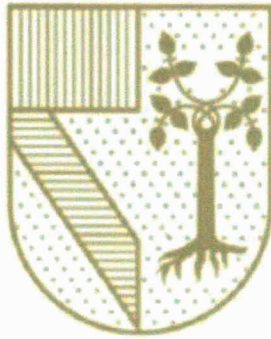


Universidad Panamericana



Maestría en Bioética

Estudios Incorporados a la SEP RVOE 20100494

Centro Interdisciplinario de Bioética

Escuela de Medicina

Facultad de Ciencias de la Salud

“Factores asociados a la pérdida de la capacidad de autonomía en el adulto mayor derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Ciudad de México”

Tesis Profesional

que presenta:

Sergio Sánchez García

Para obtener el título de:

Maestro en Bioética

Director(a) de Tesis:

Dr. Guillermo Rafael Cantú Quintanilla

Ciudad de México

Una firma manuscrita en tinta que parece decir "Lmo. Cantu Q.".

Marzo/2019

<b>Índice</b>	<b>Página</b>
<b>Introducción.....</b>	<b>1</b>
<b>Capítulo 1: Envejecimiento de la población mexicana.....</b>	<b>6</b>
<b>Capítulo 2: El envejecimiento de tres cohortes generacionales en México.....</b>	<b>8</b>
<b>Capítulo 3: Desarrollo de la autonomía en el ser humano.....</b>	<b>14</b>
<b>Capítulo 4: Nociones de autonomía.....</b>	<b>17</b>
<b>Capítulo 5: Autonomía en el adulto mayor.....</b>	<b>22</b>
<b>Capítulo 6: Planteamiento del problema.....</b>	<b>25</b>
<b>Capítulo 7: Justificación.....</b>	<b>26</b>
<b>Capítulo 8: Objetivo.....</b>	<b>27</b>
<b>Capítulo 9: Hipótesis.....</b>	<b>28</b>
<b>Capítulo 10: Materiales y métodos.....</b>	<b>29</b>
10.1 Tipo de estudio.....	29
10.2 Población de estudio.....	29
10.3 Tamaño y selección de la muestra.....	29
10.4 Criterios de selección de la muestra.....	31
10.5 Variables de estudio.....	32
10.6 Recolección de la información.....	35
10.7 Análisis estadístico.....	38
<b>Capítulo 11: Resultados.....</b>	<b>40</b>
<b>Capítulo 12: Discusión.....</b>	<b>58</b>

**Conclusiones ..... 68**

**Consideraciones éticas..... 69**

**Financiamiento ..... 70**

**Bibliografía..... 71**

## Índice de Figuras

	Página
<b>Figura 1.</b> Esquema de tres cohortes a través de diferentes etapas de la vida. ....	9
<b>Figura 2.</b> Conformación de la muestra adultos mayores beneficiarios del IMSS de la Ciudad de México. ....	31
<b>Figura 3.</b> Distribución y frecuencia del puntaje de percepción de autonomía para la muestra de adultos mayores derechohabientes del IMSS de la Ciudad de México. ....	44
<b>Figura 4.</b> Modelo de regresión logística para determinar la fuerza de asociación para la presencia de baja autonomía en adultos mayores. ....	57

## Índice de Tablas

Página

<b>Tabla 1.</b> Características de la muestra de adultos mayores derechohabientes del IMSS de la Ciudad de México.	41
<b>Tabla 2.</b> Preguntas relacionadas con la autonomía y frecuencia de las respuestas para la muestra de adultos mayores derechohabientes del IMSS de la Ciudad de México.	42
<b>Tabla 3.</b> Clasificación de percepción de autonomía para la muestra de adultos mayores derechohabientes del IMSS de la Ciudad de México.	44
<b>Tabla 4.</b> Propiedades psicométricas del WHOQOL-OLD para la muestra de adultos mayores derechohabientes del IMSS de la Ciudad de México (n=1,252).	46
<b>Tabla 5.</b> Estructura factorial de WHOQOL-OLD para la muestra de adultos mayores derechohabientes del IMSS de la Ciudad de México.	47
<b>Tabla 6.</b> Características de la muestra y media (DE) del puntaje de percepción de autonomía en adultos mayores derechohabientes del IMSS de la Ciudad de México.	49
<b>Tabla 7.</b> Prevalencia y fuerza de asociación para baja autonomía en adultos mayores derechohabientes del IMSS de la Ciudad de México.	52

## **Prefacio**

El envejecimiento de la población mexicana, es uno de los grandes retos que se presentará en los próximos años y generará grandes necesidades sociales, económicas y de salud en las personas adultas mayores. Es escasa la información en Latinoamérica y en particular en México sobre la pérdida de la capacidad de autonomía en el adulto mayor que vive en la comunidad. El conocimiento de los factores que se asocian a la pérdida de la capacidad de autonomía en el adulto mayor, podrían ayudar a implementar políticas y programas enfocados a mantener la capacidad de autonomía en el adulto mayor.

## **Dedicatoria**

A ti que siempre fuiste parte de mi vida.

A la Sra. Teresa García Escobar que siempre ha estado conmigo. Gracias por darme la vida y ser una mujer admirable en toda la extensión de la palabra.

A la Dra. María del Carmen García Peña que ha compartido sus conocimientos y me ha impulsado en emprender esta gran aventura en busca del conocimiento. Toda mi vida estaré agradecido con usted por confiar en mí.

A la Dra. Gloria Gutiérrez Venegas por impulsarme a lograr esta y otras metas académicas. Gracias por tu amistad, ya que siempre has estado conmigo en las buenas y en las malas.

A mis compañeros de la Unidad de Investigación en Epidemiología y servicios de Salud, Área Envejecimiento del Instituto Mexicano del Seguro Social, por todo el trabajo que realizamos en conjunto para poder realizar éste sueño.

## **Agradecimientos**

En primera instancia, agradecemos a los adultos mayores que participaron en éste proyecto; de igual manera a las autoridades y al personal de la Delegación Sur y Norte de la Ciudad de México del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) por el apoyo a este estudio.

Al Dr. Guillermo Rafael Cantú Quintanilla, por todo su apoyo y confianza.

Al Fondo Sectorial de Investigación en Salud y Seguridad Social SS/IMSS/ISSSTE-CONACYT (SALUD - 2013-01-201112) y al Fondo de Investigación en Salud, IMSS (FIS / IMSS / PROT / PRIO / 13/024).

Agradecemos también por el financiamiento a la Secretaría de Educación, Ciencia, Tecnología e Innovación de la Ciudad de México SECITI/042/2018 (INGER-DI-CRECITES-007-2018) "Red Colaborativa de Investigación Traslacional para el Envejecimiento Saludable de la Ciudad de México (RECITES).

## Resumen

**Dr. Guillermo Rafael Cantú Quintanilla**

**Sergio Sánchez García**

### **Factores asociados a la pérdida de la capacidad de autonomía en el adulto mayor derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Ciudad de México**

**Introducción.** Es frecuente que el personal de salud y también los familiares subestimen la capacidad de los adultos mayores para tomar decisiones de manera autónoma con respecto a su salud y su bienestar. Dicha situación se convierte en un conflicto ético al ocultar información o bien al no tomar en cuenta la opinión de los adultos mayores. Se ha documentado que los adultos mayores que viven en la comunidad están en una mejor posición para tomar decisiones de manera autónoma con respecto a su atención de su salud en comparación de los que viven institucionalizados.

**Objetivo.** El presente estudio tiene como objetivo explorar algunas características de la población que se pueden asociar con la percepción de baja de autonomía en los adultos mayores que viven en la comunidad.

**Materiales y métodos.** Estudio transversal en el que participaron 1,252 adultos mayores (60 años y más) que viven en la comunidad, la información se obtuvo a través de un cuestionario donde se incluyeron las características sociodemográficas así como diferentes escalas de valoración geriátrica. La percepción de autonomía, se evaluó con el dominio de autonomía de la Escala de Calidad de Vida módulo Adultos Mayores, de la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization Quality of Life of Older Adults, WHOQOL-OLD).

**Resultados.** La media (DE) de edad 68.5 (7.2) años para los 1,252 adultos mayores participantes en el estudio. La media de percepción de autonomía fue de 65.3 (18.2) puntos. En el modelo de regresión logística final, se observó fuerza de asociación (RM, 95% CI) para presencia de baja autonomía, con escolaridad <6 años (RM=2.1, 95% CI=1.5-2.9), bajo soporte social (RM=1.6, 1.2-2.2), baja espiritualidad (RM=2.6, 95% CI=1.9-3.4), presencia de deterioro cognitivo (RM=1.9, 95% CI=1.4-2.5), ansiedad (RM=1.7, 95% CI=1.2-2.5) y limitación en ABVD (RM=1.6, 95% CI=1.1-2.2)

**Conclusiones.** Existe una percepción de pérdida de la capacidad de autonomía en los adultos mayores que viven en la comunidad. Por lo que, los profesionales de la salud deberá promover la participación en la toma de decisiones en especial en adultos mayores.

Palabras clave: Adultos mayores, Autonomía, Autopercepción

**Dr. Guillermo Rafael Cantú Quintanilla**

**Sergio Sánchez García**

**Factors associated with the loss of the capacity for autonomy in the older adults beneficiaries of the Mexican Social Security Institute of Mexico City**

**Abstract**

**Background.** It is common for health personnel and family members to underestimate the ability of older adults to make autonomous decisions regarding their health and well-being. This situation becomes an ethical conflict when those individuals engage in hiding information or by not taking into account the opinion of the elderly. It has been documented that community-dwelling older adults are in a better position to make decisions autonomously with respect to their health care compared to those who live institutionalized. The present study aims to explore some characteristics of the population that may be associated with the perception of low autonomy in community-dwelling older adults.

**Methods.** Cross-sectional study based on the information of 1,252 (60 years and older) community-dwelling older adults, the information was obtained through a questionnaire that included sociodemographic characteristics as well as different scales of geriatric assessment. The perception of autonomy was evaluated with the domain of autonomy of the Quality of Life Scale of the Older Adults of the World Health Organization (World Health Organization Quality of Life of Older Adults, WHOQOL-OLD).

**Results.** The mean (SD) age was 68.5 (7.2) years for the 1,252 community-dwelling older adults participating in the study. The average perception of autonomy was 65.3 (18.2) points. In the final logistic regression model, the strength of association (Odds Ratio, OR; 95% Confidence Interval, 95% CI) for the presence of low autonomy,

schooling was considered <6 years (OR = 2.1, 95% CI = 1.5-2.9), low social support (OR = 1.6, 1.2-2.2), low spirituality (OR = 2.6, 95% CI = 1.9-3.4), presence of cognitive impairment (OR = 1.9, 95% CI = 1.4-2.5), anxiety (OR = 1.7, 95 % CI = 1.2-2.5), limitation in ADL (OR = 1.6, 95% CI = 1.1-2.2) for the presence of low autonomy in older adults.

**Conclusions.** There is a decrease in the perception of autonomy in community-dwelling older adults. Therefore, health professionals should actively promote participation in decision-making, especially in older adults.

Keywords: Autonomy, Autoperception, Elderly

*“En la vida hay que actuar y hay que exponerse. El error se advierte cuando se tiene tiempo de mirar atrás, entonces es experiencia y reflexión; pero cuando se vive aprisa, no hay mucho tiempo para meditar y es preciso actuar, trabajar siempre, aceptar las responsabilidades y vivir convencido que la victoria tiene muchos autores, al revés de la derrota donde uno queda como único causante”*

**Carlos A. Madrazo**



Universidad Panamericana

---

## **Introducción**

El envejecimiento de la población mexicana es el resultado de las políticas públicas instrumentadas durante el siglo XX en nuestro país, sinónimo de logros en el terreno social, económico, científico y tecnológico, así como en la salud pública; y es sin duda, la transformación demográfica más significativa desde la década de los setenta del siglo pasado [Gómez-Dantes, García-Peña, Sánchez-García, et al 2014].

El envejecimiento de la población, consiste en el incremento gradual del número de personas adultas mayores en la población total, que tiene un impacto en la estructura poblacional, que se ve reflejado en la disminución de los demás grupos de edad [Partida-Bush, 1999].

Este envejecimiento poblacional se ha producido por el descenso de la mortalidad y fecundidad, así como la migración; que ha permitido transitar de una población joven a una más envejecida [González, 2015]. En el año 2010, México contaba con 7.1 millones de personas adultas mayores, de acuerdo a las proyecciones de la población del Consejo Nacional de Población (CONAPO) 2010-2050 en el año 2020 se contara con 9.8 millones de personas adultas mayores y para el año 2050 con 23.1 millones de personas adultas mayores en nuestro país [Consejo Nacional de Población (CONAPO) 2017].

Para la Ciudad de México, se ha reportado que en el año 2010 coexistían 34 personas adultas mayores por cada 100 jóvenes; para el año 2013, se incrementó en



Universidad Panamericana

---

39 personas adultas mayores por cada 100 jóvenes; y para el año 2030, se estima que habrán aproximadamente 78 personas adultas mayores por cada 100 jóvenes; por lo que pone a esta entidad en primer lugar en el proceso de envejecimiento poblacional en el país [Consejo Nacional de la Población (CONAPO), 2014]. Por lo que, el envejecimiento poblacional de la Ciudad de México, es uno de los grandes retos que se presentará en los próximos años y generará grandes necesidades sociales, económicas y de salud en las personas adultas mayores.

El cambio en el perfil epidemiológico de la población da cuenta de la sustitución de unas causas de muerte (enfermedades transmisibles) por otras (enfermedades no transmisibles), cuando la transición epidemiológica en la población adulta mayor muestra un perfil combinado de enfermedades que provocan la muerte (letales), asociadas a una gama muy variada de enfermedades y trastornos no letales que acompañan a las personas durante gran parte de su vida [Gómez-Dantes, García-Peña, Sánchez-García, et al 2014].

En términos generales, autonomía se refiere a la capacidad de ser persona propia, de vivir la propia vida según razones y motivos que se toman como propios y de no ser manipulados por fuerzas externas [Christman, 2009, Panter & Sterba, 2011]. Si bien, la autonomía no es como la dignidad humana, que tiene cada persona por el sólo hecho de ser una persona y no pueden ser legítimamente negados. Sin embargo, la autonomía es un derecho que se debe alcanzar en la medida en que se demuestre un



uso responsable del ejercicio de la libertad. Por lo que, no todas las personas son autónomas, sólo aquellas que se les reconoce que son capaces del autogobierno [Mazo-Álvarez, 2012].

El concepto de autonomía está basado en que el hombre tiene libertad y posee la capacidad de darse racionalmente normas objetivas para autogobernarse. Es un hecho que el principio ético de autonomía requiere que se reconozca que las personas tienen la capacidad por sí mismas de autogobernarse de manera responsable, tanto en sus opciones vitales, como en sus acciones concretas [García-Férez, 2005].

Para Victoria Camps [Camps, 2005], ser autónomo es: 1) tener capacidad real de deliberar y decidir sobre qué hacer en situaciones difíciles; 2) la deliberación y la decisión dependen de la consideración de una serie de valores que afectan a la vida de cada uno; 3) es bueno que en una sociedad haya pluralidad de puntos de vista y que las valoraciones de la realidad de los distintos individuos no sean absolutamente homogéneas; 4) pero también es necesario que haya un mínimo de valores compartidos y comunes a fin de que la convivencia y el respeto a los derechos fundamentales sea real y posible.

Sin embargo, debemos considerar que en los adultos mayores el ejercicio de la autonomía puede estar disminuido debido a problemas físicos y/o mentales [Johannesen, Petersen & Avlund, 2004, Kane, 1995]. No obstante, algunos de estos pueden evolucionar positivamente o ser reversibles existiendo la posibilidad de que el



Universidad Panamericana

---

adulto mayor puede recuperar en ese momento la autonomía perdida [Menéndez-Villa & Hernandez Piñero, 2014]. En un estudio reciente realizado en población mexicana, se observó que los adultos mayores con fragilidad tenían mayor pérdida de autonomía en comparación con los pre-frágiles y no frágiles [Sánchez-García, Gallegos-Karrillo, Espinel-Bermudez, et al, 2017].

Los cambios fisiológicos que tienen los adultos mayores modifican los hábitos, patrones de comportamiento y limitan la autonomía y funcionalidad. Sin embargo, hay casos en los que los familiares y personal de salud (médicos y enfermeras) bien intencionados subestiman la capacidad de los adultos mayores para tomar decisiones con respecto a su propia salud y bienestar, ocultando información o haciendo caso omiso de las opiniones de los pacientes adultos mayores [Menéndez Villa y Hernández Piñero 2014].

La autonomía involucra de manera fundamental la forma en que los adultos mayores viven de manera cotidiana; se encuentra en los rincones y grietas de la experiencia cotidiana; se encuentra en la forma en que los individuos interactúan y no exclusivamente en el paradigma idealizado de elección o toma de decisiones que domina el análisis ético [Agich, 2003].

El envejecimiento de la población mexicana, es uno de los grandes retos que se presentará en los próximos años y generará grandes necesidades sociales, económicas y de salud en las personas adultas mayores. Es escasa la información en la población



Universidad Panamericana

---

de adultos mayores en Latinoamérica y en particular en México sobre la pérdida de la capacidad de autonomía en el adulto mayor que vive en la comunidad.

El conocimiento de los factores que se asocian a la pérdida de la capacidad de autonomía en el adulto mayor, podrían ayudar a implementar políticas y programas enfocados a mantener ésta capacidad en el adulto mayor.



## **Capítulo 1: Envejecimiento de la población mexicana**

El envejecimiento de la población mexicana es el resultado de las políticas públicas instrumentadas durante el siglo XX en nuestro país, sinónimo de logros en el terreno social, económico, científico y tecnológico, así como en la salud pública; y es sin duda, la mayor transformación demográfica desde la década de los setenta del siglo pasado [Gómez-Dantés, García-Peña y Sánchez García, et al, 2014].

El envejecimiento de la población, consiste en el incremento gradual del número de personas adultas mayores en la población total, que tiene un impacto en la estructura poblacional, que se ve reflejado en la disminución de los demás grupos de edad [Partida-Bush, 1999]. Este envejecimiento poblacional se ha producido por el descenso de la mortalidad y fecundidad, así como la migración; que ha permitido transitar de una población joven a una más envejecida [González, 2015].

En el año 2010, México contaba con 7.1 millones de personas adultas mayores, de acuerdo a las proyecciones de la población del Consejo Nacional de Población (CONAPO) 2010-2050 en el año 2020 se contara con 9.8 millones de personas adultas mayores y para el año 2050 con 23.1 millones de personas adultas mayores en nuestro país [Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2017)].

Para la Ciudad de México, se ha reportado en el año 2010 coexistían 34 personas adultas mayores por cada 100 jóvenes; para el año 2013, se incrementó en 39 personas adultas mayores por cada 100 jóvenes; y para el año 2030, se estima que



## Universidad Panamericana

---

habrán aproximadamente 78 personas adultas mayores por cada 100 jóvenes; por lo que pone a esta entidad en primer lugar en el proceso de envejecimiento poblacional en el país [Consejo Nacional de Población (CONAPO), 2014]. Por lo que, el envejecimiento poblacional de la Ciudad de México, es uno de los grandes retos que se presentará en los próximos años y generara grandes necesidades sociales, económicas y de salud en las personas adultas mayores.



Universidad Panamericana

---

## **Capítulo 2: El envejecimiento de tres cohortes generacionales en México**

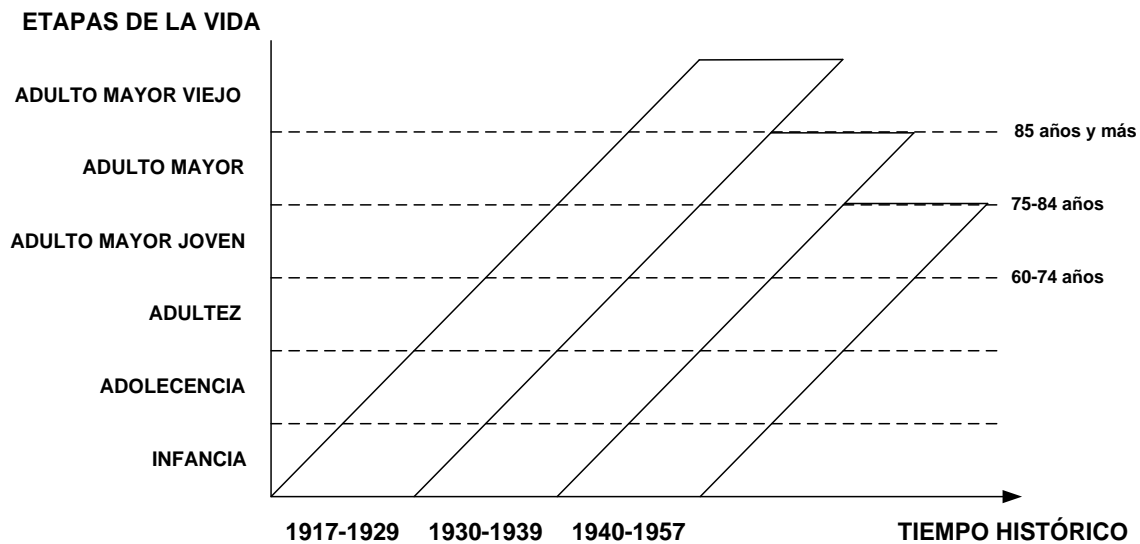
Podríamos considerar que el envejecimiento comienza cuando uno nace, y se termina de envejecer, cuando se muere [Cereijido y Covarrubias, 1999]. Si bien, la vejez está dada por el paso del tiempo sobre la vida de la persona, se evidencia a través de diferentes etapas de la vida que constituyen un continuo crecimiento, transformación y reparación de tipo físico, biológico y psicológico, hasta llegar a una etapa que se hace de manera menos eficiente, cuando no es posible compensar lo que se pierde y se comienza a envejecer [Cereijido y Covarrubias, 1999, Gómez-Cabrera, 2013]. Por otra parte, debemos considerar que la vejez es ante todo un constructo social y cultural [Sánchez-Guzmán, 2011].

En este sentido, se propone realizar una contextualización de las tres cohortes generacionales que se estudiarán: a) adultos mayores jóvenes (60-74 años) nacidos entre 1940 a 1954, b) adultos mayores (75-84 años) nacidos entre 1930 a 1939 y c) adultos mayores viejos (85 años y más) nacidos entre 1917 a 1929.

En la Figura 1 se ejemplifica la dimensión longitudinal y transversal de las tres cohortes generacionales. Podemos observar, que cada uno de estos atraviesa diferentes etapas de la vida. Cabe señalar que esto se realiza de manera individual y colectiva por que tendrán características en común, es decir el proceso de envejecimiento se ha desarrollado en un mismo y común marco histórico que está



marcado por las condiciones políticas, económicas, sociales y culturales que nuestro país ha vivido desde el periodo posrevolucionario hasta nuestros días.



**Figura 1. Esquema de tres cohortes a través de diferentes etapas de la vida.**

Podemos considerar que el México posrevolucionario inicia hace 100 años (5 de febrero de 1917) con la promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) [Aguilar-Casas y Serrano-Álvarez, 2012].

Dicha constitución es una representación materializada de un ente vivo, que ha evolucionado a través de los últimos 100 años y se ha ajustado a las necesidades que marca la sociedad mexicana e internacional. Considerando lo anterior, la CPEUM ha evolucionado para garantizar el respeto y la protección de los derechos humanos



Universidad Panamericana

---

contenidos en esta y en los tratados internacionales [González-Pérez, 2016]. Por lo que, las personas adultas mayores que viven actualmente, han sido testigos de estos cambios políticos, sociales y culturales que ha sufrido el país durante el proceso de envejecimiento.

El rápido desarrollo que tuvo México durante el siglo pasado provocó el paso de ser eminentemente rural a congregarse en núcleos urbanos de tamaños diversos; la actividad económica de ser agrícola se industrializó; la población dejó de ser analfabeta y hoy en día las mujeres tienen mejores oportunidades de educación y trabajo. En el terreno de la salud, las causas de muerte son distintas y la esperanza de vida se ha incrementado de manera sustancial, si bien, todos estos cambios dan cuenta de los avances que hemos tenido como sociedad, también debemos destacar que la respuesta organizada a varios de estos cambios no ha sido oportuna ni suficiente y en algunos casos ha sido incipiente, tardía o inexistente [Gómez Dantés H, García Peña, Sánchez García, et al, 2014].

Diferentes estudios han puesto de manifiesto las diferencias en el bienestar de los adultos mayores, considerando la trayectoria de vida que siguieron las mujeres y los hombres. Por lo que, las condiciones económicas, sociales y de salud en que se encuentren actualmente las personas adultas mayores son resultado de un cambio constante de significados y prácticas específicas para cada mujer y hombre que son más marcados en la juventud y finalizan en la vejez. Estas situaciones pudieron haber



Universidad Panamericana

---

beneficiado o afectado la calidad de vida de las personas en su trayectoria de vida [Sánchez-Guzmán, 2011].

Las mujeres adultas mayores mexicanas han tenido poca participación en actividades remuneradas a lo largo de su vida, presentan un bajo nivel educativo (29.3% sin escolaridad y 53.7% primaria), muchas de ellas no tienen pareja durante esta etapa de la vida (46.3% casadas o unión libre) y con recursos económicos limitados [Salgado y Wong, 2006].

Existe una predominio femenino en los adultos mayores (87.6 hombres por cada 100 mujeres). El 79.2% de las mujeres adultas mayores viven en zonas urbanas. Los trabajos en los que ingresan las mujeres se caracterizan por pertenecer a la economía informal, por lo que no tienen acceso a un sistema de pensiones en la vejez. Referente a la protección en salud, la mayoría son beneficiarios de alguna de las instituciones prestadoras de servicios [Salgado y Wong, 2006, Instituto Nacional de Salud Pública, 2012].

Los hombres adultos mayores tienen más recursos económicos, esto debido a que en su trayectoria de vida tuvieron una alta participación en actividades económicas. Presentan un bajo nivel educativo (21.9% sin escolaridad y 53.7% primaria), muchos de ellos tienen pareja durante esta etapa de la vida (76.8% casados o unión libre) [Salgado y Wong, 2006, Instituto Nacional de Salud Pública, 2012].



## Universidad Panamericana

---

El 74.3% de los hombres adultos mayores viven en zonas urbanas. Generalmente tienen acceso a servicios de salud debido a que desarrollaron sus actividades de manera formal, esto les han permitido contar con un sistema de jubilación y pensiones [Salgado y Wong, 2006, Instituto Nacional de Salud Pública, 2012].

El cambio en el perfil epidemiológico de la población da cuenta de la sustitución de unas causas de muerte (enfermedades transmisibles) por otras (enfermedades no transmisibles), cuando la transición epidemiológica en la población adulta mayor muestra un perfil combinado de enfermedades que provocan la muerte (letales), asociadas a una gama muy variada de enfermedades y trastornos no letales que acompañan a las personas durante gran parte de su vida [Gómez Dantés, García Peña, Sánchez García, et al, 2014]. De aquí se desprende el interés por conocer el perfil de pérdidas y daños a la salud del adulto mayor, pero cuyo desenlace no sea la muerte sino las condiciones que lo llevan a vivir sus últimos años de vida con limitaciones funcionales, mentales y emocionales. Considerando que una proporción variable los llevan a la dependencia y la demanda de cuidados que terminan siendo excesivos, costosos y muchas veces especializados.

La dependencia funcional es un tema importante, pero descuidado en la salud pública debido a las consecuencias significativas para la persona dependiente, sus cuidadores y la sociedad [Gómez Dantés, García Peña, Sánchez García, et al, 2014].



Universidad Panamericana

---

La prevalencia de dependencia funcional en las personas adultas mayores en México, se ha reportado de 11.3% (IC 95%, 9.2-13.5) en área urbana y 8.2% (IC 95%, 6.4-9.9) en área rural [Sousa, Ferri, Acosta, Guerra, et al, 2010].



### **Capítulo 3: Desarrollo de la autonomía en el ser humano**

La autonomía se comienza a desarrollar desde el nacimiento y en un entorno familiar.

En la infancia y adolescencia se adquieren y maduran las capacidades personales básicas como es:

- a) el autoconcepto
- b) la autoestima
- c) la autopercepción
- d) el autocontrol emocional
- e) la expresión adecuada de la contrariedad y los sentimientos
- f) la empatía
- g) la perseverancia
- h) el respeto a los demás
- i) el conocimiento de sí mismo
- j) la toma reflexiva de decisiones
- k) la responsabilidad ante decisiones y conductas personales

Que se desarrollan como resultado de su interacción con su entorno cultural y social, así como de sus necesidades elementales de comprender el mundo que les rodea y adaptarse a él [Elorrieta-Grimalt, 2012].



Universidad Panamericana

---

La educación juega un papel muy importante para el desarrollo de la autonomía, el filósofo Immanuel Kant, ha considerado que la educación permite enseñar el uso de la libertad según las leyes morales y ella soporta la idea de que el hombre es todo lo que la educación hace de él y permite la formación del ciudadano [Kant, 1985, Galindo-Olaya, 2012].

Por lo que Kant en el “*Tratado de la pedagogía*” ha considerado como fines de la educación: el disciplinar a los hombres, cultivarlos en el obrar de todos los fines posibles, hacerlos prudentes para que puedan vivir en sociedad, moralizarlos para que elijan siempre los fines buenos aceptados por todos y cada uno de los hombres. Por lo que, la formación del ciudadano se completa a los 17 años, donde ya se cuenta de un conocimiento sobre sí mismos, ha podido desarrollar el instinto sexual y tiene las condiciones para ser progenitor; así como la capacidad de ser educador [Kant, 1985, Galindo-Olaya, 2012].

Jean Piaget en su libro “*El criterio moral en el niño*” considera que existen dos tipos de relación del niño con la regla moral. La primera, corresponde a la influencia de la autoridad del adulto sobre el criterio del niño (relación unilateral), que se conoce como heteronimia. La segunda corresponde al reconocimiento y entendimiento de la regla moral, que se denomina como autonomía. Para Piaget, la autonomía se produce con el desplazamiento de la heteronimia, esto sucede en la adolescencia entre los 14 y 17 años de edad [Galindo-Olaya, 2012, Piaget, 1974]. Sin embargo, existen otras



Universidad Panamericana

---

posturas, que señalan que el desarrollo moral puede darse hasta los 25 años de edad y esto depende de manera directa del desarrollo cognitivo que tenga el individuo [Galindo-Olaya,2012, Rubio, 1996].

Paralelamente al desarrollo de la autonomía, se adquieren las capacidades que permiten a la persona valerse por sí mismo. Dichas actividades se realizan de forma cotidiana y cuya práctica es imprescindible para que la persona viva de forma independiente y se pueda adaptar a su entorno [Gómez-Dantés, García-Peña, Sánchez García, et al, 2014].

El desarrollo de la autonomía e independencia de manera adecuada en las primeras etapas de la vida, permitirá que la persona cuando sea adulto tenga la capacidad de tomar decisiones por sí mismo, que pueda contribuir y participar en la sociedad, así como transformar su entorno [Novella, 2012].

Debemos considerar, que la autonomía en los adultos es considerada como plena, ya que tiene las facultades de tomar decisiones por sí mismo, sin coacción externa, en un ejercicio responsable de la libertad. Sin embargo, debemos considerar que en los adultos mayores el ejercicio de la autonomía puede estar disminuido debido a problemas físicos y/o psicológicos.



#### **Capítulo 4: Nociones de autonomía**

La palabra autonomía proviene del vocablo griego autonomía (αὐτονομία); autos (αὐτός), por sí mismo y nomos (νόμος), ley y el sufijo ía (ία), acción [Valencia-Carmona, 2003].

Es un concepto que se podría considerar moderno con un origen en la filosofía y lo retoma más recientemente la psicología evolutiva. En términos generales, autonomía se refiere a la capacidad de ser persona propia, de vivir la propia vida según razones y motivos que se toman como propios y de no ser manipulados por fuerzas externas [Christman, 2009, Panter & Sterba, 2011].

Cabe señalar que el concepto de autonomía en el sentido individual (autonomía personal) tal y como lo concebimos actualmente comienza hasta la llegada de Immanuel Kant. Para el filósofo Kant (1784), la autonomía personal es: *“La capacidad que tiene todo ser humano de gobernarse por una norma que él mismo acepta sin coacción externa y que debe ser universalizada por la razón humana”* [May, 1998].

Para el filósofo utilitarista Peter Singer (1984), considera el concepto de autonomía como: *“La capacidad de elegir, de tomar las propias decisiones y de actuar de acuerdo con ellas”* [Singer, 1984]. Así, todo ser humano se enfrenta con dicha capacidad y con la obligación de tener que elegir. No hay, por lo tanto, ética sin libertad, pero tampoco hay autonomía sin ella [Mazo-Álvarez, 2012].



Universidad Panamericana

---

Considerando a Kant, Mazo-Álvarez nos dice que *“La libertad es una libertad positiva que no solo alude al hecho de estar libre de ataduras externas, sino a la libertad para hacer el bien o cumplir la ley moral. Se es libre en la medida en que las acciones propias son fruto de la convicción y no de la coacción de fuentes externas”* [Field, Martin, Miller, Ward y Wehmeyer, 1998].

Considera Field, Martin, Miller, Ward y Wehmeyer (1998) que la autonomía es *“...una combinación de habilidades, conocimiento y creencias que capacitan a una persona para comprometerse en una conducta autónoma, autorregulada y dirigida a meta. Para la autodeterminación es esencial la comprensión de las fuerzas y limitaciones de uno, junto con la creencia de que se es capaz y efectivo. Cuando actúan sobre las bases de estas habilidades y actitudes, las personas tienen más capacidad para tomar el control de sus vidas y asumir el papel de adultos exitosos”* [Field, Martin, Miller, Ward y Wehmeyer, 1998].

La World Health Organization (WHO) (Organización Mundial de la Salud, OMS) en el año 2004 define como autonomía: *“La capacidad percibida de controlar y tomar decisiones de cómo vivir la vida siguiendo sus propias normas y preferencias”* [World Health Organization (WHO), 2004].

Para Mazo-Álvarez (2012) opina que: *“Hoy podría decirse que la autonomía no solo se propone como un principio de actuación en el campo de las ciencias médicas o de la salud, sino también que se ha convertido en uno de los conceptos más*



Universidad Panamericana

---

*importantes de la ética contemporánea. No solo sirve en términos de principialismo como metodología para la solución de conflictos bioéticos, sino que se propone como paradigma para pensar lo humano en términos contemporáneos* [Mazo-Álvarez, 2012].

Por otra parte, la autonomía se ha ligado a la dependencia como se muestra a continuación. Para el sociólogo Edgar Morin (1976) considera “*Toda vida humana es un tejido de dependencias increíbles. Por supuesto, si nos falta aquello de lo que dependemos, perecemos; ello quiere decir que el concepto de autonomía es un concepto no substancial sino relativo y relacional. No digo que cuanto más dependiente, más autónomo se es. No hay reciprocidad entre estos dos términos. Digo que no se puede concebir autonomía sin dependencia*” [Morin, 1976].

Para Díaz Osorio (2009), considera a la autonomía de la siguiente forma: “*Ser autónomo significa que el sujeto tiene capacidad y libertad para pensar por sí mismo, con sentido crítico y aplicación en el contexto en que se encuentra inmerso. Quiere decir que tiene mayoría de edad mental y madurez para actuar. De ahí se deduce que a mayor conocimiento, mayor posibilidad de autonomía y que ignorancia es ausencia de la misma, esto es, dependencia*” [Mazo-Álvarez, 2012].

En España, la Ley 39/2006 de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, define como autonomía personal a la “*Capacidad de controlar, afrontar y tomar por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de*



Universidad Panamericana

---

*desarrollar las actividades básicas de la vida diaria" [Ley 39/2006 Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, 2006].*

Finalmente, podemos considerar lo dicho por Mazo Álvarez, *"La autonomía como principio bioético debe ir acompañada por la justicia y muy de manera muy especial por la equidad, en una sociedad escasa de recursos en el sector salud, no es lo que cada uno considere o, más peligroso aún, lo que cada uno desee, sino a lo que se puede acceder. No se puede caer en la hipertrofia de una autonomía que no reconoce a los otros ni a lo otro"* [Mazo-Álvarez, 2012].

El concepto de autonomía está basado en que el hombre tiene libertad y posee la capacidad de darse racionalmente normas objetivas de autogobernarse. Es un hecho que el principio ético de autonomía requiere que se reconozca que las personas tienen la capacidad por sí mismas de autogobernarse de manera responsable, tanto en sus opciones vitales, como en sus acciones concretas [García-Férez, 2005].

Para Victoria Camps [Camps, 2005], ser autónomo es:

- 1) tener capacidad real de deliberar y decidir sobre qué hacer en situaciones difíciles;
- 2) la deliberación y la decisión dependen de la consideración de una serie de valores que afectan a la vida de cada uno;
- 3) es bueno que en una sociedad haya pluralidad de puntos de vista y que las valoraciones de la realidad de los distintos individuos no sean absolutamente homogéneas;



Universidad Panamericana

---

4) pero también es necesario que haya un mínimo de valores compartidos y comunes a fin de que la convivencia y el respeto a los derechos fundamentales sea real y posible.

Si bien la autonomía, no es como la dignidad humana, que tiene cada persona por el solo hecho de ser una persona y no pueden ser legítimamente negados, es un derecho que se debe alcanzar en la medida en que se demuestre un uso responsable del ejercicio de la libertad. Por lo que, no todas las personas son autónomas, solo aquellos a los que se les reconoce que son capaces del autogobierno [Mazo-Álvarez, 2012].



## **Capítulo 5: Autonomía en el adulto mayor**

En la actualidad, un gran número de personas en todo el mundo tiene una mayor probabilidad de llegar a ser adultos mayores [UNDESA, 2007]. Es evidente el rápido incremento de la proporción de adultos mayores en comparación con otros grupos de edad en todo el mundo. Estos cambios en la población plantean grandes desafíos económicos, políticos y sociales, así como para los sistemas de salud [United Nations. World Population Ageing, 2017].

El envejecimiento no es una condición “*per se*” que se asocia con enfermar, pero sí es un hecho que el efecto acumulativo de múltiples exposiciones y las condiciones psicológicas, físicas y sociales frecuentemente desfavorables, incrementan el riesgo de enfermar en los adultos mayores [Janaca, Clarke & Chapter, 2017]. Debido a lo cual, las necesidades de atención a la salud de los adultos mayores son muy diversas. Pueden ir desde servicios clínicos ambulatorios, visitas de salud domiciliaria, hospitalización, servicios de rehabilitación hasta cuidados intensivos y de largo plazo, incluyendo los cuidados paliativos [Prince, Wu, Guo, Gutierrez-Robledo, et al, 2015].

Desafortunadamente, los sistemas de salud no han podido dar respuesta apropiada a las necesidades de atención a la salud, siendo una de las barreras más importantes el bajo número de profesionales de la salud capacitados para atender a dicha población [Beard, Officer, De Carvalho, et al, 2016, World Health Organization, 2015].



Universidad Panamericana

---

La falta de capacitación de profesionales de la salud, no solo se refiere al conocimiento teórico-práctico y habilidades clínicas geriátricas, sino también a las dificultades para establecer una apropiada relación y comunicación con el adulto mayor. De hecho, uno de los modelos hegemónicos en la atención médica es el paternalista que sin embargo, puede ser el deseado para algunos adultos mayores que prefieren depositar la confianza y la toma de decisiones en el manejo de la enfermedad en el médico tratante [Cole, Kiriaev, Malpas, Cheung, 2017].

Pero la atención médica basada en el paternalismo no es en modo alguno un modelo ideal. Los adultos mayores actualmente están mucho mejor informados e interesados en su salud, por lo que están más capacitados para discutir las opciones de tratamiento con los profesionales y tomar decisiones de manera autónoma sobre su atención y los tratamientos médicos que requiera, incluyendo la atención para el "final de la vida" [Lothian, Philp, 2001, Lee, Watt, Williams, Giannobile, 2017].

Es frecuente que el personal de salud y también los familiares cercanos (en la mayoría de los casos los hijos) subestiman la capacidad de los adultos mayores para tomar decisiones de manera autónoma con respecto a su salud y su bienestar. Dicha situación se convierte en un conflicto ético al ocultar información o bien al no tomar en cuenta la opinión de los adultos mayores [Menéndez-Villa y Hernández-Piñero, 2014, Barrantes-Monge, Rodríguez, 2009].



Universidad Panamericana

---

Se ha documentado que los adultos mayores que viven en la comunidad están en una mejor posición para tomar decisiones de manera autónoma con respecto a la atención de su salud en comparación con los que viven institucionalizados [Boyle, 2014, Agich, 1993, Agich, 2003]. Sin embargo, existen factores que dificultan mantener la autonomía en los adultos mayores [Sánchez-García, García-Peña, Salvà, et al, 2017].

El conocimiento sobre cuáles son las variables que afectan la percepción de autonomía en los adultos mayores que viven en la comunidad, podría apoyar a la creación de políticas y programas encaminados a mantener o mejorar la autonomía en los adultos mayores.



## **Capítulo 6: Planteamiento del problema**

El envejecimiento de la población mexicana es el resultado de las políticas públicas instrumentadas durante el siglo XX en nuestro país, sinónimo de logros en el terreno social, económico, científico y tecnológico, así como en la salud pública; y es sin duda, la transformación demográfica más significativa desde la década de los setenta del siglo pasado.

Si bien, la vejez está dada por el paso del tiempo sobre la vida de una persona, que se evidencia a través de diferentes etapas de la vida que constituyen un continuo crecimiento, transformación y reparación de tipo físico, biológico y psicológico, hasta llegar a una etapa en que se hace de manera menos eficiente, hasta que llega el momento en el que no es posible compensar lo que se pierde y se comienza a envejecer.

Los adultos mayores cotidianamente afrontan situaciones de riesgo que amenazan su integridad y pueden alterar las funciones y estructuras del cuerpo; cuando esto ocurre, enfrentan su entorno de modo distinto y con frecuencia los factores ambientales y personales pueden obligar a limitar la capacidad de autonomía.

Por lo anterior expuesto surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores con mayor fuerza de asociación para la percepción de baja autonomía en el adulto mayor?



Universidad Panamericana

---

## **Capítulo 7: Justificación**

El envejecimiento de la población mexicana, es uno de los grandes retos que se presentará en los próximos años y generará grandes necesidades sociales, económicas y de salud en las personas adultas mayores.

Es escasa la información en la población de adultos mayores en Latinoamérica y en particular en México sobre la pérdida de la capacidad de autonomía en el adulto mayor que vive en la comunidad. El conocimiento de los factores que se asocian a la pérdida de la capacidad de autonomía en el adulto mayor, podrían ayudar a implementar políticas y programas enfocados a mantener la capacidad de autonomía en el adulto mayor.



Universidad Panamericana

---

### **Capítulo 8: Objetivo**

Explorar algunas características de la población que se pueden asociar con la percepción de baja de autonomía en los adultos mayores que viven en la comunidad.



Universidad Panamericana

---

## **Capítulo 9: Hipótesis**

Las limitaciones funcionales tienen una mayor fuerza de asociación que las demás variables en estudio para la percepción baja de la autonomía en el adulto mayor.



## **Capítulo 10: Materiales y métodos**

### *10.1 Tipo de estudio*

Estudio observacional, trasversal, analítico.

### *10.2 Población de estudio*

Adultos mayores de 60 años y más que viven en la comunidad beneficiarios del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) de la Ciudad de México.

El IMSS otorga protección a los trabajadores asalariados y a sus familias, respecto de sus derechos en materia de seguridad social en México.

También ofrece una amplia diversidad de servicios médicos, preventivos y curativos en todos los niveles de atención sanitaria, así como los beneficios económicos tales como pensión por invalidez o jubilación.

Los beneficiarios se encuentran afiliados a una Unidad de Medicina Familiar (UMF) con base en su domicilio. El IMSS cubre al 36.5% de la población de la Ciudad de México y aproximadamente al 50.9% de los adultos mayores [Sánchez-García, García-Peña, Salvà, et al, 2017].

### *10.3 Tamaño y selección de la muestra*

Análisis secundario de una base de datos que cuenta con 1,252 individuos de 60 años o más que viven en la comunidad y son beneficiarios del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) de la Ciudad de México, provenientes de la línea de base 2014 ( $t_0$ ) de la



Universidad Panamericana

---

Cohorte de Obesidad, Sarcopenia y Fragilidad de Adultos Mayores Mexicanos (COSFAMM) [Sánchez-García, García-Peña, Salvà, et al, 2017].

Se contó con el registro del último trimestre del año 2013 de beneficiarios de 60 años y más ( $n=1,075,275$ ) de las UMF de la Delegación Sur y Norte de la Ciudad de México.

Se realizó una selección aleatoria para obtener 10,000 registros con la finalidad de ubicar domicilio y número telefónico.

Se detectó que el 40.5% ( $n=4,054$ ) de los registros no contaban con dirección de domicilio completo. De las 5,946 cartas invitación enviadas, se contactaron a 1,547 adultos mayores.

Un total de 4,399 adultos mayores no fueron localizados por los siguientes motivos: 57 habían fallecido, 290 cambió de domicilio, 638 no vive en ese domicilio y 3,414 no existe el domicilio.

De los 1,547 adultos mayores contactados, el 80.9% ( $n=1,252$ ) acudieron a la cita, 1.7% ( $n=26$ ) se encontraban hospitalizados y 17.4% ( $n=269$ ) no quiso participar en el estudio.

La muestra se conformó con 1,252 adultos mayores con una media de edad (DE) de 68.5 (7.2) años. El 59.9% ( $n=750$ ) eran mujeres y 40.1% ( $n=502$ ) hombres con una media de edad de 68.7 (7.4) años y 68.2 (6.8) años, respectivamente [Sánchez-García, García-Peña, Salvà, et al, 2017].

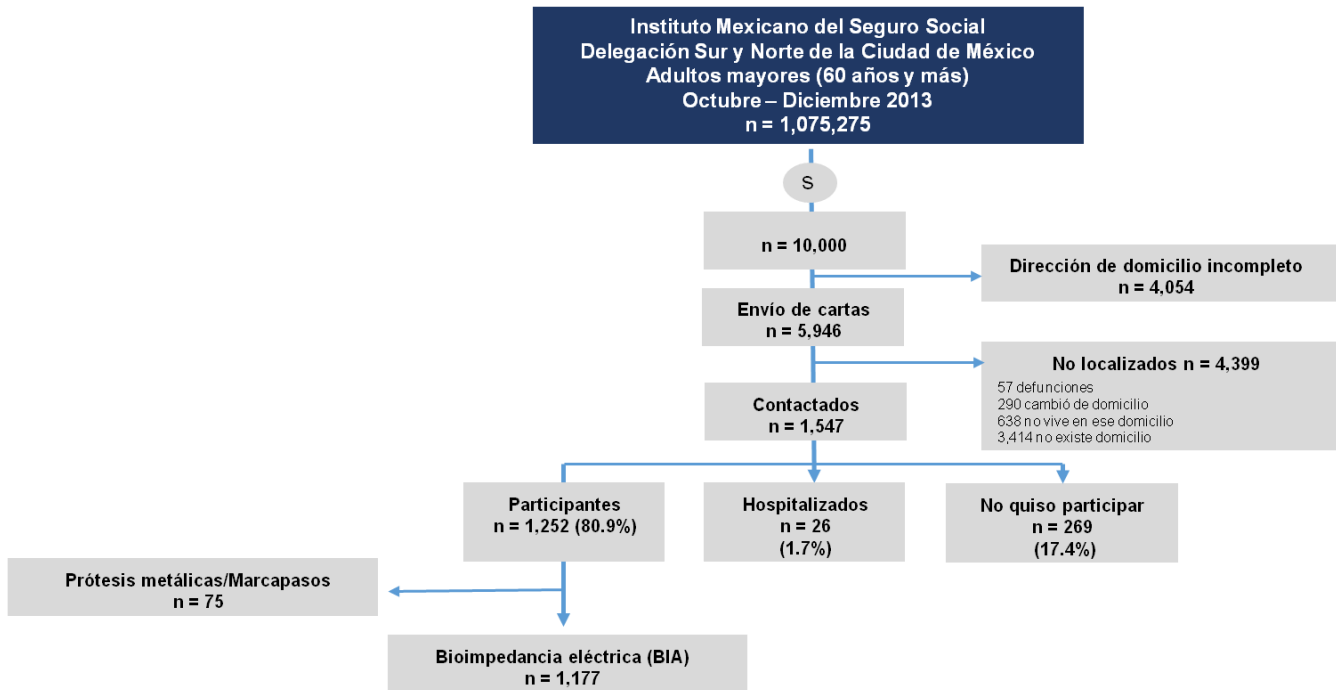


Figura 2. Conformación de la muestra adultos mayores beneficiarios del IMSS de la Ciudad de México.

#### 10.4 Criterios de selección de la muestra

##### 10.4.1 Criterios de inclusión

- Personas de 60 años y más
- Personas derechohabientes del IMSS
- Personas con domicilio en la Ciudad de México

##### 10.4.2 Criterios de no inclusión



- Personas que no han participado en la línea de base 2014 ( $t_0$ ) de la Cohorte de Obesidad, Sarcopenia y Fragilidad de Adultos Mayores Mexicanos (COSFAMM)
- Personas que no dieron su anuencia para participar (Carta de Consentimiento Informado)
- Personas que no cuenten con la información requerida para este estudio

### 10.5 Variables de estudio

#### 10.5.1 Variable dependiente

Autonomía decisional, se considera como la capacidad para tomar decisiones propias, sentirse en control del propio futuro y de hacer las cosas que se quiere. Se evaluará con el apartado de autonomía de la Escala de Calidad de Vida módulo Adultos Mayores de la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization Quality of Life of Older Adults, WHOQOL-OLD). Las preguntas que se utilizan son:

¿Cuánta libertad tiene para tomar sus propias decisiones?

¿Qué tanto siente que tiene control sobre su futuro?

¿Qué tanto siente que las personas que le rodean respetan su libertad?

¿Cuánta capacidad tiene para realizar las cosas que le gustaría hacer?

Las respuestas son tipo Likert: Nada (1 punto), Un poco (2 puntos), Lo normal (3 puntos), Bastante (4 puntos), Extremadamente (5 puntos).



Universidad Panamericana

---

Se utilizaron puntuaciones transformadas que oscilan entre 0 y 100. Las puntuaciones más cercanas a 100, indican una mayor autonomía [Zhang X, Xia R et al, 2018]. El punto de corte que se utilizó para percepción de baja autonomía fue de  $\leq 50$  puntos (corresponde al percentil 25).



---

### 10.5.2 Variables independientes

**Sexo**

Mujeres  
Hombres

**Edad (años)**

75 y más  
60-74

**Estado marital**

Soltero  
Casa

**Escolaridad (años)**

<6  
≥6

**Trabajo remunerado**

Sí  
No

**Vivir sólo**

Sí  
No

**Bajo soporte social**

Sí  
No

**Baja espiritualidad**

Sí  
No

**Consumo de tabaco**

Sí  
No

**Consumo de alcohol**

Sí  
No

**Mala percepción de salud**

Sí  
No

**Obesidad**

Sí  
No

**Comorbilidad**

≥2  
<2

**Deterioro cognitivo**

Sí  
No

**Depresión**

Sí  
No

**Ansiedad**

Sí  
No

**Polifarmacia**

Sí  
No

**Limitación ABVD**

Sí  
No

**Limitación AIVD**

Sí  
No

**Problemas de visión**

Sí  
No

**Problemas de audición**

Sí  
No

**Incontinencia urinaria**

Sí  
No

**Caídas en el último año**

Sí  
No

**Servicio de urgencias en el último año**

Sí  
No



### *10.6 Recolección de la información*

Para la recolección de los datos, la Ciudad de México se dividió geográficamente en ocho cuadrantes, es decir cuatro cuadrantes para la Delegación Sur y cuatro cuadrantes para la Delegación Norte de la Ciudad de México. Se identificaron las Unidades de Medicina Familiar (UMF) que se localizaban en cada uno de los cuadrantes, posteriormente se realizaron reuniones con los jefes de enseñanza e investigación de las UMF para presentar el estudio y solicitar su apoyo para realizarlo.

Así como ayudarnos a identificar dentro de cada cuadrante qué UMF podría ser la sede para realizar el estudio de acuerdo a sus características de accesibilidad y el contar con espacio físico para llevar a cabo la encuesta y realizar las evaluaciones clínicas.

Posteriormente se visitaron las UMF que se seleccionaron como sedes, con la finalidad de corroborar que efectivamente tenían servicios de transporte accesibles y el espacio físico necesario. Finalmente se solicitó la autorización de los directivos de cada una de las UMF seleccionadas como sede para efectuar el estudio en sus instalaciones.

A cada uno de los adultos mayores, se le asignó una UMF sede de acuerdo a la cercanía de su dirección domiciliaria. Se solicitó el consentimiento informado por escrito a cada uno de los adultos mayores, previo a la recolección de los datos.

Se enviaron 5,946 cartas a los domicilios de los adultos mayores con la finalidad de informarles sobre el estudio e invitarlos a participar, así como proporcionarles el



Universidad Panamericana

---

lugar de la UMF sede, día y hora en el que podrían acudir para realizar la encuesta y las evaluaciones clínicas correspondientes en caso de que desearan participar en el estudio. Así como número telefónico donde podían solicitar mayor información y cambiar su cita o UMF sede, si así lo decidieran.

En los casos en el que el adulto mayor no acudió a su cita, se implementó la localización vía telefónica y en algunos casos localización domiciliaria.

La información se colectó de abril a septiembre del 2014 y se obtuvo a través de un cuestionario que incluyó las características sociodemográficas como sexo (Mujer/Hombre), edad en años (60-74/75 y más), estado marital (Soltero/Casado), escolaridad (<6/≥6 años), trabajo remunerado (Sí/No), vivir sólo(Sí/No), consumo de tabaco (Sí/No), consumo de alcohol (Sí/No), mala percepción de salud (Sí/No), problemas de visión (Sí/No) y audición (Sí/No), incontinencia urinaria (Sí/No), comorbilidad (≥2/<2), polifarmacia se consideró consumo de medicamentos ≥5 medicamentos (Sí/No) [17], caídas (Sí/No) y utilización de servicios de urgencias (Sí/No) en el último año.

Se realizaron además evaluaciones a través de diferentes escalas de valoración geriátrica que se describen a continuación. Para conocer el bajo soporte social se utilizó Medical Outcomes Study-Social Support Survey (MOS-SSS≤77.6 puntos, corresponde al percentil 25) [Sherbourne y Stewart, 1991]; baja espiritualidad fue evaluado con el Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being (FACIT≤28



Universidad Panamericana

---

puntos, corresponde al percentil 25) [Peterman, Fitchett, Brady, et al 2002, FACIT, 2015]. Para presencia de obesidad, se consideró el percentil >60 de porcentaje de grasa corporal (38.4% mujeres y 26.7% hombres) utilizando análisis de impedancia bioeléctrica (BIA, siglas en inglés) con un dispositivo de RJL Systems BIA 101. [21, 22]. Se evaluó funcionalidad con el índice de Katz para limitaciones en actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y el índice de Lawton y Brody para instrumentales (IADL) , se consideró con limitación cuando el adulto mayor era incapaz de realizar una o más ABVD o IADL [Katz, Ford, Moskowitz, et al, 1963, Lawton y Body, 1969]; deterioro cognitivo con el Mini-Mental State Examination (MMSE<23 puntos ajustado por educación) [Mungas, Marshall, Weldon, et al, 1996], depresión fue evaluado con el Center for Epidemiologic Studies Depression Scale-Revised (CESD-R), se consideró depresión cuando al menos cinco síntomas estaban presentes durante al menos dos semanas, incluyendo disforia (tristeza) y/o anhedonia (pérdida de interés) más tres de los siguientes síntomas: cambio significativo de peso (apetito), trastornos del sueño, agitación o retraso psicomotor, fatiga, culpabilidad excesiva o inapropiada, e ideación suicida. [Eaton, Muntaner y Smith, 1998, Sánchez-García, Juárez-Cedillo, Gallegos-Carrillo, 2012], para ansiedad se utilizó el Short Anxiety Screening Test (SAST≥23 puntos) [Sinoff, Ore, Zlotogorsky et al, 1999].

Toda la información en papel y electrónicamente está concentrada en las instalaciones de la Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud. Área Envejecimiento en el Centro Médico Nacional Siglo XXI de la Ciudad de México.



Se realizó una validación de los datos obtenidos durante el estudio de un 15% de la muestra.

### *10.7 Análisis estadístico*

Para conocer las propiedades psicométricas del WHOQOL-OLD y en particular el dominio de autonomía. Se calculó el coeficiente alpha de Cronbach para determinar la consistencia interna del WHOQOL-OLD.

Se exploraron las dimensiones subyacentes y fundamentales mediante un análisis factorial confirmatorio con extracción de factores por el método de componentes principales y una rotación posterior por el método ortogonal varimax. Se evaluó la adecuación del análisis factorial mediante la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin y la prueba de esfericidad de Bartlett.

Se realizó un análisis descriptivo y se obtuvo la media (DE) del puntaje de percepción de autonomía para cada una de las variables en estudio. Se utilizó la prueba t de Student para comparar las medias del puntaje de percepción de autonomía para cada variable dicotómica.

Se utilizó el análisis de regresión logística bivariado y multivariado para determinar la fuerza de asociación (Razón de Momios, RM; Intervalo de confianza al 95%, IC 95%) entre las características de la muestra y la baja autonomía. Las variables que mostraron una asociación significativa ( $p \leq 0.050$ ) con la baja autonomía fueron



Universidad Panamericana

---

incluidas para la construcción de un modelo parsimonioso utilizando el método de selección de paso atrás de manera manual.

Se utilizó la sensibilidad y especificidad para determinar el área bajo la curva ROC (Receiver Operating Characteristic), con la finalidad de evaluar su bondad para clasificar correctamente a los sujetos que presentan baja autonomía. Se utilizó el paquete STATA versión 14 (StataCorp. 2015) para la realización del análisis estadístico.



Universidad Panamericana

---

## **Capítulo 11: Resultados**

La media (DE) de edad 68.5 (7.2) años para los 1,252 adultos mayores participantes en el estudio. El 59.9% (n=750) eran mujeres y 40.1% (n=502) hombres con una media de edad 68.7 (7.4) años y 68.2 (6.8) años, respectivamente. En la Tabla 1, se presentan las características de la muestra de adultos mayores derechohabientes del IMSS de la Ciudad de México.

En la Tabla 2, se presenta las preguntas relacionadas con la autonomía y frecuencia de las respuestas para la muestra de adultos mayores derechohabientes del IMSS de la Ciudad de México.



**Tabla 1. Características de la muestra de adultos mayores derechohabientes del IMSS de la Ciudad de México.**

	% (n)		% (n)
<b>Sexo</b>		<b>Comorbilidad</b>	
Mujeres	59.9 (750)	≥2	12.5 (157)
Hombres	40.1 (502)	<2	87.5 (1095)
<b>Edad (años)</b>		<b>Deterioro cognitivo</b>	
75 y más	20.1 (252)	Sí	24.3 (304)
60-74	79.9 (1000)	No	75.7 (948)
<b>Estado marital</b>		<b>Depresión</b>	
Soltero	40.6 (508)	Sí	4.2 (53)
Casa	59.4 (744)	No	95.8 (1199)
<b>Escolaridad (años)</b>		<b>Ansiedad</b>	
<6	17.2 (215)	Sí	16.3 (204)
≥6	82.8 (1037)	No	83.7 (1048)
<b>Trabajo remunerado</b>		<b>Polifarmacia</b>	
Sí	35.1 (439)	Sí	22.0 (276)
No	64.9 (813)	No	78.0 (976)
<b>Vivir sólo</b>		<b>Limitación ABVD</b>	
Sí	10.1 (126)	Sí	19.2 (240)
No	89.9 (1126)	No	80.8 (1012)
<b>Bajo soporte social</b>		<b>Limitación AIVD</b>	
Sí	26.0 (326)	Sí	45.4 (568)
No	74.0 (926)	No	54.6 (684)
<b>Baja espiritualidad</b>		<b>Problemas de visión</b>	
Sí	26.3 (329)	Sí	81.3 (1018)
No	73.7 (923)	No	18.7 (234)
<b>Consumo de tabaco</b>		<b>Problemas de audición</b>	
Sí	9.3 (117)	Sí	45.0 (564)
No	90.7 (1135)	No	55.0 (688)
<b>Consumo de alcohol</b>		<b>Incontinencia urinaria</b>	
Sí	24.8 (311)	Sí	25.3 (317)
No	75.2 (941)	No	74.7 (935)
<b>Mala percepción de salud</b>		<b>Caidas en el último año</b>	
Sí	4.0 (50)	Sí	26.8 (336)
No	96.0 (1202)	No	73.2 (916)
<b>Obesidad</b>		<b>Servicio de urgencias en el último año</b>	
Sí	38.3 (479)	Sí	6.1 (76)
No	61.7 (773)	No	93.9 (1176)



**Tabla 2. Preguntas relacionadas con la autonomía y frecuencia de las respuestas para la muestra de adultos mayores derechohabientes del IMSS de la Ciudad de México.**

	<b>Nada % (n)</b>	<b>Un poco % (n)</b>	<b>Lo normal % (n)</b>	<b>Bastante % (n)</b>	<b>Extremadamente % (n)</b>
<b>¿Cuánta libertad tiene para tomar sus propias decisiones?</b>	2.3 (29)	5.3 (66)	23.2 (290)	41.5 (519)	27.8 (348)
<b>¿En qué medida siente que tiene control sobre su futuro?</b>	5.1 (64)	6.7 (84)	38.8 (486)	35.7 (447)	13.7 (171)
<b>¿En qué grado siente que la gente que le rodea es respetuosa con su libertad?</b>	3.5 (44)	5.8 (72)	31.9 (399)	44.5 (557)	14.4 (180)
<b>¿En qué medida es capaz de hacer las cosas que le gustaría hacer?</b>	6.5 (81)	8.8 (110)	28.3 (354)	38.5 (482)	18.0 (225)



Universidad Panamericana

---

La media del puntaje de percepción de autonomía fue de 65.3 (18.2) puntos. El percentil 25 se presentó en 50 puntos, percentil 50 en 68.8 puntos y percentil 75 en 75 puntos de percepción de autonomía.

En la Tabla 3, se puede observar la clasificación de percepción de autonomía de acuerdo a los percentiles.

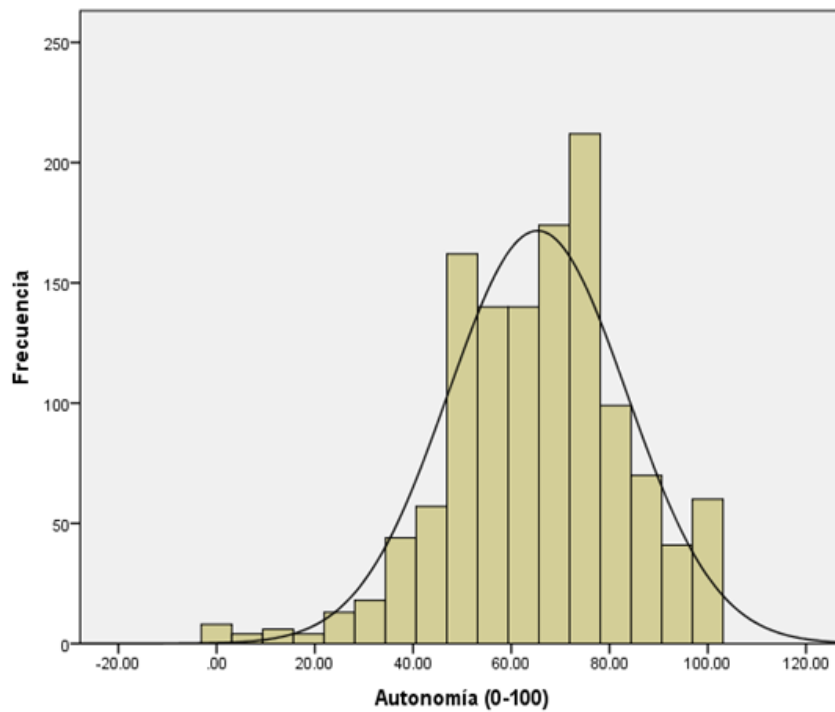
El punto de corte que se utilizó para baja autonomía fue de  $\leq 50$  puntos que corresponde al percentil 25.



**Tabla 3. Clasificación de percepción de autonomía para la muestra de adultos mayores derechohabientes del IMSS de la Ciudad de México.**

Percepción de autonomía	Percentiles	puntos
Baja	$\leq 25$	$\leq 50$
Media	25-75	51-74
Alta	$\geq 75$	$\geq 75$

La Figura 3, nos muestra la distribución y frecuencia del puntaje de percepción de autonomía.



**Figura 3. Distribución y frecuencia del puntaje de percepción de autonomía para la muestra de adultos mayores derechohabientes del IMSS de la Ciudad de México.**



Universidad Panamericana

---

El coeficiente alfa de Cronbach para determinar la consistencia interna y coeficiente de correlación intraclase para la evaluación de la fiabilidad para el WHOQOL-OLD, se presentan en la Tabla 4. Se presenta para el dominio de autonomía un Alfa de Cronbach de 0.72 y Coeficiente de correlación intraclase de 0.72.

La estructura factorial del WHOQOL-OLD se puede observar en la Tabla 5. El porcentaje de la varianza explicada para el dominio de autonomía fue de 4.4 de 66.7 del total de la varianza del WHOQOL-OLD.



**Tabla 4. Propiedades psicométricas del WHOQOL-OLD para la muestra de adultos mayores derechohabientes del IMSS de la Ciudad de México (n=1,252).**

Consistencia interna	
Dominios	<b>Alfa de Cronbach</b>
Capacidad sensorial	0.95
Autonomía	0.72
Actividades pasadas/presentes/futuras	0.65
Participación social	0.73
Muerte y el morir	0.86
Intimidad	0.92
WHOQOL-OLD	0.74
Evaluación de la fiabilidad en las observaciones	
	<b>Coefficiente de correlación intraclass</b>
Autonomía	0.72
WHOQOL-OLD	0.74
	<b>Valor-p</b>
	<.001
	<.001



Universidad Panamericana

**Tabla 5. Estructura factorial de WHOQOL-OLD para la muestra de adultos mayores derechohabientes del IMSS de la Ciudad de México.**

	Componentes					
	1	2	3	4	5	6
<b>Intimidad</b>						
R21	0.830					
R22	0.881					
R23	0.875					
R24	0.869					
<b>Participación social</b>						
R14		0.687				
R16		0.835				
R17		0.819				
R18		0.730				
<b>Muerte y agonía</b>						
R6			0.838			
R7			0.885			
R8			0.849			
R9			0.731			
<b>Capacidad sensorial</b>						
R1				0.711		
R2				0.859		
R1				0.655		
R20				0.859		
<b>Actividades Pasado/presente/futuras</b>						
R12					0.717	
R13					0.567	
R15					0.661	
R19					0.488	
<b>Autonomía</b>						
R3 ¿Cuánta libertad tiene para tomar sus propias decisiones?						0.736
R4 ¿Qué tanto siente que las personas que le rodean respetan su libertad?						0.668
R5. ¿Qué tanto siente que las personas que le rodean respetan su libertad?						0.711
R11 ¿cuánta capacidad tiene para realizar las cosas que le gustaría hacer?						0.691
<b>Varianza</b>						
% de varianza acumulado	26.8	38.4	48.0	55.5	62.3	66.7
% de varianza explicado	26.8	11.6	9.6	7.5	6.8	4.4

Análisis factorial con extracción de factores por método de componente principales. Método de rotación: Varimax y prueba de KMO.



Universidad Panamericana

---

La media (DE) del puntaje de percepción de autonomía se presentan en la Tabla 6. Se observa que los adultos mayores de edad entre los 75 años y más, <6 años de escolaridad, sin trabajo remunerado, bajo soporte social, baja espiritualidad, mala percepción de salud, presencia comorbilidad, deterioro cognitivo, depresión, ansiedad, limitaciones en ABVD, problemas de audición e incontinencia urinaria, mostraron tener una media menor que su contra parte, existiendo una diferencia entre las medias estadísticamente significativa ( $p < .050$ ).



**Tabla 6. Características de la muestra y media (DE) del puntaje de percepción de autonomía en adultos mayores derechohabientes del IMSS de la Ciudad de México.**

	<b>Percepción de autonomía</b>	
	<b>Media (DE)</b>	<b>Valor -p</b>
<b>Sexo</b>		
Mujeres	64.6 (18.9)	.079
Hombres	66.4 (17.1)	
<b>Edad (años)</b>		
75 y más	61.3 (18.2)	<.001
60-74	66.4 (18.0)	
<b>Estado marital</b>		
Soltero	64.5 (19.1)	.155
Casa	65.9 (17.5)	
<b>Escolaridad (años)</b>		
<6	55.8 (19.3)	<.001
≥6	67.3 (17.3)	
<b>Trabajo remunerado</b>		
Sí	67.5 (17.9)	.002
No	64.2 (18.3)	
<b>Vivir sólo</b>		
Sí	68.0 (17.6)	.089
No	65.0 (18.2)	
<b>Bajo soporte social</b>		
Sí	58.5 (19.7)	<.001
No	67.7 (17.0)	
<b>Baja espiritualidad</b>		
Sí	57.0 (18.3)	<.001
No	68.3 (17.2)	
<b>Consumo de tabaco</b>		
Sí	65.0 (16.8)	.798
No	65.4 (18.3)	
<b>Consumo de alcohol</b>		
Sí	66.5 (17.5)	.203
No	65.0 (18.4)	
<b>Mala percepción de salud</b>		
Sí	54.6 (18.9)	<.001
No	65.8 (18.0)	



Universidad Panamericana

**Continuación**

**Tabla 6. Características de la muestra y media (DE) del puntaje de percepción de autonomía en adultos mayores derechohabientes del IMSS de la Ciudad de México.**

	<b>Percepción de autonomía</b>	
	<b>Media (DE)</b>	<b>Valor -p</b>
<b>Obesidad</b>		
Sí	66.2 (18.2)	.179
No	64.8 (18.1)	
<b>Comorbilidad</b>		
≥2	62.0 (19.0)	.013
<2	65.8 (18.0)	
<b>Deterioro cognitivo</b>		
Sí	58.9 (19.0)	<.001
No	67.4 (17.4)	
<b>Depresión</b>		
Sí	54.7 (19.3)	<.001
No	65.8 (18.0)	
<b>Ansiedad</b>		
Sí	57.3 (18.7)	<.001
No	66.9 (17.7)	
<b>Polifarmacia</b>		
Sí	63.5 (17.0)	.052
No	65.8 (18.5)	
<b>Limitación ABVD</b>		
Sí	62.5 (18.8)	.007
No	66.0 (18.0)	
<b>Limitación AIVD</b>		
Sí	65.3 (17.6)	.982
No	65.4 (18.6)	
<b>Problemas de visión</b>		
Sí	64.9 (18.3)	.087
No	67.2 (17.1)	
<b>Problemas de audición</b>		
Sí	63.2 (17.6)	<.001
No	67.1 (18.5)	
<b>Incontinencia urinaria</b>		
Sí	62.1 (18.3)	<.001
No	66.4 (18.0)	
<b>Caídas en el último año</b>		
Sí	63.7 (17.8)	.052
No	65.9 (18.3)	
<b>Servicio de urgencias en el último año</b>		
Sí	64.6 (17.2)	.698
No	65.4 (18.2)	



Universidad Panamericana

---

La prevalencia y fuerza de asociación (RM, IC 95%) cruda y ajustada de baja autonomía de acuerdo a las características de los adultos mayores se presenta en la Tabla 7. Los adultos mayores solteros, con <6 años de escolaridad, bajo soporte social, baja espiritualidad, presencia de deterioro cognitivo, ansiedad y limitación en ABVD son los que presentaron una fuerza de asociación (RM) cruda y ajustada estadísticamente significativa ( $p < .050$ ).



Universidad Panamericana

**Tabla 7. Prevalencia y fuerza de asociación para baja autonomía en adultos mayores derechohabientes del IMSS de la Ciudad de México.**

	OR (IC 95%)	Valor-p	OR Ajustada (IC 95%)	Valor-p
<b>Sexo</b>				
Mujeres	1.35 (1.03-1.76)	.027	1.20 (0.63-2.30)	.583
Hombres	1 (Referencia)		1 (Referencia)	
<b>Edad (años)</b>				
75 y más	1.69 (1.26-2.29)	.001	1.01 (0.69-1.48)	.948
60-74	1 (Referencia)		1 (Referencia)	
<b>Estado marital</b>				
Soltero	1.43 (1.11-1.85)	.006	1.38 (1.00-1.90)	.049
Casado	1 (Referencia)		1 (Referencia)	
<b>Escolaridad (años)</b>				
<6	2.85 (2.10-3.88)	<.001	1.97 (1.38-2.80)	<.001
≥6	1 (Referencia)		1 (Referencia)	
<b>Trabajo remunerado</b>				
Sí	0.68 (0.52-0.90)	.007	0.80 (0.58-1.09)	.156
No	1 (Referencia)		1 (Referencia)	
<b>Vivir sólo</b>				
Sí	0.79 (0.51-1.23)	.300	0.65 (0.39-1.09)	.102
No	1 (Referencia)		1 (Referencia)	
<b>Bajo soporte social</b>				
Sí	2.13 (1.62-2.80)	<.001	1.71 (1.25-2.34)	.001
No	1 (Referencia)		1 (Referencia)	
<b>Baja espiritualidad</b>				
Sí	3.02 (2.30-3.97)	<.001	2.53 (1.87-3.41)	<.001
No	1 (Referencia)		1 (Referencia)	
<b>Consumo de tabaco</b>				
Sí	0.93 (0.59-1.44)	.732	0.99 (0.61-1.61)	.974
No	1 (Referencia)		1 (Referencia)	
<b>Consumo de alcohol</b>				
Sí	0.71 (0.52-0.97)	.030	0.90 (0.64-1.27)	.561
No	1 (Referencia)		1 (Referencia)	
<b>Mala percepción de salud</b>				
Sí	2.43 (1.37-4.31)	.002	1.06 (0.54-2.09)	.874
No	1 (Referencia)		1 (Referencia)	
<b>Obesidad</b>				
Sí	0.87 (0.67-1.13)	.291	0.79 (0.59-1.06)	.119
No	1 (Referencia)		1 (Referencia)	
<b>Comorbilidad</b>				
≥2	1.67 (1.17-2.38)	.005	1.48 (0.99-2.22)	.057
<2	1 (Referencia)		1 (Referencia)	



Universidad Panamericana

---



Continuación

	OR (IC 95%)	Valor-p	OR Ajustada (IC 95%)	Valor-p
<b>Deterioro cognitivo</b>				
Sí	2.35 (1.78-3.11)	<.001	1.75 (1.26-2.42)	.001
No	1 (Referencia)		1 (Referencia)	
<b>Depresión</b>				
Sí	3.02 (1.73-5.26)	<.001	1.38(0.71-2.68)	.335
No	1 (Referencia)		1 (Referencia)	
<b>Ansiedad</b>				
Sí	2.66 (1.94-3.64)	<.001	1.62 (1.11-2.35)	.012
No	1 (Referencia)		1 (Referencia)	
<b>Polifarmacia</b>				
Sí	0.96 (0.70-1.31)	.794	0.70 (0.49-0.99)	.044
No	1 (Referencia)		1 (Referencia)	
<b>Limitación ABVD</b>				
Sí	1.73 (1.27-2.34)	<.001	1.47 (1.03-2.10)	.034
No	1 (Referencia)		1 (Referencia)	
<b>Limitación AIVD</b>				
Sí	0.96 (0.74-1.24)	.758	1.24 (0.67-2.27)	.496
No	1 (Referencia)		1 (Referencia)	
<b>Problemas de visión</b>				
Sí	1.52 (1.07-2.17)	.020	1.29 (0.87-1.90)	.207
No	1 (Referencia)		1 (Referencia)	
<b>Problemas de audición</b>				
Sí	1.50 (1.16-1.93)	.002	1.16 (0.87-1.55)	.310
No	1 (Referencia)		1 (Referencia)	
<b>Incontinencia urinaria</b>				
Sí	1.35 (1.02-1.80)	.037	0.94 (0.67-1.31)	.705
No	1 (Referencia)		1 (Referencia)	
<b>Caídas en el último año</b>				
Sí	1.09 (0.82-1.45)	.538	0.97 (0.70-1.34)	.856
No	1 (Referencia)		1 (Referencia)	
<b>Servicio de urgencias en el último año</b>				
Sí	0.85 (0.49-1.47)	.553	0.79 (0.42-1.45)	.442
No	1 (Referencia)		1 (Referencia)	



Universidad Panamericana

---

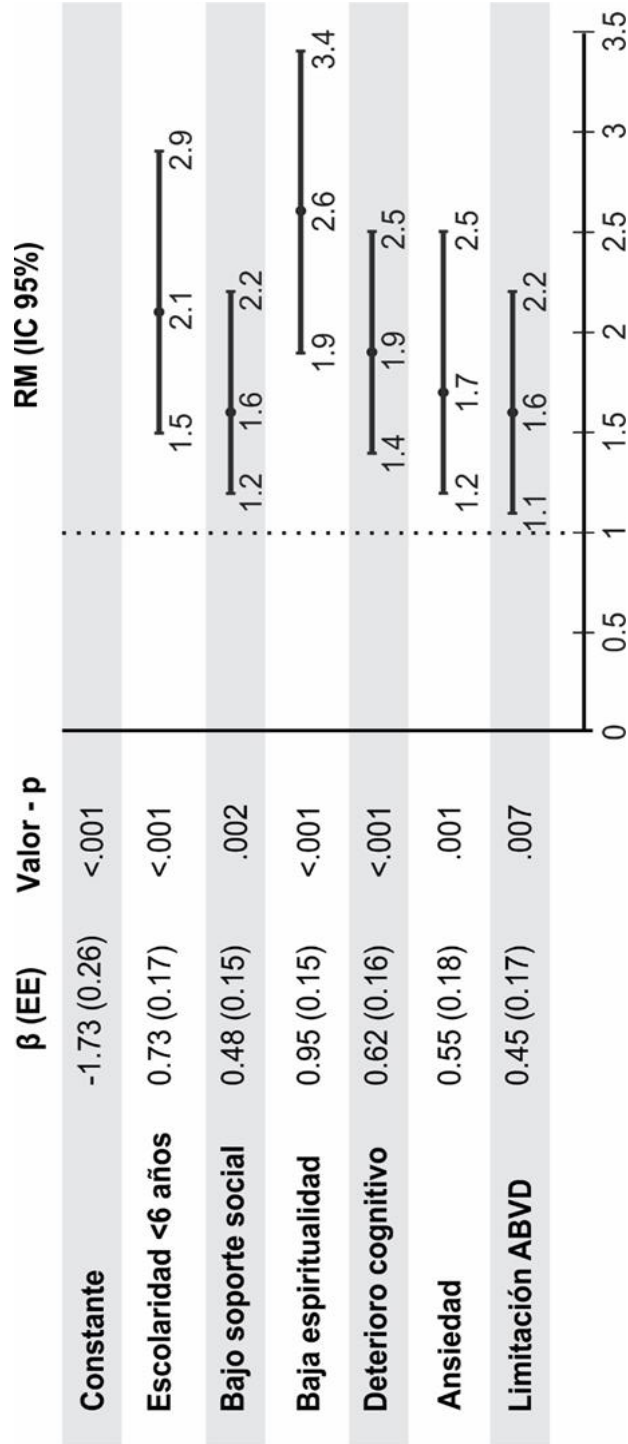


Universidad Panamericana

---

En la Figura 4, se presenta el modelo de regresión logística final, donde se muestra la fuerza de asociación (RM, 95% CI) para presencia de baja autonomía. Para este modelo de regresión logística se consideró la escolaridad <6 años (RM=2.1, 95% CI=1.5-2.9), bajo soporte social (RM=1.6, 1.2-2.2), baja espiritualidad (RM=2.6, 95% CI=1.9-3.4), presencia de deterioro cognitivo (RM=1.9, 95% CI=1.4-2.5), ansiedad (RM=1.7, 95% CI=1.2-2.5), limitación en ABVD (RM=1.6, 95% CI=1.1-2.2) para presencia de baja autonomía en adultos mayores.

Este modelo, presenta una correcta clasificación en el 76.8%, con una sensibilidad de 95.7%, especificidad de 20.6% y un área bajo la curva ROC de 0.72.



**Figura 4. Modelo de regresión logística para determinar la fuerza de asociación para a presencia de baja autonomía en adultos mayores.**



## Capítulo 12: Discusión

En nuestro estudio, hemos observado que existe una disminución de la percepción de autonomía en los adultos mayores que viven en la comunidad. La percepción de baja de autonomía en los adultos mayores que viven en la comunidad se asocia con una escolaridad baja (<6 años), bajo soporte social, baja espiritualidad, deterioro cognitivo, ansiedad y limitaciones en ABVD. Por lo que, los profesionales de la salud deberán promover la participación en la toma de decisiones en especial en adultos mayores con estas características.

La media de percepción de autonomía en nuestro estudio podría considerarse como moderada (Yodmai et al., 2015). Otros estudios en Latinoamérica que han utilizado el mismo instrumento han reportado una media de 66.8 (16.3) en una población de Brasil (Paiva et al., 2016), 60.6 (18.0) en Chile (Urzúa et al., 2011) y 52.8 (17.5) en Colombia (Estrada et al., 2011); estos resultados son similares a lo que observamos en nuestro estudio, los cuales fueron de 65.3(18.2).

Por otra parte, la educación tiene el poder de darles a las personas el determinar qué pensar y qué hacer a la luz de las razones, considerando que el fin de la educación es la autonomía (Rödl, 2016). Nuestros resultados demuestran que un bajo nivel educativo se asocia con una percepción de baja autonomía en los adultos mayores. Considerando lo anterior, es necesario que los profesionales de la salud informen adecuadamente en especial a los adultos mayores con bajo nivel educativo y a sus



Universidad Panamericana

---

familiares sobre los problemas de salud que se presentan, alternativas de tratamiento que existen, así como notificar los riesgos previsible (limitantes y excepciones) para que puedan tomar decisiones informadas sobre la atención y tratamiento médico que se seleccione, incluyendo la atención para el "final de la vida".

Es responsabilidad de los profesionales de la salud, velar por mantener la dignidad y autonomía de los adultos mayores dentro de los servicios de salud (Lothian & Philp, 2001).

El soporte social, por lo general, fomenta una mayor autoestima, autorregulación, vitalidad y sentimientos de conexión con los demás, lo que podría favorecer una mayor percepción de autonomía (Ryan & Solky, 1996). En nuestro estudio, observamos que el bajo soporte social está asociado con una percepción de baja de autonomía, por lo que es necesario que se fomenten estrategias para incrementar el soporte social en los adultos mayores con la finalidad de recibir los beneficios antes mencionados e incrementar la percepción de autonomía.

La espiritualidad juega un papel importante en la salud y bienestar de los adultos mayores (WHOQOL SRPB Group, 2006). En un estudio que examinó el efecto de la espiritualidad y experimentar cualquier evento de vida significativo sobre la autonomía, se observó que la espiritualidad amortiguó los efectos de cualquier evento de la vida en la autonomía, es decir que aquéllas personas que experimentaron cualquier evento y reportaron baja espiritualidad tenían más probabilidades de reportar una disminución



Universidad Panamericana

---

significativa de la autonomía (MacKinlay, 2017). Nosotros pudimos observar, que los adultos mayores con baja espiritualidad se asocian con una percepción de baja autonomía. El presente estudio coloca a la espiritualidad en la agenda de estudios futuros sobre el tema en diferentes poblaciones que permitan explicar a fondo esta asociación.

Los adultos mayores con deterioro cognitivo pueden responder de manera coherente a las preguntas sobre preferencias, elecciones y su propia participación en decisiones sobre la vida diaria, y brindar información precisa y confiable (Feinberg & Whitlatch, 2001). Nuestros resultados nos indican que los adultos mayores con deterioro cognitivo se asocian con una percepción de baja autonomía. Los profesionales de la salud no pueden ignorar que los adultos mayores con deterioro cognitivo tienen la capacidad de tomar decisiones de manera autónoma, por lo que no es necesaria la concurrencia de la voluntad de terceras personas. Sin embargo, existen casos en que los adultos mayores no sean capaces de tomar decisiones por alteración mental severa (como por ejemplo en demencia severa) y quienes deben tomar la decisión en este caso son los familiares con el apoyo de los profesionales de la salud, siempre buscando el mayor beneficio terapéutico posible, sin llegar al encarnizamiento terapéutico.

Se debe considerar que ciertas condiciones de enfermedad de los adultos mayores pueden afectar la capacidad de llevar a cabo las ABVD. Las dificultades para



Universidad Panamericana

---

llevar a cabo actividades de vida diaria producen generalmente altos niveles de ansiedad y depresión, asociados directamente a la pérdida de independencia (Heidrich, 1993). Esto explica la asociación que encontramos en nuestro estudio que muestra baja autonomía en adultos mayores que presentan ansiedad y tiene limitaciones en ABVD.

Nuestro estudio tiene limitaciones derivadas de ser un análisis de datos secundario, lo que reduce la posibilidad de poder explorar otras variables que pueden estar asociadas con la baja autonomía en los adultos mayores, considerando que el estudio original no tenía como objetivo realizar este análisis.

Otra de las limitaciones que tiene este estudio, es el diseño trasversal que no permite establecer una dirección de causalidad entre la baja percepción de autonomía y las variables que se consideraron estudiar.

La disminución de la percepción de autonomía en los adultos mayores que viven en la comunidad implica un riesgo de reducción de participación en las decisiones que atienden a su plan de vida conforme a sus tradiciones y creencias (Hedman et al., 2015). Por lo que, es necesario promover programas, políticas o acciones incrementar la capacidad de tomar decisiones propias (autonomía de decisión), independientemente de tener la capacidad de ejecutar decisiones de forma independiente (autonomía de ejecución) propiciando de esta manera la autorrealización de los adultos mayores (Lange et al., 2018; Boyle, 2004).



Universidad Panamericana

---

Por otra parte, los servicios de salud que brindan atención a los adultos mayores les corresponde preservar la dignidad y autonomía; así como minimizar en lo que sea posible la angustia de los pacientes (Lothian K, & Philp I, 2001). Sin embargo, existen reportes en la literatura que sugieren que en muchos de los casos, estos objetivos, no se están logrando. Las opiniones y experiencias de los adultos mayores y sus cuidadores usuarios de los servicios de salud en Inglaterra, narran escenarios alarmantes en la atención de los adultos mayores. Sobresaliendo, el trato que reciben de manera inaceptable, insensible e irrespetuosa, por parte de los profesionales de la salud (Lothian K, & Philp I, 2001). Por otra parte, los reportes de la literatura sobre la dignidad y la autonomía en los adultos mayores en otras partes del mundo sugieren que las dificultades para mantener altos estándares pueden ser un problema global (Eisemann M, Eriksson M, Molloy DW et al, 1998, Roy O, 1996, Rosin AJ, Sonnenblick M, 1998, Turner K, Chye R, et al, 1996). En México, se requiere realizar estudios que nos permitan conocer en qué medida se presenta esta mala práctica en los diferentes servicios de salud que atienden a los adultos mayores.

Las mejores formas promover la autonomía de los adultos mayores es que estos sean atendidos por profesionales de la salud competentes, es decir profesionales con conocimientos teóricos y prácticos, como a las habilidades clínicas para atender a los adultos mayores. Los cuales tengan la capacidad de establecer una buena comunicación interpersonal, para dirigirse con eficiencia y empatía a los adultos



mayores y familiares para que permita tomar decisiones compartidas buscando en primer lugar el bien de su paciente y respetando la dignidad y autonomía.

Los adultos mayores han jugado un papel importante en las sociedades antiguas, ejemplo de esto, es que en épocas pasadas se les trataba con respeto por ser la máxima autoridad política, social y cultural (Gracia D, 1998.). Aristóteles en la *Ética a Nicómaco* (Aristóteles, 2002) nos dice:

*“A todos los ancianos debemos honrarlos según su edad, levantándonos para salir a su encuentro, cediéndoles el asiento, y con otros actos semejantes de cortesía”*

Como podemos constatar, la cultura clásica occidental tenía un reconocimiento de la valoración de los adultos mayores. Por otra parte, los griegos consideraban que un hombre perfecto era aquél que contaba con todas sus potencialidades en el acto. Es decir, el hombre que se encuentra en la plenitud de la vida, lo que corresponde a un joven. Sin embargo, pocos jóvenes podían llegar a ser adultos mayores en esas épocas y tener la experiencia de la plenitud de la vida.

Uno de los primeros libros consagrados de manera exclusiva a los adultos mayores es *“De senectute”* (Acerca de la vejez), obra escrita por Marco Tulio Cicerón [Cicerón M, 2001]. Es de sorprender que en la antigua Roma, una civilización severa con los ancianos, surgiera un halago semejante hacia esta etapa vital. Este libro, resalta lo positivo que puede ser llegar a la vejez, haciendo diferentes recomendaciones relativas a la salud en los adultos mayores, sin ser este un tratado de medicina



Universidad Panamericana

---

geriátrica. Nos dice que en esta etapa de la vida, los adultos mayores se deben centrar en cultivar todas aquellas actividades que les sean placenteras y que le permitan afrontar, en las mejores condiciones la vejez. Ejemplo de esto es el siguiente párrafo que se tomó de dicha obra:

*“En muchas memorias de hombres se ha observado y comprobado que para casi todos los ancianos el sexagésimo tercer año de su vida viene con algún peligro y desastre de enfermedad grave del cuerpo, o de fin de la vida, o de una indisposición del ánimo. [...] También la noche pasada, cuando leíamos el libro de Cartas que el divino Augusto escribió a su nieto Cayo [...] en una carta encontramos escrito eso sobre ese año: “[...] espero que alegre y en buena salud hayas celebrado mi sexagésimo cuarto día natal. Como ves, hemos escapado al sexagésimo tercer año, κλιμακζηρ (climaterio) común de todos los ancianos, y ruego a los dioses que, cuanto tiempo nos quede, nos sea lícito pasarlo estando nosotros sanos, [...]”*

Por otra parte, existe un descrédito por la vejez hacia fines del siglo XIX e inicios del siglo XX, cuando comienza la sociedad de mercado burgués, los adultos mayores perdieron los roles económicos que tradicionalmente ocupaban, a partir de ello se sentaron las bases materiales para su devaluación social y cultural. Ejemplo de lo antes mencionado, es el libro “La vejez” escrito por Simone de Beauvoir, donde expresa su preocupación por el efecto del paso del tiempo y la muerte (de-Beauvoir, 1983).



Universidad Panamericana

---

*“El joven teme esa máquina que va a atraparlo, trata a veces de defenderse a pedradas; el viejo, rechazado por ella, agotado, desnudo, no tiene más que ojos para llorar. Entre los dos la máquina gira, trituradora de hombres que se dejan triturar porque no imaginan siquiera que puedan escapar. Cuando se ha comprendido lo que es la condición de los viejos no es posible conformarse con reclamar una “política de la vejez” más generosa, un aumento de las pensiones, alojamientos sanos, ocios organizados. Todo el sistema es lo que está en juego y la reivindicación no puede sino ser radical: cambiar la vida”.*

Asunción Bernárdez Rodal menciona que Beauvoir parte de una “visión concreta de la vejez que lo podemos definir como el problema de la marginación que padecen los ancianos como un elemento de discriminación que hay que superar, porque es injusto que las personas mayores resulten arrinconadas, silenciadas, al imponerse el criterio que rige la vida moderna: el de la productividad, que atrapa y hace infelices tanto a jóvenes como a ancianos” (Bernárdez-Rodal 2009).

Sin lugar a duda el envejecimiento es un proceso continuo, universal e irreversible que determina una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación. En los individuos mayores sanos, muchas funciones fisiológicas se mantienen normales en un estado basal, pero al ser sometidos a estrés se revela la pérdida de reserva funcional. El envejecimiento no es una condición “per sé” que se asocia a enfermedad y dependencia, pero sí es un hecho que el efecto acumulativo de múltiples exposiciones y



las condiciones psicológicas, físicas y sociales frecuentemente desfavorables, incrementan el riesgo de enfermar en los adultos mayores [Gómez-Dantés H, García Peña MC, 2014]. Este proceso también se ve influenciado por los prejuicios preconcebidos y culturales que pueden afectar y alterar la visión del propio envejecimiento. Robert Butler en la década de 70s, introduce el término de viejismo, (ageism) que se define como el conjunto de prejuicios, estereotipos y discriminaciones que se aplican a los adultos mayores exclusivamente en función de su edad [Butler RN, 1987]. El poder mantener libre de estos prejuicios la atención médica, social, cultural y en el seno de la familia de los adultos mayores, beneficia un envejecimiento armónico.

El reconocimiento a los cuatro principios básicos de la bioética (autonomía, beneficencia, ausencia de maleficencia y justicia) y su aparente importancia de manera igualitaria de estos principios, no ha evitado que en las últimas décadas el principio de autonomía juegue un papel preponderante.

Una de las grandes conquistas de la ética médica ha sido la defensa de la autonomía de las personas que padecen alguna enfermedad, esto ha permitido impulsar la reflexión moral en el campo de la medicina en los últimos años. Por lo que, ha contribuido a que los profesionales de la salud, no utilicen, ni manipulen, ni invadan, el cuerpo de las personas que padecen alguna enfermedad, sin la autorización de estos y que se respete la libertad de las personas para aceptar o no el tratamiento médico



Universidad Panamericana

---

que se les sugiere, y que no se les obligue a formar parte de una investigación (ensayo clínico) ni siquiera en nombre del mayor beneficio de la humanidad [Puyol A, 2012].



Universidad Panamericana

---

## **Conclusiones**

Existe una disminución de la percepción de autonomía en los adultos mayores que viven en la comunidad. Los adultos mayores con escolaridad <6 años, bajo soporte social, baja espiritualidad, presencia de deterioro cognitivo, ansiedad, limitación en ABVD se asocian con presencia de baja autonomía en adultos mayores. Por lo que, los profesionales de la salud deberán promover la participación en la toma de decisiones en especial en adultos mayores con estas características.



## Universidad Panamericana

### Consideraciones éticas

Para este estudio, se solicitó la revisión y aprobación del protocolo de investigación por el Comité de Investigación del Centro Interdisciplinario de Bioética (No. registro CICIBUP0008/17) y por el Comité de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud (No. registro CIB-A-2017-1) de la Universidad Panamericana. El protocolo original de COSFAMM fue revisado y aprobado por la Comité Nacional de Investigación Científica (Comité de Investigación y Comité de Ética en Investigación) del IMSS (No. registro 2012-785-067).



REF: CIB-A-022-2017-1.

25 de enero de 2018

#### DICTAMEN

Estimado Dr. Sergio Sánchez García:

Con relación a su proyecto de investigación titulado:

"Factores asociados a la pérdida de la capacidad de autonomía en el adulto mayor derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Ciudad de México"

El Comité de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Panamericana dictaminó que:

#### PROCEDE SU APROBACIÓN

Esta resolución es válida por tres años a partir de la fecha que aparece en este dictamen. Si después de este periodo aún continúa en actividades relacionadas con este proyecto, por favor solicite una nueva evaluación.

Atentamente,

Dr. Antonio Villa Romero  
Presidente del Comité de Investigación  
Facultad de Ciencias de la Salud  
Universidad Panamericana

Comité de Investigación, Facultad de Ciencias de la Salud  
Universidad Panamericana

1/1



UNIVERSIDAD  
PANAMERICANA

México D. F. 14 de enero del 2017

Asunto: Dictamen  
Protocolo No. CICIBUP0008/17

Dr. Guillermo Cantú Quintanilla  
PRESENTE

Con relación al protocolo No. CICIBUP0008/17, turnado al Comité de Investigación del Centro Interdisciplinario de Bioética de la Universidad Panamericana (CICIBUP) denominado:

Factores asociados a la pérdida de la capacidad de autonomía en el adulto mayor

Hago de su conocimiento que después de evaluarlo, el dictamen del CICIBUP es el siguiente:

#### APROBADO

La vigencia de esta aprobación es de un año a partir de la emisión de este documento. Los responsables del estudio se comprometen a cumplir con todas las disposiciones éticas nacionales e internacionales, así como a presentar al Comité cualquier enmienda, cambio o irregularidad detectada durante la aplicación del protocolo, así como de dar aviso al Comité de la finalización del mismo.

ATENTAMENTE

Dra. María de la Luz L. Casas Martínez  
Coordinador de CICIBUP

c.c.p. Archivo CICIBUP.



Universidad Panamericana

---

### **Financiamiento**

El estudio de Obesidad, sarcopenia y fragilidad en adultos mayores derechohabientes del IMSS de las Delegaciones Sur y Norte de la Ciudad de México fue apoyado por el Fondo para Desarrollo de Protocolos de Investigación y Desarrollo Tecnológico sobre Temas Prioritarios de Salud, IMSS (FIS/IMSS/PROT/PRIO/13/024) y del Fondo Sectorial de Investigación en Salud y Seguridad Social SS/IMSS/ISSSTE/CONACYT (SALUD-2013-01-201112).



## Bibliografía

1. Agich GJ. (2003). Dependence and autonomy in old age: an ethical framework for long term care. Second Edition. New York: Cambridge University Press,.
2. Agich GJ. 1993. Autonomy and Long-term Care. Oxford: Oxford University Press.
3. Aguilar-Casas E, Serrano Álvarez P.(2012). Posrevolución y estabilidad. Cronología (1917-1967). Ciudad de México: Instituto Nacional de Estudios Históricos de las Revoluciones de México,México.
4. Barrantes-Monge M, Rodríguez E, Lama A. 2009. Relación médico paciente: derechos del adulto mayor. Acta Bioethica 15(2):216-221.
5. Beard JR, Officer A, de-Carvalho IA, Sadana R, Pot AM, Michel JP, et al. (2016). The world report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. Lancet.387 (10033):2145–54.
6. Bernárdez-Rodal A. (2009). Transparencia de la vejez y sociedad del espectáculo: pensar a partir de Simone de Beauvoir. Investigaciones Feministas.0: 29-46.
7. Boyle G. (2004).Facilitating choice and control for older people in long-term care. Health Soc Care Community.12(3):212-20
8. Butler RN.(1987). Ageism en Maddex G. Enciclopedia de ageing, New York: Springer;
9. Camps-Cervera MV. (2005) La voluntad de vivir. Barcelona: Ariel.
10. Cereijido M, Covarrubias L(1999). El envejecimiento de los seres humanos. En: Aréchiga H, Cereijido M. El envejecimiento: sus desafíos y esperanzas.11-23. México:UNAM-Siglo XXI Editores.



Universidad Panamericana

---

11. Christman J. (2009). Autonomy in moral and political philosophy. [version electronica]. In EN Zalta (Ed.), The Stanford encyclopedia of philosophy. Recuperado el 14 de noviembre de 2017 de <http://plato.stanford.edu/archives/fall2009/entries/autonomy-moral>
12. Colección: Clásicos. (2001). De senectute de Marco Tulio Cicerón. Acerca de la vejez. Madrid: Triacastela.
13. Clásicos de Grecia y Roma (2002) Ética a Nicómaco de Aristóteles. Madrid: Alianza Editorial
14. Cole J, Kiriaev O, Malpas P, Cheung G. (2017). 'Trust me, I'm a doctor': a qualitative study of the role of paternalism and older people in decision-making when they have lost their capacity. *Australas Psychiatry*.25(6):549-553.
15. Consejo Nacional de Población (CONAPO) (2014). Dinámica demográfica 1990-2010 y proyecciones de población 2010-2030. Ciudad de México: CONAPO.
16. Consejo Nacional de Población (CONAPO). Aspectos generales de los resultados de las proyecciones de población. Proyecciones de la población 2010-2050. Recuperado el 4 de septiembre de 2017 de [http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Aspectos\\_Generales\\_de\\_los\\_resultados\\_de\\_las\\_Proyecciones\\_de\\_Poblacion](http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Aspectos_Generales_de_los_resultados_de_las_Proyecciones_de_Poblacion).
17. Cruz-Jentoft AJ, Baeyens JP, Bauer JM, Boirie Y, Cederholm T, Landi F, Martin FC, Michel J-P, Rolland Y, Schneider SM, Topinkova E, Vandewoude M, Zamboni M. (2010). Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. *Age Ageing*. 39:412-423.
18. De-Beauvoir. S. (1983). La vejez. Argentina: Editorial Sudamericana, 1970



19. Eaton W, Muntaner C, Smith C (1998). Revision of the Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D) Scale. Baltimore: Johns Hopkins University Prevention Center,
20. Eisemann M, Eriksson M, Molloy DW, Nordenstam M, Richter J. (1999). Attitudes towards self-determination in health care: a general population survey in northern Sweden. Eur J Public Health,9(1):41-4.
21. Elorrieta-Grimalt MP.(2012). Análisis crítico de la educación moral según Lawrence Kohlberg. Educ.:15: 497-512.
22. Estrada A, Cardona D, Segura AM, Chavarriaga LM, Ordóñez J, Osorio JJ. (2011). Quality of life in institutionalized elderly people of Medellín. Biomedica 31(4):492-502.
23. The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT) measurement system. Recuperado el 2 de marzo de 2015 en: <http://www.facit.org/FACITOrg/Questionnaires>
24. Feinberg LF, Whitlatch CJ. (2001) Are persons with cognitive impairment able to state consistent choices?. The Gerontologist 41(3):374-82.
25. Field S, Martin J, Miller R, Ward M, Wehmeyer M.(1998). Self-determination for persons with disabilities: A position statement of the Division on Career Development and Transition. Career Development for Exceptional Individuals.;21:113- 128.
26. Galindo-Olaya JD. (2012). Sobre la noción de autonomía en Jean Piaget. Educación y Ciencia; 15:23-33.
27. García-Férez J. (2005). La bioética ante la enfermedad de Alzheimer. España: Universidad Pontificia de Comillas; Desclée de Brouwer.
28. Gnjidic D, Hilmer SN, Blyth FM, Naganathan V, Cumming RG, Handelsman DJ, McLachlan AJ, Abernethy DR, Banks E, Le Couteur DG. (2012) High-risk



- prescribing and incidence of frailty among older community-dwelling men. *Clinical Pharmacology & Therapeutics* 91(3):521–588.
29. Gómez-Cabrera AP.(2013). Una mirada de desolación. El estigma y el abandono en la vejez. *Calidad de Vida y Salud*; 6:90-99.
30. Gómez-Dantés H, García-Peña MC, Sánchez-García S, Rosas-Carrasco O, Campuzano-Rincón JL, Lozano R. (2014). Escenarios de la Dependencia en México. En: Gutiérrez Robledo LM, García Peña MC, Jiménez Bolón JE. *Envejecimiento y Dependencia, realidades y previsión para los próximos años*. Ciudad de México: Editorial Intersistemas.
31. González KD.(2015). Envejecimiento demográfico en México: análisis comparativo entre las entidades federativas. (pp 113-129) En: *La situación demográfica en México*. Ciudad de México: CONAPO.
32. González-Pérez LR. (2016). Nota a la vigésima segunda edición. En: Comisión Nacional de los Derechos Humanos, México. *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. Vigésima segunda edición. Ciudad de México: Comisión Nacional de los Derechos Humanos,
33. Gracia D.(1998) *Ética de los confines de la vida*. Santa Fe de Bogotá: El Búho
34. Hedman M, Pöder U, Mamhidir AG, Nilsson A, Kristofferzon ML, Häggström E. (2015). Life memories and the ability to act: the meaning of autonomy and participation for older people when living with chronic illness. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 29(4):824-833.
35. Heidrich SM. (1993). The relationship between physical health and psychological well-being in elderly women: a developmental perspective. *Research in nursing & health* 16(2):123-30.
36. Instituto Nacional de Salud Pública (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Resultados Nacionales*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.



37. Instituto Nacional de Salud Pública (2013). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Resultados por entidad federativa, Distrito Federal. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública,
38. Instituto Nacional de Salud Pública (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados por entidad federativa, Distrito Federal*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública. Recuperado el 16 de Enero de 2017 de: <https://www.insp.mx/produccion-editorial/novedades-editoriales/3057-ensanut2012-resultados-entidad-federativa.html>
39. Janaca S, Clarke B, Chapter G.(2017). Aging: Natural or Disease? A View from Medical Textbooks. In: Vaiserman AM. (Ed) *Anti-aging Drugs: From Basic Research to Clinical Practice*. Cambridge: The Royal Society of Chemistry,. RSC Drug Discovery Series.
40. Jefatura del Estado (2006). Ley 39/2006: Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. España: Boletín Oficial del Estado (BOE) Núm. 299,
41. Johannesen A, Petersen J, Avlund K. (2004). Satisfaction in everyday life for frail 85-year-old adults: a Danish population study. *Scand J Occup Ther.* 11:3-11.
42. Kane RA.(1995). Autonomy and regulation in long-term care: Odd couple, an ambiguous relationship. En Semradek JA, Gamroth LM, Tornquist EM. *Enhancing autonomy in long-term care: Concepts and Strategies*. New York: Springer.
43. Kant I.(1985). *Tratado de Pedagogía*. Bogotá, Colombia: Ediciones Rosaristas.
44. Katz S, Ford Ab, Moskowitz Rw, Jackson Ba, Jaffe Mw. (1963). Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* 185:914–919.



45. Lange C, Heidemann ITSB, Castro DSP, Pinto AH, Peters CW, Durand MK. (2018). Promoting the autonomy of rural older adults in active aging. *Rev Bras Enferm.* 71(5):2411-2417.
46. Lawton MP, Brody EM. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist.*9(3):179-86.
47. Lee JY, Watt RG, Williams DM, Giannobile WV.(2017) A New Definition for Oral Health: Implications for Clinical Practice, Policy, and Research. *J Dent Res.* 96(2):125-127.
48. Lothian K, Philp I.(2001). Maintaining the dignity and autonomy of older people in the healthcare setting. *BMJ.*17;322(7287):668-70.
49. Lothian K, Philp I (2001) Standards of medical care for older people. Expectations and recommendations. *Geriatrics Society.*British London: BGS, 1997
50. Lucas-Carrasco R, Laidlaw K, Power MJ. (2011). Suitability of the WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD for Spanish older adults. *Aging Mental Health* 15(5):595–604.
51. MacKinlay E. (2017). *The spiritual dimension of ageing.* Second Edition. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
52. May T. (1998). *Autonomy, authority and moral responsibility.* Dordrecht: Springer Science+Business Media Dordrecht,.
53. Mazo-Álvarez HM. (2012). La autonomía: principio ético contemporáneo. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales.* 3:115-132.
54. Menéndez-Villa ML, Hernandez-Piñero L (2014). Autonomía y adulto mayor, un binomio no siempre perfecto. *Medwave,*14:e6027.



55. Morin E. (1976). *La méthode*. Paris: Éditions Du Seuil,.
56. Mungas D, Marshall SC, Weldon M, Haan M, Reed BR.(1996). Age and education correction of Mini-Mental State Examination for English and Spanish-speakingelderly. *Neurology*.46(3):700-6.
57. Novella AM. (2012). *La participación infantil: concepto dimensional en pro de la autonomía ciudadana*. TESI, 13:380-403.
58. Paiva MH, Pegorari MS, Nascimento JS, Santos AD (2016). Factors associated with quality of life among the elderly in the community of the southern triangle macro-region, Minas Gerais, Brazil. *Ciência & saúde coletiva* 21(11):3347-3356.
59. Panter AT, Sterba SK (2011). *Handbook of ethics in quantitative methodology*. New York: Taylor and Francis Group.
60. Partida-Bush V.(1999). *Perspectiva demográfica del envejecimiento en México*. En: *Envejecimiento demográfico de México: Retos y perspectivas*. Ciudad de México: CONAPO.
61. Peterman AH, Fitchett G, Brady MJ, Hernandez L, Cella D. (2002). Measuring Spiritual Well-Being in People With Cancer: The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy—Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp). *Ann Behav Med*. Winter;24(1):49-58.
62. Piaget J. (1974). *El criterio moral en el niño*. España: Editorial Fontanella.
63. Prince MJ, Wu F, Guo Y, Gutierrez Robledo LM, O'Donnell M, Sullivan R, Yusuf S. (2015). The burden of disease in older people and implications for health policy and practice. *The Lancet* 385(9967):549–62.
64. Puyol A. (2012). *Hay bioética más allá de la autonomía*. *Revista de Bioética y Derecho* UB.25: 220-231



65. Ramírez-García E, Moreno-Tamayo K, Briseño-Fabian SC, Sánchez-García S. (2017). Sarcopenia and sarcopenic obesity in older community-dwelling adults with favorable health conditions. *J Aging Res Clin Practice*, 6:143-148.
66. Rödl S. (2016). Education and Autonomy. *Journal of Philosophy of Education* 50(1):84-97.
67. Rosin AJ, Sonnenblick M.(1998). Autonomy versus compulsion in the care of dependent older people. *Health Care in Later Life*, 3:159-70.
68. Roy O. (1996) Ageing: better understanding for better care. *Canadian Nurse*;92(4):42-4.
69. Rubio CJ. (1996) .Educación moral, postmodernidad y democracia. Madrid: Editorial Trotta,
70. Ryan RM., Solky JA. (1996). What is supportive about social support?. In: Pierce GR, Sarason IG, eds. *Handbook of social support and the family*. Boston, MA: Springer, 249-267.
71. Salgado VN, Wong R.(2006). Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana. Un estudio en cuatro ciudades de México. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
72. Sánchez-García S, Gallegos-Karrillo K, Espinel-Bermudez MC, Doubova S, Sánchez-Arenas R, García-Peña C, Salvà Antoni, Briseño-Fabian SC. (2017). Comparison of quality of life among community-dwelling older adults with the frailty phenotype. *Qual Life Res*, 26:2693-2703.
73. Sánchez-García S, García-Peña C, Salvà A, Sánchez Arenas R, Cuadros Moreno J, Velázquez-Olmedo L, & Cárdenas-Bahena A. (2017). Frailty in community-dwelling older adults: association with adverse outcomes. *Clinical Interventions in Aging*, 12:1003–1011.



74. Sánchez-García S, Juárez-Cedillo T, Gallegos-Carrillo K, Gallo JJ, Wagner FA, García-Peña C. (2012). Frecuencia de los síntomas depresivos entre adultos mayores de la Ciudad de México. *Salud mental*, 35(1): 71-77.
75. Sánchez-Guzmán MA. (2011). Género y vejez: una mirada distinta a un problema común. *Rev Ciencia*; 62:48-53.
76. Sherbourne CD, Stewart AL. (1991). The MOS social support survey. *Soc Sci Med*, 32(6):705-14.
77. Singer P (1984). *Ética práctica*. Barcelona: Ariel.
78. Sinoff G, Ore L, Zlotogorsky D, Tamir D. (1999). Short Anxiety Screening Test- a brief instrument for detecting anxiety in the elderly. *Int J Geriatr Psychiatry*, 14: 1062-1071.
79. Sousa RM, Ferri CP, Acosta D, Guerra M, Huang Y, Jacob K, Jotheeswaran A, Hernandez MA, Liu Z, Pichardo GR, Rodriguez JJ, Salas A, Sosa AL, Williams J, Zuniga T, . Prince M. (2010). The contribution of chronic diseases to the prevalence of dependence among older people in Latin America, China and India: a 10/66 Dementia Research Group population-based survey. *BMC Geriatr*; 10:53.
80. Turner K, Chye R, Aggarwal G, Philip J, Skeels A, Lickiss JN. (1996). Dignity in dying: a preliminary study of patients in the last three days of life. *J Palliative Care*, 12(2):7-13.
81. UNDESA (2007). *World economic and social survey 2007: development in an ageing world*. New York, NY: Department of Economic and Social Affairs.
82. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2017) *World Population Ageing 2017- Highlights (ST/ESA/SER.A/397)*. New York: United Nations. Recuperado el 3 de Julio de 2018 en:



Universidad Panamericana

---

<http://www.un.org/en/development/desa/population/theme/ageing/WPA2017.shtml>

83. United Nations, Department of Economic and Social Affairs.(2007). Development in a Ageing World. World Economic and Social Survey 2007 (E/2007/50/Rev.1; ST/ESA/314). New York: United Nations publications. Recuperado el 3 de Julio de 2018 en: <https://www.un.org/development/desa/ageing/publications/2008/08/world-economic-and-social-survey-2007-development-in-an-ageing-world/>
84. United Nations. World Population Ageing (2017). New York: Department of Economic and Social Affairs, Population Division;
85. Urzúa A, Bravo M, Ogalde M, Vargas C. (2011). Quality of life of older people living in Antofagasta, Chile. *Revista médica de Chile* 139(8):1006-1014.
86. Valencia-Carmona S. (2003). Derecho, autonomía y educación superior. México: Universidad Nacional Autónoma de México; Instituto Politécnico Nacional.
87. WHO Centre for Health Development (2004). A glossary of terms for community health care and services for older persons. Ginebra:Suiza: WHO Centre for Health Development.
88. WHOQOL SRPB Group. (2006). A cross-cultural study of spirituality, religion and personal beliefs as components of quality of life. *Social Science & Medicine* 62(6):1486-1497.
89. World Health Organization (2015). World Report on Ageing and Health. Luxembourg: WHO Library Cataloguing in Publication.
90. World Health Organization. (2015) *World Report on Ageing and Health*. Luxemburg: World Health Organization. Recuperado el 3 de Julio de 2018 en : <https://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/>



Universidad Panamericana

---

91. Yodmai K, Phummarak S, Sirisuth JC, Kumar R, Somrongthong R. (2015) Quality of Life and Fear of Falling Among an Aging Population in Semi Rural, Thailand. *Journal of Ayub Medical College, Abbottabad* 27(4):771-774.
  
92. Zhang X, Xia R, Wang S, Xue W, Yang J, Sun S, Zhuang G2. (2018). Relative Contributions of Different Lifestyle Factors to Health-Related Quality of Life in the Elderly. *International Journal Of Environmental Research And Public Health* 15(2): pii: E256.



UNIVERSIDAD  
PANAMERICANA®

Ciudad de México, a 1º de abril de 2019.

Mtra. Claudia Villanueva Sáenz  
PRESENTE

Estimada Mtra. Villanueva,

Por medio de la presente, informo a la coordinación académica de la Maestría en Bioética del CIBUP que el alumno Sergio Sánchez García, me presentó a revisión su tesis de grado titulada "Factores asociados a la pérdida de capacidad de autonomía en el adulto mayor derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Ciudad de México", de la que soy Tutor.

Después de una lectura y análisis de los contenidos y forma de la Tesis, y habiéndose hechos las correcciones pertinentes, doy mi aprobación para proceder a su impresión y defensa.

Atentamente

Dr. Guillermo Rafael Cantú Quintanilla  
Tutor

