuaciones de 4 a 4.4 revelan validez aceptable y reactivos con puntuaciones de 4.5 a 5 se consideraron con validez fuerte. La media general fue de 4.55. Estos resultados indican que el cuestionario tiene validez de contenido fuerte. El APQ evalúa la autopercepción del envejecimiento a lo largo de ocho subescalas, siete se refirieron a la visión sobre su propio envejecimiento. El cuestionario original consta de 32 reactivos, quedando 31 reactivos posterior a la validez; , distribuidos de la siguiente manera: línea de tiempo crónica (reactivos; 1, 2, 3 y 4), la línea cíclica de tiempo (reactivos; 26, 27, 29, 30, 31), las consecuencias positivas (5, 6 y 7), las consecuencias negativas (15, 16, 17, 18, 19), el control positivo (reactivos; 9, 10, 11, 13, 14), control negativo (reactivos; 20,21, 22, 23), y las representaciones emocionales (reactivos; 8, 12, 24, 25, 28). El posible puntaje oscila entre 31 y 155 puntos. A mayor puntaje mejor autopercepción.<sup>21</sup>

Otro cuestionario que ha sido utilizado en varios protocolos de investigación es el CUBRECAVI, Cuestionario Breve de Calidad de Vida, propone valorar el nivel de calidad de vida del sujeto en cada una de las 9 dimensiones: salud (subjetiva, objetiva y psíquica), integración social, habilidades funcionales, actividad y ocio, calidad ambiental, satisfacción con la vida, educación, ingresos y servicios

sociales y sanitarios. La Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (1998) concreta las dimensiones de bienestar personal del siguiente modo: (a) autoaceptación, mantenimiento de una actitud positiva hacia sí mismo; (b) relaciones positivas con otro, capacidad de mantener unas relaciones estrechas con otras personas basadas en la confianza mutua y empatía; (c) autonomía, cualidades de autodeterminación y capacidad para resistir la presión social y evaluarse a sí mismo y las situaciones en las que se está en función de criterios personales; (d) competencia ambiental: existencia de un sentido de dominio y control en el manejo de los entornos en los que se está implicado; (e) propósito en la vida, sentido de que la vida tiene significado y que este significado es capaz de integrar las experiencias pasadas con el presente y lo que traerá el futuro. Incluye la presencia de objetivos vitales definidos; (f) crecimiento personal, visión de uno mismo como abierto a nuevas experiencias que nos enriquezcan y permitan realizar todo nuestro potencial.<sup>8</sup>

La evaluación en salud ha estado basada en indicadores objetivos (ej. bioquímicos, fisiológicos y anatómicos). Sin embargo, el enfoque moderno de salud que deriva del concepto de completo bienestar físico, mental y social propuesto por la Organización Mundial de la Salud, ya no solamente está centrado en la ausencia de infecciones o enfermedades, sino que pone de relieve la necesidad de incluir evaluaciones tanto objetivas como subjetivas para esta variable, así como en la valoración de los recursos psicológicos que favorecen la salud y el bienestar.

La actual estimación de salud incluye medidas subjetivas como la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Esta variable es usualmente utilizada tanto en población general, como en la con alguna patología específica, porque permite obtener un perfil acabado del paciente.

Como medida más ampliamente utilizada para esta valoración, se encuentra la familia de los cuestionarios SF, cuyo propósito es estimar el estado funcional del paciente, reflejando su salud física, mental y social, así como la obtención de un valor cuantitativo, que representará el estado de salud de forma multidimensional.

La versión original de los SF consta de treinta y seis ítems (SF-36) desarrollados y utilizados en la década 1990-99 en investigaciones de corte epidemiológico, por el hecho de proporcionar un perfil del estado de salud percibido, que valora tanto estados positivos como negativos en población con y sin patología. Esto hace de este instrumento uno de los más ampliamente utilizados en el mundo, por relacionar salud con calidad de vida.<sup>29</sup>

El SF incluye dos dimensiones que miden ocho conceptos de salud, como la función física (grado que la salud limita las actividades físicas), función social (grado de salud física y emocional que afectan la vida social habitual), rol físico (grado donde la salud física interfiere en el trabajo y las actividades diarias), rol emocional (grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias), salud mental (salud mental general), vitalidad (sentimiento de energía y vitalidad), dolor corporal (intensidad del dolor) y salud general (valoración personal de la salud).<sup>29</sup>

Se desarrolló el SF-12, una versión reducida con solo 12 ítems seleccionados del SF-36, que requiere un tiempo promedio de administración de 1-2 minutos. Las opciones de respuesta del SF-12 forman escalas tipo Likert que evalúan intensidad o frecuencia. El número de opciones de respuesta oscila entre tres y seis, dependiendo del ítem, y cada pregunta recibe un valor que posteriormente se transforma en una escala de 0 a 100. Las puntuaciones tienen una media de 50 con una desviación estándar de 10, por lo que valores superiores o inferiores a 50 indican un mejor o peor estado de salud, respectivamente, que la población de referencia.<sup>29</sup>

## JUSTIFICACIÓN.

El envejecimiento de la población representa hoy en día para muchos países en desarrollo, un fenómeno latente. La creciente proporción de personas mayores— comúnmente referida a las personas de más de 60 años de edad— representa un cambio en la estructura por edad de la población desde hace ya algunos décadas. Para México, las proyecciones de población indican que la transición demográfica y el envejecimiento de la población se completarán hacia el año 2050. Aunado a la transición epidemiológica, éste se caracteriza ya desde hoy por un perfil de salud donde prevalecen las enfermedades crónicas y discapacidades; convirtiéndose en una situación especial con crecientes proporciones de adultos mayores con un alto porcentaje de enfermedades y de deterioro funcional.

Envejecer es un proceso demográfico, pero el envejecimiento individual y biológico es resultado de modificaciones orgánicas y funcionales que se manifiestan gradualmente a lo largo de la vida de forma individual. Aceptar el envejecimiento individual es una parte importante de nuestra vida, considerado que a pesar de los cambios inminentes, se pueden llegar a realizar muchas cosas con plena satisfacción. En cada región del mundo este proceso se vive de una manera diferente porque el contexto histórico en el que se presenta define sus características sociales. La esperanza de vida ha permitido que más personas lleguen más allá de los 60 años, sin embargo, las condiciones en las que viven no son las más adecuadas. Desigualdad, pobreza y en muchos casos discriminación, son algunos de los problemas que enfrentan los adultos mayores en nuestro país.

La salud de los adultos mayores es un ámbito específico de la gran esfera de cambios que experimenta el individuo a nivel individual y como elemento poblacional. La salud como proceso dinámico guarda estrecha relación con el ambiente donde el individuo crece, se desarrolla y adapta. Esto permite ver en diferentes regiones del país diversas representaciones del proceso de salud y enfermedad. Si bien podemos decir que se ha visto un gran avance en cuanto al control de enfermedades infecciosas por un lado, en la actualidad predominan las patologías de carácter crónico que se viven de manera diferente en las personas.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

El cambio en la composición de la estructura por edad de la población que representa un mayor número de adultos mayores y un perfil de salud caracterizado por enfermedades crónicas y discapacidad, es uno de los retos más importantes para el país en cuestión de salud.

La autopercepción, es uno de los indicadores útiles en la identificación y conocimiento del estado de salud de la población de adultos mayores, el cual está influenciado por factores biológicos, sociales, económicos y culturales. Esto es de gran importancia, ya que el conocimiento de las variables asociadas a la autopercepción de salud nos da una pauta para fortalecer aquellos factores que mejoran las condiciones de salud y al mismo tiempo identificar aquellos que están empeorando dichas condiciones a través de acciones preventivas en salud adecuadas y oportunas y que se vea reflejado en una disminución de condiciones discapacitantes y en una menor prevalencia de enfermedades crónicas.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.**

¿Cuál es la autopercepción y actitud del envejecimiento en adultos mayores que acuden a la UMF 21 y cómo influye en su estado de salud?

## **OBJETIVOS.**

### **OBJETIVO GENERAL.**

Determinar la autopercepción y actitud del envejecimiento y cómo influye en el estado de salud en adultos mayores que acuden a la UMF 21

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

- Determinar la influencia del envejecimiento en el autocuidado.
- Identificar los factores que intervienen en la autopercepción del envejecimiento y su influencia en la salud de los adultos mayores de la UMF 21

## **HIPÓTESIS.**

La buena autopercepción y actitud del envejecimiento está asociada a un adecuado estado de salud en los adultos mayores de la UMF 21 en más del 30%.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

### **TIPO DE ESTUDIO**

El presente estudio de investigación es de tipo observacional, descriptivo y transversal; se realizó con pacientes que van a consulta externa, derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 21 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en la Ciudad de México.

La población se obtuvo de la base de datos del censo total de pacientes mayores de 60 años del 2015; los cuales se seleccionaron de forma no aleatoria, convencional, para aplicar el instrumento de estudio y de esta manera valorar la percepción que tienen sobre el envejecimiento y su influencia en el estado de salud.

### **PERIODO Y SITIO DE ESTUDIO**

El presente proyecto de investigación se realizó en la Ciudad de México en el periodo comprendido entre marzo 2016 a enero 2017, en la delegación sur del IMSS que cuenta con una población total de 2, 608,701; el estudio se encuentra centrado en la Unidad de Medicina Familiar N° 21 “Francisco del Paso y Troncoso” que atiende a la población derechohabiente de las delegaciones Iztacalco con 384, 326 habitantes y la delegación Venustiano Carranza con 430, 978 habitantes.

### **UNIVERSO DE TRABAJO**

En el año 2015 la población inscrita a la UMF 21 era de 138,409, del total de la población derechohabiente 1055 son menores de un año de edad, 13,923 se encuentran entre uno y nueve años de edad, 42, 405 son mujeres entre 20-59 años, 31, 166 hombres de 20-59 años y 32, 388 mayores de 60 años. En promedio por cada consultorio hábil de la unidad se atienden alrededor de 2,157 consultas. El proyecto de investigación se centrará en la población mayor de 60 años que

corresponde al 25.7% de los derechohabientes. De acuerdo a la muestra calculada, se realizaran 126 encuestas.

### **UNIDAD DE OBSERVACIÓN.**

Nuestra unidad de observación serán los adultos mayores de 60 años derechohabientes y adscritos a la UMF 21.

### **UNIDAD DE ANÁLISIS.**

La unidad de análisis fue la encuesta que se realizó a los adultos mayores, la cual está basada en el Cuestionario de Percepción del Envejecimiento (APQ); así como la aplicación del cuestionario de Salud SF-12.

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Pacientes mayores de 60 años de edad.
- Derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social que cuenten con vigencia.
- Sexo Masculino y Femenino.
- Con carta de consentimiento informado firmada.

### **CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN**

- Pacientes menores de 59 años de edad.
- Pacientes no pertenecientes a la UMF 21
- Pacientes que no cuenten con carta de consentimiento informado.
- Pacientes que no sepan leer o escribir

### **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN**

- Encuestas contestadas en menos del 10% de su totalidad.

## MUESTRA

Para obtener el tamaño de la muestra se obtuvo el dato del Diagnóstico de Salud de la UMF 21 realizado en 2015; donde se reporta que la población adulta de más de 60 años es de 32 388.

Tipo de muestreo: probabilístico ya que el universo de estudio es finito

Formula:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Donde:

N = Total de la población (32,388)

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

p = proporción esperada (en este caso 10% = 0.10)

q = 1 – p (en este caso 1-0.10 = 0.9)

d = precisión (en su investigación use un 5% (0.05)).

Sustituyendo:

$$n = \frac{(32388) (1.96)^2 \times (0.10) (0.9)}{(0.05)^2 \times (32388-1) + (1.96)^2 \times (0.10) (0.9)}$$

$$n = 137.713811$$

$$n = 138$$

## **VARIABLES**

### **VARIABLE INDEPENDIENTE**

- Autopercepción hacia el envejecimiento

### **VARIABLE DEPENDIENTE**

- Estado de salud de los adultos mayores

### **VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS**

- Edad
- Genero
- Escolaridad
- Estado Civil
- Apoyo familiar

## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

### VARIABLES INDEPENDIENTES

Nombre de la variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Indicador
<b>Autopercepción</b>	Es el conjunto de procesos y actividades relacionados con la estimulación que alcanza a los sentidos, mediante los cuales obtenemos información respecto a nuestro hábitat, las acciones que efectuamos en él y nuestros propios estados internos. También se la define como la imagen mental que se forma con ayuda de la experiencia y necesidades.	Se obtendrá de acuerdo a lo respondido en el Cuestionario de Percepción del Envejecimiento (APQ).	Cualitativa Ordinal	Escala Tipo Likert TD: Totalmente en desacuerdo D: Desacuerdo I: Indiferente A: Acuerdo TA: totalmente de acuerdo

### VARIABLE DEPENDIENTE

Nombre de la variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Indicador
<b>Estado de Salud</b>	Logro máximo de bienestar físico, mental y social y de capacidad de funcionamiento que permiten los factores sociales y ambientales en los que vive el sujeto.	Se obtendrá de acuerdo a lo respondido en el Cuestionario	Cualitativa Ordinal	Escala Tipo Likert TD: Totalmente en desacuerdo D: Desacuerdo I: Indiferente A: Acuerdo TA: totalmente de acuerdo

## VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Nombre de la variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Indicador
<b>Edad</b>	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	Se obtendrá del Cuestionario a aplicar.	Cuantitativa Discreta	1. 60 a 69 años 2. 70 a 79 años 3. 80 a 89 años 4. Más de 90 años
<b>Sexo</b>	Condición orgánica que distingue a las personas en hombres y mujeres.	Se obtendrá del Cuestionario a aplicar.	Cualitativa Nominal	1. Masculino 2. Femenino
<b>Escolaridad</b>	Grado máximo de estudios alcanzado por un individuo.	Se obtendrá del Cuestionario a aplicar.	Cualitativa Ordinal	1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Preparatoria 5. Licenciatura
<b>Estado Civil</b>	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Se obtendrá del Cuestionario a aplicar.	Cualitativa Nominal	1. Casado (a) 2. Soltero (a) 3. Viudo (a) 4. Divorciado (a) 5. Unión Libre
<b>Apoyo familiar</b>	Del verbo apoyar, se refiere a protección, auxilio o favor que un individuo brinda a otro u otros en determinada situación.	Se obtendrá del Cuestionario a aplicar.	Cualitativa Nominal	1. Si 2. No

## **METODOLOGÍA**

### **DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO**

A. El presente estudio se realizó en la UMF No. 21 del IMSS, Delegación 4 sur de la Ciudad de México en un periodo de 10 meses. Se utilizó cálculo de muestra a partir de una muestra formulada para una proporción finita, con el fin de determinar la autopercepción y actitud del envejecimiento y su influencia en el estado de salud de los adultos mayores de la UMF 21.

B. Se realizó una revisión bibliográfica sobre el tema a desarrollar con el fin de determinar la relación entre la autopercepción y actitud del envejecimiento y el estado de salud en adultos mayores.

C. Se eligieron los cuestionarios correspondientes que nos permitan valorar la percepción hacia el envejecimiento y su influencia en el estado de salud de los adultos mayores. Se calculó la muestra de un total de 32,388, obteniendo una muestra de 138. Se redactó el consentimiento informado que será dirigido al Consejo de Ética de esta Unidad solicitando el permiso para la aplicación de un cuestionario sobre la autopercepción y actitud del envejecimiento y su influencia en el estado de salud de los adultos mayores de la UMF 21.

D. Una vez registrado el protocolo al SIRELCIS y de ser autorizado por el Comité de Investigación, se llevó a cabo la aplicación del instrumento para valorar la autopercepción y actitud del envejecimiento y su influencia en el estado de salud de los adultos mayores de la UMF 21.

E. Los pacientes participantes, recibieron una explicación clara y veraz sobre el motivo del estudio y su trascendencia por lo cual se les solicitó proporcionar su consentimiento informado por escrito para realizar la aplicación del instrumento (cuestionario) en un tiempo aproximadamente de 10 minutos.

F. Los pacientes a los cuales se les aplicó dicho instrumento se seleccionaron de forma no aleatoria en la consulta externa de los diferentes consultorios, tanto en el turno matutino y vespertino; que cumplan con los criterios de inclusión.

G. La aplicación de dichos instrumentos se efectuó a partir del mes de junio y por día se les aplicó aproximadamente a un número de 5 a 10 pacientes, de tal forma que se proyectó un tiempo estimado total de 6 semanas para su realización.

H. Una vez recolectada esta información se realizó una base de datos en el programa SPSS y Excel.

### **RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

Posterior a obtener la autorización por parte del Director y por el Comité de Investigación de la UMF No. 21, se siguieron de manera ordenada y respetuosa los lineamientos éticos para la recolección de la información. Una vez recolectados los datos, estos se analizaron y se presentaron los resultados obtenidos en la investigación a la Directora de la unidad y al departamento de investigación en salud de esta unidad. Los resultados obtenidos se reportaron en cuadros y gráficas; se utilizó el programa Microsoft Excel y SPSS para el análisis estadístico.

## **ASPECTOS ÉTICOS**

El presente estudio de investigación se llevó a cabo de acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud y la declaración de Helsinki y Códigos y Normas internacionales vigentes de las buenas prácticas de investigación clínica. Se apegó las normas y reglamentos institucionales. La seguridad y el bienestar de los pacientes se respetó cabalmente de acuerdo a los principios contenidos en el código de Nüremberg, la declaración de Helsinki, la enmienda de Tokio, el informe Belmonte, el código de reglamento Federales de los Estados Unidos Mexicanos; además de la autorización del Comité Local de Investigación de la Unidad de Medicina Familiar no 21.

La información recolectada se mantuvo estrictamente anónima, ya que solamente fue conocida por los investigadores, respetando los principios fundamentales de respeto a las personas, beneficencia, justicia, no maleficencia. Al no representar una intervención física directa en los pacientes ni tener validez en trámites laborales, la investigación representó un riesgo mínimo. Durante las fases del estudio se leyó a todas aquellas personas susceptibles de ser estudiadas un formulario de consentimiento informado el cual buscó el acuerdo de los individuos con base en la explicación de la naturaleza del estudio.

## **RECURSOS Y FINANCIAMIENTO**

### **RECURSOS HUMANOS.**

- 1.- Adultos mayores de 60 años que aceptaron ser encuestados.
- 2.- Los investigadores.
- 3.- Asesores metodológicos

### **RECURSOS MATERIALES.**

- 1.- Computadora, papelería de oficina
- 2.- Cuestionario y manejo de base de datos de pacientes.
- 3.- Programa de análisis estadístico SPSS.
- 4.-Proyector.
- 5.-Laptop.

### **RECURSOS FINANCIEROS.**

- 1.- Instalaciones propias del Instituto Mexicano del Seguro Social
- 2.- Financiado por el propio investigador.
- 3.- Aspectos de bioseguridad no requeridos.

### **CONFLICTO DE INTERÉS.**

El grupo de investigadores no recibe financiamiento externo y no se encuentra en conflicto de interés al participar en el presente estudio.

# RESULTADOS

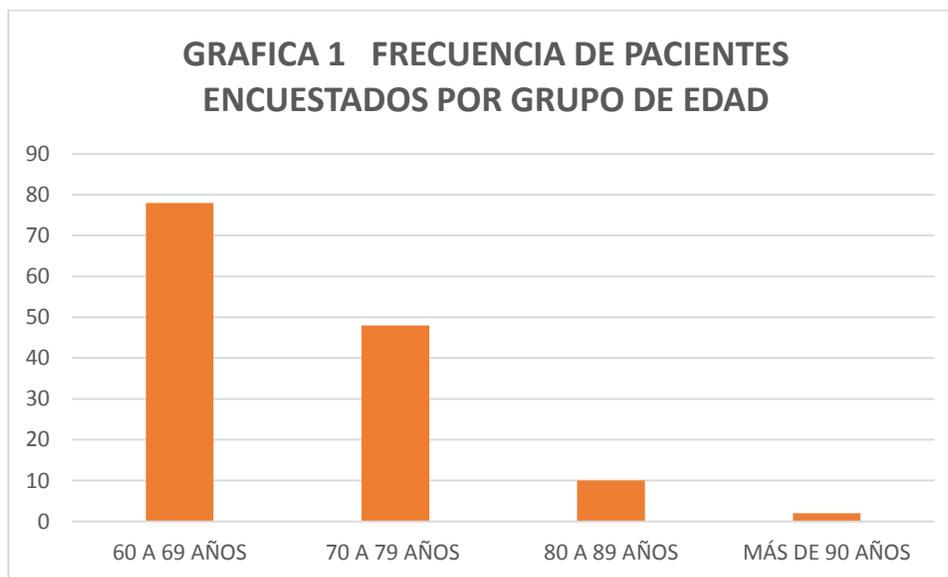
### Pacientes encuestados por grupo de edad.

Para el estudio de Autopercepción y actitud del Envejecimiento y su Influencia en el estado de salud de los adultos mayores de la UMF 21, se encuestaron a 138 pacientes; de los cuales el 56.6% correspondieron al grupo de edad de 60 a 69 años como máximo y 1.5% al grupo de edad de más de 90 años como mínimo.

**TABLA I. FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE PACIENTES ENCUESTADOS POR GRUPO DE EDAD**

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	60 a 69 años	78	56.6
	70 a 79 años	48	34.7
	80 a 89 años	10	7.2
	Más de 90 años	2	1.5
	Total	138	100.0

Fuente: Estudio de Investigación Autopercepción y actitud del Envejecimiento y su Influencia en el Estado de Salud de los Adultos Mayores de la UMF No. 21



Fuente: Estudio de Investigación Autopercepción y actitud del Envejecimiento y su Influencia en el Estado de Salud de los Adultos Mayores de la UMF No. 21

## Distribución de Sexo

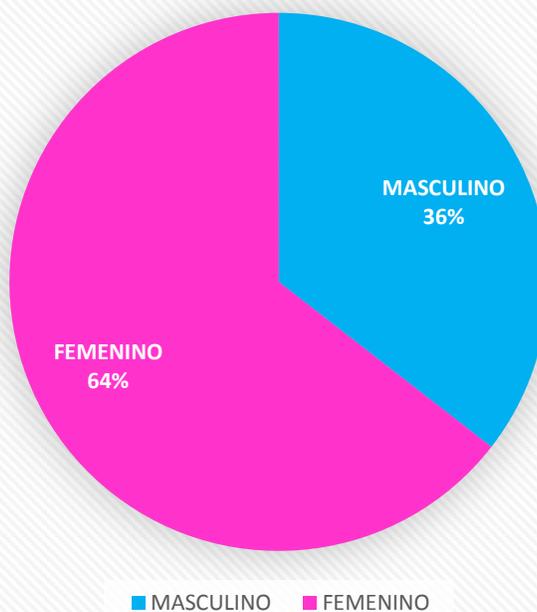
En el presente estudio se observó que 89 de los pacientes encuestados pertenecen al sexo femenino correspondiendo al 64.5%; y 49 pacientes encuestados son del sexo masculino con un porcentaje de 35.5%.

**TABLA II. DISTRIBUCIÓN DE SEXO DE PACIENTES ENCUESTADOS**

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	MASCULINO	49	35.5
	FEMENINO	89	64.5
	Total	138	100.0

Fuente: Estudio de Investigación Autopercepción y actitud del Envejecimiento y su Influencia en el Estado de Salud de los Adultos Mayores de la UMF No. 21

**GRAFICA 2 DISTRIBUCIÓN DE GENERO DE PACIENTES ENCUESTADOS**



Fuente: Estudio de Investigación Autopercepción y actitud del Envejecimiento y su Influencia en el Estado de Salud de los Adultos Mayores de la UMF No. 21

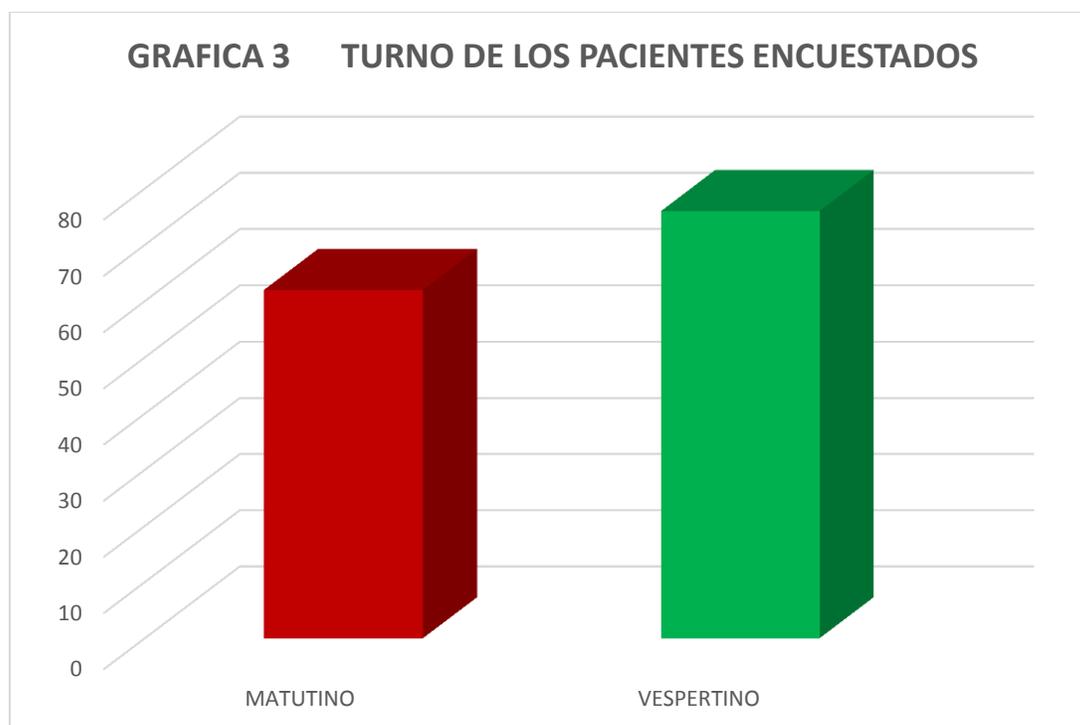
### Turno de los Pacientes

De los pacientes encuestados 76 pertenecen al turno vespertino lo que concierne al 55%, mientras que del turno matutino se encuestaron a 62 pacientes correspondiendo al 45% del total de los pacientes.

**TABLA III. TURNO DE LOS PACIENTES ENCUESTADOS**

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	MATUTINO	62	45
	VESPERTINO	76	55
	Total	138	100.0

Fuente: Estudio de Investigación Autopercepción y actitud del Envejecimiento y su Influencia en el Estado de Salud de los Adultos Mayores de la UMF No. 21



Fuente: Estudio de Investigación Autopercepción y actitud del Envejecimiento y su Influencia en el Estado de Salud de los Adultos Mayores de la UMF No. 21

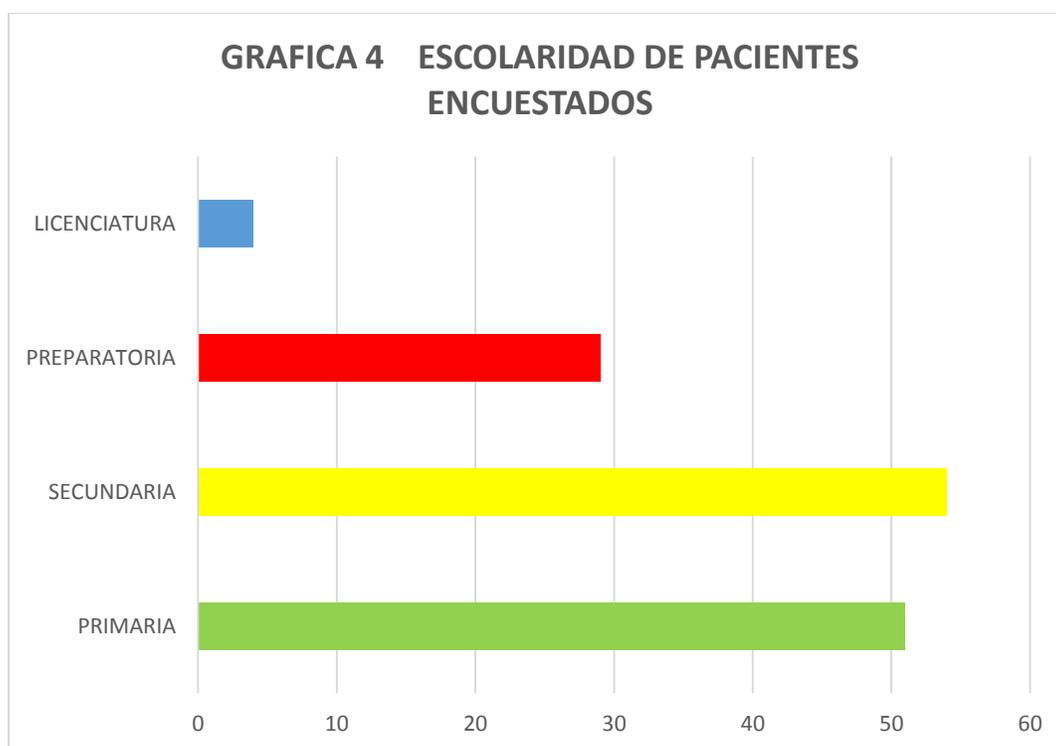
### Escolaridad de los pacientes

Dentro de los resultados obtenidos podemos observar que los principales niveles de escolaridad encontrados fueron secundaria con un 39.1%, seguido de primaria con 36.9%, dejando en último lugar la escolaridad de licenciatura presente solo en 4 pacientes correspondiendo al 3%.

**TABLA IV. ESCOLARIDAD DE PACIENTES ENCUESTADOS**

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	PRIMARIA	51	36.9
	SECUNDARIA	54	39.1
	PREPARATORIA	29	21
	LICENCIATURA	4	3
	Total	138	100.0

Fuente: Estudio de Investigación Autopercepción y actitud del Envejecimiento y su Influencia en el Estado de Salud de los Adultos Mayores de la UMF No. 21



Fuente: Estudio de Investigación Autopercepción y actitud del Envejecimiento y su Influencia en el Estado de Salud de los Adultos Mayores de la UMF No. 21

### Estado Civil de los pacientes encuestados

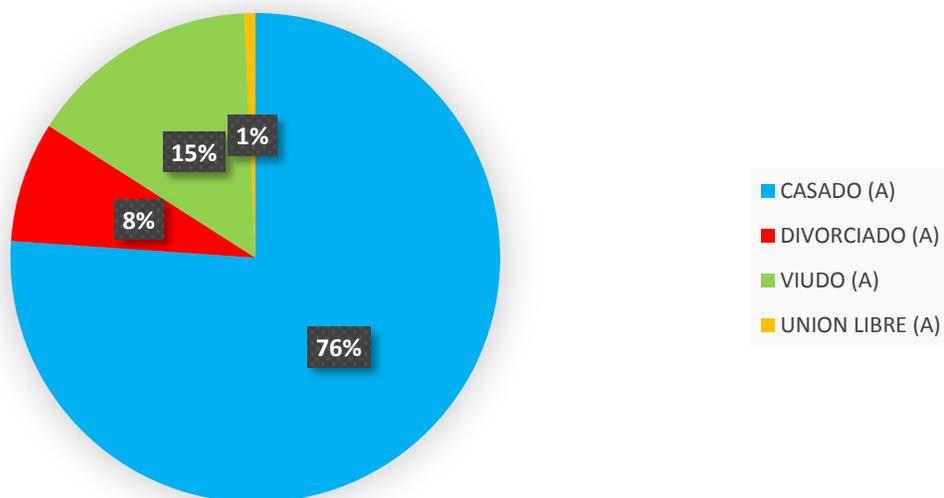
De los 1138 pacientes a los que se les realizó la encuesta se puede observar que 105 de ellos se encuentran casados, 21 están viudos, 11 divorciados y solo uno se encuentra en unión libre. Ningún paciente se encuentra soltero de los encuestados.

**TABLA V. ESTADO CIVIL DE PACIENTES ENCUESTADOS**

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	CASADO (A)	105	76
	DIVORCIADO (A)	11	7.9
	VIUDO (A)	21	15.2
	UNION LIBRE (A)	1	0.9
	Total	138	100.0

Fuente: Estudio de Investigación Autopercepción y actitud del Envejecimiento y su Influencia en el Estado de Salud de los Adultos Mayores de la UMF No. 21

**GRAFICA 5 ESTADO CIVIL DE PACIENTES ENCUESTADOS**



Fuente: Estudio de Investigación Autopercepción y actitud del Envejecimiento y su Influencia en el Estado de Salud de los Adultos Mayores de la UMF No. 21

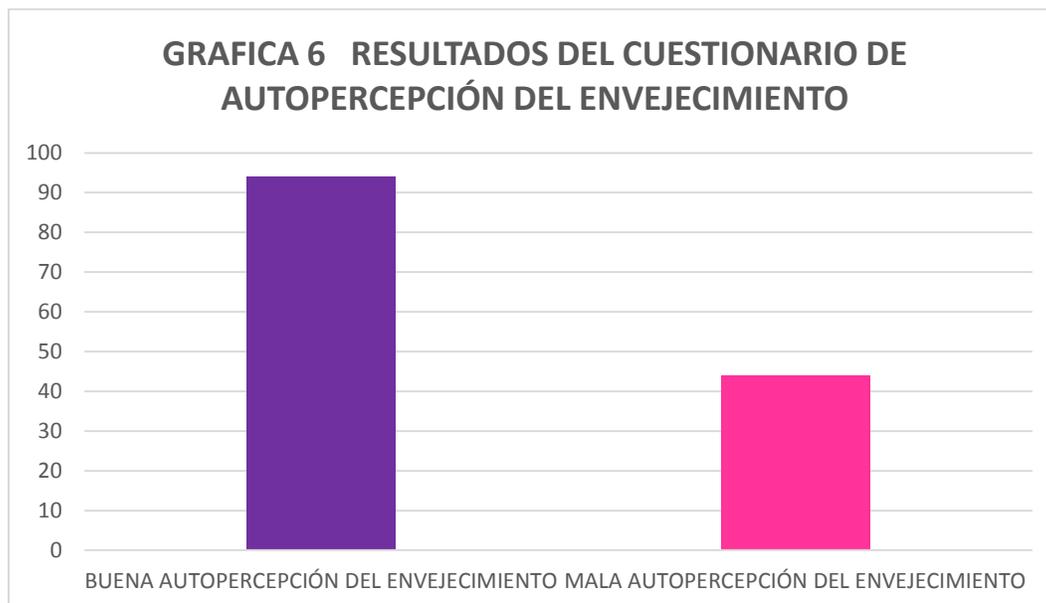
## Cuestionario de Auto percepción del Envejecimiento

Los resultados obtenidos de este cuestionario que consto de 31 ítems, valorados con la escala de Likert de 1 a 5 puntos; con puntuación mínima de 31 y máxima de 155. Encontramos Buena auto percepción del envejecimiento en el 68.1% de los encuestados correspondiendo a 94 pacientes; y con mala percepción del envejecimiento al 31.9% que pertenece a 44 pacientes.

**TABLA VI. RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE AUTO PERCEPCIÓN DEL ENVEJECIMIENTO**

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	BUENA AUTO PERCEPCIÓN DEL ENVEJECIMIENTO	94	68.1
	MALA AUTO PERCEPCIÓN DEL ENVEJECIMIENTO	44	31.9
	Total	138	100.0

Fuente: Estudio de Investigación Auto percepción y actitud del Envejecimiento y su Influencia en el Estado de Salud de los Adultos Mayores de la UMF No. 21



Fuente: Estudio de Investigación Auto percepción y actitud del Envejecimiento y su Influencia en el Estado de Salud de los Adultos Mayores de la UMF No. 21

## Cuestionario SF-12 para valorar estado de Salud en los Adultos Mayores

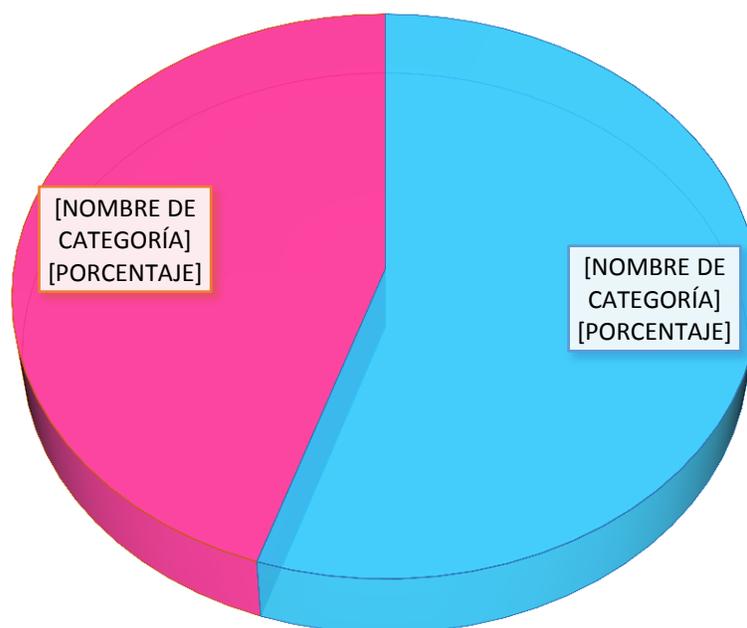
Los resultados de la encuesta reportan que 71 pacientes presentan buen estado de salud, correspondiendo al 56.3%, mientras que 55 pacientes se encuentran con mal estado de salud con significancia del 43.7% del total de pacientes encuestados.

**TABLA VII. RESULTADOS DEL CUESTINARIO SF-12 ESTADO DE SALUD**

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	BUEN ESTADO DE SALUD	76	56.3
	MAL ESTADO DE SALUD	55	43.7
	Total	138	100.0

Fuente: Estudio de Investigación Autopercepción y actitud del Envejecimiento y su Influencia en el Estado de Salud de los Adultos Mayores de la UMF No. 21

**GRAFICA 7 RESULTADOS DEL CUESTIONARIO SF-12 ESTADO DE SALUD**



Fuente: Estudio de Investigación Autopercepción y actitud del Envejecimiento y su Influencia en el Estado de Salud de los Adultos Mayores de la UMF No. 21

ASOCIACIÓN DE LA AUTOPERCEPCIÓN DEL ENVEJECIMIENTO Y EL ESTADO DE SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES DE LA UMF 21

ENFERMEDAD

E  
X  
P  
O  
S  
I  
C  
I  
Ó  
N

	Mal estado de Salud	Buen estado de Salud
Mala percepción del envejecimiento	106	120
Buena percepción del envejecimiento	156	170

$$RM = \frac{a \times d}{b \times c} = \frac{106 \times 170}{156 \times 120} = \frac{18020}{18720} = 0.962$$

Para la asociación entre la autopercepción de envejecimiento y el estado de salud en los adultos mayores de la UMF 21 se obtuvo una Razón de Momios de 0.962 lo que nos indica que hay una protección de que los pacientes con buena percepción del envejecimiento se encuentren con buen estado de salud.

## DISCUSIÓN

El presente estudio observacional permite concluir que la autopercepción del envejecimiento es un predictor de los futuros resultados de salud, dado que anticipa el riesgo de mortalidad y de eventos mórbidos la disminución funcional, y la utilización de los servicios de salud.

En comparación a lo realizado por Varela Pinedo y colaboradores; quienes al valorar 497 pacientes encontraron que solo el 23% de estos se perciben con una buena autopercepción del envejecimiento, concluyendo que los pacientes valorados no tienen una buena autopercepción del envejecimiento; resultado que es diferente al encontrado en este estudio en donde más del 60% de los encuestados se percibe con una buena percepción. Otro estudio realizado en Latinoamérica, el estudio SABE, concuerda con lo señalado por Varela Pinedo.

Por el contrario en un estudio realizado en España se encontró que el 40 a 50% de los adultos mayores españoles tiene una adecuada percepción del envejecimiento, mientras que en Suiza alcanza un porcentaje de 87%. Para países como Brasil, Argentina y México se hizo una estimación de solo el 30% de adecuada percepción del envejecimiento; sin embargo en el estudio realizado se encontró una percepción positiva para el envejecimiento del 68% misma que se relacionó con un buen estado de salud en un 55% en los adultos mayores de la UMF 21.

En cuanto a la percepción Castellanos Fuentes y Helmer concuerdan con nuestro estudio en que las percepciones que son positivas hacia la vejez y el envejecimiento se relacionan con el bienestar físico y psicológico; y a su vez, los factores de las percepciones de tipo negativo conllevan un estado de malestar general.

Gallegos y Carrillo evaluaron el estado de salud de los ancianos medido a través de su autopercepción; entre los principales factores asociados a la mala

autopercepción encontraron morbilidad crónica, aguda y de funcionamiento, sexo femenino, estado civil y disposición hacia conductas saludables; estos autores encuentran una relación negativa entre sexo femenino y la autopercepción de la salud. Los autores indican que una de las características del fenómeno del envejecimiento es su mayor incidencia sobre las mujeres. La razón de esto es la mayor expectativa de vida de las mujeres, a causa de la sobremortalidad masculina. Las mujeres enfrentan una gran paradoja al vivir más que los hombres, pero en la mayoría de los casos deben enfrentar solas, como viudas, y muchas veces teniendo familiares a cargo, una vejez precaria, debido a los bajos ingresos que reciben. En el estudio realizado se observa que la mayoría de los pacientes encuestados pertenecen al sexo femenino y con mejor percepción del envejecimiento.

La buena autopercepción de salud durante la vejez está influida por diversos factores. Uno de los principales es el estado de salud, el cual resulta ser en realidad un constructo complejo. En este sentido, estudios científicos evidencian que algunos de los principales factores asociados constantemente con la autopercepción de salud en esta población son: factores sociodemográficos y no solo la ausencia o presencia de enfermedad.

## CONCLUSIONES

El presente estudio se realizó a 138 personas de la Unidad de Medicina Familiar No. 21, de los cuales el 64.5% correspondieron al sexo femenino, mientras que el 35.5% restante al sexo masculino. Las edades de los pacientes fueron de 60 a más de 90 años, encontrando que la mayor prevalencia de pacientes se registró en el grupo de edad de 60 a 69 años de edad; encontrando que el mayor número de pacientes encuestados, con un 55.6%, corresponden al grupo de edad de 60 a 69 años. La OMS ha calculado que la población adulta oscila en un 11%; mientras que INEGI en 2014 reportó que el porcentaje de adultos mayores corresponde al 10%; en nuestra UMF se estima que el porcentaje de personas de más de 60 años es de aproximadamente el 23%.

Pudimos observar que en una frecuencia de 54 pacientes tienen una escolaridad de secundaria, seguida de pacientes con escolaridad en primaria con un porcentaje de 36.9%, es de importancia que solo 4 pacientes con porcentaje de 3% tienen como escolaridad la Licenciatura.

En cuanto al estado civil de los pacientes el 76% de ellos se encuentra casado, mientras que solo 1 de los pacientes correspondientes al 0.9% se encuentra en unión libre.

Se realizaron dos cuestionarios uno para valorar la autopercepción del envejecimiento encontrándose que el 68% de los pacientes se refieren con buena autopercepción y el 31.9% presentan mala percepción del envejecimiento. En el cuestionario para valorar el estado de salud de los adultos mayores el 55% reportó tener un adecuado estado de salud, mientras que el 45% presentó de acuerdo al cuestionario tener un mal estado de salud. Con los resultados antes mencionados se prueba la hipótesis, ya que en más del 30% de los encuestados existe una influencia de la autopercepción del envejecimiento sobre el estado de salud.

Se realizó una Razón de Momios con resultado de 0.962, lo que nos indica que existe un factor de protección entre una adecuada percepción del envejecimiento con el estado de salud de los adultos mayores.

Como principal conclusión de este trabajo, se destaca que el indicador autopercepción del envejecimiento resulta útil para medir el nivel de salud de una población. Adicionalmente, la ayuda recibida influye en la salud percibida, relacionado probablemente tanto con las condiciones sociales de vida, como la presencia de dependencia en el adulto mayor. Por último, la satisfacción con la vida constituyó un componente subjetivo relacionado con la autopercepción de salud.

Estos datos son de importancia para definir criterios de acción en los grupos de ancianos analizados, en lo que respecta a programas que incidan en la salud, dependencia y el bienestar general de los adultos mayores, en especial los que presentan mayor vulnerabilidad social.

## RECOMENDACIONES

- Evaluar periódicamente la calidad de vida que están recibiendo los adultos mayores y el impacto que provocan en ellos los cambios que aparezcan durante el proceso por parte de las instituciones de salud.
- Fortalecer entre los adultos mayores la igualdad y la equidad, a través de grupos focales donde se exploten sus destrezas adquiridas durante toda su vida, con el fin de que sean personas de participación igualitaria.
- Crear estrategias innovadoras que incluyan la participación de la familia, para el abordaje de estos temas que conciernen a la etapa más sublime de sus familiares más antiguos de su núcleo familiar, de manera que se rompan las barreras existentes entre las familias en relación a estas temáticas.
- Discutir con los adultos mayores sobre los servicios que prestan las diferentes entidades públicas y privadas, no solo para facilitar su atención en salud o para crear tiempo de calidad en actividades lúdicas sino también para mejorar su calidad de vida y satisfacer las necesidades básicas de los adultos mayores al menos en lo concerniente a su salud.
- Coordinar esfuerzos entre las instituciones de salud para mejorar la atención del adulto mayor, organizando un equipo de trabajo que brinde una atención integral y multidisciplinaria de forma permanente para los adultos mayores, si bien cada uno tendrá una herramienta diferente pero las metas serán las mismas.
- Incluir a los adultos mayores en todas las actividades familiares y sociales a fin de brindar un espacio para expresar sus opiniones y creencias en temas que le conciernen a todo el mundo no solo a los adultos mayores. Ellos no son personas que necesitan unas horas, unos días o unas semanas de atención sino una continua forma de expresarse y comunicar sus inquietudes y porque no también brindar soluciones a problemas que aquejan a las familias y a la sociedad, con su experiencia de vida tendrán mejores soluciones a nuestros problemas más comunes y menos resueltos.

## BIBLIOGRAFIA

1. Kantún Marín MA, Moral de la Rubia J, Gómez Meza MV, Salazar González. Validación del índice de satisfacción con la vida en la tercera edad. *Aquichan*. 2013; 13: 148-158.
2. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadística a propósito del día mundial de la población (11 de julio). México: INEGI; 2016.
3. Consejo Nacional de Población. [www.conapo.gob.mx](http://www.conapo.gob.mx)
4. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012).
5. Organización Mundial de la Salud. [www.oms.com.mx](http://www.oms.com.mx)
6. Sanchis Sánchez E, Igual Camacho C, Sánchez Frutos J, Blasco Igual MC. Estrategias de Envejecimiento activo. *Fioterapia*. 2014; 36(4):177-186.
7. 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.
8. Menéndez Montañés MC, Brochier Kist RB. La actividad física y la psicomotricidad en las personas mayores: sus contribuciones para el envejecimiento activo, saludable y satisfactorio. *Textos & Contextos*. 2011; 10: 179-192.
9. Herrera A, Guzmán A. Reflexiones sobre calidad de vida, dignidad y envejecimiento. *Rev. Med. Clin. Condes*. 2012; 23(1): 65-76.
10. Peláez E, Acosta LD, Carrizo ED. Factores asociados a la autopercepción de salud en adultos mayores. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2015; 41: 638-648.
11. Castillo-Carniglia A, Albala C, Dangour A, Uauy R. Factores asociados a satisfacción vital en una cohorte de adultos mayores de Santiago Chile. *Gac. Sanit*. 2012; 26: 414-420.
12. Pavón M, La Percepción de Autoeficacia para Envejecer desde una Perspectiva de Género, *Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica* 2013; 5: 74-80.
13. Organización de las Naciones Unidas: [www.un.org](http://www.un.org)

14. Helmer Zapata-Ossa. Autopercepción de salud en adultos mayores y desenlaces en salud física, mental y síndromes geriátricos en Santiago de Cali. *Rev. Salud Pública*. 2015; 17: 589-602.
15. Castellano Fuentes CL. La influencia del apoyo social en el estado emocional y las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento en una muestra de ancianos. *International Journal of Psychological Therapy*. 2014; 14(3): 365-377.
16. Navarro AB, Bueno B. Afrontamiento de problemas de salud en personas muy mayores. *Anales de Psicología*, 2015; 31: 1008-1017.
17. Castellano Fuentes CL. Análisis de la relación entre las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento y los índices de bienestar en una muestra de personas mayores. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 2014; 49: 108–114.
18. Cervantes Becerra RG, Villarreal Ríos E, Galicia Rodríguez L, Vargas Daza ER, Martínez González L. Estado de salud en el adulto mayor en atención primaria a partir de una valoración geriátrica integral. *Atención Primaria*, 2015; 47: 329-335.
19. Petretto DR, Pili R, Gaviano L, Matos López C, Zuddas C. Envejecimiento activo y de éxito o saludable: una breve historia de modelos conceptuales. *Rev. Esp. Geriatr Gerontol*. 2016; 51(4): 229-241.
20. Lucas-Molina B, Pérez-Albéniz A, Fonseca-Pedrero E, Ortuño-Sierra J. Programas educativos universitarios para mayores: evaluación de su impacto en la autopercepción del apoyo social y la salud mental. *Revista Colombiana de Psicología*. 2015; 24: 47-60.
21. Barker M, O'Hanlon A, McGre H, Conroy R. Cross-sectional validation of the Aging Perceptions Questionnaire: a multidimensional instrument for assessing self-perceptions of aging. *BMC Geriatrics*. 2007; 7(9): 1-13
22. Manrique-Espinoza B, Salinas-Rodríguez A, Moreno-Tamayo KM. Condiciones de salud y estado funcional de los adultos mayores en México. *Salud Pública*. México. 2013; 55: 323-331.
23. Ramos Morales LE. La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vascul*. Cuba. 2015; 16(2): 175-189.

24. Varela-Pinedo L, Chávez-Jimeno H, Tello-Rodríguez T, Ortiz-Saavedra P, Gálvez-Cano M, Casas-Vázquez P. Perfil clínico, funcional y sociofamiliar del adulto mayor de la comunidad en un distrito de Lima, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2015; 32: 709-716.
25. Nash Paul. Attitudes and Self-Perceptions of Aging. *Encyclopedia of Geropsychology*, 2015: 10: 978-981.
26. Aguilar-Navarro SG, Amieva H, Gutiérrez-Robledo LM, Avila-Funes JA. Frailty among Mexican community-dwelling elderly: a story told 11 years later. *The Mexican Health and Aging Study*. *Salud Pública Mex*. 2015; 57: S62-S69.
27. Álvarez-González K, Delgado-Cruz A, Naranjo-Ferregut JA. Evaluación funcional del adulto mayor en la comunidad. *Rev. Ciencias Médicas*. 2012; 16: 124-137.
28. García Puello F. Autopercepción de Salud y Envejecimiento. *Ciencia e innovación en salud*. 2013; 1(1):69-77
29. Ramírez Vélez R, Agredo Zuñiga RA, Jerez Valderrama AM. Confiabilidad y valores normativos preliminares del cuestionario de salud SF-12 (Short Form 12 Health Survey) en adultos Colombianos. *Rev. salud pública*. 2010;12 (5): 807-819.

# ANEXOS

**Instituto Mexicano del Seguro Social Delegación Sur de la Ciudad de México.  
Unidad de Medicina Familiar N° 21 “Francisco del Paso y Troncoso”.**

**“AUTOPERCEPCIÓN Y ACTITUD DEL ENVEJECIMIENTO Y SU INFLUENCIA EN EL ESTADO DE SALUD EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A LA UMF 21”**

\* Dra. Leonor Campos Aragon.  
\*\* Dra. Alejandra Palacios Hernández  
\*\*\* Dra. Mariana Carreón Tapia

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

	Marco Teórico y Planteamiento del Problema	Hipótesis y Definición de Variables	Cálculo del tamaño de muestra	Aprobación de Protocolo de Investigación	Realización y Aplicación de Cuestionarios	Organización y recolección de datos	Análisis de resultados	Conclusiones	Recomendaciones	Presentación
Marzo 2016	Realizado									
Abril 2016		Realizado								
Mayo 2016			Realizado	Realizado						
Junio 2016					Realizado					
Julio 2016					Realizado					
Agosto 2016						Realizado				
Septiembre 2016						Realizado				
Octubre 2016							Realizado			
Noviembre 2016								Realizado		
Diciembre 2016									Realizado	
Enero 2017										Realizado

 Realizado

 No Realizado

\*Dra. Leonor Campos Aragon  
Médico Cirujano. Maestra en Ciencias. Profesora de Informática Biomédica, Facultad de Medicina UNAM. Matrícula: 9054707 Tel: 57686000  
e-mail: leonor.campos@imss.gob.mx. Fax: Sin Fax

\*\* Dra. Alejandra Palacios Hernández  
Especialista en Medicina Familiar Adscripción: UMF 21 “Francisco del Paso y Troncoso” IMSS Matrícula: 98381032 Teléfono: 55 64219567 e-mail:  
alejandra\_ph17@hotmail.com Fax: Sin Fax.

\*\*\* Dra. Mariana Carreón Tapia  
Residente de Segundo año del Curso de Especialización en Medicina Familiar. Adscripción: UMF 21 “Francisco del Paso y Troncoso” IMSS  
Matrícula: 98388286 Teléfono: 55 398852 e-mail: anairam3030@gmail.com Fax: Sin Fax

**MEXICO, CIUDAD DE MÉXICO. 2017.**

Unidad de Medicina Familiar N° 21. Teléfono 57 68 60 00 ext. 21407. Avenida Francisco del Paso y Troncoso No. 281, Colonia Jardín Balbuena Venustiano Carranza. Ciudad de México. Código Postal 15900



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:

"AUTOPERCEPCIÓN Y ACTITUD DEL ENVEJECIMIENTO Y SU INFLUENCIA EN EL ESTADO DE SALUD EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A LA UMF 21"

Patrocinador externo (si aplica):

Lugar y fecha:

Ciudad de México, 2016

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio:

La autopercepción, es uno de los indicadores útiles en la identificación y conocimiento del estado de salud de la población de adultos mayores, el cual está influenciado por factores biológicos, sociales, económicos y culturales. Esto es de gran importancia, ya que el conocimiento de las variables asociadas a la autopercepción de salud nos da una pauta para fortalecer aquellos factores que mejoran las condiciones de salud y al mismo tiempo identificar aquellos que están empeorando dichas condiciones a través de acciones preventivas en salud adecuadas y oportunas y que se vea reflejado en una disminución de condiciones discapacitantes y en una menor prevalencia de enfermedades crónicas.

Objetivo: Determinar la autopercepción y actitud del envejecimiento y cómo influye en el estado de salud en adultos mayores que acuden a la UMF 21

Posibles riesgos y molestias:

Ninguna

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

Determinar la influencia del envejecimiento en su propia salud.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

Se harán a través del investigador principal directo al paciente

Participación o retiro:

De manera voluntaria el paciente ingresara al estudio.

Privacidad y confidencialidad:

Según los lineamientos éticos establecidos.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio:

"AUTOPERCEPCIÓN Y ACTITUD DEL ENVEJECIMIENTO Y SU INFLUENCIA EN EL ESTADO DE SALUD EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A LA UMF 21".

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

Dra. Leonor Campos Aragón Médico Cirujano, Maestra en Ciencias, Profesora de Informática Biomédica Facultad de Medicina UNAM. Adscripción: UMF 21 "Francisco del Paso y Troncoso" IMSS Matricula: 9054707 Tel: 57686000 e-mail: leonor.campos@imss.gob.mx. Fax: Sin Fax  
Dra. Alejandra Palacios Hernández Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar Adscripción: UMF 21 "Francisco del Paso y Troncoso" IMSS Matricula: 98381032 Teléfono: 55 64219567 e-mail: alejandra\_ph17@hotmail.com Fax: Sin Fax.  
Dra. Mariana Carreón Tapia Residente de Segundo año del Curso de Especialización en Medicina Familiar. Adscripción: UMF 21 "Francisco del Paso y Troncoso" IMSS Matricula: 98388286  
Teléfono: 55 39885299 e-mail: anairam3030@gmail.com Fax: Sin Fax

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: [comision.etica@imss.gob.mx](mailto:comision.etica@imss.gob.mx)

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Dra. Mariana Carreón Tapia, Residente de Segundo año del curso de especialización en Medicina Familiar, Matricula: 98388286, Dirección: Francisco del Paso y Troncoso 251, Col. Jardín Balbuena, Venustiano Carranza, Ciudad de México, Tel: 57686000.

Instituto Mexicano del Seguro Social Delegación Sur de la Ciudad de México.  
Unidad de Medicina Familiar N° 21 “Francisco del Paso y Troncoso”.

“AUTOPERCEPCIÓN Y ACTITUD DEL ENVEJECIMIENTO Y SU INFLUENCIA EN EL  
ESTADO DE SALUD EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A LA UMF 21”

INSTRUMENTO.

**Aplique el cuestionario al paciente que cumpla con las siguientes características:(CRITERIOS DE INCLUSION)**

1. Paciente masculino o femenino
2. Derechohabiente de la Unidad de Medicina Familiar 21 IMSS  
Con edad de 60 años y más.
3. Acepte participar en el estudio después de solicitarle consentimiento informado verbal.

FOLIO \_\_\_\_\_ Fecha (dd/mm/aa) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_  
Apellido Paterno                      Apellido Materno                      Nombre (s)

NSS: \_\_\_\_\_

Turno: 1.Matutino ( )    2.Vespertino ( )

Edad: \_\_\_\_\_ años cumplidos      Sexo: 1.-Masculino ( ) 2.- Femenino ( )

**ESTADO CIVIL**

1.Soltero (a) ( ) 2.Casado (a) ( ) 3.Divorciado (a) ( ) 4.Viudo (a) ( ) 5.Unión libre ( )

**ESCOLARIDAD**

1. Analfabeta ( ) 2. Primaria ( ) 3. Secundaria ( ) 4. Medio Superior ( ) 5.Superior ( )

**¿CUENTA CON APOYO FAMILIAR?**

1. Si ( )    2. No ( )

\*Dra. Leonor Campos Aragon

Médico Cirujano. Maestra en Ciencias. Profesora de Informática Biomédica Facultad de Medicina UNAM. Matricula: 9054707 Tel: 57686000 e-mail: leonor.campos@imss.gob.mx. Fax: Sin Fax

\*\* Dra. Alejandra Palacios Hernández

Especialista en Medicina Familiar Adscripción: UMF 21 “Francisco del Paso y Troncoso” IMSS Matricula: 98381032  
Teléfono: 55 64219567 e-mail: alejandra\_ph17@hotmail.com Fax: Sin Fax.

\*\*\* Dra. Mariana Carreón Tapia

Residente de Segundo año del Curso de Especialización en Medicina Familiar.  
Adscripción: UMF 21 “Francisco del Paso y Troncoso” IMSS Matricula: 98388286  
Teléfono: 55 39885299 e-mail: anairam3030@gmail.com Fax: Sin Fax

**MEXICO, CIUDAD DE MÉXICO. 2017.**

Unidad de Medicina Familiar N° 21. Teléfono 57 68 60 00 ext. 21407. Avenida Francisco del Paso y Troncoso No. 281, Colonia Jardín Balbuena Venustiano Carranza, Ciudad de México, Código Postal 15900

## ***Cuestionario de Percepción del envejecimiento (APQ)***

Estas preguntas evalúan sus opiniones y experiencias del envejecimiento. No hay respuestas correctas o incorrectas, sólo sus experiencias y puntos de vistas.

A) Puntos de vista sobre el envejecimiento.

Marque la respuesta que mejor describe su punto de vista de cada oración.

Indique hasta qué punto está de acuerdo con las siguientes afirmaciones.

**TD: Totalmente en desacuerdo**

**D: En desacuerdo**

**I: Indiferente**

**A: De acuerdo**

**TA: Totalmente de acuerdo**

	<b>Afirmaciones</b>	<b>TD</b> 1	<b>D</b> 2	<b>I</b> 3	<b>A</b> 4	<b>TA</b> 5
<b>1</b>	Estoy consciente que estoy envejeciendo en todo momento.					
<b>2</b>	Siempre estoy consciente de mi edad					
<b>3</b>	Siempre percibo que me clasifican como Viejo					
<b>4</b>	Siento el peso de la edad en todo lo que hago					
<b>5</b>	A medida que envejezco soy más sabio					
<b>6</b>	A medida que envejezco soy mejor persona					
<b>7</b>	A medida que envejezco aprecio más las cosas					
<b>8</b>	Me deprimó cuando pienso como el envejecimiento puede afectar las cosas que antes podía hacer					
<b>9</b>	La calidad de mi vida social en años venideros está en mí.					
<b>10</b>	Está en mí, la calidad de mis relaciones con otros en los siguientes años					
<b>11</b>	Está en mí continuar viviendo mi vida al máximo					
<b>12</b>	Me deprimó cuando pienso en el efecto que el envejecimiento puede tener en mi vida social					
<b>13</b>	A medida que envejezco hay muchas cosas que puedo hacer para seguir valiéndome por mí mismo					
<b>14</b>	Tener lados positivos mientras más envejezco depende de mí					
<b>15</b>	Envejecer limita las cosas que puedo hacer					
<b>16</b>	Envejecer me hace depender de los demás					
<b>17</b>	El envejecimiento hace que todo sea más difícil para mí					
<b>18</b>	A medida que envejezco, puedo realizar menos actividades					
<b>19</b>	A medida que envejezco, se me dificulta hacer frente a los problemas que surgen					
<b>20</b>	No puedo controlar ser más lento a causa de mi edad					
<b>21</b>	La forma de moverme (ir de un lugar a otro) en la vejez no está en mí					

<b>22</b>	No tengo control sobre perder energía o entusiasmo para vivir como adulto mayor					
<b>23</b>	No tengo control sobre los efectos del envejecimiento en mi vida social					
<b>24</b>	Me deprimó cuando pienso sobre el envejecimiento					
<b>25</b>	Me preocupa sobre los efectos que el envejecimiento puede tener sobre mis relaciones con los demás					
<b>26</b>	Paso por etapas en las que mi experiencia de estar envejeciendo es mejor y otras peor					
<b>27</b>	Mi experiencia de estar envejeciendo va y viene en etapas					
<b>28</b>	Me enoja pensar que estoy envejeciendo					
<b>29</b>	Paso por etapas en que me siento viejo					
<b>30</b>	Mi conciencia de estar envejeciendo cambia mucho de un día a otro					
<b>31</b>	Paso por fases en las que me veo como una persona vieja					

## CUESTIONARIO DE SALUD SF-12

**INSTRUCCIONES:** Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber como se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Por favor, conteste cada pregunta marcando una casilla. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor, conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general, usted diría que su salud es:

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>				
Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

2. **Esfuerzos moderados**, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora

3. Subir **varios** pisos por la escalera

1	2	3
Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durante las **4 últimas semanas**, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, **a causa de su salud física**?

4. ¿Hizo **menos** de lo que hubiera querido hacer?

5. ¿Tuvo que **dejar de hacer algunas tareas** en su trabajo o en sus actividades cotidianas?

1	2
Sí	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durante las **4 últimas semanas**, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, **a causa de algún problema emocional** (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

6. ¿Hizo **menos** de lo que hubiera querido hacer, **por algún problema emocional**?

7. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan **cuidadosamente** como de costumbre, **por algún problema emocional**?

8. Durante las **4 últimas semanas**, ¿hasta qué punto **el dolor** le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>				
Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho

Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las **4 últimas semanas**. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las **4 últimas semanas** ¿cuánto tiempo...

	1	2	3	4	5	6
	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
9. ...se sintió calmado y tranquilo?	<input type="checkbox"/>					
10. ...tuvo mucha energía?	<input type="checkbox"/>					
11. ...se sintió desanimado y triste?	<input type="checkbox"/>					

12. Durante las **4 últimas semanas**, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

1	2	3	4	5
Siempre	Casi	Algunas siempre	Sólo veces	Nunca alguna vez
<input type="checkbox"/>				