



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION NORTE D.F.

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 14

**AUTOPERCEPCION DEL ENVEJECIMIENTO EN EL ADULTO
MAYOR EN EL CENTRO DE ATENCIÓN SOCIAL A LA SALUD DE
LAS Y LOS ADULTOS MAYORES (CASSAAM)**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

MARICRUZ BERNAL LÓPEZ

México, D. F.

2014



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**AUTOPERCEPCION DEL ENVEJECIMIENTO EN EL ADULTO MAYOR EN EL
CENTRO DE ATENCIÓN SOCIAL A LA SALUD DE LAS Y LOS ADULTOS
MAYORES (CASSAAM)**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

MARICRUZ BERNAL LÓPEZ

AUTORIZACIONES:



DRA. MARTHA BEATRIZ CORONA HERNÁNDEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
PARA MÉDICOS GENERALES CON SEDE EN LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 14



MC. VÍCTOR MANUEL AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN
DELEGACIÓN NORTE DEL D.F.
ASESOR DE TESIS



LIC. LUCÍA YVETH SÁNCHEZ HERRERA
PSICÓLOGA ESPECIALISTA
INVESTIGADOR ASOCIADO



DRA. LAURA OLALDE MONTES DE OCA
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 14

**AUTOPERCEPCION DEL ENVEJECIMIENTO EN EL ADULTO MAYOR EN EL
CENTRO DE ATENCIÓN SOCIAL A LA SALUD DE LAS Y LOS ADULTOS
MAYORES (CASSAAM)**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

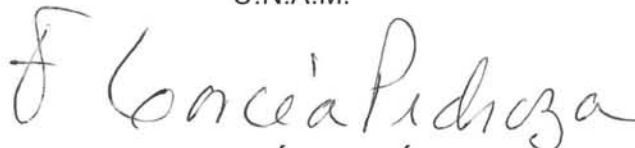
PRESENTA:

MARICRUZ BERNAL LÓPEZ

AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

INDICE

Título	1
Índice general	4
Resumen	5
Marco teórico (marco de referencia o antecedentes)	6
Planteamiento del problema	15
Justificación	16
Objetivos	17
Metodología	18
- Tipo de estudio	
- Población, lugar y tiempo de estudio	
- Tipo de muestra y tamaño de la muestra	
- Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación	
- Método o procedimiento para captar la información	
- Consideraciones éticas	20
- Guía de entrevista	21
Resultados	22
- Descripción de los resultados	
Tablas y gráficas	
Análisis	26
Discusión	27
Conclusiones	28
Referencias bibliográficas	29
Anexos	31

RESUMEN

AUTOPERCEPCION DEL ENVEJECIMIENTO EN EL ADULTO MAYOR EN EL CENTRO DE ATENCIÓN SOCIAL A LA SALUD DE LAS Y LOS ADULTOS MAYORES (CASSAAM)

M.C. Víctor Manuel Aguilar, Coordinación Auxiliar Medica de Investigación Delegación Norte D.F.,
Lic. Lucia Yveth Sánchez Herrera Psicóloga Especialista CASSAAM, Bernal López Maricruz,
Alumna del Primer año del Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales

INTRODUCCION

La salud del anciano es considerada como la capacidad funcional de atenderse a sí mismo y desarrollarse en el seno de la familia y la sociedad, la cual le permite de una forma dinámica, el desempeño de sus actividades del diario vivir.

La autopercepción desempeña un papel importante en el bienestar subjetivo. En la tercera edad ante las pérdidas biológicas, psicológicas y cambios sociales vividos, su auto concepto puede verse alterado, siendo importante analizar la percepción de sí mismo durante esta etapa de la vida y observar su relación con el bienestar en la tercera edad

OBJETIVO

Evaluar la autopercepción del envejecimiento en el adulto mayor en el CASSAAM.

MATERIAL Y METODOS

Estudio cualitativo exploratorio a través de entrevista semiestructurada aplicada a grupos focales.

RESULTADOS

En términos generales la percepción que tiene el adulto mayor de esta etapa de su vida es buena ya que consideran que son independientes, que pueden realizar las actividades que ellos desean, en general el afecto por parte del grupo familiar es muy bueno y cuentan con el apoyo económico tanto de pensión como familiar.

PALABRAS CLAVES: Autopercepción, envejecimiento, adulto mayor

- Envejecimiento ideal (exitoso): cuando el estado de salud es muy bueno y los factores de riesgo son bajos. El individuo es absolutamente capaz de realizar actividades de la vida diaria, es autosuficiente, no padece enfermedades crónicas, no tiene deterioro cognitivo, percibe su salud como buena, no fuma y no bebe.
- Envejecimiento activo: cuando hay un estado de salud muy bueno y factores de riesgo medios o altos. El individuo tiene una enfermedad crónica, percibe su estado de salud como regular, tiene alguna dificultad para realizar actividades de la vida diaria aunque es independiente, no sufre deterioro cognitivo.
- Envejecimiento habitual: cuando el estado de salud es regular y los factores de riesgo son medios o bajos. La persona tiene más de una enfermedad crónica, tiene limitación en las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) con incapacidad funcional, aunque se mantiene independiente, deterioro cognitivo leve o ninguno.
- Envejecimiento patológico: en estado de salud regular con riesgos altos, o bien, un estado de salud malo sin importar los factores de riesgo. La persona tiene enfermedades crónicas, mala autopercepción de salud, padece deterioro cognitivo, presenta discapacidad y muy probablemente es dependiente de terceros.⁴

Algunos adultos mayores presentan un estado fisiológico que propicia un aumento de la vulnerabilidad ante factores estresantes –relacionada con la disminución de las reservas fisiológicas y desregulación de múltiples sistemas–, lo que genera enormes dificultades para que el individuo mantenga un estado de homeostasis. Esta condición –conocida como fragilidad– se ha caracterizado en un síndrome cuyos componentes incluyen: lentitud de la marcha, desnutrición, pobre resistencia y debilidad. El estado puede acompañarse de discapacidad y combinarse con múltiples enfermedades que contribuyen a agravar el estado de vulnerabilidad. Por añadidura, el paciente en condición terminal reviste características peculiares y exige abordajes especiales no pocas veces ajenos a la práctica clínica común.

Este informe destaca particularmente la creciente población de adultos mayores frágiles y vulnerables, " el grupo de pacientes que presenta los problemas más complejos y desafiantes para el médico y todos los profesionales de salud." El subconjunto vulnerable de la población de mayor edad también ha sido identificado como los adultos mayores con varias enfermedades crónicas, o comorbilidad o aquellos que son discapacitados o dependientes.

Fragilidad

La fragilidad es un estado de alta vulnerabilidad para los resultados adversos para la salud, incluida la discapacidad, dependencia, cataratas, necesidad de cuidados a largo plazo y la mortalidad. Los desafíos en la búsqueda de una definición estándar de fragilidad que pueden ser ampliamente reconocidos y válidos en diferentes contextos hacen cualquier estimación de prevalencia aproximada y provisional.

Debido a la similitud, ha habido mucha confusión en la definición entre fragilidad y discapacidad/dependencia. Sin embargo, existe un consenso cada vez mayor que asegura que diferenciar fragilidad de discapacidad puede mejorar nuestra comprensión del proceso de envejecimiento y ofrecer nuevas oportunidades para la prevención y atención clínica.

De acuerdo con las opiniones actuales, fragilidad puede definirse como un estado fisiológico de mayor vulnerabilidad a factores estresantes que resulta de la disminución de las reservas fisiológicas y desregulación incluso, de varios sistemas fisiológicos. Esto disminuyó resultados de reserva en la homeostasis mantenimiento de dificultad de las perturbaciones, ya sean temperaturas ambientales extremas, exacerbación de una enfermedad crónica, una enfermedad aguda o una lesión. Existen numerosos sistemas en que tales fisiológica disminuye en masa o función ha sido demostrados con la edad, incluyendo neuromuscular, tales como sarcopenia y disminuir en función de la fibra muscular; Osteopenia; desregulación del eje hipotalámico, de inflamación y de la función inmune; e incluso la variabilidad del ritmo cardíaco.

Fragilidad es una expresión agregada de riesgo resultante de asociado de enfermedad o de edad fisiológica acumulación de subumbral disminuye que afectan a varios sistemas fisiológicos. Aunque las primeras etapas de este proceso pueden ser clínicamente silenciosas, cuando las pérdidas de reservas alcanzan un umbral global que conduce a una vulnerabilidad grave, el síndrome puede ser detectable mirando los marcadores clínicos, funcionales, conductuales y biológicos.⁵

Existen datos epidemiológicos que son importantes determinantes de la salud humana y que pueden clasificarse en cuatro grupos principales: estilo de vida (50%), medio ambiente (20%), biología humana (20%) y servicios sanitarios (10%). En una publicación de la OMS sobre "Cuantificación comparativa de

riesgos para la salud” se menciona que existen 10 aspectos importantes que influyen en la morbi-mortalidad de la población en general, y son: bajo peso al nacimiento, prácticas sexuales de riesgo, hipertensión arterial, tabaquismo, alcoholismo, falta de agua, saneamiento e higiene deficientes, niveles de colesterol alto, contaminación ambiental, deficiencia de hierro, así como sobrepeso y obesidad. Existen factores no modificables que intervienen en el estado de salud y son: género y edad; el riesgo de la mayoría de las enfermedades aumenta significativamente con la edad. Los factores socioeconómicos como el nivel de educación, empleo e ingresos económicos también ejercen efecto en el estado de salud.

Para evaluar el estado de salud subjetivo hay que tomar en cuenta no sólo el estado de salud somática, sino también la mental. Además, la autopercepción de la salud refleja la capacidad para funcionar y desempeñarse en un ambiente social, y es considerado como un indicador pronóstico de prevalencia de diversas enfermedades crónicas.

Las personas con valores bajos en su percepción de salud, hacen uso frecuente de los servicios de salud y llegan a tener mayor ausencia en su trabajo comparado con aquellos con actitud contraria hacia su salud.⁶

El autoconcepto (autopercepción) desempeña un papel importante en el bienestar subjetivo (Herzog, Franks, Markus, & Holmberg, 1998), a lo largo de todos los ciclos de vida. El reconocimiento del papel del auto concepto en el bienestar personal no es reciente, pues ya desde las civilizaciones griegas, hindú, budista, judeocristiana, hasta nuestros días se ha indicado la relevancia que posee el auto concepto como factor que determina la organización del propio comportamiento, como vía de crecimiento y de integridad personal (Domínguez- Guedea, 1999). En lo que se refiere a la tercera edad, Corral y Ortiz (1990) mencionan que ante las pérdidas biológicas, psicológicas y cambios sociales vividos por los adultos mayores, su auto concepto puede verse alterado, siendo importante analizar la percepción de sí mismo durante esta etapa de la vida y observar su relación con el bienestar en la tercera edad.

Martínez y García (1994), relacionan la motivación al éxito con el bienestar psicológico que, como constructo multidimensional está ligado al sistema de valores, aspiraciones, expectativas y metas de los individuos, consideran que la percepción de satisfacción con la vida está condicionada por la historia personal de éxito. En concordancia con esto Emmons (1986), señala que en la cultura occidental existe la creencia de tener que alcanzar metas en la vida como una

regla de bienestar para las personas, así que las satisfacciones de las necesidades de las metas o deseos están relacionados con la felicidad.

En su propuesta teórica sobre el desarrollo del ciclo vital, Erikson (1968, citado en Carver & Scheier, 1994, p. 313) describe con detalle la etapa de madurez o vejez y la entiende como el capítulo final de la vida, como un tiempo en el que la gente mira hacia atrás para revisar sus elecciones, en el que la persona reflexiona sobre sus logros (y fracasos) y sobre el rumbo que tomó su vida. Siguiendo al autor, esta etapa está caracterizada, por la crisis "*integridad del yo frente a la desesperación*"; si en el curso de esta revisión personal el individuo siente que su vida tuvo orden y significado, hubo la aceptación de sus decisiones y de las cosas realizadas, el resultado será un sentimiento de integridad del yo, de una satisfacción que supone que las cosas sucedieron como se deseaba y que no se cambiaría mucho de ellas, aunque fuera posible. El polo opuesto es la desesperación, el sentimiento de que la vida fue desperdiciada, un deseo de haber hecho las cosas de manera diferente a sabiendas de que es demasiado tarde. En lugar de aceptar la historia que constituye su vida como un presente valioso, el individuo siente amargura por la forma en que resultaron las cosas

Durante la tercera edad tienen lugar una serie de cambios neurobiológicos, físicos, psicológicos, familiares y sociales que demandan del adulto mayor, recursos personales que le ayuden a lograr la adaptación en esta etapa de la vida (Domínguez-Guedea, 2002). Sobre estos recursos, existen investigaciones que apuntan a la percepción de bienestar y apoyo social, las estrategias utilizadas para afrontar los problemas, la personalidad, la autoestima y la capacidad de control como aspectos importantes para un envejecimiento exitoso o saludable (Cava & Musitu, 2000; Gayoso, 2004; Hombrados & García, 2002).⁷

La edad subjetiva refleja las percepciones personales de edad y ha demostrado estar vinculada al bienestar físico y mental de un individuo, así como su situación social. Se ha demostrado que la edad subjetiva tiene el potencial para predecir tanto la futura morbilidad como la longevidad esperada.⁸

El concepto de bienestar integral se refiere a un estado de equilibrio y búsqueda de actividades que proporciona felicidad y le permite al individuo mejorar su vida. El bienestar deseado, entonces, se obtiene mediante hábitos saludables que resultan en una adecuada adaptación de los componentes del bienestar en cualquier nivel del proceso salud-enfermedad. El mismo está en función de la predominancia de las experiencias afectivas positivas sobre las experiencias afectivas negativas.

La percepción que el adulto mayor tenga del estado de envejecer y de bienestar son puntos para las metas propuestas por los programas de salud; en la misma influyen: el respeto, la unión familiar, la religión, la espiritualidad, el apoyo social.⁹

Mediante un consenso internacional se han establecido puntos arbitrarios de corte que señalan como ancianos o adultos mayores a las personas a partir de 60 años en los países en desarrollo y de 65 años en los desarrollados.¹⁰

El proceso de envejecimiento que está experimentando la población a nivel mundial es responsable de la emergencia de nuevos problemas de salud y de necesidades sociales y económicas que los países de América Latina y en vías de desarrollo no están preparados para resolver.

En América Latina y el Caribe, la población de adultos mayores de 60 años se triplicó de 9 millones 260.3 mil habitantes reportados en 1950 a 41 millones 290.2 mil en 2000. Sin embargo, las estimaciones de las Naciones Unidas indican que para 2050 existirán 181 millones 218.3 mil habitantes mayores de 60 años, de los cuales 18% tendrán más de 80 años.¹¹

En 2005, el Consejo Nacional de Población (Conapo) indicó que habían 8 millones de adultos mayores, que representaban alrededor de 8 % de la población total de mexicanos, y desarrolló estimaciones del envejecimiento de la población mexicana para 2050. El aumento de adultos mayores será consecuencia del incremento en la expectativa de vida, que se espera alcance los 80 años en los hombres y casi los 85 años en las mujeres.¹²

El proceso biológico de envejecer se caracteriza por una gradual y progresiva reducción de reservas fisiológicas, que hace al adulto mayor vulnerable.¹³

Múltiples enfermedades crónicas y agudas, consumo de numerosos fármacos, deterioro funcional físico y cognitivo, mal pronóstico vital y funcional, condiciones sociales y psicológicas asociadas desfavorables, y riesgo de desarrollar alguno de los llamados síndromes geriátricos (cuadro confusional agudo, caídas, inmovilidad, incontinencia, úlceras de decúbito o desnutrición) son elementos que frecuentemente se asocian. Ello exige, en los cuidados de la salud, una atención multidisciplinaria.¹⁴

El panorama mostrado da cuenta de algunos aspectos sobre la forma en qué se perciben los adultos mayores, sin embargo también deseamos contar con un referente más amplio en el que podamos observar algunos de los factores

intervinientes en dicha autopercepción. Esto nos interesa de gran manera porque algunos estudios, principalmente desde la perspectiva médica, muestran que la salud mental suele estar influenciada por variables como el sexo, la edad, la escolaridad y el tipo de localidad de residencia.¹⁵

La percepción sobre sentirse felices está muy vinculada con la forma en qué conciben las personas su estado de salud físico, esto ocurre principalmente para los varones lo cual probablemente se debe a que el estado de salud físico de ellos es mucho mejor en comparación con el de las adultas mayores, ya que de acuerdo a los padecimientos diagnosticados médicamente para la población con 60 años o más, las mujeres muestran tener en mayor proporción enfermedades como hipertensión arterial, pérdida de la vista y diabetes mellitus.

La vejez puede ser vista por los individuos y la sociedad como una experiencia positiva, negativa y/o ambas. De ahí que pudiésemos hablar de diversas maneras de ver y de asumir la vejez, de la manera en que en lo colectivo se va construyendo la categoría de "viejos". En este sentido, y a través del discurso que los viejos dan a conocer acerca de ser viejo, no permite dos cosas. La primera, darnos cuenta de las creencias y valores que tienen ante la vejez de sus antecesores (si es que los hubo); y la segunda, las actitudes que toman ante este proceso de su vida. Ambos fenómenos ampliamente incididos por los cursos de vida que les ha correspondido experimentar y que dan cuenta de la heterogeneidad de las formas de asumirse como viejos.¹⁶

De manera particular se ha observado que los viejos piensan que los jóvenes los perciben como personas no útiles y molestas, por lo que prefieren ignorarlos y marginarlos. Pero también están aquellos que encuentran manifestaciones de respeto y actitudes afectivas por parte de los más jóvenes.¹⁷

Algunos estudios sugieren que si no existen alteraciones drásticas de la vida y en las actividades cotidianas, entonces no tendría porque presentarse una autopercepción negativa. Inclusive se sugiere inmiscuirse en actividades de recreación o de convivencia para autoconceptuarse de forma positiva.

La vejez también es vista como la etapa de las pérdidas, tanto físicas como mentales, así como la necesidad de depender de otras personas para realizar actividades que antes hacían de manera independiente. Al respecto se pueden señalar varios ejemplos de pérdidas: el retiro de la actividad económica, la muerte de la pareja o seres queridos, el deterioro de la salud, entre otras. Acontecimientos que están muy ligados con la forma en qué se perciben las personas mayores. Es

decir, uno de los principales problemas entre la edad y la autoconcepción y autopercepción que tienen las personas es la idea de concebirse como viejos, sobre todo porque esta etapa se estereotipa con la disminución de capacidades, posibilidades y de la actividad.¹⁸

Para estudiar a los adultos mayores de forma holística se sugiere el uso de investigaciones de tipo social (cualitativo) para obtener información subjetiva del sentir de este grupo.

"...La investigación es un procedimiento reflexivo, sistemático, controlado y crítico que tiene por finalidad descubrir o interpretar los hechos y fenómenos, relaciones y leyes de un determinado ámbito de la realidad...-una búsqueda de hechos, un camino para conocer la realidad, un procedimiento para conocer verdades parciales,-o mejor-, para descubrir no falsedades parciales."(Ander-Egg, 1992).

La investigación cualitativa en un enfoque de salud-enfermedad demuestra la variedad de perspectivas sobre el objeto (las del paciente, de sus familiares, de los profesionales) y parte de los significados subjetivo y social relacionados con ella. Este tipo de investigación estudia el conocimiento y las prácticas de los participantes; analiza las interacciones acerca de la enfermedad y las maneras de enfrentarse a ella en un campo particular. Se describen interrelaciones en el contexto concreto del caso y se explican en relación con él. La investigación cualitativa toma en consideración que los puntos de vista y las prácticas en el campo son diferentes a causa de las distintas perspectivas subjetivas y los ambientes sociales relacionados con ellas.

La investigación cualitativa trabaja sobre todo con dos clases de datos: a) Los datos verbales se recogen en entrevistas semiestructuradas como narraciones, utilizando en ocasiones grupos en lugar de individuos (entrevistas de grupo y debates, grupos de discusión, narraciones conjuntas); b) Los datos visuales derivan de aplicar los diversos métodos de observación, que van de la observación participante y no participante a la etnografía y el análisis de fotografías y películas. Los datos verbales y visuales se transforman en textos documentándolos y transcribiéndolos.¹⁹

Los objetivos y temáticas de investigación se centran en el significado de la experiencia humana (fenomenología) y la comprensión de las acciones en el contexto (hermenéutica). Los objetivos científicos son descubrir temas o enfoques que se manifiestan como ilustraciones de percepciones que tienen los sujetos del mundo y a través de ellos establecer patrones interpretativos.²⁰

Dentro de la investigación cualitativa se encuentra la técnica de grupos focales en la cual se priorizan la información horizontal, es decir, entre los miembros del grupo, que incluyen el intercambio de anécdotas y los comentarios acerca de sus experiencias y puntos de vista. En el campo de la salud se han convertido en un popular método para explorar conocimientos y experiencias, y pueden ser usados para examinar no solo lo que la gente piensa, sino, cómo piensa y por qué piensa de determinada manera. Esta técnica favorece la exploración y clarificación de los puntos de vista de las personas en una medida en que las entrevistas individuales o grupales no las alcanzan. Cuando la dinámica funciona bien, los participantes trabajan junto al investigador, y conducen la investigación a nuevas e insospechadas direcciones.

El trabajo en grupo puede facilitar la discusión de temas tabú, porque los miembros menos inhibidos estimulan a los más tímidos. Los participantes pueden proveerse de apoyo mutuo y expresar sentimientos que son comunes en ellos, pero se consideran inapropiados para la cultura imperante o la atribuida al investigador. Por otra parte, los temas tabú, varían considerablemente en los diversos contextos y grupos poblacionales.

Para la selección de pacientes existe consenso entre los expertos en que los grupos focales deben estar conformados por no menos de 4 participantes y no más de 10. La variación dependerá de los objetivos del proyecto y de los recursos de que se disponga.

En los grupos focales, la forma en que se analizan los datos no difiere en esencia de lo que se hace en cualquier otra técnica cualitativa, desde la lectura general de los datos, hasta la contextualización de la información. Debe evitarse la expresión porcentual de los resultados, aunque no descartarse del todo. Es importante distinguir entre las opiniones individuales expresadas y las de consenso. Como en todo análisis cualitativo, los casos negativos deben ser tenidos en cuenta, es decir, aquellas expresiones que no se ajustan al consenso grupal.²¹

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Vivimos en un mundo que envejece. En la actualidad más de 600 millones de personas en todo el planeta tienen 60 años o más, y para el 2050 se estima que sea el 22 % de la población total, es decir, casi 2 000 millones de individuos.²² En América Latina y el Caribe la población mayor de 60 años aumentará de 42 millones en el año 2000 a 100 millones en el 2005.²³

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.²⁴

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) creó el Centro de Atención Social a la Salud de los Adultos Mayores (CASSAAM), en el cual se otorgan servicios interdisciplinarios de valoración integral y de envejecimiento activo a derechohabientes mayores de 60 años, a fin de que logren mantener, prolongar y recuperar su salud e independencia funcional.

El propósito fundamental de esta Unidad es que las personas lleguen a su vejez conservando el mayor tiempo posible su independencia funcional; es decir, que puedan seguir resolviendo por sí solos sus actividades básicas de la vida diaria (levantarse, desplazarse en casa, bañarse, vestirse, arreglarse, comer, ir al baño), así como sus actividades instrumentales de la vida diaria (tomar sus medicamentos, hablar por teléfono, salir, desplazarse en la calle o utilizar el transporte público, hacer sus compras).²⁵

Si partimos de la prioridad de estudiar la autopercepción del adulto mayor, se investigarán los determinantes con el planteamiento de la siguiente pregunta:

¿Cuál es la autopercepción del envejecimiento en el adulto mayor que acude al Centro de Atención Social a la Salud de las y los Adultos Mayores (CASSAAM)?

JUSTIFICACION

El concepto de salud ha sido un aspecto muy controvertido de la medicina a través del tiempo. Ha quedado en desuso el criterio de que salud es igual a la ausencia de enfermedad, la OMS introdujo el concepto que entiende como tal "un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades". Salud y enfermedad constituyen un par de categorías contradictorias. Forman parte de un proceso continuo, móvil que refleja el grado de adaptación del hombre como ser biosocial a las condiciones biológicas y sociales del medio.²²

La salud es un estado de equilibrio, con determinado grado de componente subjetivo, entre lo biológico y lo psíquico con el medio ambiente social, cultural y natural. Así, pues, la salud no significa simplemente ausencia de enfermedad, es un estado biocultural de equilibrio relativo y función normal mantenidos dentro de contextos temporales, sociales, culturales y ecológicos específicos.⁸ No es difícil llegar a la conclusión que el criterio utilizado por la OMS para definir la salud no se ajusta a los ancianos. Los cambios que acompañan el proceso de envejecimiento conllevan, en una buena parte de ellos, determinadas deficiencias funcionales en órganos del cuerpo que conducen a la disminución funcional del organismo como un todo.²²

De ahí, la necesidad de contar con estudios que nos permitan explorar y comprender la manera en que se auto perciben los viejos, desde su propio testimonio o bien, como es en este caso, con el uso de palabras claves que se acerquen a lo que consideran su propia imagen de ser viejos.

OBJETIVO

Evaluar a través del análisis del contenido de las opiniones individuales expresadas y las de consenso .La autopercepción del envejecimiento y calidad de vida del adulto mayor, analizar los factores sociales, biológicos y psicológicos que influyen en la calidad de vida del adulto mayor durante las entrevistas del grupo focal, considerando el material grabado y transcrito.

METODOLOGÍA

Estudio cualitativo exploratorio a través de entrevista semi-estructurada aplicada a grupos focales.

El tamaño de la muestra y la elección de los pacientes es por conveniencia de acuerdo a lo que exige la metodología de grupos focales, cada grupo estará integrado por 4 a 10 pacientes adultos mayores para formar el grupo de discusión. Y que cumplan con los siguientes criterios:

CRITERIOS DE INCLUSION:

Paciente de 65 años y más.

Ambos sexos.

Que haya asistido en el año próximo inmediato a pláticas del auto cuidado de la salud.

Que estén sanos o enfermos.

Que haya asistido por lo menos en 3 ocasiones a vigilancia médica de su padecimiento.

Que deseen participar en forma autónoma en la investigación.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

Que padezca demencia senil, depresión profunda u otros padecimientos que le impidan participar en un grupo focal.

Que sufra de sordera y no tenga aparatos para compensar la audición.

Que no cumpla con las sesiones pactadas por la investigación.

Procedimiento

El día de la entrevista se les explicó el propósito del estudio y se les enfatizó el carácter voluntario del mismo, con la firma de consentimiento informado.

Se organizaron tres grupos de la siguiente manera: (grupo 1) Con 7 participantes, (grupo 2) con 4 participantes, (grupo 3) con 5 participantes. Se estudiaron las siguientes variables:

- I. Características personales: edad, sexo, estado civil, nivel de educación, nivel socioeconómico, actividad laboral, actividad física, adicciones.
- II. Características familiares y de redes de apoyo: ¿con quién vive?, ¿recibe apoyo de la familia? ¿percibe cariño por parte de la familia? ¿tiene amigos cercanos? ¿pertenece a grupos sociales?
- III. Características patológicas: patologías que se refieran y características de las mismas (tiempo de evolución, manejo, etc.)
- IV. Autopercepción y calidad de vida

Tratamiento estadístico

Las sesiones fueron grabadas en audio y transcritas para posteriormente llevar a cabo el análisis de contenido de acuerdo con las categorías de exploración propuestas, considerando nuevas categorías emergentes e identificando las instancias de respuesta que las representan.

Para las variables sociodemográficas se empleó el programa SPSS v. 20 en español para obtener las frecuencias.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se solicitó la firma del consentimiento informado aceptando participar en la investigación. La intervención del médico investigador no modificó ni interfirió con la realización de la investigación y se cuidaron los aspectos éticos. Se aplicaron los principios éticos de autonomía, beneficencia, justicia, equidad y confidencialidad, en base a los siguientes artículos de reglamento federal y de la ley general de salud:

ARTÍCULO 13. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

ARTÍCULO 16. En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

ARTÍCULO 18. El investigador principal suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño a la salud del sujeto en quien se realice la investigación. Asimismo, será suspendida de inmediato cuando el sujeto de investigación así lo manifieste.

ARTÍCULO 20. Se entiende por consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla.

GUIA DE ENTREVISTA

CARACTERÍSTICAS PERSONALES (se llenará previamente a las sesiones grupales)

Edad

Sexo

Estado civil

Nivel de Educación

Nivel socioeconómico (ocupación, fuente de ingreso)

Actividad física

CARACTERÍSTICAS FAMILIARES Y REDES DE APOYO

¿Con quién vive?

¿Recibe apoyo de la familia?

¿Percibe cariño por parte de la familia?

¿Tiene amigos cercanos?

¿Pertenece a grupos sociales?

CARACTERÍSTICAS PATOLÓGICAS

¿Ha tenido problemas de salud en los últimos meses? ¿De qué tipo?

¿Desde cuándo tiene esta enfermedad?

AUTOPERCEPCION Y CALIDAD DE VIDA

¿Qué significa ser adulto mayor para sí mismo y su familia?

-Esta etapa de vida. ¿Qué aspectos positivos y negativos tiene?

¿Qué cree usted que le dé sentido a esta etapa de la vida?

¿Se considera usted un adulto mayor feliz o satisfecho?

¿Se cumplieron sus expectativas de vida o están por cumplirlas?

¿Se siente satisfecho con lo que ha logrado?

¿Qué necesita para vivir con calidad el adulto mayor?

¿La familia contribuye a que tenga el adulto mayor calidad de vida?

¿Qué es lo más importante para la calidad de vida del adulto mayor actualmente?

RESULTADOS

I. Características personales

Dentro de los parámetros sociodemográficos se encontró una edad promedio de 72.8 años, una desviación estándar de 7, con un mínimo de 65 y máximo de 84. En cuanto al género 81% fueron mujeres y 19% hombres. En el estado civil, 69% son viudos y 31% casados. La escolaridad fue de la siguiente manera: primaria incompleta 44%, primaria completa 19%, secundaria incompleta 13%, no saben leer ni escribir y bachillerato 12% respectivamente.

75% son amas de casa, 19% son jubilados y solo una persona con actividad laboral que corresponde al 6%. La calidad de alimentación fue buena en 62% y mala en 38%.

La fuente de ingreso a través del apoyo económico familiar se dio en el 57%, la pensión y el apoyo familiar en 31%, la pensión y el ingreso laboral más apoyo familiar en el 6% cada uno.

Cabe mencionar que todos los entrevistados, al acudir al CASSAAM, realizan actividad física.

II. Características familiares y redes de apoyo.

Sólo 2 pacientes (hombres) del total de entrevistados viven solos, el resto viven con la pareja y/o hijos. Todos se perciben con cariño y apoyo tanto familiar como de personas cercanas. Y el total pertenece a grupos sociales dentro de los cuales se encuentra el CASSAAM.

III. Características patológicas

Se encontró que dos pacientes presentaron Ca de Mama por lo que estuvieron bajo manejo oncológico y fueron dadas de alta por mejoría. Con hipertensión arterial fueron 5 pacientes, con diabetes mellitus 2, uno con hernia hiatal, uno con catarata corregida y una con hipoacusia leve corregida con aparato auditivo. Todos bajo vigilancia y control médico.

IV. Autopercepción y calidad de vida

- ❖ La percepción que tienen los pacientes sobre su etapa de vida y como la viven se manifiesta de la siguiente manera:

ME: "una persona con muchos años, mucha experiencia y me siento útil".

ES: "ser anciana, capacidad de andar por allí por allá"

R: "todavía no me acomodo"

S: " Ser viejito. Estar como desecho"

A: "Etapa bonita por ser independiente. Por estar realizando cosas que no hacía antes"

❖ Esta etapa de la vida ¿Qué aspectos positivos y negativos tiene?

E: "Aspectos positivos: ser independiente, hacer lo que me gusta, tener el cariño de la familia y apoyo. Aspectos negativos: no poder hacer todo lo que hacía antes"

JJ: "Aspectos positivos: Estar activo, ser positivo, ser independiente, estar sano. Aspectos negativos: Casi ninguno.

C: "Positivos: Hacer lo más me gusta y el cariño de mi familia. Negativos: Tener algunas enfermedades."

MA: "Aspectos positivos: hacer actividades que no podía realizar antes por falta de tiempo. Negativos: Algunas limitaciones físicas y en ocasiones se me olvidan algunas cosas.

❖ ¿Qué cree usted que le dé sentido a esta etapa de la vida?

La mayoría contestó: mis hijos, mi familia, el ser independiente. Así como: Estar feliz, el empezar un nuevo día, el tener fuerza y salud, estar activa.

❖ ¿Se considera usted un adulto mayor feliz o satisfecho?

R: contesto "que no se encuentra satisfecho porque le faltó algo (rechazó una oferta de trabajo en Honduras porque su esposa se opuso)"

J: "no estoy satisfecha porque mi hijo terminó una carrera pero no tiene trabajo ni dinero para emprender un negocio"

Todos los demás contestaron que son felices y satisfechos ya que se cumplieron sus expectativas, porque vieron a sus hijos terminar una licenciatura y ser independientes.

❖ ¿Se cumplieron sus expectativas de vida o están por cumplirlas?

ME: "no se cumplieron todas mis expectativas porque lo que esperaba era que al final terminara junto con mi pareja. "toda ilusión de la mujer es acabar con su pareja".

E: "me faltó amor y cariño por parte de mi pareja, nunca me dio un beso en la boca"

El resto contestó que sí se cumplieron sus expectativas de vida.

❖ ¿Se siente satisfecho con lo que ha logrado?

ME: "sí me siento satisfecha, porque he logrado que mis hijos estén bien de salud, en forma económica"

S: "me siento satisfecho por lo que he hecho, por ser independiente y porque he llevado una vida calmada"

En general, los demás contestaron que están satisfechos porque lograron hacer de sus hijos personas de bien, ser independientes, con solvencia económica, y porque hubo tiempos difíciles y los lograron superar.

❖ ¿Qué necesita para vivir con calidad el adulto mayor?

ME: "cuidarse, acudir a citas médicas, hace ejercicio, llevar una dieta adecuada, estar activo, bailar, cantar"

R: "hacer ejercicio, actividad, hacer las cosas que nos gusten, el cariño de la familia"

S: "caminar media hora diario"

❖ ¿La familia contribuye a que tenga el adulto mayor calidad de vida?

Todos contestaron afirmativamente

¿Cómo?: “dejándonos ser independiente, haciendo lo que nos gusta, con los cuidados de la familia, la convivencia con la familia, estar acompañados por los seres queridos, están al pendiente de nosotros y de nuestras actividades”.

E, ME y R: “Haciendo modificaciones en la casa (arreglaron el baño, la recámara, pisos antiderrapantes, barras)”

❖ ¿Qué es lo más importante para la calidad de vida del adulto mayor actualmente?

ME: “Aprender a vivir, cuidarse, ya no preocuparse por los problemas de los demás, preocuparse por uno mismo”

R: “Hacer lo que hacía antes, cuidar de mi salud, hacer ejercicio, gozar el tiempo, buscar a mis amigos, vivir mejor el tiempo que me quede”

S: “cuidarnos, tomar las medicinas, hacer ejercicio y evitar la polifarmacia”

JJ: “Una buena nutrición, realizar ejercicio, cuidarse, tomar el medicamento para padecimientos”.

ANALISIS

En este estudio se encontró que la mayoría de los participantes fueron mujeres muy entusiastas y la mayor parte no habían estudiado, solo contaban con primaria incompleta, más de la mitad eran viudos (as) que colaboraban en sus hogares

Por otra parte la mayoría de adultos mayores no se encontraba recibiendo ingresos por concepto de pensión, sino por parte de la familia. Existe una pequeña parte de la población mayor que se mantiene laboralmente activa. La enfermedad de mayor prevalencia fue la Hipertensión Arterial Sistémica. Respecto al sistema de seguridad social, el 100% está afiliado al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

En cuanto a la percepción de envejecimiento físicamente se sienten aun con vitalidad con muchos logros y madurez, algunos perciben declive de los sistemas fisiológicos: "no puedo hacer todo lo que hacía antes", "Tener algunas enfermedades." Otros adultos mayores perciben el envejecer como normal y como una oportunidad: "hacer actividades que no podía realizar antes por falta de tiempo". La gran mayoría se encontraban muy satisfechos porque se lograron la mayoría de sus expectativas y por ser adultos mayores autónomos, además porque vieron a sus hijos terminar una licenciatura y tener solvencia económica; algunas vieron como aspecto negativo en esta etapa la pérdida de su pareja (fallecimiento): "no se cumplieron todas mis expectativas porque lo que esperaba era que al final terminara junto con mi pareja. "Toda ilusión de la mujer es acabar con su pareja".

Componente social: la familia y el estar integrados en organizaciones fortalece su sistema de apoyo al desarrollar bases sólidas para afrontar diversas situaciones: "mi familia me apoya dejándome ser independiente y dejándome hacer lo que me gusta".

La mayoría expresa que lo que necesita el adulto mayor para vivir con calidad es: "Aprender a vivir, cuidarse, no preocuparse por los problemas de los demás, preocuparse por uno mismo, cuidar de mi salud, hacer ejercicio, gozar el tiempo, buscar a mis amigos, vivir mejor el tiempo que me quede, tomar las medicinas, evitar la polifarmacia y llevar una buena nutrición.

DISCUSION

El objetivo de este estudio fue analizar y evaluar la autopercepción del envejecimiento y calidad de vida del adulto mayor, analizar los factores sociales, biológicos y psicológicos que influyen en la calidad de vida del adulto mayor.

Cabe mencionar que en el CASSAAM labora un grupo multidisciplinario que se encarga de proporcionar información respecto a los cambios esperados en esta etapa de vida y se les motiva para adoptar estilos de vida saludable e incrementar el grado de bienestar. Derivado de esto, la percepción que inicialmente tenían estos pacientes respecto a esta etapa cambió a su ingreso a este centro.

Los factores socioeconómicos como el nivel de educación, empleo e ingresos económicos ejercen un efecto en el estado de salud como se observa con los resultados obtenidos, que son similares a lo reportado en el Informe 2000 en España.

En relación a las patologías que presentan los pacientes estudiados difiere de lo que comenta Garay-Villegas, ya que en nuestro estudio se observó similitud en la distribución de patologías por sexo.

En lo que respecta al afecto, hubo respuestas de muestras de rechazo hasta sentimientos de mucho cariño por parte de sus familiares que coincide con lo que menciona Candás en su estudio.

Se observó que más de la mitad han perdido a su pareja y también la mayoría de los entrevistados no son económicamente activos por lo que reciben ayuda de sus familiares, así como lo refiere Meléndez.

En forma general, podemos decir que la autopercepción de los participantes se ve afectada por diversas circunstancias personales, familiares, laborales, culturales y de salud. Es decir, no se puede tener una única autoconcepción de la vejez, ya que esta dependerá de las vivencias y los aspectos socioculturales de cada individuo.

CONCLUSIONES

Por lo expuesto anteriormente podemos concluir que los pacientes estudiados presentan un envejecimiento activo ya que al integrarse al Centro Social de referencia, realizan actividades tanto físicas como recreativas y se les proporciona la información necesaria respecto al cuidado de su salud en relación a la dieta, el cuidado de los pies, higiene dental, terapia emocional, a las patologías propias de la edad y crónico-degenerativas.

Con esta información, una dieta balanceada y la práctica de un deporte o una actividad física adecuada a la condición corporal contribuyen enormemente a tener una buena Salud integral; aunque habría que agregar que cada uno de los entrevistados tiene una especie de elemento clave para conservarse bien además de realizar las actividades mencionadas, podría decirse que existe un parte única y singular en cada persona que la mantiene saludable ejemplos tales como: *“ser feliz, “andar para arriba y para abajo”, “moverme, bañarme, arreglarme”*

Independientemente del estado de salud que presenten, lo más importante es el grado de funcionalidad que tienen, la capacidad de disfrute que poseen, la manera de relacionarse con los demás y su satisfacción por la vida en general.

Derivado de lo todo lo expuesto, es fundamental que tanto los adultos mayores como sus familiares conozcan los cambios que se presentan en esta etapa de la vida para favorecer un envejecimiento exitoso, por tal motivo se sugiere que en el primer nivel de atención se realice una valoración geriátrica integral y grupos de apoyo para lograr este objetivo.

BIBLIOGRAFIA

1. Fernández LN y col. Estilos de vida, bienestar subjetivo y salud de los ancianos. *Rev Cubana Med Gen Integr*; 16(1). Feb 2000.
2. Fielding RA. The role of progressive resistance training and nutrition in the prevention of lean body mass in the elderly. *J Am Coll Nutr*. 1995;14(6):587-94.
3. Brailovsky KS, Rodríguez GR. Teorías sobre el envejecimiento. En Rodríguez R et al. *Geriatría*. México: Editorial McGraw-Hill Interamericana. 2002. P. 25-28.
4. González CA, Ham-Chande R. Funcionalidad y salud: Tipología del envejecimiento en México. *Salud Pública Mex*; 49 supl 4: S448-S458.
5. Fried LP, Ferrucci L, Darrar J. Untangling the concepts of disability, frailty and comorbidity: Implications for improved targeting and care. *J Gerontol Med Sci* 2004; 3(59): 255-263.
6. Kaleta D, Polanska K, Dzionkowska E, Hanke W, Drygas W. Factors influencing self-perception of health status. *Cent Eur J Public Health* 2009; 17(3): 122-127.
7. Noriega JA, Guedea M, Laborín-Álvarez et al. Autoconcepto, Locus de Control y Orientación al Éxito: sus Relaciones Predictivas en adultos mayores del Noreste Brasileño. *Psicología USP*, 2007, 18(1), 137-151.
8. Uotinen V, Rantanen T, Suutama T, Ruoppila I. Change in subjective age among older people over a n eight-year follow-up: "Getting older and deeling younger?". *Experimental Aging Research*, 32: 381-393. 2006.
9. Alonso-Palacio LM y col. Percepción del envejecimiento y bienestar que tienen los adultos mayors del Hogar Geriátrico San Camilo de la ciudad de Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte*. 2010; 26(2): 250-259.
10. Organización de Naciones Unidas, Reunión sobre envejecimiento. Kiev, URSS: ONU; 1979.
11. Department of economic and social affairs. Population division. World population aging: 1950-2050. Naciones Unidas. New York. 2001. ISBN 92-1-051092-5.

12. Consejo Nacional de la Población. Estimaciones en base al XII Censo General de Población y Vivienda del año 2000.
13. Miguel-Jaimes A, Ortiz-de la Huerta D. Gerontología, geriatría y medicina interna. México: Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina UNAM; 2006. Disponible en:
<http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spivsa/.../siete.pdf>
14. Rendón-Orozco MC et al. Valoración clínica integral en geriatría. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2011; 49 (2): 171-177.
15. IMSERSO (2000). Informe 2000. Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas. Tomo I. Colección Documentos. Serie Documentos Estadísticos.
16. Garay-Villegas S, Avalos-Pérez R. Autopercepción de los adultos mayores sobre su vejez. Rev Kairós, São Paulo, 2009; 12(1): 39-58.
17. Candás, S. y García, O. (2006). Perspectiva de la tercera edad acerca de la mirada de los "otros" sobre la vejez. Rev Electrónica de Psicología Política, año 4, n. 12, octubre.
18. Meléndez, J. C. (1996). La autopercepción negativa y su desarrollo con la edad. Rev Geriátrika. 1996; 12(8).
19. Uwe Flick. Introducción a la Investigación Cualitativa. Ed. Morata. 2007. Pág: 15-27.
20. Colás Bravo MP. Enfoques en la metodología cualitativa: sus prácticas de investigación. En Métodos de Investigación en Psicopedagogía. Buendía Eisman Leonor. Ed. McGraw Hill. 1998. 225-249.
21. Díaz-Llanes G. Los grupos focales. Su utilidad para el médico de familia. Rev Cubana Med Gen Integr. 2005; 21(3-4).
22. Buena Praxis. Primer informe sobre el estado de envejecimiento y la salud en América Latina y el Caribe.
23. Gallegos-Carrillo K et al. Autopercepción de la salud del adulto mayor Rev Saúde Pública 2006;40(5):792-801.
24. Martínez Fuentes, Antonio Julián and Fernández Díaz, Ivonne Elena. Ancianos y salud. Rev Cubana Med Gen Integr, Dic 2008, vol.24, no.4.
25. Centro de Atención Social a la Salud de las y los Adultos Mayores (CASSAAM).

ANEXOS

CRONOGRAMA

	Marzo 2011 Enero 2012	Febrero 2012	Enero Junio 2012	Octubre Diciembre 2012	Marzo Agosto 2013	Septiembre 2013
Elaboración de Protocolo						
Registro en el Comité Local de Investigación						
Recolección de datos						

ANEXO 2

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACION CLINICA

Lugar y Fecha

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:

AUTOPERCEPCION DEL ENVEJECIMIENTO EN EL ADULTO MAYOR EN EL CENTRO DE ATENCION SOCIAL A LA SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES (CASSAAM)

Registrado ante el Comité Local de Investigación o de la CNIC con el número: 3516

El objetivo del estudio es:

Evaluar la autopercepción del envejecimiento en el adulto mayor en el centro de atención social a la salud de los adultos mayores (CASSAAM)

Se me ha explicado que mi participación consistirá en:

En responder una serie de preguntas que contestara en un promedio de 20 minutos

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio que son los siguientes:

NINGUNO YA QUE SOLO ES RESPONDER UN CUESTIONARIO

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

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto.

El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

MC. Víctor Manuel Aguilar Matrícula
Nombre, firma y matricula del Investigador Responsable

Nombre, firma y matricula del Investigador Responsable. Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio: TEL 5747 3500 EXT 25158 victor.aguilar@imss.gob.mx Este formato constituye solo un modelo que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación y sin omitir información relevante del estudio. Clave: 2810-009-013

ANEXO 3.

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

No.	AFILIACIÓN	EDAD	SEXO		ESTADO CIVIL		ESCOLARIDAD						OCUPACIÓN				ALIMENTACION		INGRESO ECONÓMICO			
			M	F	C	V	N	PI	P C	SI	S C	B	C	J	L	B	M	P	AF	I	A	
1																						
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						

M= masculino F= femenino C= casado V= viudo N= no sabe leer ni escribir Pi= primaria incompleta Pc=primaria completa Si= secundaria incompleta
 Sc= secundaria completa B= bachillerato C= ama de casa J= jubilado L= actividad laboral B= buena M= mala P=pensión AF= apoyo familiar
 I= ingreso laboral A= ambas (pensión y apoyo familiar)