

AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD, FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SOCIAL DE UNA POBLACIÓN SUBURBANA DE ADULTOS MAYORES

*Luz María Vargas Esquivel

RESUMEN

La mayoría de los estudios han valorado la salud de los adultos mayores a través de diversos modelos como el biomédico tradicional y el biopsicosocial. Sin embargo, han pasado por alto la autopercepción de su salud, la cual contribuye en la calidad de vida. Para tal efecto se llevó a cabo un estudio de tipo descriptivo en una población de 100 ancianos de la Colonia Valle de los Reyes del Municipio Los Reyes la Paz, Estado de México, los cuales fueron valorados con el Cuestionario de Necesidades de la OPS, el APGAR Family y El Older American and Resource Socials (OARS). Los resultados obtenidos fueron analizados a través de frecuencias relativas.

De acuerdo a los datos obtenidos se concluye que las mujeres viejas perciben tener más problemática con respecto a la salud general, autoperciben estar más insatisfechas con su vida, así como incapacidad social leve en comparación con la de los hombres quienes refieren tener mal estado visual, dental y disfunción familiar. Lo cual resulta contrastante con respecto al estado de la salud física de esta población, dichos resultados nos debe poner en alerta, ya que la población mayor de 70 años probablemente manifieste un mal estado de salud, como un dato enmascarado de la pérdida de roles tanto en la familia como en la sociedad.

Palabras Clave: *autopercepción de la salud, salud, ancianos, adultos mayores, funcionalidad familiar, funcionalidad social, satisfacción vital.*

Self-Perception of the Health, Family and Social Functionality of an Elderly Suburban Population

ABSTRACT

Most traditional studies have valued the health of the adults by means of diverse models such as biomedical model, and biopsychosocial model. However, these have passed over self-perception of health, which contributes to quality of life. For such an effect, we carried out a descriptive study in a population of 100 elderly men of the Valle de los Reyes colony, Los Reyes la Paz Municipal area of the State of Mexico. This was evaluated by Questionnaire of Needs of the OPS, APGAR Family and Older American and Resource Socials (OARS). Results obtained were analyzed by relative frequencies.

According to the obtained data, one may conclude that elderly women perceive more problems with regard to general health, they perceive they are more unsatisfied with life, as well as slight social inability; in comparison, self-perception of health of elderly men who refer to poor visual state, dental state, and family dysfunction. This contrast regarding the state of this population's physical health should put us on alert for the population older than 70 years, as they probably manifest an un-well state of health, as a masked fact probably due to loss of their roles in the family as in well as in the society.

Key Words: *selfperception of the health, health, elderly, family functionality, social functionality, vital satisfaction.*

ARTÍCULO RECIBIDO EL 2 DE AGOSTO DEL 2001 Y ACEPTADO EL 11 DE FEBRERO DEL 2002.

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas se han observado diversos fenómenos a nivel mundial como: La transición demográfica y epidemiológica. El primer término fue propuesto inicialmente en 1953 por Frank Notestein, quien señalaba que las sociedades agrícolas necesitaban altas tasas de fecundidad para compensar las altas tasas de mortalidad y que algunos factores socioculturales como la urbanización, la educación, los cambios económicos y sociales generaban una disminución de las tasas de defunción, particularmente las tasas de mortalidad de niños menores de un año; y que las tasas de fecundidad comenzaron a declinar a medida que los hijos pasaron a ser más costosos y menos valiosos en términos económicos¹. Por otro lado, hoy en día este término se traduce en un proceso continuo de envejecimiento, es decir, la proporción de niños y jóvenes tiende a disminuir y la población en edades adultas y avanzadas tiende a aumentar. En este sentido el Consejo Nacional de Población señaló que a finales del 2000 la población de personas de 65 años y más es de 4.8 millones de personas y estima que ésta aumentará de la siguiente manera: 7 millones para el 2010; 17 millones para el 2030; y 32,4 millones en el 2050. De ahí, que se podrá observar que al igual que a otros países del resto del mundo “a México también le saldrán canas y se pondrá viejo”, ya que su envejecimiento demográfico será un proceso muy rápido e intenso, reflejado en la pirámide de población (Gráficas 1, 2, 3), en la cual se tiene que hoy uno de cada veinte mexicanos tiene 65 años de edad o más, en el 2030 representarán uno de cada ocho, y en el 2050 uno de cada cuatro habitantes del país, con un incremento en la edad media de 27 a 45 años, lo cual nos debe poner en alerta, ya que en un futuro los que ahora formamos parte del grupo de adultos jóvenes, integraremos parte del grupo de adultos mayores en dicha pirámide²⁻¹⁰.

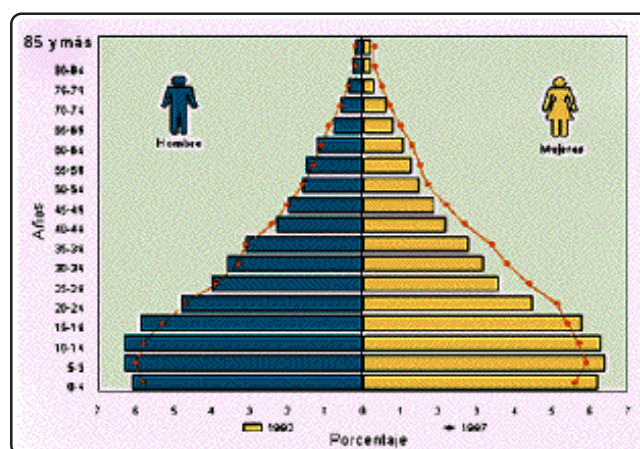
El concepto de Transición Epidemiológica fue acuñado originalmente por Omran, quien lo define como un “proceso que incluye una serie de cambios a largo plazo en los patrones de muerte, enfermedad e invalidez que caracterizan a una población en particular”, entraña un cambio predominante de las enfermedades infecciosas a las enfermedades crónico-

degenerativas y los accidentes, como se puede apreciar en la Tabla 1¹¹⁻²⁵.

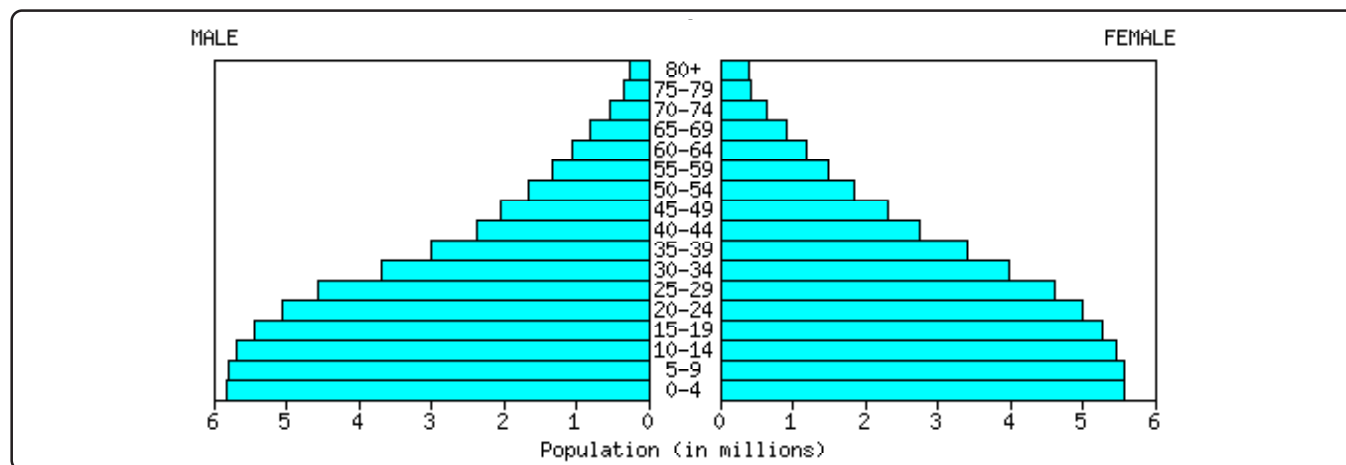
Lo anterior nos debe mantener en alerta, ya que la atención de los adultos mayores implica desafíos políticos, económicos, médicos y sociales²⁶. Por otro lado, se ha observado que las enfermedades crónico-degenerativas que presenta esta población les propicia secuelas incapacitantes e invalidantes repercutiendo en su estado de salud y calidad de vida. De ahí, la importancia de estructurar políticas y programas de atención que permitan mejorar o mantener una calidad de vida saludable.

No obstante, se ha observado que tradicionalmente los informes comparativos del estado de salud en diversos grupos de población, sólo se enfocan a reportar datos respecto a la morbilidad y mortalidad, sin tomar en cuenta la autopercepción del individuo respecto a su estado de salud²⁷.

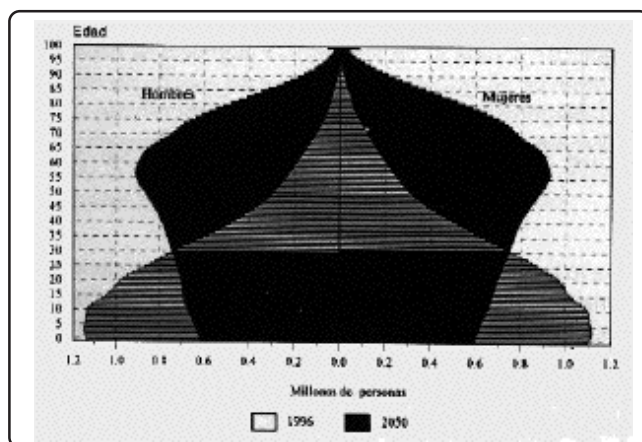
Con respecto al término de salud la Organización Mundial de la Salud (OSM) la define como: “El pleno bienestar físico, mental y social del individuo”, sin embargo, dicha definición no es



Gráfica 1. Perfil sociodemográfico y económico. Estructura porcentual de la población por edad y sexo, 1992 y 1997. Fuente: INEGI; Encuesta nacional de la dinámica demográfica, 1992 y 1997, México, 1994, 1999.



Gráfica 2. México: 2000. Source: U.S. Census Bureau, International Data Base.



Gráfica 3. Pirámide de población. 1996 y 2050. Fuente: CONAPO, Perspectivas Demográficas del Envejecimiento en México; 1999.

aplicable para la población de adultos mayores, ya que la salud es un proceso y no un sólo instante en la vida del hombre, es decir, que además de ser dinámica requiere ser medida y cuantificable, lo cual es más difícil en los ancianos, ya que las modificaciones que se presentan durante el proceso normal de envejecimiento, no son iguales en todos los individuos y mucho menos en los aparatos y sistemas. De ahí, que bajo ese enfoque se entendería que todos los ancianos están enfermos. Por lo tanto, el concepto más adecuado de salud en los ancianos sería el propuesto por la OMS en 1984, señalando que ésta debe ser entendida 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, desarrollar de manera independiente sus actividades de la vida diaria²⁸.

Por lo tanto, Gordon desde 1987 sugirió que en la valoración del adulto mayor se utilizaran patrones de salud funcional para la organización de los datos, los cuales representan áreas importantes para el funcionamiento diario (percepción de la salud, patrón nutricional y metabólico, de eliminación, actividad y ejercicio, estado cognitivo y perceptual, de autoconcepto, de sexualidad, de tolerancia, de sueño y reposo, de interacción social y de valores). No obstante, también se debe considerar la autopercepción del anciano sobre la funcionalidad familiar y de los recursos sociales, ya que éstos también influyen en su salud. Por tal motivo se tiene que el modelo más idóneo para evaluar la salud en esta población es el Bio-psico-social-funcional, ya que éste expresa la capacidad del individuo para vivir independientemente a pesar de sus limitaciones físicas (vista, oído, y estado dental), psicológicas y socio ambientales, así mismo, permite detectar, describir y cuantificar la discapacidad del anciano e identificar la necesidad de ayuda para realizar algunas actividades cotidianas, también promueve la precisión para realizar adaptaciones a los utensilios que favorezcan la independencia del anciano en su hogar²⁹.

Sin embargo, se ha observado que la mayoría de las investigaciones sobre la percepción de la salud han sido realizadas en países desarrollados, datos que no podemos extrapolar a la

población mexicana, ya que las características antropológicas y redes de apoyo son muy diferentes. De ahí la importancia de conocer la percepción de la salud de los ancianos en un área suburbana, con la finalidad de crear programas de atención adecuados a sus necesidades, ya que si consideramos las características socioeconómicas y culturales de la población en estudio se infiere que la percepción de la salud será más precaria y que la edad y el género influyen en la autopercepción.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio de tipo observacional, prolectivo, transversal y descriptivo en la Colonia Valle de Los Reyes del Municipio Los Reyes la Paz. Cabe resaltar que de acuerdo al IX Censo General de población y vivienda de 1990, la población de 60 años y más en este Municipio era de 3,257 (2.4%), el cual se caracteriza por ser de tipo suburbano, con nivel socioeconómico bajo, escolaridad de primaria o analfabetas. La mayoría con funcionalidad física, mental y social de independencia. Tomando en cuenta lo anterior, se estudió una población de 100 ancianos durante el periodo de agosto a octubre de 1998, quienes fueron valorados con el Cuestionario de Necesidades de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el cual tiene como finalidad evaluar las necesidades físicas, psicológicas y sociales de los adultos mayores, así como la satisfacción con las mismas, éste es de fácil aplicación e interpretación, operacionaliza sus variables como: Muy Bueno, Bueno, Muy Malo, Malo; o como Muy Satisfecho, Satisfecho, Muy insatisfecho e Insatisfecho.

El cuestionario se divide en las siguiente estructura:

1. Información General: Edad, género, estado civil, número de habitantes, satisfacción vital y escolaridad.
2. Salud Física: Estado de salud, problemas de salud, uso de servicios médicos, tratamiento, estado de la vista, del oído y dental; uso de prótesis e instrumentos de apoyo.
3. Actividades de la Vida Diaria:
 - 3.1 Básicas: Alimentación, vestido, deambulación y baño, entre otros.
 - 3.2 Instrumentales: Preparación de la comida, labores domésticas, consumo de medicamentos, etc.
4. Utilización de servicios médicos y dentales: Evalúa el tipo de servicios, satisfacción con los mismos, tipo de personas que le apoyan y problemas con los diferentes servicios.
5. Recursos, actividades y uso de servicios sociales: Explora el contacto social, ayuda de familiares y amigos, estructura familiar y actividades recreativas.
6. Medio ambiente físico y de transporte: Propiedad de la vivienda, servicios intra domiciliarios, satisfacción con la vivienda y problemas con el transporte.
7. Empleo e Ingresos: Contempla aspectos relacionados con la fuente, cantidad y suficiencia del ingreso, ocupación actual y anterior.

Una de las deficiencias del cuestionario de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) es que no valora la salud

VERTIENTES

Orden	1940	1950	1960	1970	1980	1990	1999
1	Diarrea y Enteritis	Gastroenteritis	Gastroenteritis y Colitis	Neumonía e Influenza	Accidentes	Enf. del Corazón	Enf. del Corazón
2	Neumonía e Influenza	Neumonía e Influenza	Neumonía e Influenza	Enteritis y otras enfermedades diarreicas	Enf. infecciosas intestinales	Tumores Malignos	Tumores Malignos
3	Paludismo	Enf. propias de la infancia	Enf. propias de la infancia	Accidentes, envenenamientos y violencias	Neumonía e Influenza	Accidentes	Diabetes Mellitus
4	Sarampión	Paludismo	Enf. del Corazón	Enf. del Corazón	Enf. del Corazón	Diabetes Mellitus	Accidentes
5	Homicidios	Enf. del Corazón	Accidentes	Causas perinatales	Tumores Malignos	Ciertas infecciones originadas en el periodo perinatal	Enf. del Hígado
6	Bronquitis	Homicidios	Tumores Malignos	Tumores Malignos	Enfermedades cerebrovasculares	Neumonía e Influenza	Enfermedades cerebrovasculares
7	Enf. del Hígado y Cirrosis Biliar	Accidentes	Homicidios	Enfermedades cerebrovasculares	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del Hígado	Enf. infecciosas intestinales	Ciertas infecciones originadas en el periodo perinatal
8	Debilidad congénita, vicios de conformación congénitos	Tos ferina	Bronquitis	Sarampión	Diabetes Mellitus	Enfermedades cerebrovasculares	Neumonía e Influenza
9	Enf. del Corazón	Tuberculosis	Tuberculosis	Cirrosis hepática	Homicidios y lesiones infligidas intencionalmente por otras personas	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del Hígado	Agresiones (Homicidios)
10	Tuberculosis Pulmonar	Bronquitis	Cirrosis Hepática	Tuberculosis en todas sus formas	Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma	Homicidios y lesiones infligidas intencionalmente por otras personas	Enf. Pulmonares obstructivas crónicas

Tabla 1. Evolución de las principales causas de mortalidad general en México (1949-1999). Fuente: Secretaría de Salud, 1993, 1999.

mental, la percepción de la funcionalidad familiar y los recursos sociales³⁰.

Por tal motivo, se aplicó la escala del Family APGAR (Smilkstein 1978) diseñada para valorar la percepción del anciano sobre la funcionalidad familiar, se califica en una escala de tres puntos (casi siempre, a veces, casi nunca) y se clasifica en tres niveles 10-7 Familia Muy Funcional, 4-6 Disfunción moderada, 0-3 Familia Muy Disfuncional. Por otro lado, se utilizó El Older American and Resource Socials (OARS), El cual es de los más reconocidos a nivel internacional para valorar la percepción de la funcionalidad de los Recursos Sociales en los adultos mayores³¹⁻³³.

Para fines del estudio se consideraron como ancianos jóvenes (personas de 60 - 69 años de edad) y ancianos viejos (personas mayores de 70 años) y se analizaron las siguientes variables de autopercepción: estado de salud, estado de la vista, estado del oído, estado dental, funcionalidad familiar y funcionalidad social. Cabe señalar que los instrumentos fueron aplicados por personal de enfermería previamente capacitado, se utilizó la técnica de entrevista directa, la cual se llevó a cabo en tres momentos. Los resultados obtenidos fueron analizados a través de frecuencias relativas.

RESULTADOS

De los resultados obtenidos se observó que 61% corresponde al grupo etario de ancianos jóvenes y 39% al de ancianos viejos. Con relación al género se tiene que 29% son hombres y 71% mujeres. Por lo que respecta a la edad y género se detectó que del total de ancianos jóvenes 63% son mujeres y 55% hombres; del grupo de ancianos viejos 37% son del sexo femenino y 45% al masculino, lo cual refleja una tendencia mayor de mujeres ancianas jóvenes (Tabla 2).

Edad	Hombres	Mujeres	Total
60-69	16 (55%)	45 (63%)	61
70 a más	13 (45%)	26 (37%)	39
Total	29	71	100

Tabla 2. Población de Adultos Mayores con relación a edad y género. Fuente: Datos obtenidos de la aplicación directa de encuestas.

Respecto a la percepción de la salud según la edad y el género se observó que 69% de los hombres viejos manifestaron tener un buen estado comparado con el 38% de las mujeres; no obstante estas diferencias se modifican, ya que 58% de las mujeres viejas y 31% de los hombres viejos refieren que es malo (Tabla 3).

En relación a la percepción de la visión según la edad y el género de la población en estudio 69% de las mujeres y 31% de los hombres viejos exteriorizaron que su estado de la visión es malo; Sin embargo los hombres viejos refieren tener mejor estado que las mujeres 69% y 19% respectivamente (Tabla 4).

Autopercepción	Hombres		Mujeres	
	60-69	70 a más	60-69	70 a más
Muy malo	0 (0%)	0 (0%)	1 (2%)	1 (4%)
Malo	1 (12%)	4 (31%)	8 (18%)	15 (58%)
Muy bueno	1 (6%)	0 (0%)	4 (9%)	0 (0%)
Bueno	13 (82%)	9 (69%)	32 (71%)	10 (38%)
Total	16	13	45	26

Tabla 3. Autopercepción del estado de salud según edad y género. Fuente: Datos obtenidos de la aplicación directa de encuestas.

Autopercepción	Hombres		Mujeres	
	60-69	70 a más	60-69	70 a más
Muy malo	0 (0%)	0 (0%)	1 (2%)	3 (11%)
Malo	4 (37%)	4 (31%)	8 (18%)	18 (69%)
Muy bueno	3 (19%)	0 (0%)	3 (7%)	0 (0%)
Bueno	7 (44%)	9 (69%)	32 (73%)	5 (19%)
Total	16	13	45	26

Tabla 4. Autopercepción del estado de la visión según edad y género. Fuente: Datos obtenidos de la aplicación directa de encuestas.

Con relación al estado auditivo se tiene que 31% de los hombres viejos señalaron que audición es mala en comparación con el 8% de las mujeres; Sin embargo las mujeres jóvenes manifestaron tener buen estado auditivo comparado con los hombres de ese mismo grupo etario 87% y 75% respectivamente (Tabla 5).

Autopercepción	Hombres		Mujeres	
	60-69	70 a más	60-69	70 a más
Muy malo	0 (0%)	4 (31%)	0 (0%)	2 (8%)
Malo	0 (0%)	0 (0%)	3 (7%)	0 (0%)
Muy bueno	4 (25%)	1 (8%)	3 (6%)	4 (16%)
Bueno	12 (75%)	8 (62%)	39 (87%)	20 (80%)
Total	16	13	45	26

Tabla 5. Autopercepción del estado de la audición según edad y género. Fuente: Datos obtenidos de la aplicación directa de encuestas.

Referente a la percepción de la salud dental respecto al grupo etario y el género se vislumbró que 54% de los hombres jóvenes manifestaron tener mal estado dental en comparación con el 35% de las mujeres. No obstante, las mujeres viejas señalaron tener un buen estado dental, comparado en el 30% de los hombres mayores de 70 años (Tabla 6).

Con respecto a los problemas físicos que alteran la movilidad de los adultos mayores se dejó entrever que 44% de las mujeres jóvenes presentan problemas podiátricos (Hiperqueratosis, Hallus Valgus y onicogrifosis), en comparación con el 31% los hombres. Sin embargo, el mal funcionamiento de las extremidades es más frecuente en los hombres viejos que en las mujeres 23% y 15% respectivamente (Tabla 7).

Autopercepción	Hombres		Mujeres	
	60-69	70 a más	60-69	70 a más
Muy malo	0 (0%)	1 (8%)	1 (2%)	2 (8%)
Malo	3 (19%)	7 (54%)	22 (49%)	9 (35%)
Muy bueno	1 (6%)	1 (8%)	3 (7%)	1 (4%)
Bueno	12 (75%)	4 (30%)	19 (42%)	14 (53%)
Total	16	13	45	26

Tabla 6. Autopercepción del estado de salud dental según edad y género. Fuente: Datos obtenidos de la aplicación directa de encuestas.

Con relación a la percepción de la satisfacción con la vida 54% de las mujeres viejas señalaron estar insatisfechas comparado con el 46% de los hombres viejos; diferencia que se modifica en los hombres jóvenes, ya que 94% exteriorizó estar muy satisfecho con su vida en comparación con el 80% de las mujeres (Tabla 8).

Por lo que respecta a la percepción de la funcionalidad familiar con relación al grupo etario y el género se observó que 87% de las mujeres jóvenes manifestaron tener una familia funcional comparado con el 76% de los hombres jóvenes; 31% de los hombres viejos y 23% de las mujeres viejas exteriorizaron una familia disfuncional (Tabla 9).

Respecto a la percepción de los recursos sociales con relación a la edad y el género se observó que las mujeres jóvenes (26%)

Problemas Físicos	Hombres		Mujeres	
	60-69	70 a más	60-69	70 a más
No	10 (62%)	2 (15%)	24 (53%)	15 (54%)
Problemas en los pies (Hiperqueratosis, Hallus Valgus, Onicogriposis)	5 (31%)	7 (54%)	20 (44%)	8 (31%)
Mal funcionamiento de brazos o piernas	1 (7%)	3 (23%)	1 (6%)	4 (15%)
Falta de extremidades	0 (0%)	1 (8%)	0 (0%)	0 (0%)
Total	16	13	45	26

Tabla 7. Problemas físicos que alteran la movilidad con relación a edad y género. Fuente: Datos obtenidos de la aplicación directa de encuestas.

Autopercepción	Hombres		Mujeres	
	60-69	70 a más	60-69	70 a más
Muy insatisfecho	0 (0%)	3 (23%)	2 (4%)	4 (15%)
Insatisfecho	0 (0%)	6 (46%)	3 (8%)	14 (54%)
Muy insatisfecho	15 (94%)	4 (31%)	36 (80%)	8 (31%)
Insatisfecho	1 (6%)	0 (0%)	4 (8%)	0 (0%)
Total	16	13	45	26

Tabla 8. Autopercepción de Satisfacción con la Vida según edad y género. Fuente: Datos obtenidos de la aplicación directa de encuestas.

exteriorizaron tener excelentes recursos comparado con el 12% de los hombres jóvenes, sin embargo 39% de los hombres viejos y 23% de las mujeres viejas señalaron tener buenos recursos sociales, así mismo 36% de las mujeres mayores de 70 años manifestaron estar levemente incapacitadas contrastado con el 15% de los hombres viejos (Tabla 10).

DISCUSIÓN

Es importante destacar que la autopercepción del estado de salud en general constituye uno de los principales elementos en la valoración del anciano. En este sentido los resultados obtenidos muestran que la mala autopercepción de la salud se incrementa en las personas mayores de 70 años especialmente en el sexo femenino, lo cual probablemente no sólo se debe a las patologías o discapacidades avanzadas, más bien a la pérdida de roles que tiene esta población tanto a nivel familiar como social. Lo cual resulta incongruente, ya que 63% de la población en general está satisfecho con su vida a pesar de padecer algunas enfermedades crónico-degenerativas. Cabe resaltar que dichos resultados son congruentes con lo reportado por otros autores^{21,34-36}.

Con relación a la autopercepción del estado visual se detectó que más del 60% refiere tener un estado visual malo, predominando en el grupo de mujeres mayores de 70 años, lo cual es congruente, ya que el 40% de las ancianas refieren utilizar anteojos. No obstante la buena autopercepción se da más en los hombres viejos. Así mismo, llama la atención que más del 70% de los hombres mayores de 70 años señalaron tener buen estado auditivo. Lo cual es muy similar a lo reportado en un estudio de población de chilenos³⁷, y algunos países latinoamericanos, quienes señalan que los hombres suelen presentar mejor audición y visión que las mujeres^{38,39}. Por otro lado, cabe hacer mención que dichas limitaciones sensoriales son las que reconocen los mismos ancianos, al respecto es probable que al realizar un estudio de detección objetiva dicha prevalencia aumente, prueba de esto es el estudio realizado por Álvarez^{40,41}, quien detectó un 80% de ancianos con problemas auditivos. El desequilibrio entre necesidad y capacidad nos debe poner en alerta y plantear propuestas congruentes con las necesidades visuales y auditivas de esta población, así como realizar un diagnóstico con instrumentos más sensibles y específicos.

Con respecto a la autopercepción de la salud dental, observamos que 54% de los hombres viejos refieren tener mal estado dental en comparación con las mujeres 35%, dichos resultados no son congruentes con lo reportado para los ancianos chilenos, ya que en éstos se observó menor porcentaje de personas mayores de 70 años que refieren mal estado dental (36%), probablemente influya el aspecto sociocultural donde para esta población es normal la pérdida de dientes, por lo que prestan menor cuidado a su salud dental.

Autopercepción	Hombres		Mujeres	
	60-69	70 a más	60-69	70 a más
Funcional	12 (76%)	6 (46%)	39 (87%)	15 (54%)
Disfuncional	2 (12%)	4 (31%)	4 (8%)	6 (23%)
Severamente Disfuncional	2 (12%)	2 (23%)	2 (4%)	6 (23%)
Total	16	13	45	26

Tabla 9. Autopercepción de la Funcionalidad Familiar según edad y género. Fuente: Datos obtenidos de la aplicación directa de encuestas.

Autopercepción	Hombres		Mujeres	
	60-69	70 a más	60-69	70 a más
Excelentes	2 (12%)	2 (15%)	7 (26%)	4 (15%)
Buenos	11 (69%)	5 (39%)	29 (64%)	6 (23%)
Levemente Incapacitado	3 (19%)	2 (15%)	7 (16%)	9 (36%)
Moderadamente Incapacitado	0 (0%)	2 (15%)	2 (4%)	1 (4%)
Gravemente Incapacitado	0 (0%)	1 (8%)	0 (0%)	3 (11%)
Totalmente Incapacitado	0 (0%)	1 (8%)	0 (0%)	3 (11%)
Total	16	13	45	26

Tabla 10. Autopercepción de Recursos Sociales según edad y género. Fuente: Datos obtenidos de la aplicación directa de encuestas.

Con relación a la autopercepción de la satisfacción vital, llama la atención que un 94% de los hombres jóvenes declaró estar satisfecho con su vida a pesar de los problemas de salud que algunos de ellos señalaron y menos del 30% refiere insatisfacción con su vida, probablemente esto se debe a que durante esa etapa de la vida aún conservan funciones o roles tanto a nivel social como familiar y no perciben aún las pérdidas. Siendo estos resultados incongruentes con la percepción de la funcionalidad familiar. En este sentido, se detectó que los hombres manifiestan tener una familia disfuncional, lo que concuerda con las pérdidas de roles familiares, estos datos nos deben poner en alerta para promover programas de integración familiar, ya que la familia es la piedra angular para satisfacer el resto de las necesidades de los ancianos tanto físicas, como económicas.

En la autopercepción de los recursos sociales de acuerdo al test de OARS, los hombres mayores de 70 años señalan que son buenos en comparación con las mujeres, lo cual se puede deber a que los hombres a pesar de la edad que tengan, aún contemplan las relaciones sociales fuera de la casa y las mujeres continúan desempeñando los roles de amas de casa. Sin embargo, existe el riesgo de presentar problemas para el uso de los recursos sociales, los cuales son fundamentales para la calidad de vida de los ancianos.

En conclusión se tiene que:

Las mujeres mayores de 70 años perciben tener más problemática con respecto a la salud general, autoperciben estar más insatisfechas con su vida, debido a que éstas continúan desempeñando los mismos roles, así como incapacidad social leve, en comparación con la auto percepción de la salud de los hombres.

Los hombres viejos perciben tener mal estado visual, dental y disfunción familiar. Los resultados obtenidos son contrastantes con respecto al estado de la salud física de esta población, dichos resultados nos deben poner en alerta, ya que la población longeva probablemente manifieste más la pérdida de roles tanto en la familia como en la sociedad.

REFERENCIAS

1. <http://www.eumed.net/cursecon/2/transicion.htm>
2. http://www.conapo.gob.mx/prensa/reto2000_2.htm
3. <http://www.eumed.net/cursecon/2/mx.gif>
4. http://www.semarnat.gob.mx:16080/estadisticas_ambientales/compendio/01poblacion/poblacion_socio.shtml
5. http://www.semarnat.gob.mx/estadisticas_ambientales/estadisticas_am_98/perfil/perfil04.shtml
6. Organización Panamericana de la Salud. Envejecimiento en las Américas, Proyecciones para el Siglo XXI. Washington: OMS/OPS, 1998.
7. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Encuesta Nacional de Educación, Capacitación y Empleo. México: INEGI, 1998: 120.
8. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Resultado Definitivos Tabulados Complementarios. México: INEGJ, 199B: 59.
9. CONAPO. La Situación Demográfica de México. México: CONAPO, 1998: 127-133.
10. Partida BV. Perspectivas Demográficas del Envejecimiento en México. En: CONAPO. Envejecimiento demográfico de México: Retos y Perspectivas. México: CONAPO, 1999: 27-39.
11. Soberon AG. Requerimientos del paradigma de la atención primaria a la salud en los albores del siglo XXI. Rev Salud Pública de México 1988; 30 (6): 791-795.
12. Organización Panamericana de la Salud. La Salud en las Américas. Washington: OMS/OPS 1998; 1 (569): 82-84.
13. Soberon AG. Evolución y revolución en salud. Rev Salud Pública de México 1992; 34(1): 59-73.
14. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de enfermedades crónicas. 2ª. Ed. México: Secretaría de Salud, 1993.
15. Secretaría de Salud. Contexto actual mortalidad 1993 "Aspectos Relevantes". México: Secretaría de Salud serie monográfica No. 6, 1993: 15; 18; 30.

VERTIENTES

16. Secretaría de Salud. Anuario Estadístico. México: Secretaría de Salud, 616 - 624
17. Secretaría de Salud. Mortalidad 1996. México: Secretaría de Salud, 1997: 44 - 49.
18. Secretaría de Salud Morbilidad 1997. México: Secretaría de Salud, 1997; Tomo 1.
19. Ham Ch R. El envejecimiento una nueva dimensión de la salud en México. *Rev Salud Pública de México* 1996; 38 (6): 409 - 418.
20. Borges Y A, Gómez D H. Uso de los servicios de salud por la población de 60 años y más en México. *Rev Salud Pública de México* 1998; 40(1): 13 - 21.
21. Lozano RA, Frenk MJ, González BM. El peso de la enfermedad en Mayores, México 1994. *Rev Salud Pública de México* 1996; 38(6): 419 - 429.
22. Castro V, Gómez DH, Negrete SJ, Tapia CR. Las enfermedades clínicas en personas de 60 - 69 años. *Rev Salud Pública de México* 1996; 38 (6): 438 - 447.
23. Lara RM. El adulto mayor y sus problemas de salud, nuevo reto para los servicios institucionales. En: Organización Panamericana de la Salud. Problemas y Programas del adulto mayor. México: OMS/OPS, 1997: 137 - 151.
24. Ruiz AL, Rivera MJ. Características de la morbilidad en población mexicana de edad avanzada. Un análisis de la encuesta nacional de salud 1988. *Rev Salud Pública de México* 1996; 38 (6): 430-437.
25. Secretaría de Salud. Los retos de la transición. Hipertensión, diabetes y enfermedades cerebrovasculares. México: Secretaría de Salud. Serie cuadernos de salud No. 3, 1994.
26. Organización Panamericana de la Salud. Formulación de políticas integrales para las personas mayores de América Latina: Conceptos Básico. En: Organización Panamericana de la Salud. Problemas y Programas del adulto mayor. México: OMS/OPS, 1997: 91 - 115.
27. Zúñiga M A, Carrillo J C, Fos J P, Gendek B, Medina M M. Evaluación del estado de salud con la encuesta SF - 36: Resultados preliminares en México. *Rev Salud Pública de México* 1999; 41(2): 110 - 118.
28. Organización Mundial de la Salud. Aplicaciones de la epidemiología al estudio de los ancianos. Ginebra: OMS Serie de informes técnicos No. 706, 1984; 55 - 59.
29. Salgado A A, González M J. Importancia de la Valoración Geriátrica. En Salgado A . Alarcón A M Valoración del paciente anciano. Madrid: Masson, 1993: 3-5.
30. Veras P R. Diseño de Investigaciones Epidemiológicas. En: Organización Panamericana de la Salud. La atención de los ancianos: Un desafío para los años noventa. Washington: OMS/OPS, Publicaciones científicas 546, 1994: 435 - 436.
31. Torres G T, García M M, Arteaga M A. Valoración Social. En: Guillén LF, Pérez del Molino M J. Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico, Barcelona: Masson, 1994: 91 - 102.
32. Kane R A, Kane R L. Evaluación de las necesidades de los ancianos. Barcelona: S. G. Editores Fundación Caja de Madrid, 1993: 154 - 169.
33. Isach CM, Izquierdo ZG. Valoración social en el paciente anciano. En: Salgado A A, Alarcón A M. Valoración. del paciente anciano. Madrid. Masson, 1993: 105 - 123.
34. Gómez J, Curcio L, Orjuela J, Ramírez J. Envejecimiento en comunidades campesinas: Proyecto envejecer en el campo. *Rev Colombia Médica* 1998; 2: 121 - 124.
35. Fernández LN, Clúa C A, Baéz DR, Ramírez RM, Prieto DV. Estilo de vida, bienestar subjetivo y salud de los ancianos. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2000; 16 (1): 6 - 12.
36. Vellas P. Envejecer exitosamente: Concebir el proceso de envejecimiento con una perspectiva positiva. *Rev Salud Pública de México* 1996; 38: 513 - 522.
37. Domínguez O. Estudio de las necesidades de la población adulta mayor de 60 años en Chile: Simposio Internacional sobre "El envejecimiento ante el fenómeno de desarrollo aspectos multidisciplinarios". Santiago de Chile, 11 - 13 de agosto de 1987. Chile: OMS.
38. Organización Panamericana de la Salud. Análisis comparativo del en Brasil, Colombia, El Salvador, Jamaica y Venezuela. Washington: OPSIOMS Cuaderno Técnico 38, 1993: 29.
39. Organización Panamericana de la Salud. El reto del envejecimiento en América Latina: Resultados de la Encuesta de las Necesidades de los ancianos en cinco países. Washington: OPSIOMS, 1989.
40. Álvarez G. R, Brown J.M. Encuesta de las necesidades de los ancianos en México. *Rev Salud Pública de México* 1983; XXV (1): 21-75.
41. Oliveira G R, Villaverde G C. Las dimensiones de la Salud y la Vejez. *Rev Gerontol* 1999; 15 (81): 33- 40.