



CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

HOSPITAL GENERAL DE ZONA #1

TESIS

**PERCEPCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD DEL ADULTO
MAYOR A TRAVÉS DE LA TEORÍA SOCIO COGNITIVA DE
ALBERT BANDURA EN LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR NÚMERO 1 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL
SEGURO SOCIAL, DELEGACIÓN AGUASCALIENTES.**

PRESENTA

Evelina Martín Silva

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

ASESORA

Dra. Jannett Padilla López

Aguascalientes, Ags. Febrero del 2015



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES

EVELINA MARTÍN SILVA
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T E

Por medio de la presente se le informa que en cumplimiento de lo establecido en el Reglamento General de Docencia en el Capítulo XVI y una vez que su trabajo de tesis titulado:

“PERCEPCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD DEL ADULTO MAYOR A TRAVÉS DE LA TEORÍA SOCIO COGNITIVA DE ALBERT BANDURA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 1 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, DELEGACIÓN AGUASCALIENTES.”

Ha sido revisado y aprobado por su tutor y consejo académico, se autoriza continuar con los trámites de titulación para obtener el grado de:
Especialista en Medicina Familiar

Sin otro particular por el momento me despido enviando a usted un cordial saludo.

ATENTAMENTE
“SE LUMEN PROFERRE”
Aguascalientes, Ags., 16 de Febrero de 2015.

DR. RAÚL FRANCO DÍAZ DE LEÓN
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

c.c.p. C. P. Ma. Esther Rangel Jiménez / Jefe de Departamento de Control Escolar
c.c.p. Archivo





AGUASCALIENTES, AGS. FEBRERO 2015.

DR. RAÚL FRANCO DÍAZ DE LEON.
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD.

PRESENTE.

Por medio de la presente, le informo que la Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No. 1 IMSS de la Delegación Aguascalientes:

EVELINA MARTÍN SILVA

Ha concluido satisfactoriamente el trabajo de titulación denominado:

“PERCEPCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD DEL ADULTO MAYOR A TRAVÉS DE LA TERIA SOCIO COGNITIVA DE ALBERT BANDURA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 1, DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DELEGACIÓN AGUASCALIENTES”

No. De Registro R-2015-101-8 del Comité local de investigación en Salud
No.101

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS.**

La Dra. Evelina Martín Silva asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo cumpliendo con la normatividad en investigación vigente en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sin otro particular, agradezco a usted su atención enviándole un cordial saludo.

ATENTAMENTE



DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR.

COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD.



AGUASCALIENTES, AGS. FEBRERO 2015.

DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD.

Por medio de este conducto le informo que la **DRA. EVELINA MARTÍN SILVA**,
Residente de Tercer Año de Medicina Familiar, cuyo proyecto de tesis

**“PERCEPCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD DEL ADULTO MAYOR A TRAVÉS
DE LA TEORÍA SOCIO COGNITIVA DE ALBERT BANDURA EN LA UNIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 1 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL
SEGURO SOCIAL, DELEGACIÓN AGUASCALIENTES”**

Ha concluido satisfactoriamente.

Número de registro: **R-2015-101-8** del Comité Local de Investigación No. 101

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS**

El residente asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades
apegadas al plan de trabajo, quedando pendiente su titulación la cual depende
de los tiempos y formas establecidas por la normatividad de la Universidad
Autónoma de Aguascalientes.

Sin más por el momento y quedando a sus órdenes para cualquier aclaración.

ATENTAMENTE

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Jannett Padilla López', is written over a large, faint circular stamp or watermark.

DRA. JANNETT PADILLA LÓPEZ
ASESORA DE TESIS

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por haberme permitido llegar a este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mi mami Francisca, por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, sus oraciones y por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

A mi papi José Santos, por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante, por darme siempre seguridad y por su amor.

A mi esposo Guillermo que ha sido el impulso durante toda mi carrera y el pilar principal para la culminación de la misma, que con su apoyo constante y amor incondicional ha sido amigo y compañero inseparable, fuente de sabiduría, calma y consejo en todo momento.

A mi hija Regina quien me prestó el tiempo que le pertenecía para lograr esta meta, porque tuvo que soportar largas horas sin la compañía de su madre, sin entender porque prefería pasar tiempo en el hospital que jugando con ella, que con su luz ha iluminado mi vida y hace mi camino más claro.

A mi hermano José Santos, que a pesar de la distancia, siempre me ha apoyado moral y espiritualmente.

A mi hermana Yolis, por ser el mayor ejemplo de responsabilidad y deseos de superación, en ella tengo el espejo en el cual me quiero reflejar pues sus virtudes infinitas y su gran corazón me llevan a admirarla cada día más.

A mi hermano Daniel, por su paciencia al explicarme las cosas nuevas, por su capacidad e inteligencia para siempre darme las palabras correctas.

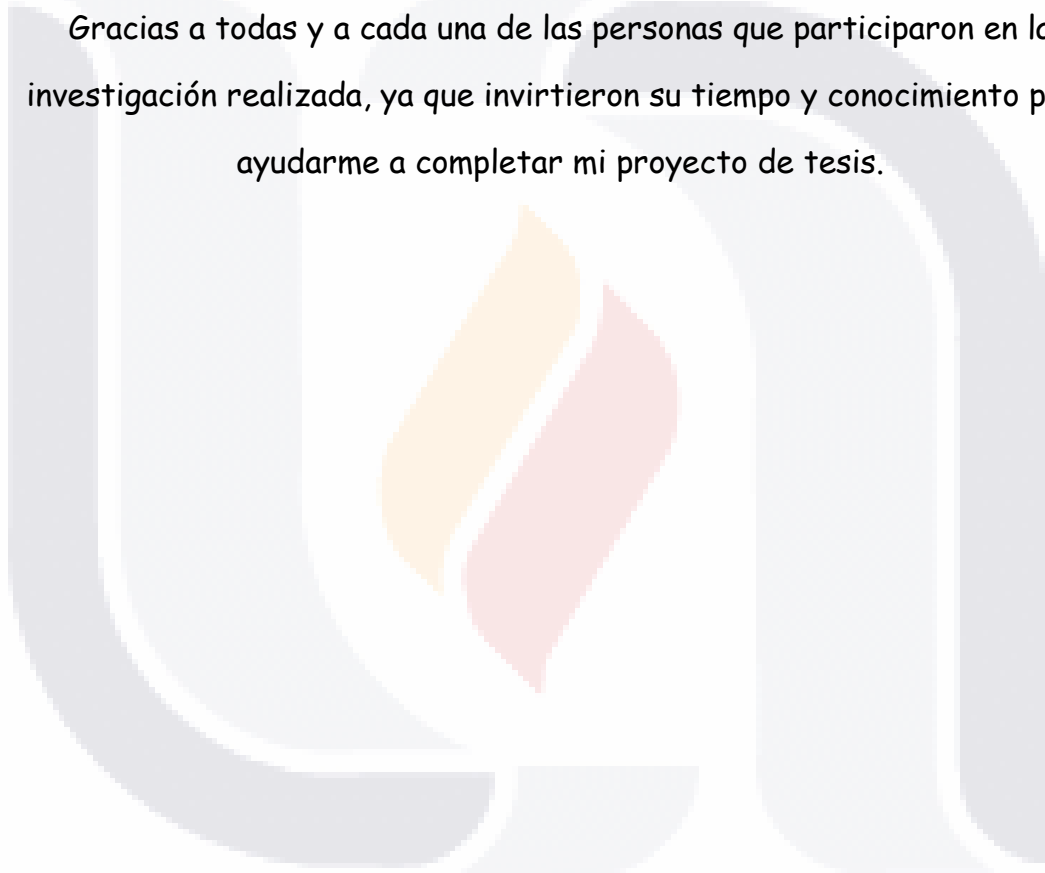
TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

A mis suegros por su ayuda, por brindarme confianza y seguridad para lograr mis objetivos.

A mi asesora de tesis Dra. Jannett Padilla López, que con su paciencia, su tenacidad y entrega me impulsó para realizar este gran proyecto.

A mis maestros, por su gran apoyo y motivación para la culminación de la especialidad, ya que marcaron cada etapa de mi camino.

Gracias a todas y a cada una de las personas que participaron en la investigación realizada, ya que invirtieron su tiempo y conocimiento para ayudarme a completar mi proyecto de tesis.



DEDICATORIAS

A mis padres, porque ellos siempre han estado a mi lado brindándome su apoyo incondicional en todo momento, y por sus consejos para hacer de mi vida una mejor persona.

A mi esposo que me ha acompañado en este camino mirando hacia el mismo rumbo, el cual ha estado lleno de días tormentosos, así como días soleados. Gracias por tomar más firme mi mano cuando me canso, por levantarme cuando desfallezco y por estar a mi lado cuando más te necesito.

A mi hija que siempre ha sido, es y será mi mayor motivación, porque cada logro mío es un triunfo gracias a ella.

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE GENERAL	1
INDICE DE TABLAS	4
INDICE DE GRÁFICAS	5
ÍNDICE DE FIGURAS	6
ACRÓNIMOS	7
I.- RESUMEN	8
II. ABSTRACT	10
III. INTRODUCCIÓN	12
IV. MARCO TEÓRICO	14
IV.A.- Antecedentes científicos	14
IV.A.1.- Antecedentes científicos de la percepción del adulto mayor	14
IV.A.2.- Antecedentes científicos de la funcionalidad en el adulto mayor	16
IV.A.3.- Antecedentes científicos de la Teoría Socio cognitiva de Albert Bandura.	17
IV.A.4.- Antecedentes científicos de la percepción del adulto mayor asociados a la funcionalidad	18
IV.B.- Marco teórico	19
IV.B.1.- Teorías y modelos que explican los determinantes sociales	19
IV.B.2.- Definición del estado de salud y funcionalidad	26
V.- JUSTIFICACIÓN	28
VI.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	29
VI. A.- Descripción de las características socioeconómicas y culturales en la población de estudio.....	29
VI. B.- Panorama del estado de salud en instituciones de salud, en un estado municipio, delegación de estudio.....	30
VI. C.- Descripción del sistema de atención de la salud.....	31
VI.C.1.- Nivel Político	31
VI.C.2.- Nivel Legislativo	33
VI.C.3.- Normas	34
VI.C.4.- Nivel Operativo.....	34

VI.D.- Descripción de la distribución del problema (¿Quiénes están afectados, donde, cuando?)	38
VI.E.- Descripción de la gravedad del problema	39
VI.F.- Análisis de los factores más importantes que pueden influir en el problema	42
VI.G.- Argumentos convincentes de que el conocimiento disponible para solucionar el problema no es suficiente para solucionarlo	43
IV.H.- Breve descripción de algunos otros proyectos relacionados con el mismo problema	43
VI.I.- Descripción del tipo de información que se espera obtener como resultado del proyecto y como se utilizara para solucionar el problema	45
VI.J.- Lista de los conceptos utilizados en el planteamiento del problema	46
VI.J.1.- Definición de percepción	46
VI.J.2.- Funcionalidad del adulto mayor	48
VI.K.- Descripción de la naturaleza del problema	49
VII.- OBJETIVOS	51
VII.A.- Objetivo general	51
VII.B.- Objetivos específicos	51
VIII. HIPÓTESIS DEL TRABAJO	52
VIII. A.- Hipótesis alterna general	52
VIII. B.- Hipótesis alternas específicas	52
VIII. C.- Hipótesis nula general	53
VIII. D.- Hipótesis nulas específicas	53
IX.- METODOLOGÍA	54
IX.A.- Diseño de estudio	54
IX.B.- Universo de trabajo	54
IX.B.1.- Población de estudio	54
IX.B.2.- Unidad de análisis	54
IX.B.3.- Criterios para la selección de la muestra	54
IX.C.- Tipo de muestreo	55
IX.D.- Tamaño de la muestra	55
IX.A- Definición de las variables	56
IX.A.1- Variable independiente	56
IX.A.1- Variable dependiente	56

IX.B.- Logística	56
IX.C.- Recolección de datos	57
IX.D- Validez del instrumento.....	57
IX.D.1.- Validez aparente	58
IX.D.2.- Validez de contenido	58
IX.E.- Plan de recolección de la información.....	58
IX.F- Plan para procesamiento y análisis de datos	59
IX.F.1.- Procesamiento de datos	59
IX.F.1.- Análisis de datos	59
IX.G- Consideraciones éticas.....	60
IX.H- recursos, financiamientos y factibilidad.....	60
IX.I.- Hoja de gastos	61
IX.J- Carta de consentimiento informado	61
IX.K- Operacionalización de las variables.....	62
IX.M Cronograma de actividades.....	62
IX.- Manual operacional.....	62
X.- RESULTADOS	63
XI- DISCUSIÓN.....	75
XII.- CONCLUSIÓN.....	76
XIII. GLOSARIO.....	77
XIV. BIBLIOGRAFÍA.....	79
ANEXOS.....	83

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Definición de percepción. 46

Tabla 2. Características Individuales del Adulto Mayor con respecto a su percepción de funcionalidad basado en la Teoría Sociocognitiva de Bandura..... 68

Tabla 3. Características Individuales del Adulto Mayor con respecto a su funcionalidad de acuerdo al instrumento de Lawton y Brody..... 69

Tabla 4. Características Individuales del Adulto Mayor con respecto a su funcionalidad basado en el índice de Katz. 70

Tabla 5. Factores Ambientales o Externos del Adulto Mayor con respecto a la percepción de su funcionalidad basado en la Teoría Sociocognitiva de Bandura. 71

Tabla 6. Factores Ambientales o Externos del Adulto Mayor con respecto a su funcionalidad de acuerdo al instrumento de Lawton y Brody. 72

Tabla 7. Factores Ambientales o Externos del Adulto Mayor con respecto a su funcionalidad basado en el índice de Katz. 73

Tabla 8. Porcentaje de adultos mayores con y sin funcionalidad con la escala de Lawton y Brody..... 73

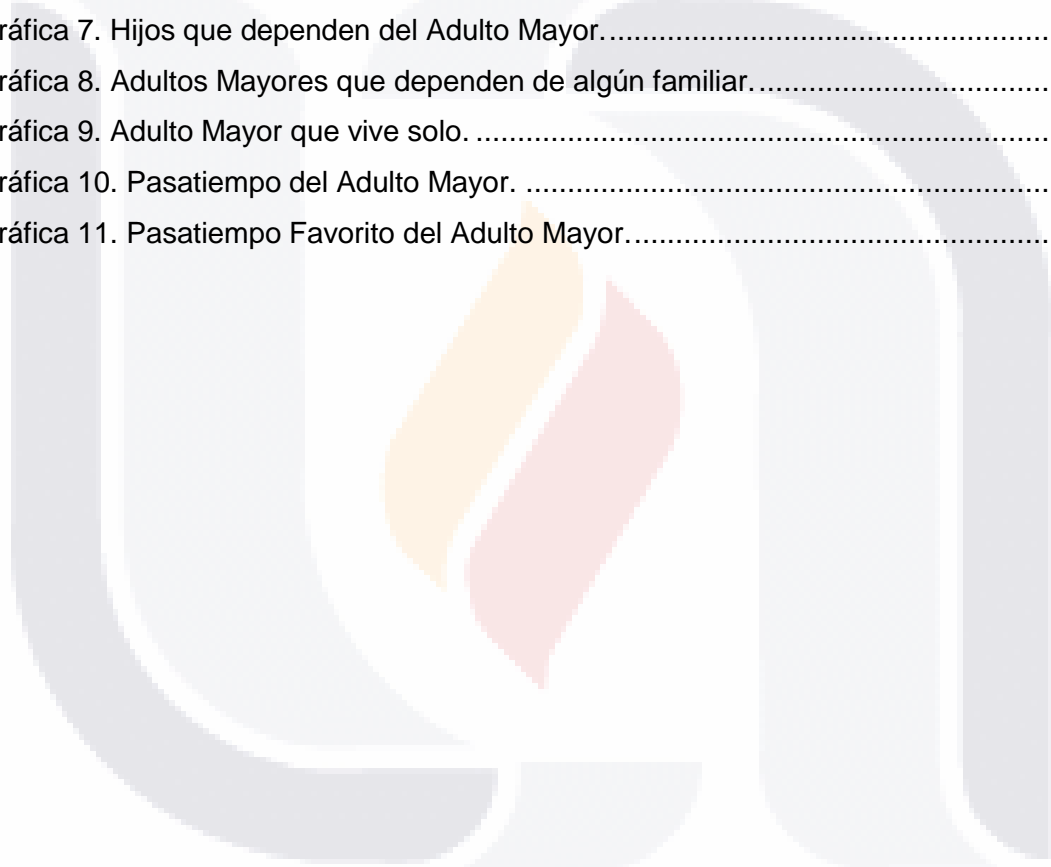
Tabla 9. Porcentajes de adultos mayores dependientes e independientes con la escala de Katz..... 73

Tabla 10. Correlación de la teoría social cognitiva con la funcionalidad y nivel de dependencia de las escalas de Lawton y Brody y Katz. 74

Tabla 11. Correlación de dimensiones de la teoría social cognitiva con la funcionalidad y nivel de dependencia de las escalas de Lawton y Brody y Katz. 74

INDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Atención por sector.	36
Gráfica 2. Actividades instrumentales en la vida diaria.	41
Gráfica 3. Descripción del género de los adultos mayores.	63
Gráfica 4. Estado Civil de los adultos mayores.....	64
Gráfica 5. Descripción de la ocupación de los Adultos Mayores.....	64
Gráfica 6. Descripción del número de hijos de los Adultos Mayores.....	65
Gráfica 7. Hijos que dependen del Adulto Mayor.....	65
Gráfica 8. Adultos Mayores que dependen de algún familiar.....	66
Gráfica 9. Adulto Mayor que vive solo.	66
Gráfica 10. Pasatiempo del Adulto Mayor.	67
Gráfica 11. Pasatiempo Favorito del Adulto Mayor.....	67



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Modelo triático de Bandura.....	20
Figura 2. Esquema del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.....	32
Figura 3. Sistema de salud en México.....	35



ACRÓNIMOS

IMSS, Instituto Mexicano del Seguro Social

HGZ, Hospital General de Zona

ISSSTE, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

OMS, Organización Mundial de la Salud

NOM, Norma Oficial Mexicana

INAPAM,

AM, Adultos Mayores

UNFPA, Fondo de Población de Naciones Unidas

PEMEX, Petróleos Mexicanos

SEDENA, Secretaría de la Defensa Nacional

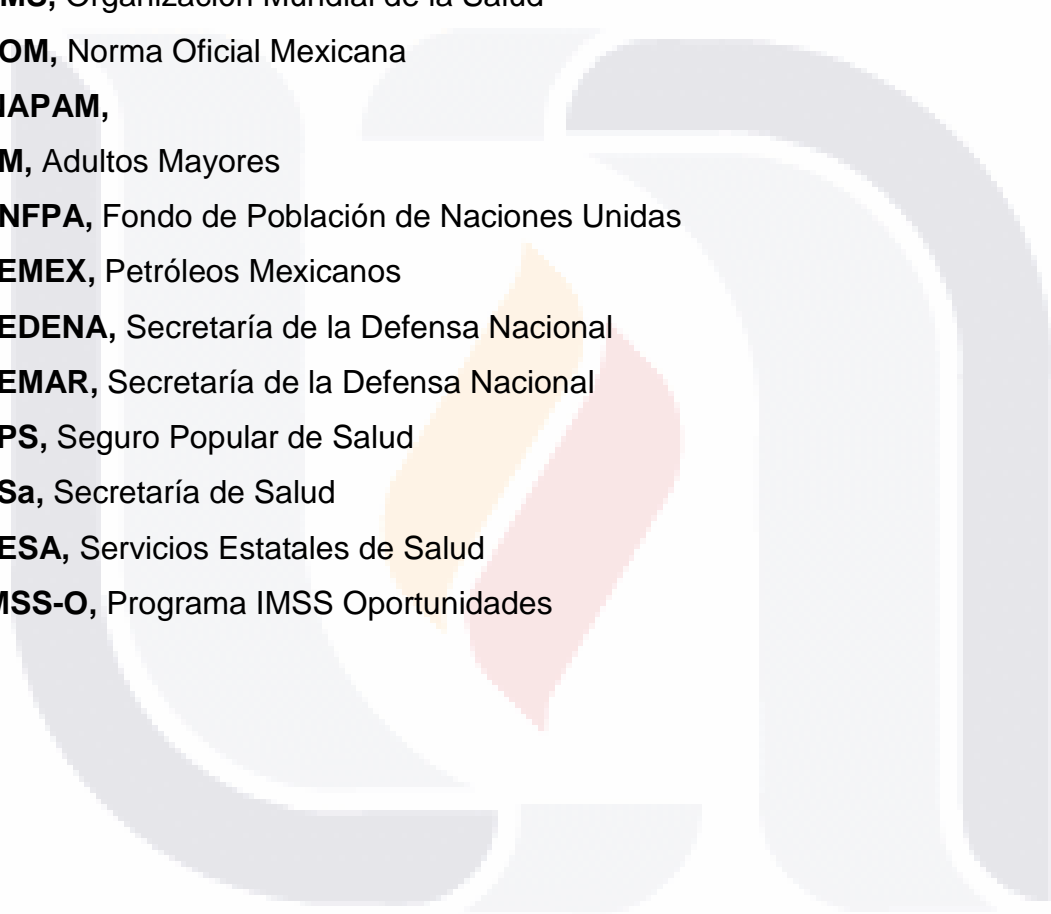
SEMAR, Secretaría de la Defensa Nacional

SPS, Seguro Popular de Salud

SSa, Secretaría de Salud

SESA, Servicios Estatales de Salud

IMSS-O, Programa IMSS Oportunidades



I.- RESUMEN

Título: “Percepción de la funcionalidad del adulto mayor a través de la teoría sociocognitiva de Albert Bandura en la UMF número uno del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Aguascalientes.”

Antecedentes: **Garay, (2014)** realizó un estudio descriptivo de series de casos transversales sobre La relación entre la percepción subjetiva del funcionamiento cognitivo y el autoestigma con la experiencia de recuperación de las personas con enfermedad mental grave. Los resultados subrayan la importancia de factores perceptivos subjetivos y metacognitivos en el proceso personal de recuperación. Se concluye que la sensación de estigma internalizado y la presencia de actividad psicótica redundan en una menor experiencia de recuperación.⁽¹⁾ **Durán, (2013)** realizó un estudio sobre Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad en Tamaulipas. Cuyo objetivo se basaba en identificar la asociación existente entre depresión y función cognitiva del adulto mayor. Se realizó un método de estudio descriptivo-transversal-correlacional en 252 adultos mayores de ambos sexos. Concluyendo que en este grupo de adultos mayores existe depresión y deterioro en la función cognitiva; la asociación entre ambas variables fue escasa ⁽²⁾ **Millian, (2010)** en Cuba realizó un estudio sobre la Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor con el objetivo de medir la salud en el paciente anciano ya que este resulta complejo, por lo que la salud del anciano debe medirse en correspondencia con su funcionalidad. Concluyéndose que la gran mayoría de los adultos mayores se perciben independientes para realizar las actividades de la vida diaria, los adultos mayores que perciben algún riesgo para su salud se cuidan más que los que se perciben sanos.⁽³⁾ **Objetivo: 1.** Identificar la correlación entre percepción de la funcionalidad del adulto mayor a través de la Teoría Socio Cognitiva de Albert Bandura con la funcionalidad del adulto mayor basado en el índice de Katz y el instrumento de Lawton y Brody en la UMF número uno del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Aguascalientes. **Material y métodos:** Estudio transversal comparativo, en el que se identificará la percepción de la funcionalidad de los adultos mayores de 65 años y más en 104 derechohabientes de la UMF #1 IMSS, Delegación Aguascalientes, los cuales serán seleccionados por tipo de muestreo no probabilístico, se calculó el tamaño de la muestra, mediante el programa EPI Info 6. Los parámetros utilizados fueron un nivel de

confianza del 95%, poder de la muestra del 80%. Se validará el instrumento utilizado.

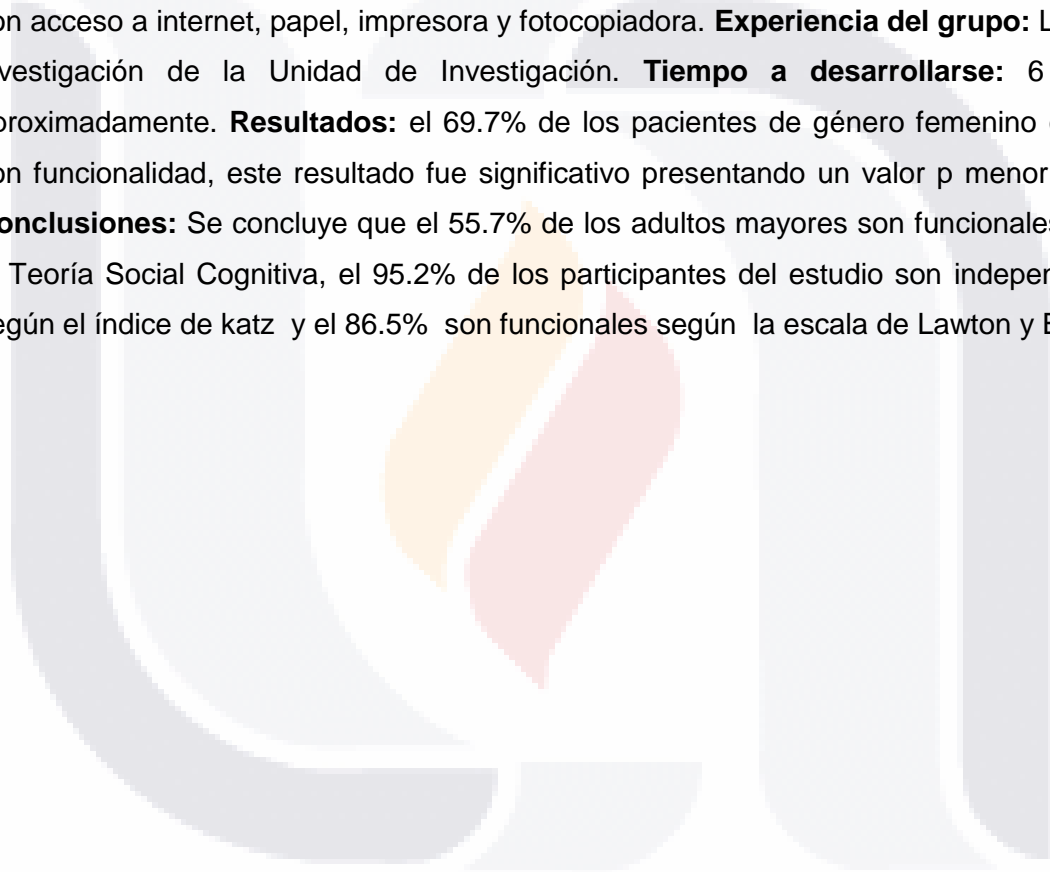
Criterios de inclusión: Se incluirán a los adultos mayores de 65 años y más que acudan a consulta médica por cualquier motivo, independientemente del género o discapacidad, a la UMF #1 IMSS Delegación Aguascalientes, que participen de forma voluntaria.

Criterios de no inclusión: Personas sin la edad requerida y quienes no hayan firmado la carta de consentimiento informado. **Criterios de eliminación:** Quienes no contesten un 80% del total de la encuesta aplicada, que exista apatía por parte del paciente para contestar la encuesta.

Recursos e infraestructura: Se necesitará un equipo de cómputo con acceso a internet, papel, impresora y fotocopidora. **Experiencia del grupo:** Línea de investigación de la Unidad de Investigación.

Tiempo a desarrollarse: 6 meses aproximadamente. **Resultados:** el 69.7% de los pacientes de género femenino cuentan con funcionalidad, este resultado fue significativo presentando un valor p menor a 0.05.

Conclusiones: Se concluye que el 55.7% de los adultos mayores son funcionales según la Teoría Social Cognitiva, el 95.2% de los participantes del estudio son independientes según el índice de katz y el 86.5% son funcionales según la escala de Lawton y Brody.

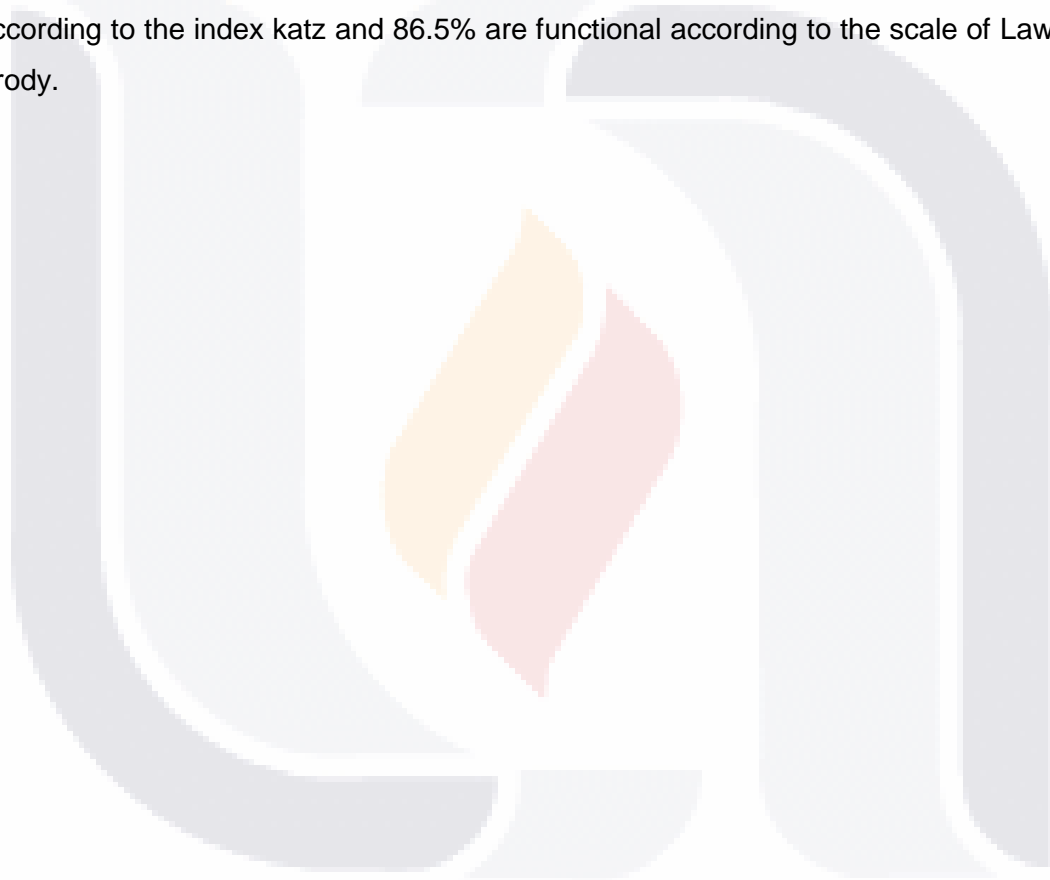


II. ABSTRACT

Title: "Perception of the functionality of older adults through The Theory Sociocognitive of Albert UMF Bandura at number One Mexican Institute of Social Security Delegation Aguascalientes."

Background: Garay (2014) conducted a descriptive study of transverse series of cases on the relationship between self-reported cognitive functioning and self-stigma with the experience of recovery of people with severe mental illness. The results underline the importance of subjective and metacognitive perceptual factors in personal recovery process. We conclude that the sense of internalized stigma and the presence of psychotic activity result in a lower recovery experience.⁽¹⁾ Durán, (2013) conducted a study on depression and cognitive function in older adults in a community in Tamaulipas. Whose objective was based on identifying the association between depression and cognitive function of the elderly. A method of cross-correlation-descriptive study of 252 older adults of both sexes were performed. Concluding that there is depression and impaired cognitive function in this group of older adults; the association between the two variables was low ⁽²⁾ Millian, (2010) in Cuba conducted a study on the evaluation of the capacity and self-perception of the elderly in order to measure health in the elderly since this is complex, so the health of the elderly should be measured in correspondence with its functionality. Concluding that the vast majority of seniors are perceived independent for activities of daily living, older adults who perceive a risk to their health care than those who perceived healthy.⁽³⁾ **Objective:** Identify the correlation between perception of the functionality of the elderly through Socio Cognitive Theory Albert Bandura with the functionality of the elderly based on the Katz index and Lawton and Brody instrument in the UMF number one Mexican Social Security Institute, Delegation Aguascalientes. **Material and methods:** Cross-sectional study, in which the perception of the functionality of adults aged 65 years and over 104 beneficiaries of UMF No. 1 IMSS, Delegation Aguascalientes, which will be selected by type of non-probability sampling will identify the sample size was calculated using the program EPI info 6. the parameters used were a confidence level of 95% of the sample to 80%. The instrument used is validated. **Inclusion criteria:** adults over 65 are included and more who come to clinics for any reason, regardless of gender or disability, the UMF No. 1 IMSS Delegation Aguascalientes, participating voluntarily. **No Inclusion**

criteria: Persons without the required age and who have not signed the letter of informed consent. **Criteria for disposal:** Those who do not answer 80% of the applied survey, there is apathy on the part of the patient to complete the survey. **Resources and infrastructure:** computer equipment will need Internet access, paper, printer and photocopier. **Group experience:** Online Research Unit. **Time to grow:** approximately 6 months. **Results:** 69.7% of female patients have functionality, this result was significant presenting a p value less than 0.05. **Conclusions:** We conclude that 55.7% of seniors are functional as Social Cognitive Theory, 95.2% of the study participants are independent according to the index katz and 86.5% are functional according to the scale of Lawton and Brody.



III. INTRODUCCIÓN

Independientemente del concepto de salud que como profesionales o instituciones de salud queramos adoptar, este concepto ha probado tener un significado diferente para los adultos mayores, salud para los adultos mayores significa no tener enfermedades, tener energía, ser capaz de hacer sus actividades, sentirse bien, no tener complicaciones agudas de problemas crónicos, reunirse con sus amigos o familia, o ser independientes. Todas estas percepciones del estado de salud están relacionadas con determinantes psicosociales en salud como lo son medio ambiente, estilo de vida, conductas de salud y sistemas de atención médica.

La percepción de la funcionalidad del adulto mayor basada en la Teoría Socio Cognitiva se define como la capacidad que tiene el adulto mayor para realizar las actividades básicas de la vida diaria, así como las actividades instrumentadas, orientada en la interacción que entre el individuo y su entorno.

La Teoría Sociocognitiva es multidimensional y está conformada por seis dimensiones: autoeficacia, competencias conductuales, expectativas, expectativas, autocontrol y afrontamiento emocional, en relación a una conducta en función de la confianza en sí mismo, la capacidad para dar y recibir apoyo, evitar conflictos y mejorar las relaciones, cada uno de los cuales está representado por un concepto.

Autoeficacia es la capacidad que tiene un adulto mayor para tomar decisiones por medio de la interacción familiar e institucional. Competencias conductuales, es el nivel de conocimientos y habilidades de los adultos mayores en relación a una conducta por medio de la interacción familiar e institucional. Expectativas es lo que un adulto mayor piensa que va a pasar si hacen un cambio de conducta por medio de la interacción familiar e institucional. Expectaciones se refiere a si un adulto mayor piensa que el resultado esperado es bueno, o que pueda ser recompensado, por medio de la interacción familiar e institucional. Autocontrol se refiere a cuanto control tiene una persona para hacer un cambio de conducta, por medio de la interacción familiar e institucional. Afrontamiento emocional es la capacidad de los adultos mayores para hacer frente a las emociones

envuelto en un cambio de conducta, por medio de la interacción con su entorno familiar e institucional.

Se validó un instrumento en el cual se pudiera valorar la percepción de la funcionalidad del adulto mayor a través de la Teoría Sociocognitiva con el objetivo de identificar si existe correlación entre la percepción de su funcionalidad y su funcionalidad real.



IV. MARCO TEÓRICO

IV.A.- Antecedentes científicos

IV.A.1.- Antecedentes científicos de la percepción del adulto mayor

Flavia y cols (2012) realizaron un estudio transversal sobre Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores, con el objetivo de examinar las relaciones entre el bienestar psicológico, el apoyo social percibido y la percepción de salud en adultos mayores. Con una muestra de 250 personas, 146 mujeres y 104 hombres, con edades entre 60 y 87 años (promedio de 70,8 años) de la ciudad de Concepción (Chile). Los resultados mostraron que el bienestar psicológico presentaba mayores relaciones con el apoyo social percibido que con la percepción de salud, que los hombres informaron mayor bienestar psicológico y mejor percepción de salud que las mujeres y que las personas casadas o con pareja estable informaron mayor bienestar psicológico y mayor apoyo social percibido que aquellas sin pareja estable.⁽⁴⁾

Dueñas y cols, (2011) realizaron un estudio descriptivo sobre Percepción de salud en adultos mayores de la provincia Matanzas donde su objetivo principal era identificar la percepción de la dimensión salud por parte los adultos mayores de la provincia de Matanzas, y su relación con variables seleccionadas como sexo, estado conyugal, escolaridad, grupo de edad. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, en un universo de 108 559 adultos mayores, de los que se seleccionó una muestra de 741 a través de la fórmula de cálculo de tamaño de muestra para estudios descriptivos, elegida por muestreo estratificado polietápico. Para la recogida de la información se aplicaron el Examen Mínimo del Estado Mental y la Escala para la Evaluación de la Calidad de Vida Percibida. Como resultado se obtuvo que la alta percepción de salud emitida por la población objeto de estudio se expresa de manera homogénea por sexos, pero heterogénea por grupos de edades, estado conyugal y escolaridad, lo cual evidencia la relación importante que existe entre estas últimas y la dimensión investigada.⁽⁵⁾

Findling y cols (2008) realizaron un estudio descriptivo sobre Adultos Mayores: Percepción de Salud y Redes Sociales, cuyo objetivo principal destaca analizar la percepción del estado de salud de las personas mayores de 60 años y relacionarlas con sus condiciones de vida y la presencia de redes sociales. La elección de estas edades se basó en la mayor propensión que tienen esas personas a padecer enfermedades y a requerir apoyos para su supervivencia. Consta de dos objetivos: 1) analizar la relación entre percepción del estado de salud de adultos mayores y los apoyos recibidos a partir de datos secundarios, comparando tres ciudades: Buenos Aires, (Argentina) Montevideo (Uruguay) y Santiago de Chile (Chile) y relacionarla con dimensiones demográficas y socioeconómicas 2) indagar la percepción del estado de salud y las redes sociales en adultos mayores de 60 años o más, residentes en el Área Metropolitana de Buenos Aires (Argentina), poniendo énfasis en la interpretación y valoración subjetiva que cada persona hace de las dimensiones estudiadas. Los resultados del análisis cuantitativo muestran que los adultos mayores de las tres ciudades no requieren, en general, demasiadas ayudas porque su salud no sufre fuertes deterioros y se desempeñan con autonomía en los quehaceres de la vida cotidiana. Si bien llevan una vida sedentaria, la mayoría expresa su preferencia por salir, consideran que están de buen ánimo, no se sienten desamparados y están satisfechos con su vida.⁽⁶⁾

Reyes y cols (2006) realizaron un estudio transversal con el objetivo de evaluar el estado de salud de los ancianos mexicanos a través de la autopercepción y analizar los factores sociales, de salud y organizacionales asociados. Se realizó análisis de regresión logística múltiple. La variable dependiente fue el estado de salud medido a través de la autopercepción de salud. Esta variable, contenía en su versión original cinco categorías, las cuales para fines de análisis se agruparon en dos: la primera comprende las categorías de estado de salud muy buena, buena o regular y la segunda malas o muy malas. Las variables independientes seleccionadas fueron: características sociodemográficas, hábitos de riesgo, accidentes, diagnóstico de enfermedades y mediciones clínicas. Se analizó a 7,322 adultos de 60 años y mayores, que representan al total de la población (7%) en ese grupo de edad en México. De estos, 19.8% reportó estado de salud como malo o muy malo. Los factores asociados a mala salud fueron edad, sexo femenino, no tener seguro social, ser divorciado, dedicarse al hogar, estar

incapacitado, no tener trabajo, consumo de tabaco, problema de salud, accidentes y diagnóstico de enfermedades crónicas.⁽⁷⁾

IV.A.2.- Antecedentes científicos de la funcionalidad en el adulto mayor

Dorantes y cols (2001) realizaron un estudio transversal en el cual el objetivo se basaba en identificar los factores asociados con la dependencia funcional de los adultos mayores para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Método. Estudio transversal de la información obtenida en la primera vuelta del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) en 2001. La muestra estuvo compuesta por 7 171 personas de 60 años o más. Mediante el análisis de regresión logística multifactorial se analizó la asociación de la dependencia funcional para realizar ABVD y AIVD con los hábitos de vida y los antecedentes personales sociales, familiares y de salud desde la infancia de los participantes.⁽⁸⁾

Los grupos de dependientes para realizar ABVD y AIVD tenían en promedio mayor edad ($P < 0,01$), en él predominaban las mujeres ($P < 0,01$) en cambio había más personas analfabetas y que declararon haber tenido un número significativamente mayor de enfermedades crónicas que padecían más dolor con mayor frecuencia en los grupos de personas independientes, como conclusión la dependencia funcional en los adultos mayores está directamente relacionada con el envejecimiento y depende de múltiples factores determinantes.⁽⁸⁾

Zavala y cols (2010) realizaron un estudio descriptivo sobre Dependencia funcional y depresión en un grupo de ancianos de Villahermosa, México cuyo objetivo principal estaba basado en medir la fuerza de asociación de la funcionalidad básica e instrumental para la vida diaria con la depresión en una muestra de adultos mayores en Villahermosa, Tabasco, México. Es un estudio descriptivo y transversal, donde se exploraron variables sociodemográficas, enfermedades crónico degenerativas, uso de auxiliares, funcionalidad para las Actividades básicas de la vida diaria (ABVD), funcionalidad para Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y depresión, utilizando instrumentos como la Escala de Katz, Índice de Lawton y Brody, Escala de Depresión Geriátrica de Yessavage. Como resultado se obtuvo que la funcionalidad para ABVD: Normal 97.4%, muy

levemente incapacitado 1.9%, moderadamente incapacitado 0.6%. Funcionalidad para AIVD: independiente 62.6%, moderadamente dependiente 32.9%, dependiente 4.5%. Sin depresión 92.9%, depresión leve 5.2%, depresión moderada – severa 1.9%, asociación dependencia básica/ depresión $F= 0.257$, asociación dependencia instrumental / depresión OR 2.48. No se identificó asociación entre dependencia y depresión, pero sí correlación entre signos de dependencia y síntomas depresivos.⁽⁹⁾

Rodríguez (2013) realizó una Tesis sobre Depresión y Funcionalidad familiar en el adulto mayor, cuyo objetivo general se basa en evaluar el grado de depresión y funcionalidad familiar en los adultos mayores, en un primer nivel de atención médica. Se concluye que la prevalencia de depresión en los adultos mayores fue de 4.1% la cual se encuentra por debajo de la media nacional, dentro de la funcionalidad familiar se encontró que 83 familias de adultos mayores (83%) son funcionales o moderadamente funcionales en base a la cohesión y adaptabilidad mediante FACES III, la relación entre funcionamiento familiar y depresión es compleja, intervienen múltiples factores biológicos que condicionan enfermedad y mecanismos psicosociales que condicionan el reconocimiento, como el uso de herramientas en la familia (recursos), para solucionar el conflicto.⁽¹⁰⁾

IV.A.3.- Antecedentes científicos de la Teoría Socio cognitiva de Albert Bandura.

Tramontano y cols (2009) realizaron un estudio transversal, sobre determinantes psicosociales de la satisfacción con la vida: un análisis comparativo entre Bolivia e Italia, focalizada en una población juvenil con la necesidad de identificar otras variables mayormente determinantes que sean capaces de captar la percepción subjetiva de los individuos. Se propone ampliar un estudio precedente de Steca y colegas, finalizado a indagar la generalización del modelo conceptual propuesto por Caprara (2002), ampliamente estudiado en Italia, que asigna un rol prioritario a las convicciones de autoeficacia emocional e interpersonal en la determinación del funcionamiento psicosocial del sujeto, operacionalizando en este caso, en términos de juicios de satisfacción con la vida. Este acercamiento fue realizado dentro del marco teórico de la Teoría Social Cognitiva de Albert Bandura.⁽¹¹⁾

ESIS ESIS ESIS ESIS ESIS

Específicamente, se implementó un análisis univariado de la varianza (ANOVA) y un modelo de ecuaciones estructurales utilizando los datos de estudiantes universitarios para evaluar simultáneamente en los dos países el modelo teórico propuesto por Caprara (2002). Los resultados no han evidenciado diferencias relevantes entre ambos grupos a nivel de los valores medios alcanzados en las diversas variables. Sin embargo, nuestros resultados confirman la esperada relación entre las variables, confirmando la relevancia de las creencias de autoeficacia emocional en el influenciar las creencias de autoeficacia social, las que, a su vez, promueven la satisfacción con la vida evaluada por los mismos individuos.⁽¹¹⁾

IV.A.4.- Antecedentes científicos de la percepción del adulto mayor asociados a la funcionalidad

Se realizó una búsqueda sistematizada en la base de datos de la Biblioteca Virtual en Salud, así como en Pub Med, introduciendo las palabras clave perception and functionality donde arroja 428 resultados y con efficacy arrojando 15 resultados, realizando filtro de fecha a 5 años, no encontrando como tal antecedentes científicos de percepción de la funcionalidad en el adulto mayor a través de la Teoría Socio Cognitiva de Albert Bandura por tal motivo se colocan artículos los cuales se ha estudiado la percepción en otros rubros.

Ríos (2008) realizó un estudio descriptivo en el Hospital I. Albrechi en Argentina el cual tuvo como objetivo determinar el grado de dependencia funcional además de la determinación del estado de salud de esta población. La dependencia física (Test de Cruz Roja) fue de 34.8% y no hubo deterioro cognitivo en 67% (test de Pfeifer). La mayoría de ellos presenta Fragilidad. Entre éstos hay grados de dependencia física y enfermedades crónicas; aunque escaso deterioro cognitivo.⁽¹²⁾

Torres y cols (2006) Se realizó una investigación de Desarrollo Tecnológico, transversal y prospectiva, con el objetivo de evaluar el estado funcional e integral de los adultos mayores pertenecientes a un Consultorio Médico en Lima Perú. Se aplicó un cuestionario basado en la Escala Geriátrica de Evaluación Funcional(EGEF), así como en el Índice de Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) de Katz y la Escala de Actividades

Instrumentadas de la Vida Diaria de Lawton-Brody. Para su análisis estadístico se aplicó el Test de proporción de variables. Los resultados demostraron que el sexo femenino (63.64 %) y las edades de 60-64 años (22.73 %) fueron los que predominaron, constatándose un envejecimiento demográfico.⁽¹³⁾

Carmenaty (2002) Realizó un estudio descriptivo, de evaluación estratégica con el objetivo de realizar una evaluación funcional en un hogar de ancianos en Cuba. Como resultado se obtuvo un 96.1% de realización de actividades de forma independiente de las actividades de la vida diaria. Utilizando índice de Katz y escala de Lawton y Brody. Las actividades con mayor grado de dependencia son el uso del teléfono, las labores de artesanía, ir de compras, el manejo de la casa, donde se concluye se debe trabajar más para crear un mayor nivel de independencia funcional y autonomía en el adulto mayor.⁽¹⁴⁾

IV.B.- Marco teórico

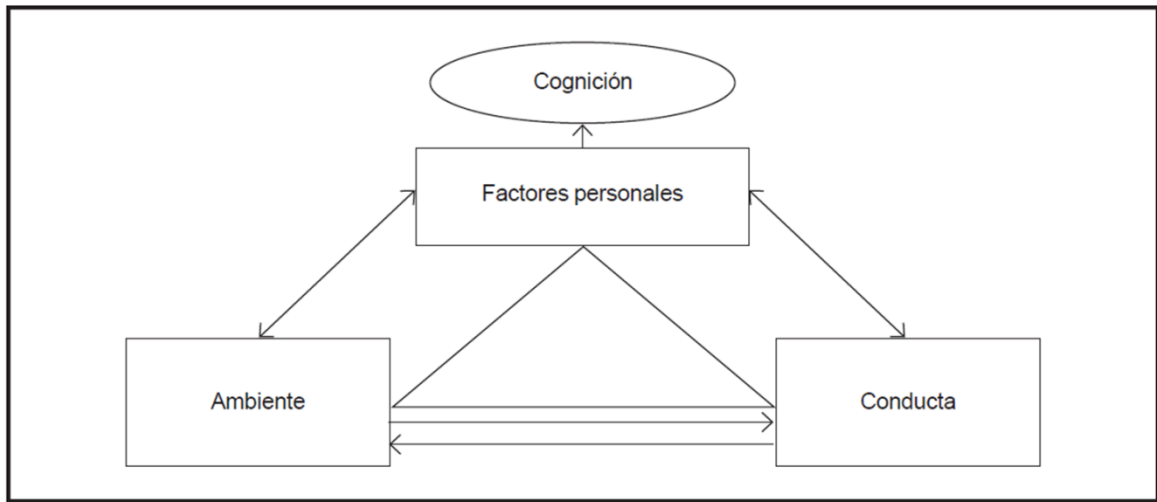
IV.B.1.- Teorías y modelos que explican los determinantes sociales

IV.B.1.1 Teoría socio cognitiva de Albert Bandura

Albert Bandura, un psicólogo líder del siglo XXI reconocido como pionero de la teoría de la cognición social, afirma que los seres humanos aprenden a través de la observación, la imitación y el ejemplo de los demás. Su teoría tiende un puente entre las teorías conductuales y cognitivas del aprendizaje, centrándose en la importancia de la atención del alumno, la memoria y la motivación. Todo esto lo expone como parte de sus teorías del aprendizaje.⁽¹⁵⁾

La base de la teoría de cognición social de Bandura aparece por primera vez en 1963, cuando Bandura y Richard Walters, otro psicólogo, publican su concepto "aprendizaje social y desarrollo de la personalidad". Esta teoría va a ampliar las ideas propuestas por los psicólogos, ya que sugiere que el aprendizaje se basa en la observación y refuerzo. Bandura edifica su teoría sobre el aprendizaje social en 1977 con la publicación de su concepto "auto eficacia", que enfatiza la importancia de la confianza en sí mismo en el aprendizaje. La teoría de Bandura se consolida en 1986 con la publicación de

"Fundamentos sociales de pensamiento y acción: una teoría cognitiva social". Fue en este punto que Bandura distinguió entre aprendizaje social y teoría cognitiva social, indicando que los factores personales, tales como los procesos cognitivos así como los factores sociales que se manifiestan en el comportamiento y en el entorno configuran el aprendizaje de una persona.⁽¹⁶⁾



Fuente: elaboración de los autores basado en Bandura (1989).

Figura 1. Modelo triático de Bandura.

Bandura dice que el aprendizaje tiene lugar a través de la observación del comportamiento, las actitudes y las consecuencias de ese comportamiento. Su teoría afirma que el aprendizaje se produce a través de una interacción recíproca entre las influencias ambientales, conductuales y cognitivas, ideas que plasma en sus teorías de aprendizaje. Las influencias ambientales pueden ser sociales, incluyendo los amigos de la persona y su familia, así como físicas o cosas, como podría ser una habitación o la temperatura ambiente. Las influencias cognitivas se refieren a los procesos de pensamiento del alumno y a sus creencias de confianza en sí mismo que determinan si efectivamente puede aprender y realizar lo que está observando. Las influencias conductuales se refieren al comportamiento que manifiesta y a sus consecuencias. Por ejemplo, el impacto de la observación de que alguien se porta mal y luego es castigado por lo que hizo.⁽¹⁵⁾

El conductismo, con su énfasis sobre los métodos experimentales, se focaliza sobre variables que pueden observarse, medirse y manipular y rechaza todo aquello que sea subjetivo, interno y no disponible. En el método experimental, el procedimiento estándar es manipular una variable y luego medir sus efectos sobre otra. Todo esto conlleva a una teoría de la personalidad que dice que el entorno de uno causa nuestro comportamiento. Bandura consideró que esto era un poquito simple para el fenómeno que observaba (agresión en adolescentes) y por tanto decidió añadir un poco más a la fórmula: sugirió que el ambiente causa el comportamiento; cierto, pero que el comportamiento causa el ambiente también. Definió este concepto con el nombre de determinismo recíproco: el mundo y el comportamiento de una persona se causan mutuamente. Más tarde, fue un paso más allá. Empezó a considerar a la personalidad como una interacción entre tres "cosas": el ambiente, el comportamiento y los procesos psicológicos de la persona. Estos procesos consisten en nuestra habilidad para abrigar imágenes en nuestra mente y en el lenguaje. Desde el momento en que introduce la imaginación en particular, deja de ser un conductista estricto y empieza a acercarse a los cognocivistas. De hecho, usualmente es considerado el padre del movimiento cognitivo.⁽¹⁵⁾

Teoría del aprendizaje social o Teoría social cognitiva cuyas ideas son importantes para el pensamiento respecto al aprendizaje, la motivación y el manejo del salón de clases. Bandura cree que la conducta humana debe ser descrita en términos de la interacción recíproca entre determinantes cognoscitivos, conductuales y ambientales. Y no solo por el modelamiento por medio del reforzamiento (usa el término modelamiento para referirse al aprendizaje que ocurre como resultado de observar modelos, colocando más énfasis en la cognición y menos en el reforzamiento), que sigue siendo importante, pero las capacidades de mediación humana hacen innecesario esperar que ocurran las respuestas antes de poder usarlo. En su lugar se puede usar el modelamiento para informar a los aprendices acerca de las consecuencias de producir la conducta.^(16,17)

Albert Bandura es la figura más representativa para explicar la transición entre el conductismo y el cognitvismo. Gracias a su perspectiva sobre la idea que dominaba la época conductista, se cambió de paradigma hacia la psicología cognitiva, siendo ésta la más aceptada actualmente.⁽¹⁵⁾

Ante el conductismo clásico Bandura declara que el organismo no responde solamente a los estímulos del medio de forma automática, sino que también reflexiona y responde de forma significativa. Considerando que en el proceso de aprendizaje hay que tener en cuenta las siguientes capacidades básicas:

- Capacidad simbolizadora, para ensayar simbólicamente soluciones, sin que sea necesario ejecutarlas y sufrir las consecuencias de sus errores.⁽¹⁵⁾
- Capacidad de previsión, al proponerse metas se ensayan las posibles acciones y consecuencias, que se pueden convertirse en motivadores y reguladores de la conducta previsoras.⁽¹⁵⁾
- Capacidad vicaria, mediante la observación de modelos se puede aprender vicariamente de lo que otros hacen y las consecuencias de dichas acciones, sin necesidad de pasar por la ejecución de las mismas.⁽¹⁵⁾
- Capacidad autorreguladora, el hombre puede controlar su propia conducta manipulando el ambiente y utilizando estrategias cognitivas proponiéndose metas, objetivos e incentivos a sus propias acciones.⁽¹⁵⁾
- Capacidad de autorreflexión, analizar sus propias experiencias, contrastándolas con los resultados obtenidos, analizar sus ideas, y desarrollar la percepción que tienen ellos mismos sobre su eficacia.⁽¹⁵⁾

Aunque Bandura defiende la idea de que las conductas que hayan obtenido recompensas positivas tendrán más posibilidades de ser repetidas y en cambio disminuirán las conductas que hayan obtenido consecuencias negativas, este proceso en el hombre es más bien rudimentario ya que es compatible a los procesos que utilizan los animales. Con la teoría social cognitiva muestra la complejidad de los procesos humanos para realizar una conducta, mediante la observación la persona puede aprender una acción y sus consecuencias y deliberadamente tendera a realizarla o no; dependiendo de sus características personales y su motivación.⁽¹⁵⁾

“El aprendizaje sería muy laborioso (por no decir peligroso) si las personas se basaran sólo en los efectos de sus propias acciones para informarse sobre qué hacer”

La imitación puede darse por los siguientes factores:

- Por instinto: Las acciones observadas despiertan un impulso instintivo por copiarlas.
- Por el desarrollo: Los niños imitan las acciones que se ajustan a sus estructuras cognoscitivas.
- Por condicionamiento: Las conductas se imitan y refuerzan por moldeamiento.
- Conducta instrumental: La imitación de vuelve un impulso secundario, por medio de refuerzo repetido de las respuestas que igualan las de los modelos. La imitación reduce los impulsos.⁽¹⁵⁾

Los factores cognitivos se refieren concretamente a la capacidad de reflexión y simbolización, así como a la prevención de consecuencias basadas en procesos de comparación, generalización y autoevaluación. En definitiva, el comportamiento depende del ambiente, así como de los factores personales (motivación, retención y producción motora).⁽¹⁵⁾

Interacciones recíprocas

Bandura analiza la conducta dentro del marco teórico de la reciprocidad triádica, las interacciones recíprocas de conductas, variables ambientales y factores personales como las cogniciones. Según la postura cognoscitiva social, la gente no se impulsa por fuerzas internas ni es controlada y moldeada automáticamente por estímulos externos. El funcionamiento humano se explica en términos de un modelo de reciprocidad triádica en el que la conducta, los factores personales cognoscitivos y acontecimientos del entorno son determinantes que interactúan con otros.⁽¹⁵⁾

Aprendizaje en acto y vicario

En la teoría cognoscitiva social, el aprendizaje es con mucho una actividad de procesamiento de la información en la que los datos acerca de la estructura de la conducta y de los acontecimientos de entorno se transforman en representaciones simbólicas que sirven como lineamientos para la acción (Bandura, 1986).⁽¹⁵⁾

El aprendizaje ocurre en acto, consistente en aprender de las consecuencias de las propias acciones, o en modo vicario, por la observación del desempeño de modelos.⁽¹⁵⁾

Aprendizaje y desempeño

El tercer supuesto de la teoría cognoscitiva social se refiere a la distinción entre el aprendizaje y la ejecución de las conductas aprendidas. Al observar a los modelos, el individuo adquiere conocimientos que quizá no exhiba en el momento de aprenderlos. Los estudiantes adquieren conocimientos declarativos (acontecimientos históricos) y fragmentos organizados (poemas, canciones), conocimientos de procedimiento (conceptos, reglas, algoritmos); así como conocimientos condicionales (cuando emplear las formas de los conocimientos declarativos o de procedimiento y porque hacerlo así). Cualquiera de estas formas son conocimientos adquiridos no demostrados en el momento.⁽¹⁵⁾

Principios de la teoría cognitivo social

Algunos principios a tenerse en cuenta derivados de la teoría cognoscitiva social son: Ofrecer modelos adecuados que obtengan consecuencias positivas por las conductas deseables.⁽¹⁵⁾

Uno de los objetivos es el desarrollo de autoevaluación y autoreforzo.

Procesos de modelamiento

El modelamiento, componente crucial de la teoría cognoscitiva social, consistente en un término general que se refiere a los cambios conductuales, cognoscitivos y afectivos que derivan de observar a uno o más modelos.⁽¹⁵⁾

Funciones de modelamiento

Bandura distingue varias funciones de modelamiento, de las que tres importantes son:

Facilitación de la respuesta: Los impulsos sociales crean alicientes para que los observadores reproduzcan acciones (seguir a la masa).⁽¹⁵⁾

Inhibición y desinhibición: Las conductas modeladas crean en los observadores expectativas de que ocurrirán las mismas consecuencias, siempre que imiten las acciones, sean estas positivas o negativas.⁽¹⁵⁾

Aprendizaje por observación: Se divide en los procesos de atención, retención, reproducción y motivación.⁽¹⁵⁾

Teoría observacional

Bandura refuerza su interés por el aprendizaje observacional, a través del cual ha demostrado que los seres humanos adquieren conductas nuevas sin un reforzado obvio y hasta cuando carecen de la oportunidad para aplicar el conocimiento. El único requisito para el aprendizaje puede ser que la persona observe a otro individuo, o modelo, llevar a cabo una determinada conducta. El comportamiento no se desarrolla exclusivamente a través de lo que aprende el individuo directamente por medio del acondicionamiento operante y clásico, sino que también a través de lo que aprende indirectamente (vicariamente) mediante la observación y la representación simbólica de otras personas y situaciones.⁽¹⁷⁾

Los cuatro procesos del aprendizaje por observación son:

Atención: La atención de los estudiantes se centra acentuando características sobresalientes de la tarea, subdividiendo las actividades complejas en partes, utilizando modelos competentes y demostrando la utilidad de los comportamientos modelados.⁽¹⁵⁾

Retención: La retención aumenta al repasar la información, codificándola en forma visual o simbólica.⁽¹⁵⁾

Producción: Las conductas se comparan con la representación conceptual (mental) personal. La retroalimentación ayuda a corregir discrepancias.⁽¹⁵⁾

Motivación: Las consecuencias de la conducta modelada informa a los observadores de su valor funcional y su conveniencia.⁽¹⁵⁾

Los factores que influyen en el aprendizaje por observación son:

Competencias conductuales: El adulto mayor tiene un nivel de conocimiento en relación al nivel de su funcionalidad.⁽¹⁵⁾

Expectativas: Los adultos mayores son propensos a realizar las acciones modeladas que creen que son apropiadas y que tendrán resultados reforzantes.⁽¹⁵⁾

Expectaciones: Los adultos mayores suelen atender a los modelos que exhiben las conductas que los ayudarán a alcanzar sus metas.⁽¹⁵⁾

Autocontrol: Cuanto control tiene el adulto mayor para realizar un cambio.⁽¹⁵⁾

Afrontamiento emocional: Habilidad del adulto mayor para hacer frente a sus emociones.⁽¹⁵⁾

Autoeficacia: Los observadores prestan atención a los modelos si creen ser capaces de tener una buena funcionalidad en base a su percepción.⁽¹⁵⁾

IV.B.2.- Definición del estado de salud y funcionalidad

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001, p. 1) y la Academy Health (2004 citado por Gonzales, Sarmiento, Alonso, Angulo & Espinosa, 2005, p. 121) se define salud como "un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente ausencia de enfermedad". Por lo tanto el concepto de salud en adultos mayores más que en otros grupos de edad implica subjetividad, ya que depende de las condiciones fisiológicas, habilidades funcionales, bienestar psicológico y soporte social.⁽¹⁸⁾

En 1975 la OMS intentó dar una definición operacional del concepto de salud en la que se tomara en cuenta la función, considerándola como "un estado o calidad del organismo humano que expresa su funcionamiento adecuado en condiciones dadas, genéticas o ambientales".⁽¹⁹⁾

A través del tiempo, la misma Organización Mundial de la Salud, mediante la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF), considera al funcionamiento "como una relación compleja o interacción entre las condiciones de salud y los factores contextuales (ambientales y personales)"; la interrelación compleja entre el estado de salud (trastorno o enfermedad) y factores contextuales, donde se implica la integridad funcional y estructural del hombre, actividades y participación por otra,

culminados en la capacidad para realizar tareas o el desempeño en un entorno real, propiciado por factores ambientales como facilitadores, versus la existencia de la deficiencia (funcional o estructural) y/o la limitación en la actividad, y/o restricción en la participación que por ende genera la discapacidad, propiciado por barreras u obstáculos, derivados de factores ambientales.⁽¹⁸⁾

De igual manera, la autopercepción de la salud constituye otro de los elementos relevantes que conforman el conglomerado del bienestar general de la persona durante el ciclo vital. Se entiende autopercepción de la salud según Suárez (2004, p. 3) como:

La percepción de sí mismo en tanto sujeto físicamente existente, así como del sistema de atributos físicos que caracterizan al individuo de manera relativamente estable. Incluye la evaluación de lo percibido en forma de aceptación o rechazo de la representación física de la persona.⁽¹⁹⁾

Por consiguiente, hablar de salud en la adultez mayor conlleva acercarnos al concepto de envejecimiento, el cual se entiende como un proceso de deterioro biológico y disminución de la capacidad funcional, que se evidencia en enfermedades tanto biológicas como mentales. Aristizábal, (2000 citado por Uribe y Buela-Casal, 2006). De modo similar Leiton y Ordoñez (2003, p. 21) plantean que:

El envejecimiento es un proceso universal, continuo, irreversible, dinámico, progresivo, declinante y heterogéneo, y, hasta el momento, inevitable, en el que ocurren cambios biopsicosociales resultantes de la interacción de factores genéticos, sociales, culturales, del estilo de vida y la presencia de enfermedades.⁽¹⁹⁾

Del mismo modo y de acuerdo con lo planteado por Botero y Pico (2007) en el proceso de envejecimiento, se evidencian cambios en el estilo de vida de la población y algunas repercusiones significativas de la carga social de la enfermedad en la calidad de vida.⁽¹⁹⁾

V.- JUSTIFICACIÓN

De acuerdo con los resultados del Censo 2010, actualmente en México hay 10 millones de adultos mayores (AM) de 60 años o más, que representan 9% del total de la población; su tasa de crecimiento anual es de 3.8%, lo que implica que en 2018 habrá 14 millones. De hecho, ahora hay más individuos mayores de 60 años que niños menores de 4 años y las proyecciones indican que el fenómeno del envejecimiento demográfico es irreversible.⁽²⁰⁾

Este crecimiento es una muestra también del aumento en la esperanza de vida, que actualmente es de 76.4 años para población en general. Sin embargo, la esperanza de vida saludable para la población en general es apenas de 65.8 años, lo que significa que en 10.6 años (de la esperanza de vida general) hay una carga de enfermedad y dependencia.⁽²⁰⁾

Como consiguiente, el aumento en la esperanza de vida no significa necesariamente una mejoría en sus condiciones de salud. Al contrario, uno de los problemas más importantes en la etapa de adulto mayor es la pérdida de las capacidades funcionales, emocionales y cognitivas.

Independientemente del concepto de salud que como profesionales o instituciones de salud queramos adoptar, este concepto ha probado tener un significado diferente para los adultos mayores. Salud para los adultos mayores significa no tener enfermedades, tener energía, ser capaz de hacer sus actividades, sentirse bien, no tener complicaciones agudas de problemas crónicos, reunirse con sus amigos o familia, o ser independientes.⁽²¹⁾

Por lo anterior, en este grupo de población en particular, es tan importante saber cómo se perciben funcionalmente, bajo el enfoque de la Teoría Socio Cognitiva de Albert Bandura y de la existencia real de sus funciones tanto cognitivas, como físicas, ya que no se ha realizado ningún estudio sobre la percepción de la funcionalidad basado en ésta teoría, sólo la percepción en otros rubros.

VI.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

VI. A.- Descripción de las características socioeconómicas y culturales en la población de estudio

En 2012 de acuerdo con el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA, por sus siglas en inglés), 11.5% de la población mundial tiene una edad de 60 años y más, mientras que en las regiones más desarrolladas llega a ser de 22.6 por ciento. Proyecciones realizadas por el UNFPA, indican que en 2050, uno de cada cinco habitantes en el planeta (21.2%) tendrá 60 años y más; en las regiones menos desarrolladas será de 19.5%, es decir, casi el nivel que actualmente se observa en las regiones más desarrolladas, en éstas, una de cada tres personas (32%) será un adulto mayor en 2050.⁽²²⁾

Según el censo de población y vivienda 2010 en la República Mexicana existe una población de 112 336 538 de los cuales 57 481 307 son mujeres y 54 855 231 son hombres.⁽²⁰⁾

En 2012 en México, la población de 60 años y más en alcanza los 10.9 millones, lo que representa 9.3% de la población total. Datos censales de 2010 señalan que en 26.1% de los hogares cohabita al menos una persona de 60 años y más. En 2010, 28.1% de los adultos mayores con discapacidad no económicamente activos no pueden trabajar por una limitación física o mental.⁽²²⁾

En 2012 en el estado de Aguascalientes el monto de personas de 60 años y más es de 97.2 mil lo que representa 7.9% de la población total. Datos censales de 2010 señalan que en 22.3% de los hogares cohabita al menos una persona de 60 años y más.⁽²²⁾

En nuestro Estado existen 24% adultos mayores de 60 años y más por cada 100 niños y jóvenes de 0-14 años de edad, de los cuales 22% son hombres y 26% mujeres.⁽²²⁾

VI. B.- Panorama del estado de salud en instituciones de salud, en un estado municipio, delegación de estudio

La OMS, a partir de 1982, introduce el concepto de funcionalidad en el adulto mayor, definiendo el estado de salud entre este grupo etario, no en términos de déficit, sino de mantenimiento de la capacidad funcional. Un adulto que tiene actualmente 60 años, vivará en promedio 21.6 años más: esto propicia, que muchos adultos mayores se encuentren solos y sin apoyo familiar. En cuanto adulto mayor se refiere, es necesario establecer sub-clasificaciones, ya que dentro de este grupo, por la diversidad de factores que inciden negativa o positivamente en su estado de salud y capacidad de rendimiento físico, se encuentran adultos mayores con características físico – funcionales particulares, independientemente de su edad cronológica.⁽²³⁾

Este grupo de edad es cada vez más importante, en América Latina el total de la población, 7.2% cuenta con 60 años o más y 4.8% con 65 y más. La población de la tercera edad pasará de 42.5 millones en el año 2000 a 96.9 millones en 2025,9 lo que significa un duplicación en menos de 25 años.⁽⁷⁾

En 1990 la esperanza de vida de los habitantes de Aguascalientes era de 72.5 años, situación que contextualizaba un panorama de las condiciones de salud, dando lugar a una transición epidemiológica en la cual la mayor concentración de las defunciones se dan por padecimientos crónico degenerativos, aspecto que denota una mayor sobrevivencia: en 2012 la esperanza de vida al nacer es de 75.4 años.⁽²²⁾

El concepto de autopercepción de la salud surge como respuesta a la pregunta cómo se siente de salud. Este proceso subjetivo que involucra la evaluación basada en los sentimientos, ideas, y creencias que los individuos tienen con respecto a su salud, ha probado tener asociaciones significativas con otros indicadores más objetivos, como son el número de enfermedades crónicas que los adultos mayores padecen, el periodo de tiempo que han vivido con una enfermedad, la agudización de problemas crónicos, la dependencia en actividades de la vida diaria.⁽²¹⁾

En Aguascalientes los adultos mayores derechohabientes del IMSS, presentan una autopercepción de salud positiva en el 43.6% y negativa de 56.4%(21). Por lo anterior mencionado los adultos mayores en este estudio tienen una autopercepción más negativa de su salud a comparación de otros estados como Tamaulipas, Sinaloa, Coahuila y la delegación Tres del Distrito Federal, los cuales tuvieron una autopercepción más positiva de su salud.⁽²¹⁾

VI. C.- Descripción del sistema de atención de la salud

VI.C.1.- Nivel Político

Mediante el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, el cual considera que la tarea del desarrollo y del crecimiento corresponde a todos los actores, todos los sectores y todas las personas del país.⁽²⁴⁾

Se establecen como Metas Nacionales:

- I. Un México en Paz que garantice el avance de la democracia, la gobernabilidad y la seguridad de su población.
- II. Un México Incluyente para garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales de todos los mexicanos, que vaya más allá del asistencialismo y que conecte el capital humano con las oportunidades que genera la economía en el marco de una nueva productividad social, que disminuya las brechas de desigualdad y que promueva la más amplia participación social en las políticas públicas como factor de cohesión y ciudadanía.
- III. Un México con Educación de Calidad para garantizar un desarrollo integral de todos los mexicanos y así contar con un capital humano preparado, que sea fuente de innovación y lleve a todos los estudiantes a su mayor potencial humano.
- IV. Un México Próspero que promueva el crecimiento sostenido de la productividad en un clima de estabilidad económica y mediante la generación de igualdad de oportunidades.
- V. Un México con Responsabilidad Global que sea una fuerza positiva y propositiva en el mundo, una nación al servicio de las mejores causas de la humanidad.

Así mismo se presentan Estrategias Transversales

- a) Democratizar la productividad significa que las oportunidades y el desarrollo lleguen a todas las regiones, a todos los sectores y a todos los grupos de la población.
- b) Gobierno Cercano y Moderno. Las políticas y acciones del gobierno inciden directamente en la calidad de vida de las personas, por lo que es imperativo contar con un gobierno eficiente, con mecanismos de evaluación que permitan mejorar su desempeño y la calidad de los servicios.
- c) Perspectiva de Género. Garantizar la igualdad sustantiva de oportunidades entre mujeres y hombres.⁽²⁴⁾



Figura 2. Esquema del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.

El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, ubica a la salud como una de sus estrategias transversales. Por la relevancia del Plan para nuestro quehacer, particularmente en salud pública, se transcriben fragmentos de lo ya publicado en el Diario Oficial de la Federación.⁽²⁴⁾

“Existen logros sustantivos en diversos indicadores como el aumento en la esperanza de vida, sin embargo, queda pendiente avanzar en algunos indicadores clave de salud”.⁽²⁴⁾

Los datos demográficos y epidemiológicos indican que las presiones sobre el Sistema Nacional de Salud serán cada vez mayores, poniendo en riesgo la sustentabilidad financiera de las instituciones públicas. La fecundidad, las tasas de mortalidad y la migración suponen una demanda más elevada de servicios, especialmente asociada al mayor número de adultos mayores (la población de 65 años y más crecerá de 6.2% del total en 2010 a 10.5% en 2030). Este hecho impacta no sólo en el Sistema de Salud, sino que impone desafíos a la organización familiar, así como cargas adicionales de trabajo para los cuidados, especialmente para las mujeres, quienes realizan mayoritariamente este trabajo.⁽²⁴⁾

También existen situaciones que atentan contra la salud, como la pobreza y los estilos de vida poco saludables y de riesgo. Estos factores explican, en gran medida, la alta incidencia de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, las enfermedades isquémicas del corazón y los tumores malignos, así como el alto número de personas lesionadas por accidentes.⁽²⁴⁾

VI.C.2.- Nivel Legislativo

Mediante la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, a través del capítulo I, artículo 4 de la Constitución, establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud.⁽²⁵⁾

El artículo 27 establece que se dará asistencia social a los grupos más vulnerables y, de estos, de manera especial, a los pertenecientes a las comunidades indígenas.⁽²⁵⁾

El artículo 54 decreta que las autoridades sanitarias competentes y las propias instituciones de salud, establecerán procedimientos de orientación y asesoría a los usuarios sobre el uso de los servicios de salud que requieran, así como mecanismos para que los usuarios o solicitantes presenten sus quejas, reclamaciones y sugerencias respecto de la prestación de los servicios de salud y en relación a la falta de probidad, en su caso, de los servidores públicos.⁽²⁵⁾

El Congreso de los Estados Unidos Mexicanos, decreta la Ley General de Salud, reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del Artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Así como la Ley de los derechos de las personas adultos mayores, la cual es de orden público, de interés social y de observancia general en los Estados Unidos Mexicanos. Tiene por objeto garantizar el ejercicio de los derechos de las personas adultas mayores, así como establecer las bases y disposiciones para su cumplimiento. Publicada en la última reforma elaborada 2012.⁽²⁶⁾

VI.C.3.- Normas

El sistema de salud estatal por consiguiente en el IMSS de Aguascalientes cuenta con los siguientes servicios para la atención del adulto mayor.

La Norma Oficial Mexicana NOM- 167 –Ssa1-1997. Para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores, cuyo objetivo se centra en establecer los procedimientos para uniformar principios, criterios, políticas y estrategias en la prestación de servicios y desarrollo de actividades en materia de asistencia social a menores y adultos mayores.⁽²⁷⁾

La Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012, Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad. Cuyo objetivo es establecer las características de funcionamiento, organización e infraestructura que deben observar los establecimientos de los sectores público, social y privado, que presten servicios de asistencia social a personas adultas y adultas mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad.⁽²⁸⁾

VI.C.4.- Nivel Operativo

El sistema de salud de México (figura 3), está compuesto por dos sectores: público y privado. El sector público comprende a las instituciones de seguridad social, Instituto

Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR), y otros que protegen o prestan servicios a la población sin seguridad social, dentro de los que se incluyen el Seguro Popular de Salud (SPS), la Secretaría de Salud (SSa), los Servicios Estatales de Salud (SESA) y el Programa IMSS Oportunidades (IMSS-O). El sector privado presta servicios a la población con capacidad de pago.⁽²⁹⁾

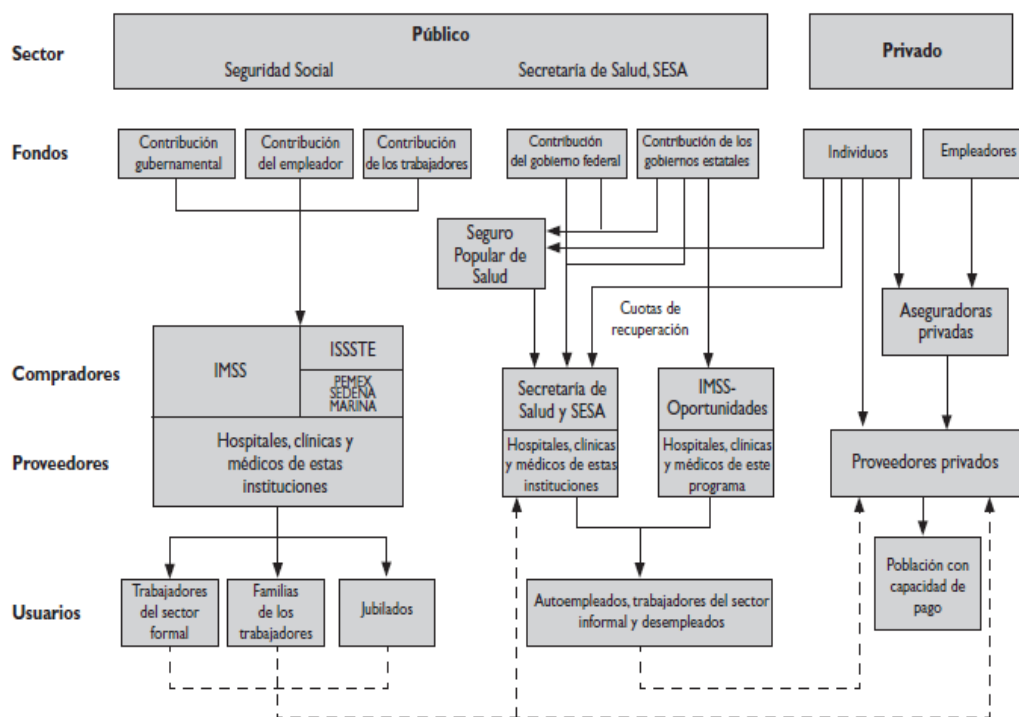
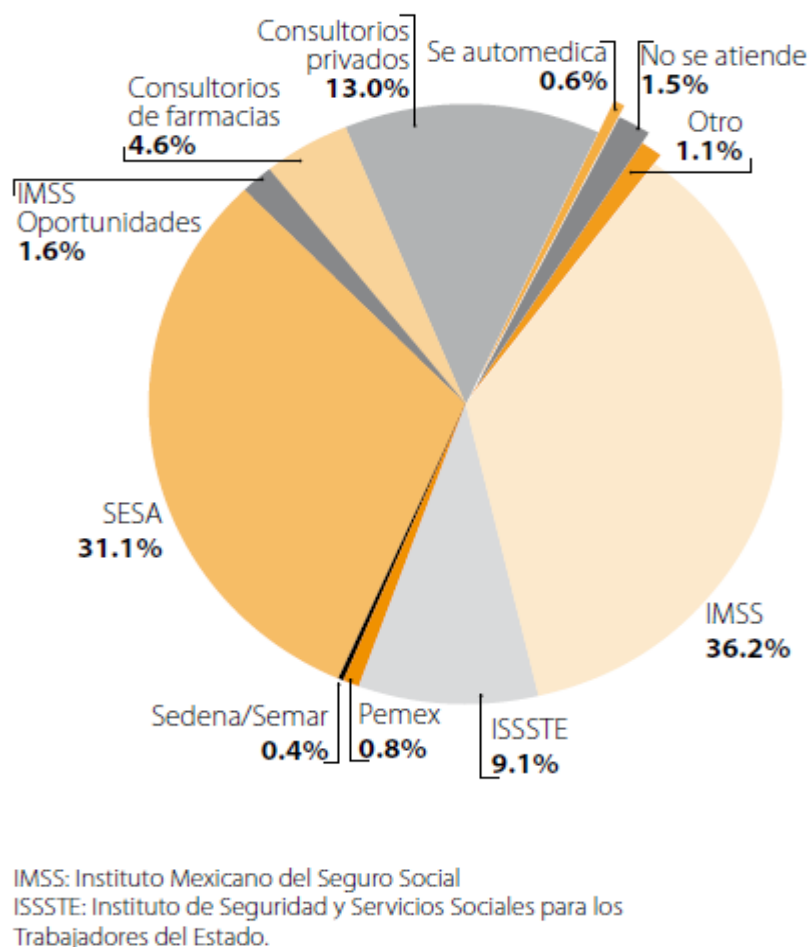


Figura 3. Sistema de salud en México.

Por lo que se refiere a la protección en salud, las instituciones de seguridad social tienden a atender a una población más envejecida que el promedio. Esto se refleja en el porcentaje de la población de 60 años y más por categoría de protección en salud: en tanto que únicamente 7.0% de los afiliados al SPSS son AM, este porcentaje es de 11.7% entre los derechohabientes al IMSS. De acuerdo con la información reportada para la ENSANUT 2012, el principal lugar de atención de los AM que presentan problemas de salud, en primer lugar se mencionó al IMSS con 36.2%, seguido de los centros de salud y hospitales de los SESA, con 31.1%, seguido de los servicios privados con 17.6% (de los

cuales 26% son consultorios de farmacias), y el ISSSTE con 9.1% (llega hasta 17.0% y 16.1% entre los derechohabientes de Pemex e ISSSTE, respectivamente).⁽³⁰⁾



Gráfica 1. Atención por sector.

Dentro de los diferentes programas sociales a cargo de la Secretaria de Desarrollo Social (SEDESOL), el Programa de Pensión para Adultos Mayores, atiende a las personas adultas mayores de 65 años en adelante y tiene cobertura a nivel nacional. Las y los beneficiarios reciben apoyos económicos de 580 pesos mensuales con entregas de 1,160 pesos cada dos meses; también participan en grupos de crecimiento y jornadas informativas sobre temas de salud y obtienen facilidades para acceder a servicios y apoyos de instituciones como el INAPAM, además de aquellas que ofrecen actividades productivas y ocupacionales.⁽³¹⁾

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

El Instituto Nacional de las Personas Adultas mayores INAPAM es un organismo público descentralizado de la Administración Pública Federal, con personalidad jurídica, patrimonio propio y autonomía técnica y de gestión para el cumplimiento de sus atribuciones, objetivos y fines.⁽³¹⁾

Este organismo público es rector de la política nacional a favor de las personas adultas mayores, teniendo por objeto general coordinar, promover, apoyar, fomentar, vigilar y evaluar las acciones públicas, estrategias y programas que se deriven de ella, de conformidad con los principios, objetivos y disposiciones contenidas en la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.⁽³¹⁾

El instituto procurará el desarrollo humano integral de las personas adultas mayores, entendiéndose por éste, el proceso tendiente a brindar a este sector de la población, empleo u ocupación, retribuciones justas, asistencia y las oportunidades necesarias para alcanzar niveles de bienestar y alta calidad de vida orientado a reducir las desigualdades extremas y las inequidades de género que aseguren sus necesidades básicas y desarrollen su capacidad e iniciativas en un entorno social incluyente.⁽³¹⁾

Dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social en Aguascalientes, existen 2 Hospitales Generales (HGZ-1, HGZ-2) con 11 unidades de Medicina Familiar para atención del adulto mayor de esta infraestructura existen diferentes programas:

El Programa de GERIATRIMSS está fortalecido por la guía de envejecimiento saludable, que contiene recomendaciones para conservar o mejorar la salud de los adultos mayores, no sólo en el aspecto médico, sino también en lo social, porque nunca es tarde para adoptar estilos de vida saludable.⁽³²⁾

Guía del cuidado de la salud del adulto mayor Educación para la salud (PREVENIMSS) que incluyen:

- a. Educación para la salud.
- b. Nutrición.
- c. Prevención y control de enfermedades.
- d. Identificación oportuna de enfermedades.
- e. Esquema básico de vacunación.⁽²⁷⁾

Guía de Práctica Clínica en:

1. Evaluación y control nutricional del Adulto Mayor en Primer Nivel de Atención.⁽³³⁾
2. Demencia en el Adulto Mayor en Primer Nivel de Atención⁽³⁴⁾.
3. Depresión en el Adulto Mayor.⁽³⁵⁾
4. Detección y manejo del maltrato en Adultos Mayores.⁽³⁶⁾
5. Utilización adecuada de analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos para el manejo del dolor.⁽³⁷⁾

En el estado de Aguascalientes existe la ley para la protección especial de los adultos mayores, promulgada y aprobada en el 2010 en donde el estado garantiza las condiciones óptimas de salud, educación, nutrición y vivienda, desarrollo integral y seguridad social a las personas adultas mayores, estableciendo programas para asegurar a todos los trabajadores una preparación adecuada para su retiro.⁽³⁸⁾

El DIF estatal de Aguascalientes, promueve, impulsa e implementa programas y acciones en materia de asistencia social a favor de la población más desprotegida y vulnerable del estado, tendientes a modificar y mejorar las condiciones que garanticen al individuo y su familia, su desarrollo social y humano. En Aguascalientes sigue promoviendo el programa ACTIVATE, a través del cual se contemplan medidas preventivas para evitar o retrasar el deterioro cognitivo, la inmovilidad, la depresión, el aislamiento y abandono, con el propósito de mantenerlos productivos y dinámicos.⁽³⁸⁾

VI.D.- Descripción de la distribución del problema (¿Quiénes están afectados, donde, cuando?)

En 2012 de acuerdo con el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA, por sus siglas en inglés), 11.5% de la población mundial tiene una edad de 60 años y más, mientras que en las regiones más desarrolladas llega a ser de 22.6 por ciento.⁽²²⁾

En 2012 en el estado de Aguascalientes el monto de personas de 60 años y más es de 97.2 mil lo que representa 7.9% de la población total. Datos censales de 2010 señalan que en 22.3% de los hogares cohabita al menos una persona de 60 años y más.⁽²²⁾

La población total existente de adultos mayores en la UMF #1 Delegación Aguascalientes es de 16, 783.

Dado que la percepción del estado de salud es una herramienta factible de considerar para conocer el estado de salud de los ancianos, ha sido estudiada ampliamente en los últimos años, bajo diferentes enfoques más sin embargo no se ha estudiado la percepción del adulto mayor sobre su funcionalidad, bajo el enfoque de la Teoría Socio Cognitiva, ya que analizar estos factores asociados con la expresión de distintos niveles de salud, permiten ampliar las perspectivas para la identificación de necesidades en salud y la evaluación de los programas e intervenciones dirigidas a este grupo poblacional.

VI.E.- Descripción de la gravedad del problema (Magnitud y trascendencia, así como consecuencias que pueden presentarse tanto en la población como en los servicios)

El envejecimiento de la población mundial avanza en una proporción de 2% de los adultos mayores de 60 años cada año. Se calcula que en el planeta viven 600 millones de personas mayores de 60 años y se proyecta que en el año 2025 se duplicará y en el 2050 ascenderá a 2 000 millones de personas.⁽³⁹⁾

La población mundial de 60 años o más presenta tasas de crecimiento del orden de 2.4%, contra 1.7% que se advierte en el total de la población; a pesar de que en la década actual esta tasa permanecerá relativamente constante, a partir del 2010 se incrementará a 3.1%. Es decir, en números absolutos el grupo de adultos mayores aumentará de 616 millones en el año 2000 a 1,209 millones en el 2025, lo que originará que esta población se duplique cada 23 años.⁽⁷⁾

México se encuentra inmerso en un proceso de transición demográfica condicionado por los cambios importantes en las tasas de natalidad y mortalidad, en el momento actual también se marca el inicio de un envejecimiento acelerado de la población, que alcanzará su máximo durante la primera mitad de este siglo. Para 2050 se estima que los adultos mayores conformarán cerca de 28.0% de la población.⁽³⁰⁾

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%.⁽³⁰⁾

Cabe resaltar que el proceso de envejecimiento de la población afecta, no sólo a los adultos mayores, sino también a la población joven, a través del sistema de seguridad social, del mercado laboral, de las transferencias intergeneracionales y de la distribución del ingreso.⁽⁴⁰⁾

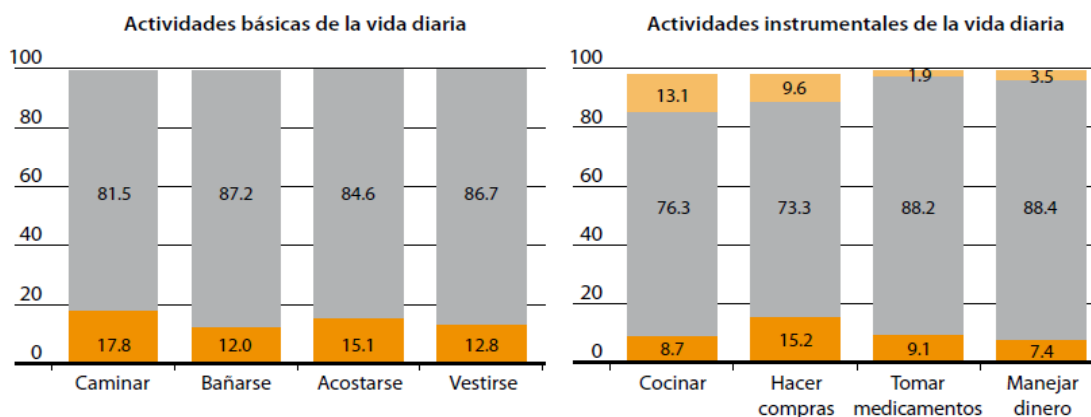
Si bien el envejecimiento de la población se presenta en todo el mundo, la diferencia entre países radica en la planeación y preparación para afrontar este cambio. El incremento de la esperanza de vida es un indicador de mejoría del estado de salud de la población en edades tempranas, pero se relaciona en edades mayores con tasas elevadas de enfermedades crónicas y degenerativas e incapacidad que afectan su calidad de vida.⁽³⁹⁾

Las enfermedades registradas con más frecuencia fueron las siguientes: hipertensión arterial, problemas articulares, reumatismo, desnutrición y osteoporosis. México cuenta con poca información de las características del entorno del adulto mayor y su perfil de salud y nutrición. La información disponible procede de la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (ENEC-1993), realizada en zonas urbanas,⁶ y la Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA-2000);⁷ ambas notificaron que los problemas más comunes en las personas mayores de 60 años eran la hipertensión arterial, obesidad, diabetes mellitus tipo 2 (DM2), hipercolesterolemia y algunas enfermedades renales.⁽³⁹⁾

El estado de salud y dependencia del adulto mayor ha sido evaluado utilizando diferentes escalas que miden la capacidad funcional que tienen las personas para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD). La medición de este parámetro incluye las capacidades de autocuidado más elementales (comer, usar el retrete, contener esfínteres) y los inmediatamente superiores (asearse, vestirse, caminar), que constituyen las actividades esenciales para el autocuidado. Otra escala de evaluación se dirige hacia las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), que son las que permiten a la persona

adaptarse a su entorno y mantener una independencia en la comunidad; incluyen actividades como: usar el teléfono, hacer compras, cocinar, limpiar la casa, utilizar transportes, administrar adecuadamente los medicamentos, etcétera.⁽³⁰⁾

La ENSANUT 2012 indagó sobre la capacidad que tienen los AM para realizar, sin ayuda, tanto ABVD como AIVD, estimando la prevalencia de ambas condiciones, las cuales se reflejan en el estado de autonomía o dependencia funcional de los adultos mayores.⁽³⁰⁾



Gráfica 2. Actividades instrumentales en la vida diaria.

En el ámbito nacional, más de una cuarta parte de los AM (26.9%) presentó algún grado de discapacidad, es decir, tenía dificultad para realizar al menos una ABVD (caminar, bañarse, acostarse o levantarse de la cama y vestirse). En relación a las AIVD, 24.6% de los AM tenía dificultad para realizar al menos una de las cuatro actividades instrumentales estudiadas (preparación de alimentos, compra de alimentos, administración de medicamentos y manejo de dinero). En ambas condiciones se observa que las prevalencias se incrementan en la medida que aumenta la edad, y es mayor en las mujeres en comparación con los hombres (29.6 frente a 23.8%, respectivamente para ABVD, y 28.4 frente a 20.3% para las AIVD).⁽³⁰⁾

La identificación de las condiciones de los adultos de 65 años y más permite informar las acciones que deben implementarse para la atención a este grupo de edad. Los retos en demencia y deterioro cognitivo destacan la importancia de una respuesta del sistema de salud que considere los servicios especializados para este grupo.⁽³⁰⁾

La salud y la ausencia de limitaciones, son parámetros importantes a considerar para lograr una buena calidad de vida. El propósito de este estudio será determinar cómo se perciben los adultos mayores respecto a su funcionalidad.⁽³⁰⁾

Por tal motivo cabe resaltar la importancia de la percepción de la funcionalidad del adulto mayor ya que el hecho de percibirse como una persona funcional e independiente se asocia a una mejor calidad de vida, dentro de la cual la dimensión emocional tiene una relación directa con la salud, tanto en sus aspectos objetivos (morbilidad) como subjetivos (percepción en salud) en una relación recíproca.

VI.F.- Análisis de los factores más importantes que pueden influir en el problema

Ser adultos mayor significa en muchos casos una disminución del poder adquisitivo y además dependencia, sobre todo si ésta se ve incrementada por e estar enfermo o incapacitado.⁽⁶⁾

Para conocer el estado de salud de las personas se utiliza en muchos estudios la percepción del bienestar o malestar del cuerpo, como un indicador válido que sintetiza el balance entre el estado físico y el mental, está poco condicionado por las interpretaciones médicas de los síntomas y resulta un buen predictor de la mortalidad.⁽⁶⁾

Todas estas percepciones del estado de salud están relacionadas con determinantes psicosociales en salud como lo son medio ambiente, estilo de vida, conductas de salud y sistemas de atención médica.

Otros factores que se relacionan con la percepción de la funcionalidad del adulto mayor sus variables sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, grado de escolaridad, variables sociales como el vivir solo o en compañía de la familia, variables físicas como movilidad y continencia, higiene como bañarse, lavado de ropa, etc.

La percepción de control sobre la propia vida es uno de los condicionantes psicológicos que permite predecir un buen envejecimiento, así como una buena salud. Dentro del control subjetivo cabe destacar, en primer lugar, el control interno/externo que el individuo

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

ejerce sobre el medio y recibe de él (desde una perspectiva dimensional), y, en segundo lugar, la percepción que la persona tiene respecto del control que ejercerá en el futuro, es decir la autoeficacia para envejecer. La percepción de las personas acerca de su propia eficacia constituye un requisito fundamental para lograr el cumplimiento de metas y objetivos.⁽⁴¹⁾

La autopercepción juega un papel central en el proceso de envejecimiento, sin embargo, los estereotipos sociales acerca de la vejez influyen específicamente en la conformación de la percepción de las propias capacidades.⁽⁴¹⁾

VI.G.- Argumentos convincentes de que el conocimiento disponible para solucionar el problema no es suficiente para solucionarlo

En México existen muy pocos estudios dirigidos a investigar el efecto de los factores sociales y económicos sobre la calidad de vida de los sujetos, y existe también cierto desconocimiento sobre los factores que se encuentran asociados con la calidad de vida en adultos mayores; además, este grupo es un gran demandante de servicios de salud y de alto costo en su atención. Dado que conforma actualmente 6.54% de la población mexicana, se vuelve una prioridad estudiarlos.⁽⁴²⁾

Un aspecto central en el desarrollo y utilización de estas medidas es evaluar la calidad de vida en grupos de pacientes con enfermedades específicas, en comparación con el nivel promedio de estas medidas en la población (país, estado), ajustadas por edad y sexo. Si bien hay países, como Canadá y Estados Unidos de América (EUA), en los cuales se han realizado este tipo de mediciones, hasta recientemente sólo existía un estudio con medidas poblacionales en México.⁽⁴²⁾

IV.H.- Breve descripción de algunos otros proyectos relacionados con el mismo problema (como se han trabajado y porque es necesaria esta investigación)

Flavia y cols (2012) realizaron un estudio transversal sobre Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores, con el objetivo de examinar las relaciones entre el bienestar psicológico, el apoyo social percibido y la percepción de

salud en adultos mayores. Con una muestra de 250 personas, 146 mujeres y 104 hombres, con edades entre 60 y 87 años (promedio de 70,8 años) de la ciudad de Concepción (Chile). Los resultados mostraron que el bienestar psicológico presentaba mayores relaciones con el apoyo social percibido que con la percepción de salud, que los hombres informaron mayor bienestar psicológico y mejor percepción de salud que las mujeres y que las personas casadas o con pareja estable informaron mayor bienestar psicológico y mayor apoyo social percibido que aquellas sin pareja estable.⁽⁴⁾

Reyes y cols (2006) realizaron un estudio transversal con el objetivo de evaluar el estado de salud de los ancianos mexicanos a través de la autopercepción y analizar los factores sociales, de salud y organizacionales asociados. Se realizó análisis de regresión logística múltiple. La variable dependiente fue el estado de salud medido a través de la autopercepción de salud. Esta variable, contenía en su versión original cinco categorías, las cuales para fines de análisis se agruparon en dos: la primera comprende las categorías de estado de salud muy buena, buena o regular y la segunda malas o muy malas. Las variables independientes seleccionadas fueron: características sociodemográficas, hábitos de riesgo, accidentes, diagnóstico de enfermedades y mediciones clínicas. Se analizó a 7,322 adultos de 60 años y mayores, que representan al total de la población (7%) en ese grupo de edad en México. De estos, 19.8% reportó estado de salud como malo o muy malo. Los factores asociados a mala salud fueron edad, sexo femenino, no tener seguro social, ser divorciado, dedicarse al hogar, estar incapacitado, no tener trabajo, consumo de tabaco, problema de salud, accidentes y diagnóstico de enfermedades crónicas.⁽⁷⁾

Dorantes y cols (2001) realizaron un estudio transversal en el cual el objetivo se basaba en identificar los factores asociados con la dependencia funcional de los adultos mayores para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Método. Estudio transversal de la información obtenida en la primera vuelta del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) en 2001. La muestra estuvo compuesta por 7 171 personas de 60 años o más. Mediante el análisis de regresión logística multifactorial se analizó la asociación de la dependencia funcional para realizar ABVD y AIVD con los hábitos de vida y los antecedentes personales sociales, familiares y de salud desde la infancia de los participantes.⁽⁸⁾

VI.I.- Descripción del tipo de información que se espera obtener como resultado del proyecto y como se utilizara para solucionar el problema

Si bien los adultos mayores están alcanzando edades avanzadas con buenas condiciones de salud, físicas y mentales, y la visión acerca de la vejez va incluyendo cada vez más aspectos positivos, esto aún no resulta suficiente para desnaturalizar ciertos estereotipos negativos sobre esta etapa de la vida.⁽⁴¹⁾

Al respecto, Bandura (1977) desarrolló una serie de investigaciones en las que exploró el modo en que las creencias culturales y las teorías implícitas sobre el envejecimiento pueden influir en la autoeficacia así como la percepción del estado de salud durante la vejez. Al respecto, confirmó que, cuando estas eran negativas, desalentaban las propias expectativas, metas y resultados.⁽⁴¹⁾

Por lo anterior descrito este proyecto de investigación pretende identificar la percepción de la funcionalidad del adulto mayor a través de la Teoría Socio Cognitiva de Albert Bandura e identificar la verdadera funcionalidad de éste grupo etario y con esta información verificar si existe relación entre cómo se perciben los adultos mayores y como son funcionales realmente, ya que no hay evidencia de una evaluación anterior sobre la funcionalidad en la UMF #1 Delegación, Aguascalientes; es por ello el interés de este estudio ya que existe un mayor número de factores a nivel familiar, ambiental, sociodemográfico que puede influir en la percepción de la funcionalidad del adulto mayor, estos aspectos están relacionados directamente con la prevención y promoción de la salud para una mejor calidad de vida del adulto mayor.

VI.J.- Lista de los conceptos utilizados en el planteamiento del problema

VI.J.1.- Definición de percepción

Tabla 1. Definición de percepción.

AUTORES	DEFINICIÓN
GIBSON	<p>Defiende la teoría de que la percepción es un proceso simple, en el estímulo está la información, sin necesidad de procesamientos mentales internos posteriores. Dicho planteamiento parte del supuesto de que en las leyes naturales subyacentes en cada organismo están las claves intelectuales de la percepción como mecanismo de supervivencia, por tanto, el organismo sólo percibe aquello que puede aprender y le es necesario para sobrevivir.</p>
NEISSER	<p>La percepción es un proceso activo-constructivo en el que el perceptor, antes de procesar la nueva información y con los datos archivados en su conciencia, construye un esquema informativo anticipatorio, que le permite contrastar el estímulo y aceptarlo o rechazarlo según se adecue o no a lo propuesto por el esquema. Se apoya en la existencia del aprendizaje.</p>

<p>Psicología moderna</p>	<p>La interacción con el entorno no sería posible en ausencia de un flujo informativo constante, al que se denomina percepción. La percepción puede definirse como 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.</p> <p>Presenta dos partes diferenciadas referidas a:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El tipo de información obtenida 2. La forma en que ésta se consigue
<p>La Teoría de la Gestalt</p>	<p>La percepción es un contenido del aprendizaje ineludible en las carreras de arte, en la mayoría de sus disciplinas.</p>
<p>Aristóteles (siglo IV a.C)</p>	<p>Afirmaba que “no hay nada en la mente que no haya pasado antes por nuestros sentidos”</p>
<p>Locke (siglo XVIII)</p>	<p>Los sentidos proporcionan ideas simples; pero estas ideas se convierten progresivamente en ideas complejas, cada vez en orden más elevado, por medio de procesos de asociación</p>
<p>Y. J. Müller (1801-1858)</p>	<p>Estableció su ley sobre “la energía específica de las fibras nerviosas sensoriales”, según esta ley nuestra percepción depende tanto de la condición de los nervios sensoriales como el estímulo que los activa.</p>

Definición de funcionalidad: Independencia entendida como la capacidad de desempeñar las funciones relacionadas con la vida diaria, es decir vivir en la comunidad recibiendo poca o ninguna ayuda de los demás. Autonomía entendida como la capacidad de tomar decisiones por si solos y afrontar las consecuencias de ello de acuerdo a preferencias propias y los requerimientos del entorno según la OMS.⁽⁴³⁾

La independencia funcional o funcionalidad no es otra cosa que la capacidad de cumplir o realizar determinadas acciones, actividades o tareas requeridas en el diario vivir.⁽⁴³⁾

La definición formula que, desde una perspectiva funcional, “el anciano sano” es aquel capaz de enfrentar el proceso de cambio con un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal”.⁽⁴³⁾

La pérdida de funcionalidad se puede detectar clínicamente por la pérdida de autonomía y aparición de dependencia que, poco a poco, van a limitar la calidad de vida de las personas mayores. Además cada tipo de enfermedad origina un tipo específico de pérdida funcional: cada enfermedad afecta a un grupo concreto de actividades.⁽⁴³⁾

VI.J.2.- Funcionalidad del adulto mayor

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) define el estado de salud entre los envejecidos no en términos de déficit sino de mantenimiento de la capacidad funcional.⁽²³⁾

Desde una perspectiva funcional, un adulto mayor sano es aquel capaz de enfrentar el proceso de cambio a un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal (OMS).⁽²³⁾

Fillenbaum confirma este criterio, sugiriendo la evaluación de salud de los adultos mayores en términos de estatus funcional, con el concepto de salud asociado al mantenimiento de la independencia funcional.⁽²³⁾

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 a cabo las actividades de la vida cotidiana se dice que la funcionalidad está indemne (MINSAL, 2003) .⁽⁴⁴⁾

La funcionalidad ubicada como parte de la valoración geriátrica y gerontológica ha venido tomando fuerza conforme pasa el tiempo; importante para el equipo de multi e interdisciplinar y como parte del personal médico que brinda atención a los adultos mayores. Sin embargo, para poder iniciar la valoración, es necesario conocer conceptos básicos relacionados con la funcionalidad, y modelos de atención para brindar el cuidado a estos pacientes.⁽¹⁸⁾

Esta pérdida de la independencia y autonomía afecta inicialmente a las actividades complejas (por ejemplo desplazamientos fuera del hogar), pero, si se mantiene en el tiempo y no se actúa sobre ella, progresa y llega a afectar la independencia y autonomía para actividades básicas de la vida diaria que afectan al autocuidado: levantarse, lavarse, vestirse, comer y desplazamientos dentro del hogar.⁽⁹⁾

VI.K.- Descripción de la naturaleza del problema: Discrepancias entre las situaciones observadas y las esperadas, que identifiquen que el estado del arte en conocimiento del problema (identificar, analizar, intervenir)

En las diferentes investigaciones realizadas sobre la percepción de la funcionalidad del adulto mayor existe falta de información descrita, ya que no se encontraron artículos en donde existiera un instrumento validado y adaptado acerca de la percepción de la funcionalidad del adulto mayor bajo el enfoque de la Teoría Socio Cognitiva de Albert Bandura.

Las afecciones que padecen los adultos mayores son los denominados síndromes geriátricos, que son cuadros clínicos habitualmente originados por enfermedades con alta prevalencia, se presentan de forma atípica, generan incapacidad funcional y social como el déficit visual o auditivo.⁽²²⁾

El aumento en la sobrevivencia de la población ha provocado que la mayor parte de las defunciones se den en edades avanzadas, de las 5 mil muertes registradas en 2011, 62.4% corresponden a personas de 60 años y más.⁽²²⁾

El concepto de salud en adultos mayores más que en otros grupos de edad implica subjetividad, ya que depende de la conjunción de los efectos de las condiciones fisiológicas, habilidades funcionales, bienestar psicológico y soporte social. No obstante, su determinación más allá de lo estrictamente médico, es relevante para los clínicos, los tomadores de decisión y los investigadores que trabajan con este grupo de población.⁽⁷⁾

Algunos directivos, profesionales de la salud y aun los adultos mayores podrían pensar que la promoción de la salud o la prevención entre los adultos mayores es un asunto poco menos que imposible. Sin embargo, el hecho de que la autopercepción de la salud empeora en forma directa con el incremento del número de problemas crónicos de salud y que la autopercepción negativa de la salud está significativamente asociada con la muerte.⁽²¹⁾

Pregunta de investigación

¿Cuál es la percepción de la funcionalidad del adulto mayor a través de la Teoría Sociocognitiva de Albert Bandura en la UMF Numero Uno del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Aguascalientes?

VII.- OBJETIVOS

VII.A.- Objetivo general

1. Identificar la correlación entre percepción de la funcionalidad del adulto mayor a través de la Teoría Socio Cognitiva de Albert Bandura con la funcionalidad del adulto mayor basado en el índice de Katz y el instrumento de Lawton y Brody en la UMF número uno del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Aguascalientes.

VII.B.- Objetivos específicos

1. Identificar las características sociodemográficas del adulto mayor.
2. Conocer el grado de funcionalidad del adulto mayor a través de la Escala de Lawton y Brody.
3. Identificar el grado de funcionalidad del adulto mayor a través del índice de Katz.
4. Identificar la correlación entre la autoeficacia en la funcionalidad del adulto mayor a través de la Teoría Socio Cognitiva de Albert Bandura y la funcionalidad del índice de Katz y del instrumento de Lawton y Brody.
5. Identificar la correlación entre las competencias conductuales en la funcionalidad del adulto mayor a través de la Teoría Socio Cognitiva de Albert Bandura y la funcionalidad del índice de Katz y del instrumento de Lawton y Brody.
6. Identificar la correlación entre las expectativas en la funcionalidad del adulto mayor a través de la Teoría Socio Cognitiva de Albert Bandura y la funcionalidad del índice de Katz y del instrumento de Lawton y Brody.
7. Identificar la correlación entre las expectativas en la funcionalidad del adulto mayor a través de la Teoría Socio Cognitiva de Albert Bandura y la funcionalidad del índice de Katz y del instrumento de Lawton y Brody.
8. Identificar la correlación entre el autocontrol en la funcionalidad del adulto mayor a través de la Teoría Socio Cognitiva de Albert Bandura y la funcionalidad del índice de Katz y del instrumento de Lawton y Brody.
9. Identificar la correlación entre el afrontamiento emocional en la funcionalidad del adulto mayor a través de la Teoría Socio Cognitiva de Albert Bandura y la funcionalidad del índice de Katz y del instrumento de Lawton y Brody.

VIII. HIPÓTESIS DEL TRABAJO

VIII. A.- Hipótesis alterna general

Existe correlación entre percepción de la funcionalidad del adulto mayor a través de la Teoría Socio Cognitiva de Albert Bandura con la funcionalidad del adulto mayor basado en el índice de Katz y el instrumento de Lawton y Brody en la UMF número uno del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Aguascalientes.

VIII. B.- Hipótesis alternas específicas

1. Existe correlación entre la autoeficacia en la funcionalidad del adulto mayor a través de la Teoría Socio Cognitiva de Albert Bandura y la funcionalidad del índice de Katz y del instrumento de Lawton y Brody.
2. Existe correlación entre las competencias conductuales en la funcionalidad del adulto mayor a través de la Teoría Socio Cognitiva de Albert Bandura y la funcionalidad del índice de Katz y del instrumento de Lawton y Brody.
3. Existe correlación entre las expectativas en la funcionalidad del adulto mayor a través de la Teoría Socio Cognitiva de Albert Bandura y la funcionalidad del índice de Katz y del instrumento de Lawton y Brody.
4. Existe correlación entre las expectativas en la funcionalidad del adulto mayor a través de la Teoría Socio Cognitiva de Albert Bandura y la funcionalidad del índice de Katz y del instrumento de Lawton y Brody.
5. Existe correlación entre el autocontrol en la funcionalidad del adulto mayor a través de la Teoría Socio Cognitiva de Albert Bandura y la funcionalidad del índice de Katz y del instrumento de Lawton y Brody.
6. Existe correlación entre el afrontamiento emocional en la funcionalidad del adulto mayor a través de la Teoría Socio Cognitiva de Albert Bandura y la funcionalidad del índice de Katz y del instrumento de Lawton y Brody.

VIII. C.- Hipótesis nula general

No existe correlación entre percepción de la funcionalidad del adulto mayor a través de la Teoría Socio Cognitiva de Albert Bandura con la funcionalidad del adulto mayor basado en el índice de Katz y el instrumento de Lawton y Brody en la UMF número uno del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Aguascalientes.

VIII. D.- Hipótesis nulas específicas

1. No existe correlación entre la autoeficacia en la funcionalidad del adulto mayor a través de la Teoría Socio Cognitiva de Albert Bandura y la funcionalidad del índice de Katz y del instrumento de Lawton y Brody.
2. No existe correlación entre las competencias conductuales en la funcionalidad del adulto mayor a través de la Teoría Socio Cognitiva de Albert Bandura y la funcionalidad del índice de Katz y del instrumento de Lawton y Brody.
3. No existe correlación entre las expectativas en la funcionalidad del adulto mayor a través de la Teoría Socio Cognitiva de Albert Bandura y la funcionalidad del índice de Katz y del instrumento de Lawton y Brody.
4. No existe correlación entre las expectativas en la funcionalidad del adulto mayor a través de la Teoría Socio Cognitiva de Albert Bandura y la funcionalidad del índice de Katz y del instrumento de Lawton y Brody.
5. No existe correlación entre el autocontrol en la funcionalidad del adulto mayor a través de la Teoría Socio Cognitiva de Albert Bandura y la funcionalidad del índice de Katz y del instrumento de Lawton y Brody.
6. No existe correlación entre el afrontamiento emocional en la funcionalidad del adulto mayor a través de la Teoría Socio Cognitiva de Albert Bandura y la funcionalidad del índice de Katz y del instrumento de Lawton y Brody.

IX.- METODOLOGÍA

IX.A.- Diseño de estudio

Se realizó un estudio transversal comparativo, en el que se identificó la correlación de la percepción de la funcionalidad de los adultos mayores de la UMF #1 IMSS, Delegación Aguascalientes. Se realizó una correlación entre la funcionalidad del adulto mayor con el índice de Katz y el instrumento de Lawton y Brody y con la percepción de la funcionalidad del adulto mayor a través de la Teoría Socio Cognitiva de Albert Bandura, se encuentra en un estado de nivel del conocimiento analítico.

IX.B.- Universo de trabajo

Adulto mayor derechohabiente en la Unidad de Medicina Familiar número 1 del IMSS delegación Aguascalientes.

IX.B.1.- Población de estudio

Adultos mayores de 65 años y más que acuden a la consulta externa de primer nivel de atención en la Unidad de Medicina Familiar número 1 del IMSS delegación Aguascalientes.

IX.B.2.- Unidad de análisis

Adulto mayor que acude a la consulta externa de la unidad de Medicina Familiar número 1 del IMSS delegación Aguascalientes.

IX.B.3.- Criterios para la selección de la muestra

IX.B.3.a.- Criterios de inclusión

Que los encuestados fueran adultos mayores (pacientes de 65 años y más), derechohabientes del IMSS, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar número 1 de la Delegación Aguascalientes, que acepten participar en la encuesta, que el paciente no

tenga dificultades o incapacidades para contestar, en tal caso se solicitará a su familiar acompañante que sea quien conteste la encuesta.

IX.B.3.b.- Criterios de exclusión

Personas sin la edad requerida, que no se encontraran en espera de consulta, que recibieran atención médica en el servicio de urgencias y aquellos que no aceptaran participar en la encuesta. Que el paciente tuviera dificultades o incapacidades para contestar y no acudiera con acompañante.

IX.B.3.c.- Criterios de eliminación

Quienes no contestaron un 80% del total de la encuesta aplicada, que existiera apatía por parte del paciente para contestar la encuesta, que el paciente o el familiar decidiera retirar su participación.

IX.C.- Tipo de muestreo

No probabilístico.

IX.D.- Tamaño de la muestra

Para calcular el tamaño de la muestra se utilizó la fórmula para estimar una proporción en los adultos mayores de 65 años y más, mediante el programa EPI Info 6. Los parámetros utilizados fueron un nivel de confianza del 95%, poder de la muestra 80%.

$$N = \frac{(Z\alpha)^2 (p)(q)}{\delta^2}$$

N= Tamaño de la muestra

Zα= Distancia de la media del valor de significancia propuesto, si la confianza es de 80% (α=95% y Zα= 1.96)

δ²= Precisión o magnitud del error que estamos dispuestos a aceptar.

P= proporción de sujetos portadores del fenómeno de estudio, prevalencia.

Q= 1-p complementario, sujetos que no tienen la variable en estudio.

$$N = \frac{(1.96)^2 (.26)(.74)}{(0.05)^2} = N = \frac{3.84 (0.1924)}{0.0025} = N = \frac{0.7388}{0.0025} = 104$$

IX.A- Definición de las variables

IX.A.1- Variable independiente

Percepción la cual se mide mediante la autoeficacia 6 dimensiones, que son:

- Autoeficacia
- Competencias conductuales
- Expectativas
- Exptectaciones
- Autocontrol
- Afrontamiento emocional

Variables sociodemográficas

- Edad
- Sexo
- Estado Civil
- Ocupación

IX.A.1- Variable dependiente

- Funcionalidad del adulto mayor

IX.B.- Logística

Los licenciados en Salud Pública, aplicaron las entrevistas a los adultos mayores de 65 años de edad, que acudieron a consulta y que previamente fueron seleccionados por conveniencia de todos los consultorios de ambos turnos de la UMF 1 IMSS Delegación Aguascalientes, se le entregó una carta de consentimiento informado, después de aceptar participar en el protocolo, se les aplicó el cuestionario, el cual consta 19 ítems, asegurándose que el entrevistado entienda las preguntas y las posibles respuestas de cada uno de los ítems del cuestionario, una vez aplicado el cuestionario se procedió a

capturar en una base de datos hecha en el programa estadístico SPSS versión 21 para su análisis e interpretación de resultados.

IX.C.- Recolección de datos

Se aplicaron las entrevistas a los adultos mayores de 65 años de edad, que acudieron a consulta y que previamente fueron seleccionados por conveniencia de todos los consultorios de ambos turnos de la UMF 1 IMSS Delegación Aguascalientes, se les entregó una carta de consentimiento informado, después de que aceptaron participar en el protocolo, se realizó una entrevista cara a cara en base al instrumento adaptado y validado sobre la percepción de la funcionalidad del adulto mayor a través de la Teoría Socio Cognitiva de Albert Bandura, así como los instrumentos que miden la funcionalidad como es el índice de Katz y el instrumento de Lawton y Brody, el tiempo para realizar la entrevista fue de aproximadamente 10 minutos. La encuesta constó de 19 ítems, de los cuales se valoró la Autoeficacia con 3 ítems, con una escala de Likert que va de 1 (totalmente de acuerdo) al 5 (totalmente en desacuerdo), Competencias Conductuales con 3 ítems, con una escala de Likert que va de 1 (siempre) al 5 (nunca), Expectativas con 3 ítems, con una escala de Likert que va de 1 (totalmente de acuerdo) al 5 (totalmente en desacuerdo), Expectaciones con 3 ítems, con una escala de Likert que va de 1 (no es importante) al 5 (demasiado importante), Autocontrol con 4 ítems, con una escala de Likert que va de 1 (nunca) al 5 (siempre), Afrontamiento Emocional con 3 ítems, con una escala de Likert que va de 1 (nunca) al 5 (siempre), resultando un total de 19 ítems, Escala de Lawton y Brody, para las actividades instrumentadas de la vida diaria, el cual consta de 8 ítems, así como el Índice de Katz modificado, que valora las actividades diarias del adulto mayor mediante 6 ítems para determinar la dependencia o independencia de los mismos. Instrumento (ANEXO A).

IX.D- Validez del instrumento

Se construyó un instrumento en base a la Escala de Lawton y Brody, para las actividades instrumentadas de la vida diaria, el cual consta de 8 ítems, así como el Índice de Katz modificado, que valora las actividades diarias del adulto mayor mediante 6 ítems para determinar la dependencia o independencia de los mismos, se adaptan a la Teoría Socio

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

cognitiva de Albert Bandura en donde se obtuvieron 53 ítems de los cuales se realizó la validación aparente de contenido y de constructo, mediante un análisis factorial por componentes principales, con rotación varimax que explica el 68.75% de la varianza y alfa de Cronbach de .75, el instrumento final constó de 19 ítems. (ANEXO A)

IX.D.1.- Validez aparente

se llevó a cabo mediante el proceso de pilotaje, se realizó un grupo focal donde se observó una gran relación entre lo que se explicaba y lo que se quería medir.

IX.D.2.- Validez de contenido

se llevó a cabo por un grupo de expertos, dos de ellos expertos en metodología de la investigación. Los expertos refieren que cada ítem corresponde al concepto y dimensión, de acuerdo a la Teoría Socio Cognitiva de Albert Bandura. Verificaron que existiera congruencia entre el cuestionario original y el adaptado. La operacionalización de las variables se encuentra en el ANEXO C.

IX.E.- Plan de recolección de la información

Se llevó a cabo una entrevista cara a cara, que consistió en una entrevista directa o personal con cada encuestado, en la que se tiene la ventaja de ser controladas y guiadas por el encuestador, además de que se suele obtener más información que con otros medios.

Al abordar al usuario, se le explicó que fue seleccionado para que se le realizara el instrumento de la medición de la percepción de la funcionalidad del adulto mayor basado en la Teoría Socio Cognitiva de Albert Bandura de la UMF 1 Delegación Aguascalientes, así como los instrumentos de funcionalidad de Lawton y Brody e índice de Katz, se les expuso en que consiste la encuesta, se les dió a conocer la carta de consentimiento informado y se le pidió que lo firmaran si estaban de acuerdo en contestar la encuesta.

Posterior a ello, se procedió a realizar la encuesta, teniendo la certeza de que el encuestado entendiera la pregunta, así como las posibles respuestas.

Para mejorar la calidad de la recolección de datos se realizó un manual operacional donde se describe cada una de las dimensiones del instrumento ítem por ítem, en el cual se dan ejemplos de los diferentes tipos de respuestas para el mejor entendimiento de los ítems, con este manual se capacitará a los encuestadores para estandarizar la los procedimientos de recolección de datos. (Manual operacional ANEXO E)

IX.F- Plan para procesamiento y análisis de datos

IX.F.1.- Procesamiento de datos

Se realizó una base de datos en el programa SPSS SPAW Versión 21, la cual tiene 33 variables, cada una de ellas tiene su nombre, anchura, decimales, etiqueta, valores perdidos, columna, alineación, medida y rol. Se utilizaron comandos estadísticos descriptivos para analizar las variables continuas y categorizadas de las cuales se obtuvieron frecuencias y tablas de contingencia. Se correlacionaron las variables independientes con la funcionalidad del adulto mayor. Además se utilizó la base de datos de Excel para la elaboración de gráficas de frecuencias.

IX.F.1.- Análisis de datos

Se describieron frecuencias absolutas, porcentajes y sus respectivas gráficas para las variables independientes (variables sociodemográficas, de carencia social y factores psicosociales), así como para las variables dependientes (edad, sexo, estado civil).

Se realizó un cruce de variables entre las variables dependientes y las variables independientes para obtener la correlación entre las variables dependientes e independientes, mediante tablas de contingencia.

IX.G- Consideraciones éticas

La presente investigación se considera de riesgo mínimo, de acuerdo al artículo 17 fracción II del reglamento de la Ley federal de salud de México en materia de investigación para la salud, ya que el paciente no será sometido a ningún procedimiento invasivo. Se realizará una invitación verbal al paciente para participar en el estudio, una vez que el paciente acepte participar voluntariamente y sin coerción (Código de Nuremberg), se le proporcionará una amplia explicación de los objetivos del proyecto, así como la garantía de confidencialidad en la información proporcionada, dada la naturaleza de ésta.⁽⁴⁵⁾

IX.H- recursos, financiamientos y factibilidad

Para la elaboración de este estudio, es necesario contar con el apoyo de 3 licenciados en Salud Pública, los cuales recibirán capacitación para la estandarización de la aplicación de las encuestas, con lo cual se necesitará del siguiente recurso material, tanto para la capacitación, la reproducción de las encuestas y análisis de datos.

IX.I.- Hoja de gastos

CATEGORÍA	COSTO UNITARIO	CANTIDAD	COSTO TOTAL
Lapiceros	\$ 30 pesos	7	\$ 210.00 pesos
Gomas	\$ 15 pesos	7	\$ 105.00 pesos
Hojas tamaño carta	\$ 80 pesos (paquete)	2	\$ 160.00 pesos
Cartucho de tinta	\$ 340 pesos	2	\$ 680.00 pesos
Memoria USB 8 GB	\$ 250 pesos	1	\$ 250.00 pesos
Engrapadoras	\$ 100 pesos	1	\$ 100.00 pesos
Grapas	\$ 30 peso (caja)	1	\$ 30.00 pesos
Fotocopias	\$ 0.50 centavos	1812	\$ 906.00 pesos
Tablas recolectoras	\$ 60 pesos	4	\$ 240.00 pesos
Laptop DELL	\$ 12, 000 pesos	1	\$12, 000.00 pesos
Alimentos y bebidas	\$ 50 pesos	30	\$ 150.00 pesos
Cañón	\$ 10, 000 pesos	1	\$ 10, 000.00 pesos
		TOTAL	\$24, 831.00 pesos

IX.J- Carta de consentimiento informado

Se elaboró una carta de consentimiento informado para la previa aplicación del cuestionario, explicando de manera clara y precisa a los pacientes adultos mayores de 65 años acerca de su confidencialidad, anonimato, además de que no habrá ningún tipo de repercusiones. (ANEXO B)

IX.K- Operacionalización de las variables

Se elaboró un cuadro donde se mencionan y describen las variables que se emplean en este estudio. (ANEXO C)

IX.M Cronograma de actividades

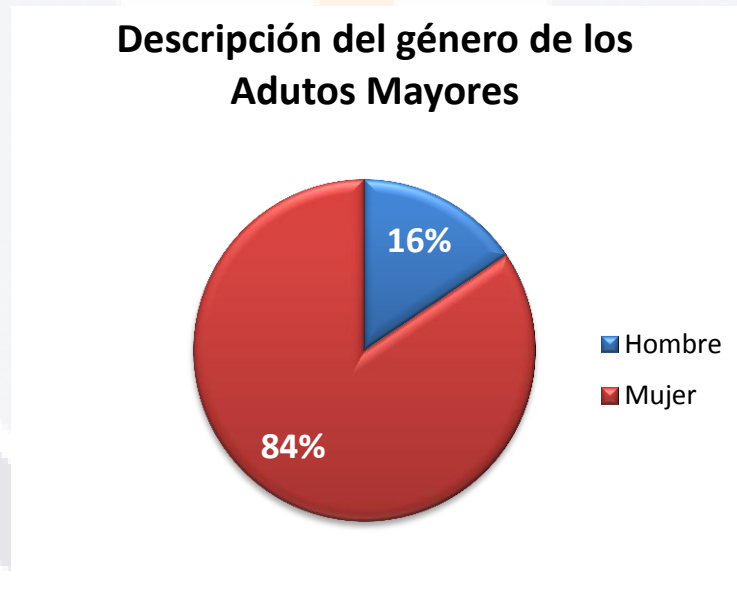
Se elaboró a manera de resumen un cuadro donde se plantean los periodos en que fue realizado este proyecto de investigación. (ANEXO D)

IX.- Manual operacional

Para mejora la calidad de la recolección de datos se realizó un manual operacional en donde se describió cada una de las dimensiones del instrumento, ítem por ítem, para el mejor entendimiento de los mismos y estandarizar la técnica de recolección de datos. (ANEXO E)

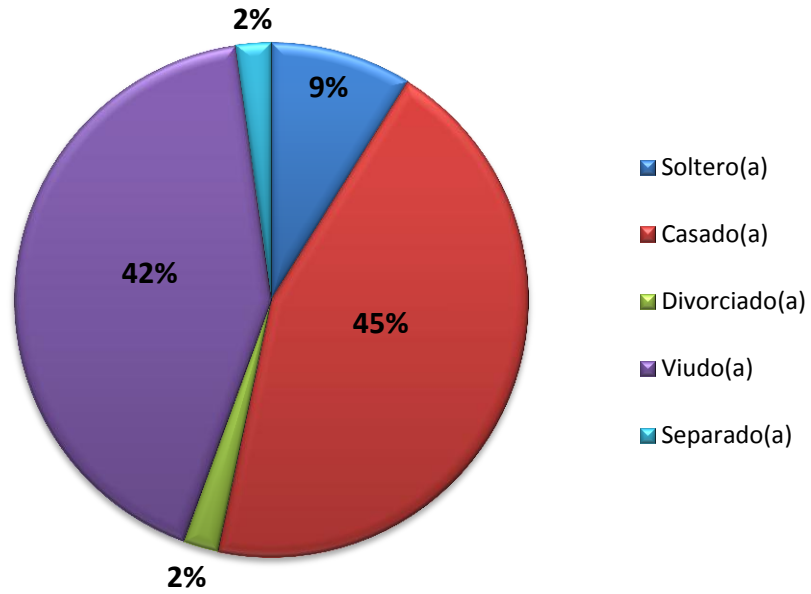
X.- RESULTADOS

En el estudio participaron 104 adultos mayores de los cuales el 84% fueron mujeres y el 16% hombres (Grafica 3), 23 de los participantes tenían edades de 65 a 70 años, 16 de 70 a 80 años, 7 de 80 a 96 años (Grafica 5), del total de los participantes el 40% están casados, el 42% divorciados (Grafica 5). El 87% se dedicaban al hogar (Grafica 6). El número de hijos de los participantes con mayor frecuencia fue de 4 hijos (9), seguido de 6, 8, 10 hijos (6 respectivamente). (Gráfica 7). El 41 de los cuales ninguno de sus hijos depende económicamente de ellos. (Grafica 8) El 56% de los Adultos mayores no dependen de nadie, el 62% no vive solo, el 80% tienen un pasatiempo que les gusta realizar, 17 de los cuales su pasatiempo es el hogar, 9 no tienen ningún pasatiempo 13 tienen actividades culturales o sociales. (Graficas 9-11)



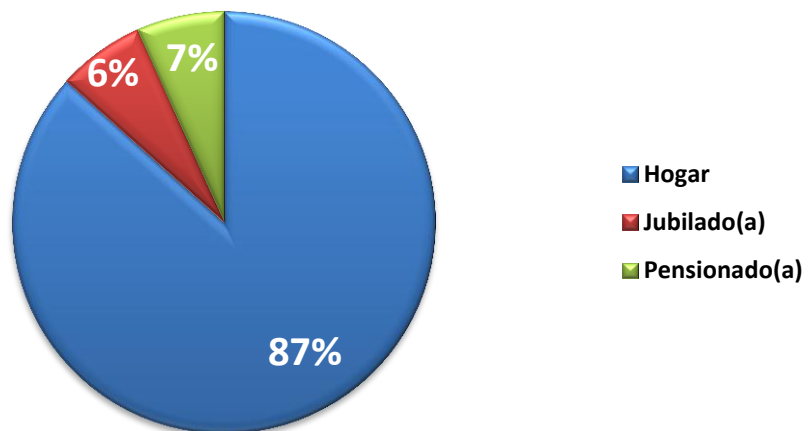
Gráfica 3. Descripción del género de los adultos mayores.

Estado Civil de los adultos mayores

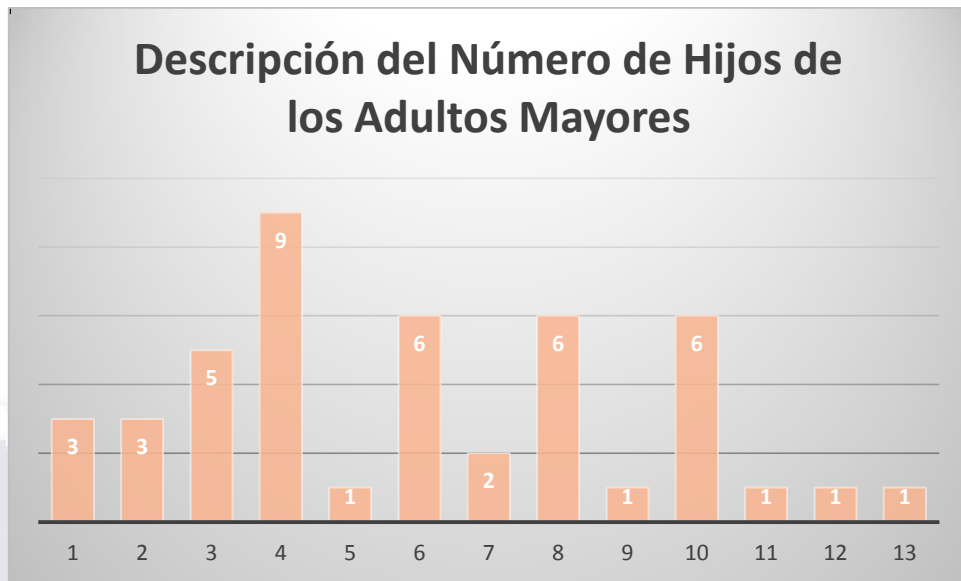


Gráfica 4. Estado Civil de los adultos mayores

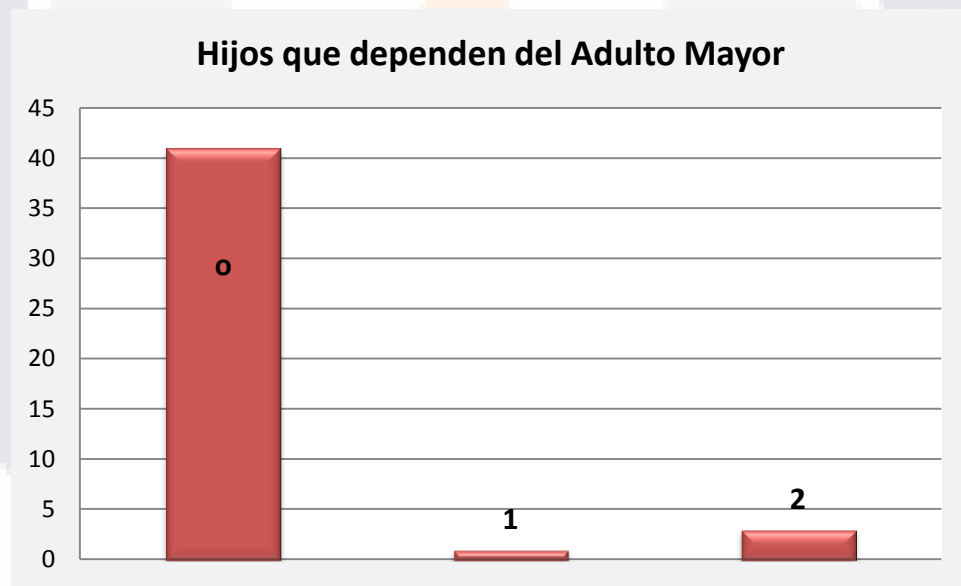
Descripción de la Ocupación de los Adultos Mayores



Gráfica 5. Descripción de la ocupación de los Adultos Mayores.

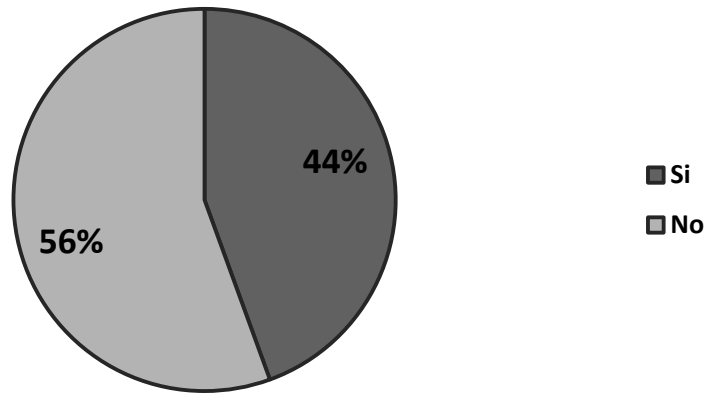


Gráfica 6. Descripción del número de hijos de los Adultos Mayores.



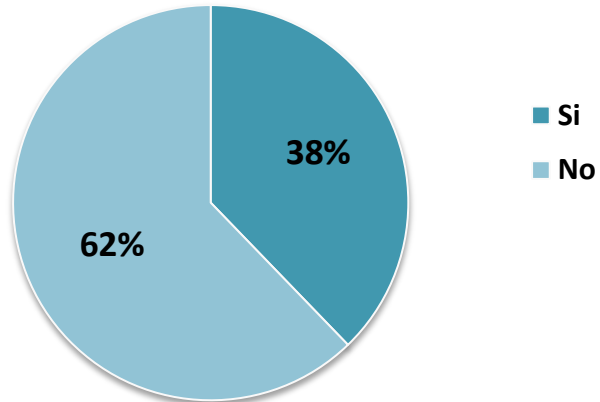
Gráfica 7. Hijos que dependen del Adulto Mayor.

Adultos Mayores que dependen de algún familiar



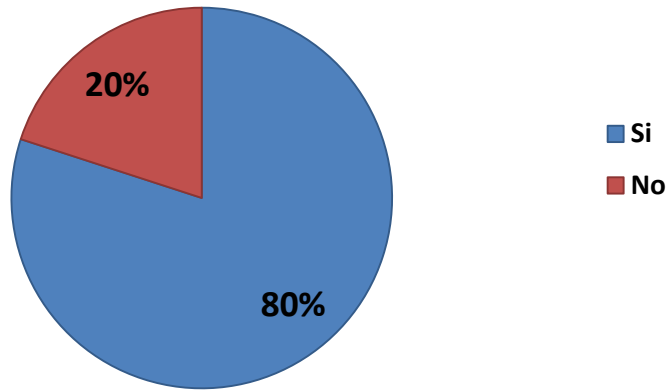
Gráfica 8. Adultos Mayores que dependen de algún familiar.

Adulto Mayor que vive solo

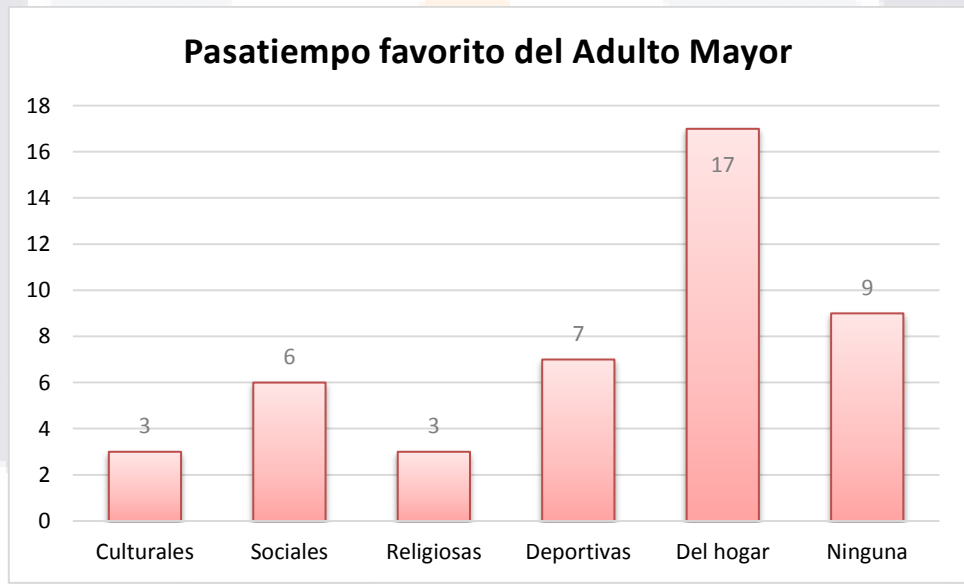


Gráfica 9. Adulto Mayor que vive solo.

Pasatiempo del Adulto Mayor.



Gráfica 10. Pasatiempo del Adulto Mayor.



Gráfica 11. Pasatiempo Favorito del Adulto Mayor.

En cuanto a la percepción de la funcionalidad del adulto mayor basada en la teoría social cognitiva de Bandura y las características individuales en los pacientes participantes en el estudio, se encontró que el 75% de los participantes de género femenino, el 48.2% dentro del estado civil de casado y el 89.3% cuya ocupación era el hogar, contaban con funcionalidad. (Tabla 2)

Tabla 2. Características Individuales del Adulto Mayor con respecto a su percepción de funcionalidad basado en la Teoría Sociocognitiva de Bandura.			
		Con Funcionalidad n=56	Sin Funcionalidad n=48
Género			
Masculino		14(25%)	17 (35.4%)
Femenino		42 (75%)	31 (64.6%)
Estado civil			
Soltero		8 (14.3%)	5 (10.4%)
Casado		27 (48.2%)	29 (60.4%)
Unión Libre		1 (1.8%)	-
Divorciado		1 (1.8%)	-
Viudo		17 (30.4%)	14 (29.2%)
Separado		2 (3.6%)	-
Ocupación			
Hogar		50 (89.3%)	34 (70.8%)
Pensionado		6 (10.7%)	14 (29.2)
Edad		\bar{x} 72.22 ± 9.85	

Del total de adultos mayores encuestados el género femenino no son funcionales con un 78.6%. El 57.1% de los participantes son casados y no son funcionales. La ocupación con mayor porcentaje fue el hogar con un 85.7% y no son funcionales, la edad media fue de 72.2 ± 9.85 . (Tabla 3)

Tabla 3. Características Individuales del Adulto Mayor con respecto a su funcionalidad de acuerdo al instrumento de Lawton y Brody.		
	Con Funcionalidad n=90	Sin Funcionalidad n=14
Género		
Masculino	28 (31.1%)	3 (21.4%)
Femenino	62 (68.9%)	11 (78.6%)
Estado civil		
Soltero	13 (14.4%)	-
Casado	48 (53.3%)	8 (57.1%)
Unión Libre	1 (1.1%)	-
Divorciado	1 (1.1%)	-
Viudo	25 (27.8%)	6 (42.9%)
Separado	2 (2.2%)	-
Ocupación		
Hogar	72 (80%)	12 (85.7%)
Pensionado	13 (25.6%)	2 (14.2%)
Edad	$\bar{x} 72.22 \pm 9.85$	

Según los resultados obtenidos, el 69.7% de los pacientes de género femenino cuentan con funcionalidad, este resultado fue significativo presentando un valor p menor a 0.05, el 53.3% de pacientes con estado civil de casado y el 80.8% cuya ocupación era el hogar presentaban funcionalidad, estos resultados fueron encontrados con respecto y de acuerdo al índice de Katz y las características individuales de los participantes. (Tabla 4)

Tabla 4. Características Individuales del Adulto Mayor con respecto a su funcionalidad basado en el índice de Katz.			
		Con Funcionalidad n=99	Sin Funcionalidad n=5
Genero*			
Masculino		30(30.3%)	1(20%)
Femenino		69(69.7%)	4(80%)
Estado civil*			
Soltero		13(13.1%)	-
Casado		53(53.5%)	3 (60%)
Unión Libre		1(1%)	-
Divorciado		1(1%)	-
Viudo		29(29.3%)	2(40%)
Separado		2(2%)	-
Ocupación			
Hogar		80(80.8%)	4(80%)
Pensionado		19(19.2%)	1(20%)
Edad		\bar{x} 72.22 \pm 9.85	
*p<0.05			

Los factores ambientales analizados presentan que el 66.7% de los encuestados son funcionales y no dependen de otra persona, así mismo no viven solos (73.3%). El 64.3% de los pacientes que no son funcionales no tiene ningún pasatiempo que les guste realizar. (Tabla 5)

Con respecto a los factores ambientales o externos de los adultos mayores participantes en el estudio, se encontró que el 66.7% de participantes que no dependían de otra persona contaban con funcionalidad, al igual que el 73.3% de los participantes que dijeron no vivir solos, los cuales también contaban con funcionalidad, este resultado fue significativo con un valor p menor a 0.05, mientras que el 64.3% de los participantes que

dijeron no tener ningún pasatiempo no contaban con funcionalidad, esto de acuerdo al instrumento de Lawton y Brody (Tabla 6)

Tabla 5. Factores Ambientales o Externos del Adulto Mayor con respecto a la percepción de su funcionalidad basado en la Teoría Sociocognitiva de Bandura.		
	Con Funcionalidad n=56	Sin Funcionalidad n=48
Depende de otra persona*		
Si	20 (35.7%)	17 (35.4%)
No	36 (64.3%)	31 (64.6%)
Vive Solo		
Si	21 (37.5%)	7 (14.6%)
No	35 (62.5%)	41 (85.4%)
Pasatiempo del Paciente		
Actividades Culturales	8 (14.3%)	15 (31.3%)
Actividades Sociales	6 (10.7%)	9 (18.8%)
Actividades Religiosas	3 (5.4%)	-
Actividades Deportivas	13 (23.3%)	3 (18.8%)
Actividades del Hogar	12 (21.4%)	6 (12.5%)
Ninguna	14 (25%)	15 (31.3%)
*p<0.05		

Tabla 6. Factores Ambientales o Externos del Adulto Mayor con respecto a su funcionalidad de acuerdo al instrumento de Lawton y Brody.		
	Con Funcionalidad n=90	Sin Funcionalidad n=14
Depende de otra persona		
Si	30 (33.3%)	7 (50%)
No	60 (66.7%)	7 (50%)
Vive Solo*		
Si	24 (26.7%)	4 (28.6%)
No	66 (73.3%)	10 (71.4%)
Pasatiempo del Paciente		
Actividades Culturales	22 (24.9%)	1 (7.1%)
Actividades Sociales	15 (16.7%)	-
Actividades Religiosas	2 (2.2%)	1 (7.1%)
Actividades Deportivas	15 (16.7%)	1 (7.1%)
Actividades del Hogar	16 (17.8%)	2 (14.3%)
Ninguna	20 (22.2%)	9 (64.3%)
*p<0.05		

Se encontró que en relación a los factores ambientales o externos de los participantes y su funcionalidad, el 64.6% de los adultos que no dependían de otra persona contaban con funcionalidad, al igual que el 74.7% que afirmaron no vivir solos, mientras que el 60% que dijeron no tener ningún pasatiempo no presentaban funcionalidad, esto de acuerdo al índice de Katz (Tabla 7)

Según la escala de Lawton y Brody el 86.5% de los adultos mayores son funcionales, así como en la escala de Katz el 95.2% son independientes. (Tabla 8 y 9)

Tabla 7. Factores Ambientales o Externos del Adulto Mayor con respecto a su funcionalidad basado en el índice de Katz.		
	Con Funcionalidad n=99	Sin Funcionalidad n=5
Depende de otra persona		
Si	35(35.4%)	2(40%)
No	64(64.6%)	3(60%)
Vive Solo		
Si	25(25.3%)	3(60%)
No	74(74.7%)	2(40%)
Pasatiempo del Paciente		
Actividades Culturales	22(22.2%)	1(20%)
Actividades Sociales	15(15.2%)	-----
Actividades Religiosas	3(3%)	-----
Actividades Deportivas	16(16.2%)	-----
Actividades del Hogar	17(17.2%)	1(20%)
Ninguna	26(26.3%)	3(60%)

Tabla 8. Porcentaje de adultos mayores con y sin funcionalidad con la escala de Lawton y Brody	
Funcionalidad	n %
Con	90 (86.5)
Sin	14 (13.5)

Tabla 9. Porcentajes de adultos mayores dependientes e independientes con la escala de Katz	
Nivel de Dependencia	n %
Independiente	99 (95.2)
Dependiente	5 (4.8)

La Encuesta validada y aplicada sobre Percepción de Funcionalidad del Adulto Mayor basado en la Teoría Social Cognitiva con la encuesta del Índice de Katz presento una

correlación moderada (-0.223 $p=0.023$), y con la Escala de Lawton y Brody también presento una correlación moderada (-0.219) (Tabla 9). Las dimensiones de Autoeficacia y Competencias conductuales mostraron correlaciones significantes moderadas (-0.335 – 0.355) con el cuestionario de Índice de Katz, con las 4 dimensiones restantes (Expectativas, Expectaciones, Autocontrol y Afrontamiento emocional) mostraron una correlación nula. Con la Escala de Lawton y Brody mostro correlación significativa a moderada con la dimensión de Competencias conductuales (-0.397) (Tabla 10). El 48% de los Adultos Mayores de la Unidad de Medicina Familiar No. 1 del IMSS, Delegación Aguascalientes es funcional debido a su relación con el entorno de acuerdo a la teoría social cognitiva de Albert Bandura.

Tabla 10. Correlación de la teoría social cognitiva con la funcionalidad y nivel de dependencia de las escalas de Lawton y Brody y Katz.

Modelo Teórico		Índice de Katz	Escala de Lawton y Brody
Funcionalidad del Adulto Mayor con la Teoría Socio cognitiva	C-c	-0.223*	-0.219*
	p	0.023	0.025
*p < 0.05			

Tabla 11. Correlación de dimensiones de la teoría social cognitiva con la funcionalidad y nivel de dependencia de las escalas de Lawton y Brody y Katz.

Dimensión		Índice de Katz	Escala de Lawton y Brody
Autoeficacia	C-c	-0.335	-0.162
	p	0.000	0.100
Competencias conductuales	C-c	-0.355	-0.397
	p	0.000	0.000
Expectativas	C-c	-0.026	-0.076
	p	0.792	0.446
Expectaciones	C-c	-0.115	-0.115
	p	0.246	0.244
Autocontrol	C-c	-0.057	-0.088
	p	0.562	0.377
Afrontamiento emocional	C-c	0.011	-0.013
	p	0.916	0.894
*p < 0.05			

XI- DISCUSIÓN

El presente proyecto cumplió con el objetivo de Identificar la correlación entre percepción de la funcionalidad del adulto mayor a través de la Teoría Socio Cognitiva de Albert Bandura con la funcionalidad del adulto mayor basado en el índice de Katz y el instrumento de Lawton y Brody.

El envejecimiento es un proceso universal, continuo, irreversible, dinámico, progresivo, declinante y heterogéneo, y, hasta el momento, inevitable, en el que ocurren cambios biopsicosociales resultantes de la interacción de factores genéticos, sociales, culturales, del estilo de vida y la presencia de enfermedades (19); la teoría social cognitiva establece que los cambios conductuales son el resultado de la interacción de la persona con su entorno, mediante la observación y la imitación. En este estudio se demuestra que los factores ambientales analizados presentan que el 66.7% de los encuestados que son funcionales no dependen de otra persona, a su vez menciona que las personas que no son funcionales o dependientes no tienen ningún pasatiempo.

El estudio de Torres y el presente estudio presentan similitudes en las características sociodemográficas de la población ya que en ambos estudios el género femenino es el de mayor prevalencia. Carmenaty demostró que el 96% de los adultos mayores encuestados con índice de Katz y escala de Lawton y Brody pueden realizar sus actividades de la vida cotidiana de forma independiente, que resultado similar a este estudio ya que según la escala de Lawton y Brody el 86.5% de los adultos mayores son funcionales, así como en la escala de Katz el 95.2% son independientes.

Sesgos y limitaciones

Se considera que se tuvieron sesgos de selección e información, debido a que los pacientes no fueron seleccionados aleatoriamente y de información ya que no se estandarizo el método de aplicación del instrumento, en base a la información dada por la población encuestada se pudo dar la deseabilidad social.

XII.- CONCLUSIÓN

Se concluye que el 55.7% de los adultos mayores son funcionales según la Teoría Social Cognitiva, el 95.2% de los participantes del estudio son independientes según el índice de katz y el 86.5% son funcionales según la escala de Lawton y Brody. La correlación entre el teoría social cognitiva con la funcionalidad por medio de las escalas de Lawton y Brody y Katz fue moderada y significativa, lo que significa que el 48% de la población es funcional debido a su relación con el entorno según la teoría socio cognitiva.

Se puede concluir según la Teoría Socio Cognitiva, la funcionalidad del Adulto Mayor es un resultado de la interacción de la salud del adulto mayor con su entorno familiar e institucional (Unidad de Medicina Familiar).

Recomendaciones para futuras investigaciones

Se recomienda realizar un muestreo aleatorio.

Se recomienda estandarizar el método de aplicación del instrumento.

Se recomienda realizar un estudio de casos y controles para comparar a los adultos mayores no son funcionales con los que son funcionales.

Recomendaciones para los servicios de salud

Capacitar al personal para brindar un adecuado servicio a la población de adultos mayores para llevar un envejecimiento exitoso.

XIII. GLOSARIO

Autocontrol: Es cuanto control tiene una persona para hacer un cambio de conducta, por medio de la interacción social en el trabajo, incluyendo la confianza en sí mismo, la capacidad para dar y recibir apoyo, evitar conflictos y mejorar las relaciones de amistad.

Afrontamiento emocional: Capacidad de las personas para hacer frente a las emociones, envuelto en un cambio de conducta, por medio de la interacción social en el trabajo, incluyendo la confianza en sí mismo, la capacidad para dar y recibir apoyo, evitar conflictos y mejorar las relaciones de amistad.

Autoeficacia: Es la capacidad que tiene una persona para tomar decisiones por medio de la interacción social en el trabajo, incluyendo la confianza en sí mismo, la capacidad para dar y recibir apoyo, evitar conflictos y mejorar las relaciones de amistad.

Competencias conductuales: Es el nivel de conocimientos y habilidades de las personas en relación a una conducta por medio de la interacción social en el trabajo, incluyendo la confianza en sí mismo, la capacidad para dar y recibir apoyo, evitar conflictos y mejorar las relaciones de amistad.

Expectativas: Es lo que una persona piensa que va a pasar si él o ella hacen un cambio de conducta por medio de la interacción social en el trabajo, incluyendo la confianza en sí mismo, la capacidad para dar y recibir apoyo, evitar conflictos y mejorar las relaciones de amistad.

Expectaciones: Si una persona piensa que el resultado esperado es bueno, o que pueda ser recompensado, por medio de la interacción social en el trabajo, incluyendo la confianza en sí mismo, la capacidad para dar y recibir apoyo, evitar conflictos y mejorar las relaciones de amistad.

Teoría Sociocognitiva: Es la teoría que explica el cambio de conducta en función de las características individuales (autoeficacia, capacidad de conducta, expectativas, expectativas, autocontrol y afrontamiento emocional), ambientales (aprendizaje vicario,

situación en la que el comportamiento tiene lugar y refuerzos que se dan a los individuos en respuesta a la conducta) y el proceso interactivo del determinismo recíproco.



XIV. BIBLIOGRAFÍA

1. Garay Arostegui M, Pousa Rodríguez V, Pérez Cabeza L. La relación entre la percepción subjetiva del funcionamiento cognitivo y el autoestigma con la experiencia de recuperación de las personas con enfermedad mental grave. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2014;34(123):459-75.
2. Durán-Badillo T, Aguilar R, Martínez M, Rodríguez T, Gutiérrez G, Vázquez L. Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal. *Enfermería universitaria*. 2013;10(2):36-42.
3. Millán Méndez IE. Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad. *Revista Cubana de Enfermería*. 2010;26(4):202-34.
4. Vivaldi F, Barra E. Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. *Terapia psicológica*. 2012;30(2):23-9.
5. Dueñas González DM, Bayarre Veja HD, Triana Álvarez EA, Rodríguez Pérez V. Percepción de salud en adultos mayores de la provincia Matanzas. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2011;27(1):10-22.
6. Findling L, Lehner M, Ponce M, Venturiello M, Mario S, editors. *Adultos mayores: percepción de salud y redes sociales*. Trabajo presentado en el III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, Córdoba: ALAP; 2008.
7. Reyes H, Durán-Arenas L. Autopercepción del estado de salud: una aproximación al los ancianos en México. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(5):792-801.
8. Dorantes-Mendoza G, Ávila-Funes JA, Mejía-Arango S, Gutiérrez-Robledo LM. Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001. *Rev Panam Salud Pública*. 2007;22(1):1-11.
9. Zavala-González M, Posada-Arévalo S, Cantú-Pérez R. Dependencia funcional y depresión en un grupo de ancianos de Villahermosa, México. *Archivos en Medicina Familiar*. 2010;12(4):116-26.
10. Rodríguez ZV. Depresión y funcionalidad familiar en el adulto mayor. 2013.
11. Tramontano C, Luengo Kanacria P, Stecab P, Vecchioa G, Pastorellic C, Vittorio Caprarac G. DETERMINANTES PSICOSOCIALES DE LA SATISFACCIÓN CON LA VIDA: UN ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE BOLIVIA E ITALIA. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBS*. 2012;10(1):101-31.

12. Ríos EG, García AC. ESTADO DE SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES EN EL SERVICIO 15 DE LA CARTERA DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL HOSPITAL I ALBRECHT–ESSALUD. NOVIEMBRE 2006 A JULIO 2007. 2007.
13. Torres Marín JdC, Torres Ruiz JB, Díaz Calzada M, Crespo Fernández D, Regal Lourido I. Evaluación Funcional del Adulto Mayor: Consultorio Médico 262, Policlínico" Turcios Lima", Julio-Diciembre del 2006. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río. 2009;13(4):106-16.
14. Carmenaty Díaz I, Soler Orozco L. Evaluación funcional del anciano. Revista cubana de Enfermería. 2002;18(3):184-8.
15. Edberg MC. Essentials of health behavior: Social and behavioral theory in public health: Jones & Bartlett Publishers; 2007.
16. Bandura A. Autoeficacia percibida en el desarrollo y el funcionamiento cognitivo. González Fernández, Antonio. 1998.
17. Bandura A. Teorías de la personalidad. Versión Electrónica. 1925.
18. de León MGSD. Martha Graciela Segovia Díaz de León Erika Adriana Torres Hernández. Gerokomos. 2011;22(4):162-6.
19. Cerquera Córdoba AM, Flórez Jaimes LO, Linares Restrepo MM. Autopercepción de la salud en el adulto mayor. Revista Virtual Universidad Católica del Norte. 2011;1(31):407-28.
20. Geografía INdEy. Censo de población y vivienda 2010. INEGI México^ eD. FDF; 2010.
21. Beaman P, Reyes S, García C, Cortés A. Percepción de la salud entre los adultos mayores derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social. La salud del adulto mayor. 2004:117-38.
22. Geografía IINdEy. "ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DEL DÍA INTERNACIONAL DE LAS PERSONAS DE EDAD" 2012. Available from: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/adultos0.pdf>.
23. Sanhueza Parra M, Castro Salas M, Merino Escobar JM. Adultos mayores funcionales: un nuevo concepto en salud. Ciencia y enfermería. 2005;11(2):17-21.
24. Federal AP. Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. México Recuperado de [http://pnd.gob.mx/# global](http://pnd.gob.mx/#global). 2013.

25. Federal PE. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Artículo 3º. 1994.
26. UNIÓN CDDHCDL. LEY DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES. 2012.
27. NOM NOM. 167-SSA1-1997. Para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores.
28. de Integración S, del Sector Salud D. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-031-SSA3-2012, ASISTENCIA SOCIAL. PRESTACION DE SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL A ADULTOS Y ADULTOS MAYORES EN SITUACION DE RIESGO Y VULNERABILIDAD PREFACIO.
29. Dantés OG, Sesma S, Becerril VM, Knaul FM, Arreola H, Frenk J. Sistema de salud de México. salud pública de méxico. 2011;53:s220-s32.
30. Gutiérrez J, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernandez S, Franco A, Cuevas-Nasu L, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales [National Health and Nutrition Survey 2010]. Cuernavaca, México. 2012.
31. INAPAM. INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES 2015. Available from: <http://www.inapam.gob.mx/>.
32. IMSS. HOSPITAL GENERAL DE ZONA. GERIATRIMSS. 2014.
33. Atención PNd. Guía de Práctica Clínica Evaluación y control Nutricional del Adulto Mayor en primer nivel de atención. .
34. de trabajo de la Guía G. Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. 2010.
35. Espinosa-Aguilar A, Caraveo-Anduaga J, Zamora-Olvera M, Arronte-Rosales A, Krug-Llamas E, Olivares-Santos R, et al. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de depresión en los adultos mayores. Salud Mental. 2007;30(6):69.
36. Atención PNd. Guía de Práctica Clínica de Detección y manejo del maltrato en Adultos Mayores en primer nivel de atención.
37. Atención. PNd. Guía de Práctica Clínica Utilización adecuada de analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos para el manejo del dolor en primer nivel de atención.
38. Sáenz LL, Alonso PL. Marco jurídico internacional y nacional para la protección del envejecimiento en México.
39. Shamah-Levy T, Cuevas-Nasu L, Mundo-Rosas V, Morales-Ruán C, Cervantes-Turrubiates L, Villalpando-Hernández S. Estado de salud y nutrición de los adultos

mayores en México: resultados de una encuesta probabilística nacional. salud pública de méxico. 2008;50(5):383-9.

40. Jewell T, Rossi M, Triunfo P. El estado de salud del adulto mayor en América Latina. Documento de Trabajo. 2006;20(06).

41. Arias C, Pavón M. La autoeficacia en el proceso de envejecimiento. Palabras Mayores. 2012;4(8).

42. Durán L, Salinas G, Gallegos-Carrillo K. Estudios sobre la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor en México. Muñoz O, García C y Durán L La salud del adulto mayor: Temas y debates México: IMSS. 2004.

43. Barker DEC. FUNCIONALIDAD, FRAGILIDAD DEL ADULTO MAYOR. 29 MAYO 2009.

44. Moms J, Heyman A, Mohs R, Hughes J, Van Belle G, Fillenbaum G, et al. The Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD). Part I. Clinical and neuropsychological assesment of Alzheimer's disease. Neurology. 1989;39(9):1159-.

45. London L. Ethical oversight of public health research: can rules and IRBs make a difference in developing countries? American Journal of Public Health. 2002;92(7):1079-84.

ANEXOS

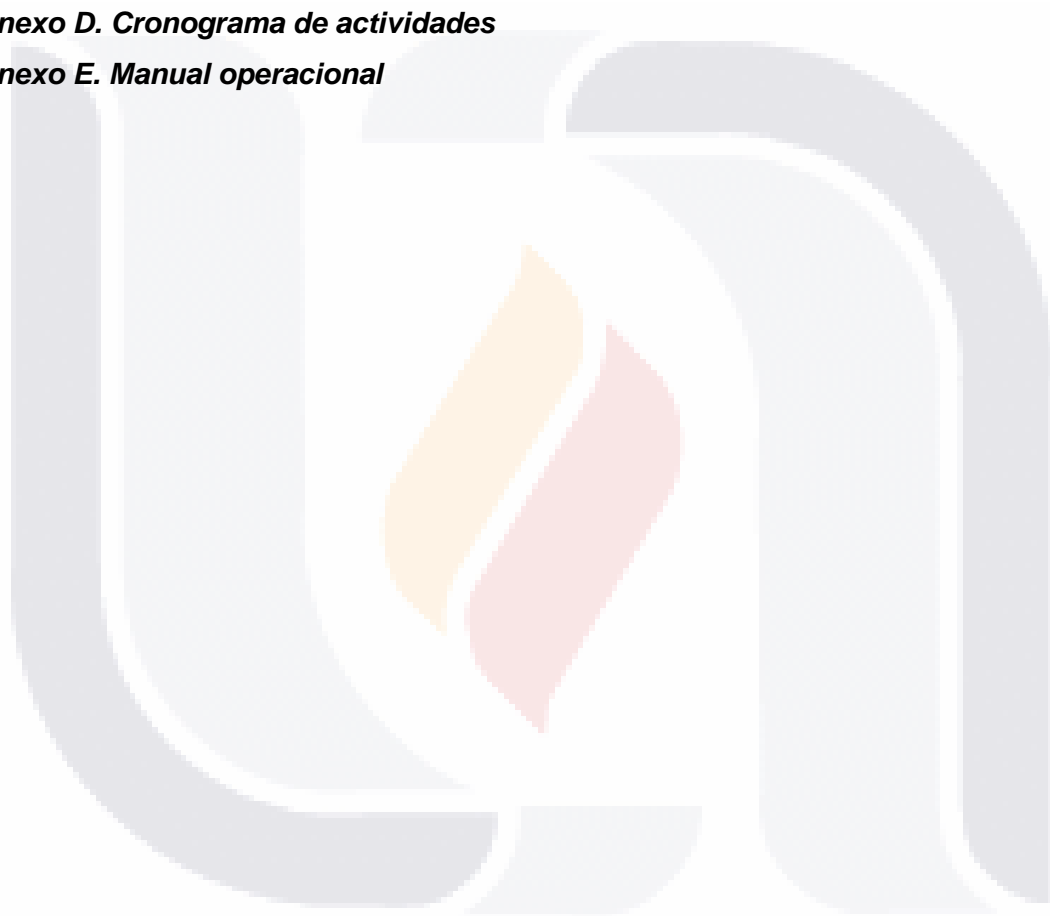
Anexo A. Instrumento

Anexo B. Escala de Lawton y Brody para valorar la funcionalidad en las actividades instrumentales de la vida diaria.

Anexo C. Operacionalización de las variables

Anexo D. Cronograma de actividades

Anexo E. Manual operacional



Anexo A. Instrumento

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION AGUASCALIENTES
JEFATURA DE PRESTACIONES MEDICAS**

**Unidad de Medicina Familiar No. 1
Aguascalientes.**

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE
AGUASCALIENTES
CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD
RESIDENCIA EN MEDICINA FAMILIAR
Aguascalientes,**

**Encuesta de Medición de la Percepción de la Funcionalidad del Adulto mayor
basado en la Teoría Socio Cognitiva de Bandura.**

SECCIÓN I CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES DE LOS ADULTOS MAYORES.

1.1 FICHA DE IDENTIFICACIÓN

1.1.a Fecha de aplicación: Día:

Año:

1.1.b Nombre:

1.1.c Número de Afiliación:

SECCIÓN 2 CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES INTERNAS DE LOS ADULTOS MAYORES.

2.1 CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES (INTERNAS)

2.1.a Sexo del Paciente:

1. Masculino

2. Femenino

2.1.b Edad cumplida del paciente:

2.1.c Estado Civil:

1. Soltero(a)

2. Casado(a)

3. Unión Libre

4. Divorciado(a)

5. Viudo(a)

6.

Separado(a)

2.1.d Ocupación:

SECCIÓN 3 FACTORES AMBIENTALES EXERNOS DE LOS ADULTOS MAYORES.

3.1 FACTORES AMBIENTALES O EXTERNOS

3.1.a¿Cuántos hijos tiene?

3.1.b¿Cuántos hijos dependen de usted?

3.1.c¿Depende usted de otra persona?

- 1. Si
- 2. No

3.1.d¿Vive solo?

- 1. Si
- 2. No

3.1.e¿Tiene algún pasatiempo que le guste realizar?

- 1. Si
- 2. No

3.1.e¿Cuál?

SECCIÓN 4. AUTOEFICACIA

AUTOEFICACIA					
PREGUNTAS	TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	DE ACUERDO	MUY EN ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
4.1 ¿Me resulta complicado levantarme de la cama, o de una silla, ayudándome con un bastón o andadera?	5	4	3	2	1
4.2 ¿Me resulta difícil controlar la orina?	5	4	3	2	1
4.3 ¿Me resulta difícil aceptar utilizar pañal en caso de requerirlo?	5	4	3	2	1

SECCIÓN 5. COMPETENCIAS CONDUCTUALES

COMPETENCIAS CONDUCTUALES					
PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
5.1 ¿Me siento incapaz de ir de compras a un supermercado?	1	2	3	4	5
5.2 ¿Me siento capaz de lavar mi ropa sin ayuda de mis familiares?	1	2	3	4	5
5.3 ¿Me resulta fácil viajar en medios de transporte público o manejar mi propio automóvil?	1	2	3	4	5

SECCIÓN 6. EXPECTATIVAS

EXPECTATIVAS					
PREGUNTAS	TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	DE ACUERDO	MUY EN ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
6.1 ¿Llevar una buena relación de familia, me brinda confianza para desempeñar mejor mis actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
6.2 ¿Confío en mi médico familiar en que me brindará lo necesario para mejorar funcionalmente?	1	2	3	4	5
6.3 ¿En mi clínica hay personal capacitado para ayudarme a desarrollar mis actividades, para un envejecimiento exitoso?	1	2	3	4	5

SECCIÓN 7. EXPECTACIONES

EXPECTACIONES					
PREGUNTAS	NO ES IMPORTANTE	POCO IMPORTANTE	IMPORTANTE	MUY IMPORTANTE	DEMASIADO IMPORTANTE
7.1 ¿Qué tan importante es para usted sentirse seguro para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
7.2 ¿Qué tan importante es para usted sentirse capaz de realizar todas sus actividades sin ayuda de sus familiares?	1	2	3	4	5
7.3 ¿Qué tan capaz se siente usted para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5

SECCIÓN 8. AUTOCONTROL

AUTOCONTROL					
PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
8.1 ¿Ha tenido que realizar muchos esfuerzos para mantener la calma ante la incapacidad de realizar actividades por usted mismo?	1	2	3	4	5
8.2 ¿Se ha enojado con usted mismo y con su familia cuando no puede realizar alguna actividad en casa?	1	2	3	4	5
8.3 ¿Le ha costado controlar el enojo cuando no recibe apoyo de su familia ante la necesidad de realizar alguna actividad?	1	2	3	4	5
8.4 ¿Le ha costado controlar el enojo cuando su médico le da indicaciones diferentes en su tratamiento?	1	2	3	4	5

SECCION 9. AFRONTAMIENTO EMOCIONAL

AFRONTAMIENTO EMOCIONAL					
PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
9.1 ¿Le cuesta trabajo enfrentar los problemas en la familia cuando hay conflictos relacionados con la capacidad de realizar alguna actividad?	1	2	3	4	5
9.2 ¿Ha tenido la capacidad de aceptar el tratamiento que su médico familiar le indica, sin entrar en conflicto?	1	2	3	4	5
9.3 ¿Cuándo me enfrento a una situación problemática, espero a que mis familiares lo resuelvan?	1	2	3	4	5

Anexo B. Escala de Lawton y Brody para valorar la funcionalidad en las actividades instrumentales de la vida diaria.

	Mujer	Varón
CAPACIDAD PARA USAR EL TELEFONO	1	1
Utilizar el teléfono por iniciativa propia.	1	1
Es capaz de marcar bien algunos números familiares.	1	1
Es capaz de contestar bien el teléfono pero no marcar.	1	1
No utilizar el teléfono	0	0
HACER COMPRAS		
Realiza todas las compras necesarias independientemente.	1	1
Realiza independientemente pequeñas compras.	0	0
Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra.	0	0
Totalmente incapaz de comprar.	0	0
PREPARACION DE LA COMIDA		
Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente.	1	1
Prepara, adecuadamente las comidas si se proporcionan los ingredientes.	0	0
Prepara, calienta y sirve las comidas pero no se sigue una meta adecuada.	0	0
Necesita que le preparen y sirvan las comidas.	0	0
CUIDANDO LA CASA		
Mantiene la casa solo con ayuda ocasional (para trabajos pesados).	1	1
Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer camas.	1	1
Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza.	1	1
Necesita ayuda en todas las labores de la casa.	1	1
No participa en ninguna labor de la casa.	0	0

LAVADO DE LA ROPA		
Lava por sí solo toda su ropa.	1	1
Lava por sí solo pequeñas prendas.	1	1
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro.	0	0
USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE		
Viaja solo en transporte público o consigue su propio coche.	1	1
Es capaz de tomar un taxi, pero no usa otro medio de transporte.	1	1
Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona.	1	0
Utiliza el taxi o el automóvil solo con ayuda de otros.	0	0
No viaja en absoluto.	0	0
RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN		
Es capaz de tomar su medicación.	1	1
Toma su medicación si la dosis es preparada previamente.	0	0
No es capaz de administrarse su medicación.	0	0
MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS		
Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo.	1	1
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras y en los bancos.	1	1
Incapaz de manejar dinero.	0	0
Adaptado de Lawton MP, Brody EM Assembled of older people self: maintaining and instrumental activities od dayly living Gerontologist 1969,9 170-186		

ESTRATIFICACIÓN:

PUNTUACION	DEPENDENCIA
0-1	TOTAL
2-3	SEVERA
4-5	MODERADA
6-7	LIGERA
8	INDEPENDENCIA

INDICE DE KATZ

LAVARSE		
No recibe ayuda (entra y sale de la bañera por sí mismo) si está en su forma habitual de bañarse) ()	Recibe ayuda en la limpieza de solo una parte del cuerpo (espalda, etc...) ()	Recibe ayuda en más de una parte del cuerpo o ayuda al entrar y salir de la bañera o no se baña. ()
VESTIRSE		
Escoge la ropa y se viste completamente sin ayuda. ()	Sin ayuda, excepto para atarse los zapatos. ()	Recibe ayuda para escoger la ropa o vestirse, o permanece parcial o completamente desnudo. ()
IR AL BAÑO		
Va al excusado, se limpia y se ajusta la ropa sin ayuda (puede usar bastón, andador o silla de ruedas). Puede usar orinal o bacinica por la noche, vaciándolo por la mañana. ()	Recibe ayuda para ir al excusado, limpiarse o ajustarse la ropa o para el uso del orinal por la noche. ()	No va solo al excusado. ()
MOVILIZARSE		
Entra y sale de la cama, se sienta y se levanta de la silla sin ayuda (puede ayudarse de objetos como bastón y andador). ()	Entra y sale de la cama, se sienta y se levanta con ayuda. ()	No se levanta de la cama. ()
CONTINENCIA		
Controla completamente ambos esfínteres. ()	Incontinencia ocasional. ()	Necesita supervisión. Usa sonda vesical o es incontinente. ()
ALIMENTARSE		
Sin ayuda. ()	Ayuda solo para cortar la carne o untar el pan. ()	Recibe ayuda para comer o es alimentado parcial o completamente con sondas y fluidos intravenosos. ()
VALORACIÓN		RESULTADOS
<p>A. INDEPENDIENTE EN TODAS LAS FUNCIONES. B. INDEPENDIENTE EN TODAS SALVO UNA DE ELLAS. C. INDEPENDIENTE EN TODAS SALVO LAVARSE Y OTRA MÁS. D. INDEPENDIENTE EN TODAS SALVO LAVARSE, VESTIRSE Y OTRA MÁS. E. DEPENDIENTE EN TODAS SALVO LAVARSE, VESTIRSE, IR AL EXCUSADO Y OTRA MÁS. F. DEPENDIENTE EN TODAS SALVO LAVARSE, VESTIRSE, IR AL EXCUSADO, MOVILIZARSE Y OTRA MÁS. G. DEPENDIENTE EN LAS SEIS FUNCIONES.</p>		<p>INDEPENDIENTE () DEPENDIENTE ()</p>

ESTADIFICACIÓN.

De una manera convencional se puede asumir la siguiente clasificación:

Grados A-B o 0 - 1 puntos = ausencia de incapacidad o incapacidad leve.

Grados C-D o 2 - 3 puntos = incapacidad moderada.

Grados E-G o 4 - 6 puntos = incapacidad severa.



Anexo B. Carta de consentimiento informado (adultos)



“CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)”

Nombre del estudio: Percepción de la funcionalidad del adulto mayor a través de la Teoría Socio Cognitiva de Albert Bandura en la UMF número uno del IMSS, Delegación Aguascalientes

Lugar y fecha: Aguascalientes, Aguascalientes, enero 2014 a febrero del 2015.

Justificación y objetivos del estudio: identificar la percepción de la funcionalidad del adulto mayor a través de la Teoría Socio Cognitiva de Albert Bandura.

Procedimientos: se me ha explicado que mi participación consistirá en contestar encuestas relacionadas a la percepción de la funcionalidad a través de la Teoría Socio Cognitiva de Albert Bandura. Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los inconvenientes y beneficios de mi participación en este proyecto.

Posibles riesgos y molestias: no existen riesgos potenciales de la aplicación de la encuesta, sólo la inversión del tiempo en contestar la misma.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: no recibiré ningún beneficio personal por participar en este estudio, pero se me explicó que el estudio identificar la percepción de los adultos mayores sobre su funcionalidad basada en la Teoría Socio Cognitiva de Albert Bandura.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: el investigador responsable se ha comprometido en darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mí, así como responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier asunto relacionado con la investigación.

Participación o retiro: entiendo que mi participación es voluntaria y conservo el derecho a retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, así como también puedo dejar de contestar alguna pregunta de lo que quiera dar respuesta o de la que tenga duda en responder.

Privacidad y confidencialidad: el investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con la privacidad serán tratados de forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme información que yo le sea solicitada, acerca de las dudas que tenga en el momento que sea realizada la encuesta.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas podrá dirigirse a:

Investigador responsable: Dra. Jannett Padilla López. Unidad de Medicina Familiar #7 Adscripción: Unidad de Medicina Familiar #7. Domicilio: Avenida Aguascalientes # 603. Fraccionamiento San Marcos. Aguascalientes, CP. 20078 . Teléfono: 9180610. Correo: janis_padilla@hotmail.com.

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 4º. 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: comisión.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Anexo C. Operacionalización de las variables

OBJETIVOS ESPECIFICOS	CONCEPTO	DOMINIO	DIMENSIÓN	VARIABILIDAD	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	ESCALA	ÍTEM
<p>Medir la percepción del adulto mayor a través de la Teoría Socio Cognitiva</p>	<p>TEORÍA SOCIO-COGNITIVA * FUNCIONALIDAD</p> <p>Es la teoría que explica el cambio de conducta en función de las características individuales (autoeficacia, capacidad de conducta, expectativas de autocontrol y afrontamiento emocional), ambientales (aprendizaje vicario, situación en la que el comportamiento tiene lugar y refuerzos que se dan a los individuos en respuesta a la conducta). Funcionalidad es la capacidad de</p>	<p>AUTOEFICACIA</p> <p>Es la capacidad que tiene un adulto mayor para tomar decisiones por medio de la interacción entre las características individuales y los factores ambientales, incluyendo la confianza en sí mismo, la capacidad para dar y recibir apoyo, evitar conflictos y mejorar la funcionalidad</p>	<p>Actividades básicas Actividades instrumentadas</p>	<p>Capacidad que tiene un adulto mayor para realizar las actividades básicas e instrumentadas de la vida diaria</p>	<p>NOMINAL CUALITATIVA</p>	<p>Capacidad del adulto mayor para tener iniciativa propia y realizar las actividades básicas e instrumentadas de la vida diaria</p>	<p>La autoeficacia tiene 3 ítems con respuestas en una escala de Likert de 5 opciones y describe la capacidad que tiene el adulto mayor para realizar las actividades básicas e instrumentadas de la vida diaria. Totalmente en desacuerdo (1) En desacuerdo (2) De acuerdo (3) Muy en acuerdo (4) Totalmente de acuerdo (5)</p>	<p>1. ¿Me resulta complicado levantarme de la cama, o de una silla, ayudándome con un bastón o andadera? 2. ¿Me resulta difícil controlar la orina? 3. ¿Me resulta difícil aceptar utilizar pañal en caso de requerirlo?</p>

	<p>cumplir acciones requeridas en el diario vivir para subsistir independientemente.</p>	<p>COMPETENCIAS CONDUCTUALES</p> <p>Es el nivel de conocimientos y habilidades de los adultos mayores, en relación a una conducta por medio de la interacción en la familia, incluyendo la confianza en sí mismo, la capacidad para dar y recibir apoyo, evitar conflicto y mejorar la funcionalidad.</p>	<p>Actividades básicas Actividades instrumentadas</p>	<p>Nivel de conocimientos y habilidades en relación a una conducta en la realización de actividades básicas e instrumentadas de la vida diaria, en los adultos mayores.</p>	<p>NOMINAL CUALITATIVA</p>	<p>Capacidad o habilidad para reconocer y elegir una conducta en la realización de actividades básicas e instrumentadas de la vida diaria, en los adultos mayores.</p>	<p>Las competencias conductuales tienen 3 ítems con respuestas e una escala de Likert de 5 opciones y describe el nivel de conocimientos y habilidades en relación a la realización de actividades de la vida diaria en adultos mayores.</p> <p>Nunca (1) Casi nunca (2) A veces (3) Casi siempre (4) Siempre (5)</p>	<p>1. ¿Me siento incapaz de ir de compras a un supermercado? 2. ¿Me siento capaz de lavar mi ropa sin ayuda de mis familiares? 3. ¿Me resulta fácil viajar en medios de transporte público o manejar mi propio automóvil?</p>
		<p>EXPECTATIVAS</p> <p>Es lo que un adulto mayor piensa que va a pasar si él o ella hacen un cambio de</p>	<p>Actividades básicas Actividades instrumentadas</p>	<p>Nivel de deseo de que algo se concrete al cambiar una conducta en la realización de</p>	<p>NOMINAL CUALITATIVA</p>	<p>Es la deseabilidad de que una conducta va seguida de una consecuencia.</p>	<p>Las expectativas tienen 3 ítems con respuestas en una escala Likert de 5</p>	<p>1. ¿Llevar una buena relación de familia, me brinda confianza</p>

		<p>conducta por medio de la interacción social en la familia, o su entorno incluyendo la confianza en sí mismo, la capacidad de dar y recibir apoyo, evitar conflictos y mejorar la funcionalidad</p>		<p>actividades básicas e instrumentadas de la vida diaria.</p>			<p>opciones y describe lo que un adulto mayor piensa que va a pasar al realizar un cambio de conducta. Totalmente en desacuerdo (1) En desacuerdo (2) De acuerdo (3) Muy en acuerdo (4) Totalmente de acuerdo (5)</p>	<p>para desempeñar mejor mis actividades de la vida diaria? 2. ¿Confío o en mi médico familiar en que me brindará lo necesario para mejorar funcionalmente? 3. ¿En mi clínica hay personal capacitado para ayudarme a desarrollar mis actividades, para un envejecimiento exitoso?</p>
		<p>EXPECTACIONES Si un adulto mayor piensa que el resultado esperado es bueno, o que pueda ser recompensado por medio de la</p>	<p>Actividades básicas Actividades instrumentadas</p>	<p>Grado de esfuerzo y persistencia para cumplir el objetivo.</p>	<p>NOMINAL CUALITATIVA</p>	<p>Importancia de que el adulto mayor es capaz de ejecutar con éxito una determinada actividad básica o instrumentada.</p>	<p>Las expectativas tienen 3 ítems con respuestas en una escala de Likert de 5 opciones y describe si un</p>	<p>1. ¿Qué tan importante es para usted sentirse seguro para realizar sus actividades de la vida diaria? 2. ¿Qué</p>

		interacción social en la familia o su entorno, incluyendo la confianza en sí mismo, la capacidad para dar y recibir apoyo, evitar conflictos y mejorar la funcionalidad.					adulto mayor piensa que el resultado esperado es bueno o puede ser recompensado. No es importante (1) Poco importante (2) Importante (3) Muy importante(4) Demasiado importante (5)	tan importante es para usted sentirse capaz de realizar todas sus actividades sin ayuda de sus familiares? 3. ¿Qué tan capaz se siente usted para realizar sus actividades de la vida diaria?
		AUTOCONTROL Es cuanto control tiene un adulto mayor para hacer un cambio de conducta, por medio de la interacción social, en la familia, incluyendo la confianza en sí mismo, la capacidad para dar y recibir apoyo, evitar conflictos y	Actividades básicas Actividades instrumentadas	Capacidad de control para hacer un cambio de conducta en la realización de las actividades básicas e instrumentadas de la vida diaria.	NOMINAL CUALITATIVA	Capacidad de manejar emociones y regular el comportamiento.	El autocontrol tiene 4 ítems con respuestas en una escala de Likert de 5 opciones y describe cuanto control tiene el adulto mayor para hacer un cambio de conducta. Nunca (1) Casi nunca (2)	1. ¿Ha tenido que realizar muchos esfuerzos para mantener la calma ante la incapacidad de realizar actividades por usted mismo? 2. ¿Se ha enojado con usted mismo y con su familia cuando no

		mejorar la funcionalidad.					A veces (3) Casi siempre (4) Siempre (5)	puede realizar alguna actividad en casa? 3. ¿Le ha costado controlar el enojo cuando no recibe apoyo de su familia ante la necesidad de realizar alguna actividad? 4. ¿Le ha costado controlar el enojo cuando su médico le da indicaciones diferentes en su tratamiento?
		<p>AFRONTAMIENTO EMOCIONAL</p> <p>Capacidad de los adultos mayores para hacer frente a las emociones, envuelto en un cambio de conducta, por medio de la interacción social y en la familia,</p>	<p>Actividades básicas</p> <p>Actividades instrumentadas</p>	<p>Nivel de capacidad para hacer frente a las emociones en la realización de las actividades básicas e instrumentadas de la vida diaria.</p>	<p>NOMINAL CUALITATIVA</p>	<p>Capacidad de hacer frente a una situación, buscando soluciones a un problema de funcionalidad.</p>	<p>EI</p> <p>afrontamiento emocional tiene 3 ítems con respuestas en una escala Likert de 5 opciones y describe la capacidad del adulto mayor para hacer</p>	<p>1. ¿Le cuesta trabajo enfrentar los problemas en la familia cuando hay conflictos relacionados con la capacidad de realizar alguna actividad?</p> <p>2. ¿Ha tenido la</p>

		<p>incluyendo la confianza en sí mismo, la capacidad para dar y recibir apoyo, evitar conflictos y mejorar la funcionalidad.</p>					<p>frente a las emociones para un cambio de conducta. Nunca (1) Casi nunca (2) A veces (3) Casi siempre (4) Siempre (5)</p>	<p>capacidad de aceptar el tratamiento que su médico familiar le indica, sin entrar en conflicto? 3. ¿Cuán do me enfrento a una situación problemática, espero a que mis familiares lo resuelvan?</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	---

ANEXO: OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES LAWTON Y BRODY						
DEFINICION	DOMINIOS	DIMENSIONES	VARIABLES	ITEM	CODIGOS	GRADOS
<p>FUNCIONALIDAD: Capacidad de cumplir acciones requeridas en el diario vivir para mantener el cuerpo y subsistir independientemente</p>	<p>Actividades de la vida diaria: elemento clave para medir la calidad de vida y el estatus funcional en los adultos mayores, en las cuales se evalúan las actividades básicas e instrumental es de la vida diaria.</p>	<p>ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA: Mantenimiento personal en términos de la supervivencia cultura y trabajo.</p>	<p>CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO: Conjunto de recursos y actitudes que tiene un individuo para desempeñar una tarea.</p>	<p>I= Utiliza el teléfono por iniciativa propia y es capaz de marcar los números y completar una llamada. A= Es capaz de contestar el teléfono o de llamar a la operadora en caso de emergencia, pero necesita ayuda para marcar los números. D= Totalmente incapacitado para realizar una llamada por teléfono por sí mismo.</p>	<p>I= Independiente A= Requiere asistencia. D= Dependiente</p>	<p>A) Leve cuando necesita ayuda en una actividad instrumental. B) Severa cuando necesitaba ayuda en dos o más.</p>
			<p>HACER COMPRAS: La capacidad de adquisición u obtención de algo a cambio de un precio.</p>	<p>I= Realiza todas las compras con independencia. A= Necesita compañía para realizar cualquier compra. D= Totalmete incapaz de ir de compras.</p>		

			<p>PREPARACIÓN DE LA COMIDA: Capacidad para la elaboración del alimento</p>	<p>I= Organiza, prepara y sirve las comida adecuadamente y con independencia. A= Calienta, sirve y prepara comidas ligeras, pero no puede mantener una dieta adecuada sin ayuda. D= Necesita ue le preparen y sirvan las comidas.</p>		
			<p>USO DE LOS MEDIOS DE TRANSPORTE: Capacidad para traslado de personas o bienes de un lugar a otro.</p>	<p>I= Viaja con indpendencia en transportes públicos o conduce su propio auto. A= Solo viaja si lo acompaña alguien. D= No puede viajar en absoluto</p>		
			<p>RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN: Procedimiento donde se administra un medicamento garantizado la seguridad del paciente.</p>	<p>I= Es capaz de tomar su medicación en el horario y dosis correcta. A= toma su medicación si alguien se lo recuerda y le prepara la dosis. D= Incapaz de administrarse su medicación.</p>		

DEFINICIÓN	DOMINIOS	DIMENSIONES	VARIABLES	ITEMS	CODIGOS	GRADOS
<p>FUNCIONALIDAD: Capacidad de cumplir acciones requeridas en el diario vivir para mantener el cuerpo y subsistir independientemente</p>	<p>ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA: Elemento clave para medir la calidad de vida y el estatus funcional en los adultos mayores, en las cuales se evalúan las actividades básicas e instrumentales de la vida</p>	<p>ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA: Mantenimiento personal de términos de supervivencia física</p>	<p>BANARSE: Meter el cuerpo o parte de él en agua u otro líquido, con la finalidad de asearse</p>	<p>I= Se baña completamente sin ayuda, o recibe ayuda sólo para una parte del cuerpo, por ejemplo: la espalda. A= Necesita ayuda para más de una parte del cuerpo, para entrar o salir de la bañera o aditamentos especiales en la bañera. D= Completamente incapaz para darse un baño por sí mismo .</p>	<p>I= INDEPENDIENTE A= REQUIERE ASISTENCIA D= DEPENDIENTE</p>	<p>A) Leve cuando necesita ayuda en una actividad de la vida diaria. B) Moderada: cuando la ayuda era para tres o más actividades de la vida diaria. C) Severa cuando necesita ayuda es en tres o más actividades de</p>
			<p>MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS: Capacidad para realizar transacciones monetarias.</p>	<p>I= Maneja los asuntos económicos con independencia. A= Realiza los gastos cotidianos pero necesita ayuda para manejar su cuenta de banco y hacer grandes compras, etc. D= Incapaz de manejar su dinero.</p>		

			<p>VESTIRSE: Cubrir el cuerpo de una persona con ropa</p>	<p>I= Capaz de escoger la ropa, vestirse / desvestirse, manejar cinturones / sujetadores; se excluye el atarse los zapatos. A= Necesita ayuda pues solo está parcialmente vestido. D= Completamente incapaz de vestirse/desvestirse por sí mismo.</p>		la vida diaria.
			<p>IR AL BAÑO: Capacidad para separar la defecación u orina para su desecho adecuado.</p>	<p>I= Capaz de ir al inodoro, sentarse y pararse, ajustar su ropa, limpiar órganos de excreción; usa orinal solo en la noche. A= Recibe ayuda para acceder al usar el baño; usa orinal regularmente. D= Completamente incapaz de usar el baño.</p>		
			<p>MOVILIZARSE: Capacidad para poder moverse.</p>	<p>I= Capaz de caminar sin ayuda excepto por bastón. A= Necesita asistencia humana/andador, muletas. D= Completamente</p>		

				incapaz de caminar; necesita ser levantado.		
			CONTINENCIA: Facultad para retener heces y orina	I= Micción/defecación autocontrolados. A= Incontinencia fecal/urinaria parcial o total o control mediante enemas, catéteres, uso regulado de orinales. D= Usa catéter o colostomía.		
			ALIMENTACIÓN: Obtención, preparación e ingestión de los alimentos.	I= Capaz de alimentarse completamente a sí mismo. A= Necesita ayuda para cortar o untar el pan, etc. D= Completamente incapaz de alimentarse por sí mismo o necesita alimentación parenteral.		

			<p>TRASLADARSE: Capacidad para moverse de un lado a otro.</p>	<p>I= Capaz de acostarse/sentarse y levantarse de la cama/silla sin asistencia humana o mecánica. A= Necesita ayuda humana o mecánica. D= Completamente incapaz de trasladarse; necesita ser levantado.</p>		
			<p>APARIENCIA PERSONAL: Cuidados personales.</p>	<p>I= Capaz de peinarse, afeitarse sin ayuda. A= Necesita ayuda para peinarse, afeitarse. D= Completamente incapaz de cuidar su apariencia.</p>		

Anexo D. Cronograma de actividades

ACTIVIDADES	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB
ACOPIO DE BIBLIOGRAFIA	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
REVISIÓN DE LITERATURA	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
DISEÑO DE PROTOCOLO	X												
REVISIÓN DE PROTOCOLO	X	X					X	X	X	X	X	X	
REGISTRO DEL PROTOCOLO ANTE EL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN LOCAL												X	
PRUEBA PILOTO										X	X		
TRABAJO DE CAMPO											X	X	
ACOPIO DE DATOS											X	X	
CAPTURA DE DATOS											X	X	
TABULACIÓN DE DATOS												X	
ANALISIS DE RESULTADOS												X	
VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO												X	
INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS												X	
ELABORACION DE TESIS												X	
FORMULACIÓN DEL INFORME FINAL												X	

Anexo E. Manual operacional

“PERCEPCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD DEL ADULTO MAYOR A TRAVES DE LA TEORIA SOCIOCOGNITIVA DE ALBERT BANDURA EN LA UMF NUMERO UNO DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, DELEGACIÓN AGUASCALIENTES.”

El nivel de dependencia en el adulto mayor se relaciona con numerosos cambios que experimenta este grupo etario, tanto del estilo de vida como del sistema social y familiar, que influyen directamente sobre su funcionalidad; para la Organización Mundial de la Salud representa el principal determinante del estado de salud entre los adultos mayores, midiendo su estado de salud no en términos de déficit sino en “mantención de la capacidad funcional”, que corresponde a la capacidad de una persona para llevar a cabo las actividades necesarias para lograr el bienestar a través de la interrelación de sus campos biológico, psicológico y social, con la existencia de adultos mayores funcionalmente sanos o capaces de valerse por sí mismos, y funcionalmente alterados o con dificultades para su auto desempeño.

1. Criterios de inclusión

Que los encuestados sean adultos mayores (pacientes de 65 años y más), derechohabientes del IMSS, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar número 1 de la Delegación Aguascalientes, que reciban atención médica previa a la entrevista, que acepten participar en la encuesta, que el paciente no tenga dificultades o incapacidades para contestar, en tal caso se solicitará a su familiar acompañante que se quien conteste la encuesta.

2. Se llevará a cabo una entrevista cara a cara, a los adultos mayores de la UMF #1 Delegación Aguascalientes que consiste en una entrevista directa o personal con cada encuestado, en la que se tiene la ventaja de ser controladas y guiadas por el encuestador, además de que se suele obtener más información que con otros medios. Al abordar al adulto mayor, se le explicará que fue seleccionado para que se le realizara la encuesta de la percepción de la funcionalidad del adulto mayor de la UMF 1 Delegación Aguascalientes, se le expone en que consiste la encuesta, se le da a conocer la carta de consentimiento informado y se le pide que lo firme si está de acuerdo en contestar la encuesta. Posterior a ello, se procede a

realizar la encuesta, teniendo la certeza de que el encuestado entienda la pregunta, así como las posibles respuestas.

3. El cuestionario consta de 19 preguntas y la duración será de 10 minutos aproximadamente, la información que se maneja en esta entrevista será confidencial y no le afectará en su consulta médica.
4. Se le comunicará al entrevistado que en el momento en que él no quiera contestar una pregunta, no no quiera continuar con la entrevista se puede retirar.



SECCIÓN 1 CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES DE LOS ADULTOS MAYORES.

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

En las características demográficas se obtendrán de una entrevista con los adultos mayores que sean derechohabientes de la UMF #1 Delegación Aguascalientes, que se encuentren en ese momento en espera de consulta externa.

1.1 Datos personales

1.1.a.- **Fecha de aplicación:** se anotará la fecha del día que se aplique el cuestionario, empezando por el día, el mes y el año, ejemplo:

1.1.b.- **Nombre:**

1.1.c.- **Afiliación:**

1.1.d.- **Fecha de aplicación:**

DIA

MES

AÑO

SECCIÓN 2 CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES INTERNAS DE LOS ADULTOS MAYORES.

2.1.- Características individuales internas.

2.1.a.- **Sexo del Paciente:**

1. Masculino

2. Femenino

2.1.b.- **Edad cumplida del paciente:** s.

2.1.c.- **Estado civil actual:**

2. Soltero(a)

2. Casado(a)

3. Unión Libre

4. Divorciado(a)

5. Viudo(a)

6. Separado(a)

2.1.d.- **Ocupación:**

SECCIÓN 3 FACTORES AMBIENTALES EXERNOS DE LOS ADULTOS MAYORES.

3.1 Factores ambientales externos.

3.1.a.- ¿Cuántos hijos tiene?

3.1.b.- ¿Cuántos hijos dependen de usted?

3.1.c.- ¿Depende usted de otra persona?

1. Si 2. No

3.1.d.- ¿Vive solo?

1. Si 2. No

3.1.e.- ¿Tiene algún pasatiempo que le guste realizar?

1. Si 2. No

3.1.f.- ¿Cuál?

CUESTIONARIO PARA EVALUAR LA PERCEPCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD DEL ADULTO MAYOR DE ACUERDO A LA TEORÍA SOCIO COGNITIVA.

SECCIÓN 4. AUTOEFICACIA

Esta sección se hizo con la finalidad de conocer la capacidad que tiene el adulto mayor para cumplir acciones requeridas en el diario vivir así como la capacidad para recibir apoyo de sus familiares en caso de que así lo requiera, y de esta manera mantener el cuerpo y subsistir independientemente, con el fin de mejorar su funcionalidad y su calidad de vida.

Se le indicará al adulto mayor entrevistado las opciones que tiene para contestar, para esto se le presentarán hojas con la escala de Likert, a color las cuales presentan las siguientes opciones: Verde Totalmente de Acuerdo, Verde Olivo Muy en Acuerdo, Amarillo de Acuerdo, Naranja En Desacuerdo y Rojo Totalmente en Desacuerdo.

La respuesta del entrevistado será encerrada en un círculo, cada pregunta tendrá la codificación asignada. El encargado del proyeco codificara de la siguiente manera:

Si la pregunta es positiva:

5. Totalmente de acuerdo
4. Muy en acuerdo
3. De acuerdo
2. En desacuerdo
1. Totalmente en desacuerdo

Si la pregunta es negativa:

5. Totalmente en desacuerdo
4. En desacuerdo
3. De acuerdo
2. Muy en acuerdo
1. Totalmente de acuerdo

Ejemplo de la estructura de las preguntas para evaluar la percepción de la funcionalidad del adulto mayor.

4.1 ¿Me resulta complicado levantarme de la cama, o de una silla, ayudándome con un bastón o andadera?

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si la persona es capaz de cumplir acciones requeridas en el diario vivir para mantener el cuerpo y subsistir independientemente, tal como levantarse de la cama, o de una silla por sí mismo o con apoyo de un bastón o andadera.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste el adulto mayor, la cual será identificada y será:

- Totalmente de acuerdo
- Muy en acuerdo
- De acuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

Como la pregunta es negativa, para el encargado del proyecto se codificará de la siguiente manera: si la respuesta es TOTALMENTE EN DESACUERDO se codificará 5, si la respuesta es EN DESACUERDO se codificará 4, si la respuesta es DE ACUERDO se codificará 3 si la respuesta es MUY EN ACUERDO se codificará 2, y si la respuesta es TOTALMENTE EN DESACUERDO se codificará 1.

4.2 ¿Me resulta difícil controlar la orina?

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si el adulto mayor es capaz de realizar actividades diarias de la vida, controlar la orina y acudir por sí mismo al baño, como mantenimiento personal de términos de supervivencia física, con el objetivo de medir la calidad de vida y el estatus funcional en los adultos mayores.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste el adulto mayor, la cual será identificada y será:

- Totalmente de acuerdo
- Muy en acuerdo
- De acuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

Como la pregunta es negativa, para el encargado del proyecto se codificará de la siguiente manera: si la respuesta es TOTALMENTE EN DESACUERDO se codificará 5, si la respuesta es EN DESACUERDO se codificará 4, si la respuesta es DE ACUERDO se codificará 3 si la respuesta es MUY EN ACUERDO se codificará 2, y si la respuesta es TOTALMENTE EN DESACUERDO se codificará 1.

4.3 ¿Me resulta difícil aceptar utilizar pañal en caso de requerirlo?

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si el adulto mayor es capaz de aceptar apoyo de sus familiares cuando se necesita tomar una decisión para mejorar su calidad de vida. En este caso aceptar utilizar le coloquen pañal en caso de requerirlo.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste el adulto mayor, la cual será identificada y será:

- Totalmente de acuerdo
- Muy en acuerdo
- De acuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

Como la pregunta es negativa, para el encargado del proyecto se codificará de la siguiente manera: si la respuesta es TOTALMENTE EN DESACUERDO se codificará 5, si la respuesta es EN DESACUERDO se codificará 4, si la respuesta es DE ACUERDO se codificará 3 si la respuesta es MUY EN ACUERDO se codificará 2, y si la respuesta es TOTALMENTE EN DESACUERDO se codificará 1.

SECCIÓN 5. COMPETENCIAS CONDUCTUALES

Esta sección tiene la finalidad de conocer el nivel de conocimiento y habilidades del adulto mayor para realizar las actividades instrumentadas de la vida diaria, incluyendo la confianza en sí mismo, con el objetivo de lograr una mejor calidad de vida, y un mejor estatus funcional.

Se le indicará al adulto mayor entrevistado las opciones que tiene para contestar, para esto se le presentarán hojas con la escala de Likert, a color las cuales presentan las siguientes opciones: Verde Siempre, Verde Olivo Casi Siempre, Amarillo A veces, Naranja Casi Nunca y Rojo Nunca.

La respuesta del entrevistado será encerrada en un círculo, cada pregunta tendrá la codificación asignada. El encargado del proyecto codificará de la siguiente manera:

Si la pregunta es positiva:

5. Siempre
4. Casi siempre
3. A veces
2. Casi nunca
1. Nunca

Si la pregunta es negativa:

5. Nunca
4. Casi nunca
3. A veces
2. Casi siempre
1. Siempre

5.1 ¿Me siento incapaz de ir de compras a un supermercado?

Explicación

Con ésta pregunta se pretende saber si el adulto mayor tiene la capacidad de realizar sus compras acudiendo por sí mismo a un supermercado, o necesita compañía para realizar cualquier compra.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste el adulto mayor entrevistado, la cual será identificada, así como el sentido de la pregunta y será:

- Siempre
- Casi siempre
- A veces
- Casi nunca
- Nunca

Como la pregunta es positiva, para el encargado del proyecto se codificará de la siguiente manera: si la respuesta es SIEMPRE se codificará 5, si la respuesta es CASI SIEMPRE se codificará 4, si la respuesta es A VECES se codificará 3 si la respuesta es CASI NUNCA se codificará 2, y si la respuesta es NUNCA se codificará 1.

5.2 ¿Me siento capaz de lavar mi ropa sin ayuda de mis familiares?

Explicación

Con ésta pregunta se pretende saber si el adulto mayor tiene la capacidad de lavar sus prendas de ropa sin ayuda de sus familiares o si alguien realiza esta actividad por ellos.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste el adulto mayor entrevistado, la cual será identificada, así como el sentido de la pregunta y será:

- Siempre
- Casi siempre
- A veces
- Casi nunca
- Nunca

Como la pregunta es positiva, para el encargado del proyecto se codificara de la siguiente manera: si la respuesta es SIEMPRE se codificará 5, si la respuesta es CASI SIEMPRE se codificará 4, si la respuesta es A VECES se codificará 3 si la respuesta es CASI NUNCA se codificará 2, y si la respuesta es NUNCA se codificará 1.

5.3 ¿Me resulta fácil viajar en medios de transporte público o manejar mi propio automóvil?**Explicación**

Con ésta pregunta se pretende saber si el adulto mayor tiene la capacidad de viajar en medios de transporte público, o si tiene la capacidad de manejar su propio vehículo, y así trasladarse de un lado a otro siendo independiente.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste el adulto mayor entrevistado, la cual será identificada, así como el sentido de la pregunta y será:

- Siempre
- Casi siempre
- A veces
- Casi nunca
- Nunca

Como la pregunta es positiva, para el encargado del proyecto se codificara de la siguiente manera: si la respuesta es SIEMPRE se codificará 5, si la respuesta es CASI SIEMPRE se codificará 4, si la respuesta es A VECES se codificará 3 si la respuesta es CASI NUNCA se codificará 2, y si la respuesta es NUNCA se codificará 1.

SECCIÓN 6. EXPECTATIVAS

Esta sección se desarrolló para conocer lo que un adulto mayor piensa que va a pasar si él o ella hacen un cambio de conducta por medio de la interacción social en su clínica, o en su familia, incluyendo la confianza en sí mismo, la capacidad para dar y recibir apoyo, evitar conflictos familiares y mejorar las relaciones para una mejor calidad de vida y así lograr un envejecimiento exitoso.

Se le indicará al adulto mayor entrevistado las opciones que tiene para contestar, para esto se le presentarán hojas con la escala de Likert, a color las cuales presentan las siguientes opciones: Verde Totalmente de Acuerdo, Verde Olivo Muy en Acuerdo, Amarillo de Acuerdo, Naranja En Desacuerdo y Rojo Totalmente en Desacuerdo.

La respuesta del entrevistado será encerrada en un círculo, cada pregunta tendrá la codificación asignada. El encargado del proyecto codificará de la siguiente manera:

Si la pregunta es positiva:

5. Totalmente de acuerdo
4. Muy en acuerdo
3. De acuerdo
2. En desacuerdo
1. Totalmente en desacuerdo

Si la pregunta es negativa:

5. Totalmente en desacuerdo
4. En desacuerdo
3. De acuerdo
2. Muy en acuerdo
1. Totalmente de acuerdo

6.1 ¿Llevar una buena relación de familia, me brinda confianza para desempeñar mejor mis actividades de la vida diaria?

Explicación

Con ésta pregunta se pretende conocer si el adulto mayor cree que teniendo buena relación con su familia, tendrá mayor confianza para desempeñar mejor sus actividades de la vida diaria, y así lograr un estatus optimo en su funcionamiento.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste el adulto mayor, la cual será identificada y será:

- Totalmente de acuerdo
- Muy en acuerdo
- De acuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

Como la pregunta es negativa, para el encargado del proyecto se codificará de la siguiente manera: si la respuesta es TOTALMENTE EN DESACUERDO se codificará 5, si la respuesta es EN DESACUERDO se codificará 4, si la respuesta es DE ACUERDO se codificará 3 si la respuesta es MUY EN ACUERDO se codificará 2, y si la respuesta es TOTALMENTE EN DESACUERDO se codificará 1.

6.2 ¿Confío en mi médico familiar en que me brindará lo necesario para mejorar funcionalmente?**Explicación**

Con ésta pregunta se pretende conocer si el adulto mayor piensa que la confianza en su médico familiar es fundamental para mejorar funcionalmente, y así lograr mejorar plenamente en su funcionalidad.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste el adulto mayor, la cual será identificada y será:

- Totalmente de acuerdo
- Muy en acuerdo
- De acuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

Como la pregunta es negativa, para el encargado del proyecto se codificará de la siguiente manera: si la respuesta es TOTALMENTE EN DESACUERDO se codificará 5, si la respuesta es EN DESACUERDO se codificará 4, si la respuesta es DE ACUERDO se codificará 3 si la respuesta es MUY EN ACUERDO se codificará 2, y si la respuesta es TOTALMENTE EN DESACUERDO se codificará 1.

6.3 ¿En mi clínica hay personal capacitado para ayudarme a desarrollar mis actividades, para un envejecimiento exitoso?

Explicación

Con ésta pregunta se pretende conocer si el adulto mayor deposita su confianza en el personal que labora en su clínica de Medicina Familiar para ayudarlo a mejorar la realización de sus actividades con el objetivo de tener una mejor funcionalidad y llegar a un envejecimiento exitoso.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste el adulto mayor, la cual será identificada y será:

- Totalmente de acuerdo
- Muy en acuerdo
- De acuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

Como la pregunta es negativa, para el encargado del proyecto se codificará de la siguiente manera: si la respuesta es TOTALMENTE EN DESACUERDO se codificará 5, si la respuesta es EN DESACUERDO se codificará 4, si la respuesta es DE ACUERDO se codificará 3 si la respuesta es MUY EN ACUERDO se codificará 2, y si la respuesta es TOTALMENTE EN DESACUERDO se codificará 1.

SECCIÓN 7. EXPECTACIONES

En ésta sección se pretende saber si el adulto mayor piensa que tan importante es el sentirse capaz de realizar todas sus actividades de la vida diaria independientemente y si el resultado esperado es bueno, o que pueda ser recompensado por medio de la interacción con su familia.

Se le indicará al adulto mayor entrevistado las opciones que tiene para contestar, para esto se le presentarán hojas con la escala de Likert, a color las cuales presentan las siguientes opciones: Verde Demasiado Importante, Verde Olivo Muy Importante, Amarillo Importante, Naranja Poco Importante y Rojo No es Importante.

La respuesta del entrevistado será encerrada en un círculo, cada pregunta tendrá la codificación asignada. El encargado del proyecto codificara de la siguiente manera:

Si la pregunta es positiva:

5. Demasiado importante
4. Muy importante
3. Importante
2. Poco Importante
1. No es importante

Si la pregunta es negativa:

5. No es importante
4. Poco importante
3. Importante
2. Muy importante
1. Demasiado importante

7.1 ¿Qué tan importante es para usted sentirse seguro para realizar sus actividades de la vida diaria?

Explicación

Con ésta pregunta se pretende conocer si para el adulto mayor es importante sentirse seguro para realizar sus actividades de la vida diaria.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste el adulto mayor, la cual será identificada y será:

- Demasiado importante
- Muy importante
- Importante
- Poco importante
- No es importante

Como la pregunta es negativa, para el encargado del proyecto se codificará de la siguiente manera: si la respuesta es DEMASIADO IMPORTANTE se codificará 5, si la respuesta es MUY IMPORTANTE se codificará 4, si la respuesta es IMPORTANTE se codificará 3 si la respuesta es POCO IMPORTANTE se codificará 2, y si la respuesta es NO ES IMPORTANTE se codificará 1.

7.2 ¿Qué tan importante es para usted sentirse capaz de realizar todas sus actividades sin ayuda de sus familiares?

Explicación

Con ésta pregunta se pretende conocer que tan importante es para el adulto mayor sentirse capaz de realizar todas sus actividades de la vida diaria sin necesitar ayuda de sus familiares.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste el adulto mayor, la cual será identificada y será:

- Demasiado importante
- Muy importante
- Importante
- Poco importante
- No es importante

Como la pregunta es negativa, para el encargado del proyecto se codificará de la siguiente manera: si la respuesta es DEMASIADO IMPORTANTE se codificará 5, si la respuesta es MUY IMPORTANTE se codificará 4, si la respuesta es IMPORTANTE se codificará 3 si la respuesta es POCO IMPORTANTE se codificará 2, y si la respuesta es NO ES IMPORTANTE se codificará 1.

7.3 ¿Qué tan capaz se siente usted para realizar sus actividades de la vida diaria?

Explicación

Con ésta pregunta se pretende conocer si el adulto mayor se siente capaz de realizar las actividades de la vida diaria en general tanto las cotidianas como las instrumentadas.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste el adulto mayor, la cual será identificada y será:

- Demasiado importante
- Muy importante
- Importante
- Poco importante
- No es importante

Como la pregunta es negativa, para el encargado del proyecto se codificará de la siguiente manera: si la respuesta es DEMASIADO IMPORTANTE se codificará 5, si la respuesta es MUY IMPORTANTE se codificará 4, si la respuesta es IMPORTANTE se codificará 3 si la respuesta es POCO IMPORTANTE se codificará 2, y si la respuesta es NO ES IMPORTANTE se codificará 1.

SECCIÓN 8. AUTOCONTROL

Esta sección tiene la finalidad de conocer que tan capaz es el adulto mayor para tener autocontrol en sus conductas, o sentimientos en cuanto a la realización de sus actividades diarias.

Se le indicará al adulto mayor entrevistado las opciones que tiene para contestar, para esto se le presentarán hojas con la escala de Likert, a color las cuales presentan las siguientes opciones: Verde Siempre, Verde Olivo Casi Siempre, Amarillo A veces, Naranja Casi Nunca y Rojo Nunca.

La respuesta del entrevistado será encerrada en un círculo, cada pregunta tendrá la codificación asignada. El encargado del proyecto codificara de la siguiente manera:

Si la pregunta es positiva:

5. Siempre
4. Casi siempre
3. A veces
2. Casi nunca
1. Nunca

Si la pregunta es negativa:

5. Nunca
4. Casi nunca
3. A veces
2. Casi siempre
1. Siempre

8.1 ¿Ha tenido que realizar muchos esfuerzos para mantener la calma ante la incapacidad de realizar actividades por usted mismo?

Explicación

Con ésta pregunta se pretende saber la facilidad con la cual el adulto mayor tiene la capacidad para mantener la calma ante la imposibilidad de realizar actividades de la vida diaria de forma independiente.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste el adulto mayor entrevistado, la cual será identificada, así como el sentido de la pregunta y será:

- Siempre
- Casi siempre
- A veces
- Casi nunca
- Nunca

Como la pregunta es positiva, para el encargado del proyecto se codificara de la siguiente manera: si la respuesta es SIEMPRE se codificará 5, si la respuesta es CASI SIEMPRE se codificará 4, si la respuesta es A VECES se codificará 3 si la respuesta es CASI NUNCA se codificará 2, y si la respuesta es NUNCA se codificará 1.

8.2 ¿Se ha enojado con usted mismo y con su familia cuando no puede realizar alguna actividad en casa?

Explicación

Con ésta pregunta se pretende conocer si el adulto mayor ha tenido dificultad para mantenerse tranquilo y no enojarse por no tener la capacidad para realizar alguna actividad en casa.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste el adulto mayor entrevistado, la cual será identificada, así como el sentido de la pregunta y será:

- Siempre
- Casi siempre
- A veces
- Casi nunca
- Nunca

Como la pregunta es positiva, para el encargado del proyecto se codificara de la siguiente manera: si la respuesta es SIEMPRE se codificará 5, si la respuesta es CASI SIEMPRE se codificará 4, si la respuesta es A VECES se codificará 3 si la respuesta es CASI NUNCA se codificará 2, y si la respuesta es NUNCA se codificará 1.

8.3 ¿Le ha constado controlar el enojo cuando no recibe apoyo de su familia ante la necesidad de realizar alguna actividad?

Explicación

Con ésta pregunta se pretende conocer si el adulto mayor entrevistado ha tenido la dificultad para mantenerse tranquilo y no enojarse con sus familiares cuando no recibe apoyo ante la necesidad de realizar alguna actividad.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste el adulto mayor entrevistado, la cual será identificada, así como el sentido de la pregunta y será:

- Siempre
- Casi siempre
- A veces
- Casi nunca
- Nunca

Como la pregunta es positiva, para el encargado del proyecto se codificara de la siguiente manera: si la respuesta es SIEMPRE se codificará 5, si la respuesta es CASI SIEMPRE se codificará 4, si la respuesta es A VECES se codificará 3 si la respuesta es CASI NUNCA se codificará 2, y si la respuesta es NUNCA se codificará 1.

8.4 ¿Le ha costado controlar el enojo cuando su médico le da indicaciones diferentes en su tratamiento?

Explicación

Con ésta pregunta se pretende conocer si el adulto mayor entrevistado ha tenido dificultad para controlar su conducta cuando su médico le cambia las indicaciones a su tratamiento.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste el adulto mayor entrevistado, la cual será identificada, así como el sentido de la pregunta y será:

- Siempre
- Casi siempre
- A veces
- Casi nunca
- Nunca

Como la pregunta es positiva, para el encargado del proyecto se codificara de la siguiente manera: si la respuesta es SIEMPRE se codificará 5, si la respuesta es CASI SIEMPRE se codificará 4, si la respuesta es A VECES se codificará 3 si la respuesta es CASI NUNCA se codificará 2, y si la respuesta es NUNCA se codificará 1.

SECCION 9. AFRONTAMIENTO EMOCIONAL

Esta sección tiene la finalidad de conocer la capacidad del adulto mayor para hacer frente a las emociones, envuelto en un cambio de conducta, por medio de la interacción con la familia, incluyendo la confianza en sí mismo, la capacidad para dar y recibir apoyo de sus familiares, evitar conflicto y mejorar las funcionalidad en sus actividades.

Se le indicará al adulto mayor entrevistado las opciones que tiene para contestar, para esto se le presentarán hojas con la escala de Likert, a color las cuales presentan las siguientes opciones: Verde Siempre, Verde Olivo Casi Siempre, Amarillo A veces, Naranja Casi Nunca y Rojo Nunca.

La respuesta del entrevistado será encerrada en un círculo, cada pregunta tendrá la codificación asignada. El encargado del proyecto codificara de la siguiente manera:

Si la pregunta es positiva:

5. Siempre
4. Casi siempre
3. A veces
2. Casi nunca
1. Nunca

Si la pregunta es negativa:

5. Nunca
4. Casi nunca
3. A veces
2. Casi siempre
1. Siempre

9.1 ¿Le cuesta trabajo enfrentar los problemas en la familia cuando hay conflictos relacionados con la capacidad de realizar alguna actividad?

Explicación

Con ésta pregunta se pretende saber si el adulto mayor entrevistado ha sido capaz de enfrentar los problemas en la familia cuando existen conflictos relacionados con la capacidad para realizar alguna actividad.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste el adulto mayor entrevistado, la cual será identificada, así como el sentido de la pregunta y será:

- Siempre
- Casi siempre
- A veces
- Casi nunca
- Nunca

Como la pregunta es positiva, para el encargado del proyecto se codificará de la siguiente manera: si la respuesta es SIEMPRE se codificará 5, si la respuesta es CASI SIEMPRE se codificará 4, si la respuesta es A VECES se codificará 3 si la respuesta es CASI NUNCA se codificará 2, y si la respuesta es NUNCA se codificará 1.

9.2 ¿Ha tenido la capacidad de aceptar el tratamiento que su médico familiar le indica, sin entrar en conflicto?

Explicación

Con ésta pregunta se pretende conocer la capacidad con la cual el adulto mayor entrevistado ha sido capaz de aceptar el tratamiento que su médico familiar le ha indicado sin presentar cambios de conducta que afecten la relación médico - paciente.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste el adulto mayor entrevistado, la cual será identificada, así como el sentido de la pregunta y será:

- Siempre
- Casi siempre
- A veces
- Casi nunca
- Nunca

Como la pregunta es positiva, para el encargado del proyecto se codificará de la siguiente manera: si la respuesta es SIEMPRE se codificará 5, si la respuesta es CASI SIEMPRE se codificará 4, si la respuesta es A VECES se codificará 3 si la respuesta es CASI NUNCA se codificará 2, y si la respuesta es NUNCA se codificará 1.

9.3 ¿Cuándo me enfrento a una situación problemática, espero a que mis familiares lo resuelvan?**Explicación**

Con ésta pregunta se pretende conocer la capacidad con la cual el adulto mayor entrevistado tiene la capacidad de enfrentar independientemente sus situaciones problemáticas sin esperar que sus familiares lo resuelvan por él.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste el adulto mayor entrevistado, la cual será identificada, así como el sentido de la pregunta y será:

- Siempre
- Casi siempre
- A veces
- Casi nunca
- Nunca

Como la pregunta es positiva, para el encargado del proyecto se codificara de la siguiente manera: si la respuesta es SIEMPRE se codificará 5, si la respuesta es CASI SIEMPRE se codificará 4, si la respuesta es A VECES se codificará 3 si la respuesta es CASI NUNCA se codificará 2, y si la respuesta es NUNCA se codificará 1.