

Percepción del estado de salud y factores asociados en adultos mayores

Perception of state of health and associated factors in older adults

Diana M. Castaño-Vergara¹ y Doris Cardona-Arango²

1 Universidad CES, Medellín, Colombia. dimar869@hotmail.com

2 Universidad CES, Medellín, Colombia. dcardona@ces.edu.co

Recibido 8 Julio 2012/Enviado para Modificación 12 Enero 2013/Aceptado 4 Septiembre 2014

RESUMEN

Objetivo Analizar los factores sociodemográficos y servicios de salud asociados a la percepción del estado de salud en adultos mayores de la Sociedad San Vicente de Paúl de Medellín en el segundo semestre del año 2011.

Materiales y Métodos Estudio descriptivo, de fuente primaria. Se encuestaron telefónicamente a 104 adultos, a quienes se les preguntó por características sociodemográficas y servicios en salud que pudieran estar afectando la percepción del estado de salud. En su análisis se usaron medidas descriptivas, pruebas estadísticas, modelos de regresión explicativos y se calculó la razón de prevalencia con su intervalo de confianza del 95 %.

Resultados Los adultos encuestados tenían en promedio 68 años de edad, con escolaridad primaria, predominó el sexo femenino, afiliados al régimen subsidiado y reciben apoyo de las familias. A menos edad es mejor la percepción de su salud y son las mujeres, las que conviven en unión libre y quienes no tienen escolaridad, quienes tienen una percepción negativa de su estado de salud. En cuanto a los servicios en salud, sufrir dos, cuatro ó más enfermedades, no recibir tratamiento y consultar con psicología entre dos y cuatro meses, perciben un mal estado de su salud.

Conclusión El 64 % de los adultos mayores encuestados perciben un buen estado de salud, pero ser mayor de edad, mujer, tener comorbilidades, no recibir tratamientos y poca accesibilidad a otros servicios de salud, está asociados a una baja autopercepción del estado de salud de los adultos mayores.

Palabras Clave: Anciano, percepción, estado de salud, servicios de salud, autoimagen (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Objective To analyze the socio-demographic factors and health services associated with the perception of health state in adults the Sociedad San Vicente of Medellín, 2011.

Materials and Methods Descriptive, primary source study. 104 elderly adults were

surveyed by telephone and were asked about sociodemographic characteristics and health services that may be affecting the perception of their state of health. Descriptive measures, statistical tests, regression and explanatory models were used, and a prevalence ratio with confidence interval of 95 % was calculated in the analysis.

Results Adults surveyed were on average 68 years old, with primary schooling. Females predominated, being under the subsidized regime, and were supported by their families. The younger they were, the better the perception of their health, and women, who live in free union and those without education have a negative perception of their health state. Regarding health services, those suffering two, four or more diseases, not receiving treatment, and consulting psychology between two and four months perceive a poor state of health.

Conclusion 64 % of older respondents perceive a good state of health, but to being older, of the female sex, having comorbidities, and receiving no treatment and little access to other health services is associated with low self-rated health in older adults.

Key Words: Aged, perception, health status, health services, self-concept (*source: MeSH, NLM*).

En América Latina y el Caribe, se está produciendo un envejecimiento poblacional y constituye un proceso generalizado, todos los países se van convirtiendo en sociedades más envejecidas (1); las causas: descenso de mortalidad y fecundidad, el control de enfermedades infecciosas y parasitarias, el incremento de la población y los procesos de migración; la esperanza de vida se ha incrementando, en especial para los grupos con mayor nivel de instrucción e ingresos económicos (2).

La población de 60 años o más presenta tasas de crecimiento del orden de 2,4 % contra 1,7 % que se advierte en el total de la población; el grupo de adultos aumentó de 616 millones en el año 2000 a 1 209 millones en el 2025. (3). En América Latina, del total de la población 7,2 % cuenta con 60 años o más y 4,8 % con 65 y más. Los individuos de la tercera edad pasaran de 42.5 millones en el año 2000 a 96,9 millones en 2025, lo que significa una duplicación en menos de 25 años (4).

El envejecimiento está relacionado con el proceso demográfico, empero, modificaciones orgánicas y funcionales son fruto del envejecimiento individual y biológico y aceptarlo es relevante como parte esencial de la vida. El aumento de la esperanza de vida ha sido un gran avance en salud pública, no obstante, los individuos están viviendo en condiciones que no son las más adecuadas: pobreza, desigualdad, discriminación,

abandono, y problemas que cada vez enfrentan los adultos en los países, comprometiéndose la percepción de salud.

El concepto de salud en adultos más que en otros grupos implica subjetividad, depende de la conjunción de los efectos de condiciones fisiológicas, habilidades funcionales, bienestar psicológico y soporte social; pero su determinación más allá de lo estrictamente médico, es relevante para los clínicos, los tomadores de decisión y los investigadores que trabajan con este grupo de población (5).

Dado que la autopercepción del estado de salud (APES) es una herramienta factible y ha sido estudiada en los últimos años; diversas investigaciones revelan que medirla, es útil como indicador global del nivel de salud poblacional (6).

Por esta razón, se busca analizar los factores sociodemográficos y servicios de salud asociados a la APES en adultos de la SSVP de Medellín en el segundo semestre del año 2011, para aportar información que oriente a la institución en la formulación de políticas en la búsqueda de un envejecimiento saludable.

MÉTODOS

El tipo de estudio descriptivo transversal, con fuente de información primaria obtenida a través de una encuesta telefónica a 104 mayores de 55 años de edad y como fuente secundaria, se usó la base de datos suministrada por la Sociedad San Vicente de Paúl (SSVP) de Medellín y fichas gerontológicas.

La población encuestada debían llevar más de un mes inscrito en el programa, ser mayores de 55 años, teléfono habilitado, ausencia de déficit cognitivo y dificultad auditiva, información corroborada en las fichas gerontológicas.

La variable dependiente fue percepción del estado de salud, la cual contenía inicialmente cinco categorías de respuesta, que fueron agrupadas en buena (excelente, muy bueno, bueno) y mala (regular y mala).

Como variables independientes se estudiaron las sociodemográficas (sexo, edad, estado civil, escolaridad y fuente de ingresos económicos),

servicios en salud (afiliación y régimen, diagnóstico patológico, tratamiento y frecuencia de consulta médica, psicología, optometría y odontología).

El análisis se realizó en tres etapas: caracterización de la población y posibles factores asociados a la mala APES; relación entre la variable dependiente y los demás factores, con el uso de la prueba χ^2 y su valor estadístico menor del 5% y razón de prevalencia con su intervalo de confianza del 95%; análisis multivariado a través de regresión logística para determinar la contribución de los factores sociodemográficos y servicios en salud en la APES.

RESULTADOS

Características sociodemográficas y de servicios de salud

Se destaca que la población es predominantemente femenina, con promedio de edad de 68 años, con nivel de escolaridad primaria y con proveedor económico la familia, gran parte de las mujeres están divorciadas/separadas, mientras la mitad de los hombres están casados.

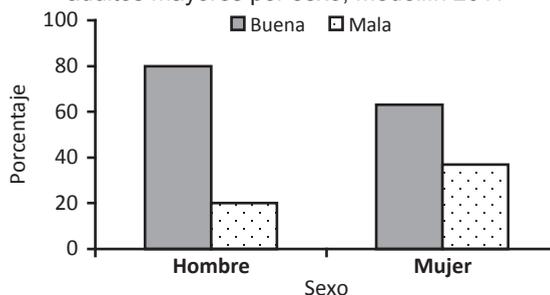
En relación a los servicios en salud, la totalidad de personas, están afiliados principalmente al régimen subsidiado. Se halló que el 29,8 % de las mujeres padecen cuatro enfermedades: hipertensión, colesterol y triglicéridos, problemas visuales, auditivos y articulares; cuatro de cada cinco mujeres manifestaron no tener ninguna patología. Los hombres por su lado, el 40 % sufren dos patologías: hipertensión, triglicéridos ó problemas auditivos, uno de cada cinco expresa no padecer ninguna. En la población masculina, prevalece el padecimiento de dos, tres o más de estas; mientras que en las mujeres, sufren múltiples enfermedades.

En cuanto al tiempo de consulta médica, más del 50 % de hombres y mujeres habían consultado entre 1 y 4 meses con el médico general. Se identificó, que un gran porcentaje de la población, no consulta con odontólogo hace más de 4 años. En la consulta con psicología, más de la mitad de los mayores de la Sociedad San Vicente de Paúl (SSVP) no han consultado con el profesional, solo una minoría manifestó hacerlo en el último año. La consulta con optómetra, arrojó que el 59,8 % de las adultas, consultaron entre cinco meses y tres años; no obstante, el 30 % de los varones habían acudido entre dos y tres años.

Percepción del estado de salud

El 63 % de las mujeres APES mejor, asimismo, ocho de cada diez hombres están de acuerdo con dicha valoración (Figura 1).

Figura 1. Distribución proporcional de la percepción del estado de salud de los adultos mayores por sexo, Medellín 2011



Fuente: base de datos investigadora

El 52 % de los adultos que APES bueno tienen menos de 68 años. Quienes tienen 68 años y más, tienen menor probabilidad de percibirla mal; las mujeres tienen 86 % más riesgo de APES mal (Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de los adultos mayores, según percepción del estado de salud, Medellín 2011

Característica sociodemográfica	APES				RP (IC95%)	χ^2 Valor p
	Buena #	Buena %	Mala #	Mala %		
Edad						
68 años ó mas	32	47,8	17	45,9	0,95 (0,56-1,60)	X2=0,03
Menos 68 años	35	52,2	20	54,1	1	P=1,00
Sexo						
Masculino	8	11,9	2	5,4	1	X2=1,17
Femenino	59	88,1	35	94,6	1,86(0,52-6,61)	P=0,48
Estado civil						
Soltero	9	13,4	5	13,5	1,90(0,47-7,57)	
Casado	24	34,8	7	18,9	1	X2= 3,71
Viudo	18	26,9	12	32,4	2,28(0,75-6,96)	P=0,44
separado/divorciado	13	19,4	10	27	2,63(0,81-8,56)	
Unión libre	3	4,5	3	8,1	3,42(0,56-20,91)	
Escolaridad						
Primaria	50	74,6	33	89,2	1	
Secundaria	13	19,4	2	5,4	1,32 (0,22-7,62)	X2= 3,88
Ninguna	4	6	2	5,4	0,75 (0,13-4,37)	P=0,14
Fuente l. económicos						
T. remunerado	2	3	6	16,2	4,09(0,75-22,2)	
Jubilación	15	22,4	2	5,4	0,18 (0,03-0,87)	
Subsidio del estado	13	19,4	4	10,8	0,42 (0,12-1,46)	
De un familiar	30	44,8	22	59,5	1	X2=11,9
Amigo/vecino	4	6	2	5,4	0,68(0,11-4,01)	P=0,03
Otro	3	4,5	1	2,7	0,45(0,04-4,66)	

Fuente: base de datos investigadora

En relación al estado civil, el 34,8 % de los adultos que son casados valoraron la salud mejor, mientras los que están divorciados opinan lo contrario; los que conviven en unión libre tienen mayor riesgo de valorarlo mal en comparación con los casados. La población que APES mal, estuvieron matriculados en primaria, no obstante quienes cursaron secundaria tienen 30 % más riesgo de mala APES (Tabla 1).

El 44,8 % de los adultos que APES bueno reciben dinero de un hijo, esposo u otro familiar; por su lado por cada adulto que percibe dinero del trabajo remunerado, el riesgo de mala APES es 4,09 veces el riesgo de mala APES en quienes lo reciben de la familia (Tabla 1).

En lo que respecta a los servicios en salud, más de la mitad APES bueno y están afiliadas a salud; en su gran mayoría del régimen subsidiado. Por su lado quienes lo valoran malo padecen cuatro y más enfermedades mientras 35,8 % lo estiman mejor y padecen dos enfermedades; solo uno de cada cien que lo valoran mal no sufren enfermedades; se identificó que por cada adulto que padece cuatro y más enfermedades el riesgo de mala APES es de 6,90 veces el riesgo de mala APES en quienes sufren dos patologías. Los adultos que perciben mal la salud, no recibe tratamiento, mientras un porcentaje significativo que lo estiman mejor, recibe tratamiento, quienes no reciben tratamiento, tienen 84 % más riesgo de APES malo, frente los que reciben (Tabla 2).

Más de la mitad de adultos que APES mal, habían consultado hacia menos de cuatro meses con médico general; uno de cada adulto mayor que APES bueno no consulta hace más de cuatro años; por su lado los adultos que habían consultado hacia entre cinco meses y un año tiene menos posibilidad de APES malo comparado con quienes habían consultado entre hacia dos y cuatro meses. Quienes tenían mejor percepción de salud, habían acudido al odontólogo hacia más de cuatro años, cuatro de cada cien adultos que APES bueno habían acudió en menos de un mes, dos de cada cien APES malo; los adultos que habían consultado hacia entre dos y cuatro meses tiene 45 % más riesgo de mala PES los que habían consultado hacia más de cuatro años.

La percepción de salud por la consulta con psicología, revela que el 89,6 % de los que APES bien no habían acudido a dicho profesional mientras un porcentaje significativo opinan lo contrario, por su lado ocho de cada cinco adultos que APES mala habían consultado entre hacia dos

y cuatro meses; no obstante por cada adulto que consulto entre el anterior lapso de tiempo tiene un riesgo de APES malo de 6,92 veces el riesgo de APES mal en los que nunca habían consultado.

Tabla 2. Servicios en salud de los adultos mayores, según percepción del estado de salud, Medellín 2011

Características de servicios de salud	APES				RP(IC)	χ^2 Valor p
	Buena #	%	Mala #	%		
Está afiliado						
Si	67	64,4	37	35,6	—	—
No	0	0	0	0		
Régimen de afiliación						
Contributivo	21	31,3	9	24,3	0,79(0,42-1,47)	X2=0,57
Subsidiado	46	68,7	28	75,7	1	P=0,50
Diagnóstico patológico						
Hipertensión	9	13,4	1	2,7	0,44(0,04-4,22)	
P. auditivos	1	1,5	1	2,7	4,00(0,21-73,61)	
P. visuales	2	3	1	2,7	2,00(0,15-5,91)	
P. respiratorios	2	3	0	0	NC*	X2=18,5
P. articulares	1	1,5	0	0	NC*	P=0,02
P. del riñón	1	1,5	0	0	NC*	
Dos patologías	24	35,8	6	16,2	1	
Tres patologías	13	19,4	7	18,9	2,15(0,59-7,76)	
Cuatro patologías y más	11	16,4	19	51,4	6,90(2,16-2,09)	
Ninguna	3	4,5	2	5,4	2,66(0,36-19,71)	
Recibe tratamiento						
Si	52	77,6	33	89,2	1	X2= 2,14
No	15	22,4	4	10,8	1,84(0,74-4,58)	P=0,18
Frecuencia de consulta Médico						
Menos de 1 mes	22	32,8	14	37,8	0,84(0,35-2,03)	
Entre 2 y 4 meses	28	41,8	21	56,8	1	X2= 7,17
Entre 5 meses, 1 un año	9	13,4	2	5,4	0,29(0,05-1,51)	P=0,12
Entre 2 y 3 años	7	10,4	0	0	NC*	
4 años en adelante	1	1,5	0	0	NC*	
Odontólogo						
Menos de 1 mes	3	4,5	1	2,7	0,60(0,05-6,30)	
Entre 2 y 4 meses	5	7,5	4	10,8	1,45(0,34-6,16)	X2= 1,19
Entre 5 meses y 1 año	15	22	10	27	1,21(0,44-3,28)	P=0,87
Entre 2 y 3 años	13	19,4	5	13,5	0,70(0,21-2,30)	
4 años en adelante	31	46,3	17	45,9	1	
Psicólogo						
Menos de 1 mes	0	0	2	5,4	NC*	
Entre 2 y 4 meses	1	1,5	3	8,1	6,92(0,68-69,7)	
Entre 5 meses y 1 año	4	6	2	5,4	1,15(0,19-6,69)	X2=11,4
Entre 2 y 3 años	2	3	2	5,4	2,30(0,30-17,27)	P=0,04
4 años en adelante	0	0	2	5,4	NC*	
Nunca	60	89,6	26	70,3	1	
Óptometra						
Menos de 1 mes	8	11,9	1	2,7	0,22(0,02-2,06)	
Entre 2 y 4 meses	12	17,9	8	21,6	1,21(0,38-3,86)	
Entre 5 meses y 1 año	17	25,4	13	35,1	1,39(0,49-3,89)	
Entre 2 y 3 años	20	29,9	11	29,7	1	X2= 4,96
4 años en adelante	7	10,4	4	10,8	1,03(0,24-4,35)	P=0,42
Nunca	3	4,5	0	0	NC*	

Fuente: base de datos investigadora

Quienes visitaron al optómetra entre hacia dos y tres años APES bueno, mientras los que estiman lo contrario, habían acudido entre cinco meses y un año; esta última frecuencia de consulta en la población es un factor de riesgo de 39 % más para APES mal en los que habían consultaron entre dos y tres años.

Tabla 3. Factores asociados a la percepción del estado de salud, Medellín 2011

Variable	RP crudo (IC95%)	RP Ajustado (IC95%)
Escolaridad		
Primaria	1	1
Secundaria	1,32 (0,22-7,62)	NC*
Ninguna	0,75 (0,131-4,374)	1,14(0,25-52,7)
Fuente I. Económicos		
Trabajo remunerado	4,09(0,75-2,22)	0,13(0,00-5,03)
Jubilación	0,18 (0,03-0,87)	0,03(0,00-0,84)
Subsidio del estado	0,42 (0,12-1,46)	0,59(0,00-0,74)
De un familiar	1	1
Amigo/vecino	0,68(0,11-4,06)	0,89(0,00-1,97)
Otro	0,455(0,04-4,67)	NC*
Diagnóstico patológico		
Hipertensión	0,44(0,04-4,22)	0,99(0,00-2,39)
P. auditivos	4,00(0,21-73,61)	NC*
P. visuales	2,00(0,15-25,91)	NC*
P. respiratorios	NC*	NC*
P. articulares	NC*	NC*
p. del riñón	NC*	NC*
Dos patologías	1	1
Tres patologías	2,15(0,59-7,76)	0,70(0,08-6,31)
Cuatro patologías y más	6,90(2,16-22,09)	6,84(0,53-88,14)
Ninguna	2,66(0,36-19,71)	0,54(0,00-116,2)
Recibe tratamiento		
Si	1	1
No	1,84(0,74-4,58)	3,34(0,04-268,1)
Frecuencia de consulta		
Médico		
Menos de 1 mes	0,84(0,35-2,03)	0,88(0,15-4,91)
Entre 2 y 4 meses	1	1
Entre 5 meses y 1 año	0,29(0,05-1,51)	0,35(0,01-7,75)
Entre 2 y 3 años	NC*	NC*
4 años en adelante	NC*	NC*
Psicólogo		
Menos de 1 mes	NC*	NC*
Entre 2 y 4 meses	6,92(0,68-69,7)	27,01(0,53-137,2)
Entre 5 meses y 1 año	1,15(0,19-6,69)	0,35(0,24-5,43)
Entre 2 y 3 años	2,30(0,30-17,2)	0,68(0,00-58,8)
4 años en adelante	NC*	NC*
Nunca	1	1

Fuente: base de datos investigadora; * NC: no calculado

También se identificó que el riesgo de percibir mal estado de salud en las personas mayores que no tiene ningún nivel de escolaridad, ajustado

por fuente de ingresos económicos, diagnóstico patológico, recibir ó no tratamiento, y la frecuencia en la consulta médica y psicológica, es de 1,146 veces el riesgo de APES mala en los adultos que estuvieron matriculados en primaria (Tabla 3).

En lo que respecta a la fuente de ingresos económicos al ajustar por las variables, percibir dinero del trabajo remunerado es un factor protector para valorar mal la salud, lo que quiere decir que quienes trabajan tiene mayor posibilidad de APES mejor. Por su lado los adultos que reciben dinero de la jubilación, subsidio, de un amigo/vecino tienen menor probabilidad para dicha apreciación al comparar con los que reciben plata de un familiar (Tabla 3).

En cuanto a condiciones de salud, padecer cuatro ó más patologías es un factor potente de riesgo para APES malo; los adultos que no reciben tratamiento médico/especialista, el riesgo de mala APES es 3,34 veces el riesgo de APES malo en quienes reciben tratamiento al ajustar las variables (Tabla 3).

La consulta por médico general respecto a las demás frecuencias distintas a los que habían consultado entre dos y cuatro meses, en presencia de las variables incluidas en el modelo revela que no es un factor de riesgo para APES malo (Tabla 3).

La consulta por psicología en los adultos que habían acudido entre cinco meses y un año, al ajustar por las variables, es factor protector de mala APES; de igual manera los adultos que habían consultado entre dos y tres años. Es de resaltar que quienes habían consultado hacia dos y cuatro meses con el profesional tienen mayor riesgo de APES malo, que los que nunca han consultado (Tabla 3).

DISCUSIÓN

Las limitaciones de este estudio, fueron: la desactualización de la base de datos de la SSVP que fue usada como marco muestral, inicialmente habían 144 adultos mayores y en la depuración de los datos 40 adultos no se localizaron, habían fallecido, no vivía en el domicilio y/o la línea estaba suspendida; el estudio finalizó con 104 encuestados. Otra limitante es que los mayores pertenecen a un grupo donde los profesionales fomentan el cuidado de la salud y por lo tanto tienen una mejor APES.

Al comparar el estado de salud reportado por las personas mayores de la SSVP a través de la autopercepción con el de adultos de otras regiones, se pudo identificar un patrón interesante. Los valores arrojados en la investigación se encuentran en un término medio entre los que se observan en Brasil, España, México y Suiza. La APES en adultos españoles muestra que reportan su estado de salud como bueno entre el 40 al 50%, mientras que en adultos de origen suizo esta percepción alcanzó hasta el 87 % (7,8), en México dicha percepción alcanzó el 35,6 % (9), mientras en Brasil alcanzó en 25 % (7,8). Por su parte, el 64 % de los adultos de la SSVP de Medellín APES bueno.

Sin embargo, un aspecto que llama la atención es que entre 2000 y el año 2006 la mala percepción no ha incrementado, se mantienen entre 50 y 60 %. Las diferencias en la autopercepción del estado de salud en diferentes países hablan principalmente de la influencia de factores de tipo educativo, socioeconómico y cultural, así como de los niveles de calidad de vida que existen en las diversas poblaciones lo cual ya ha sido constatado por otros estudios (10,11). No obstante, el incremento en la percepción de mal estado de salud debe ser explicado con base en un análisis más detallado de los mismos y de los cambios en la sociedad y la economía que ha enfrentado la población colombiana en especial los adultos que pertenecen a la SSVP de la ciudad de Medellín.

En este sentido, el presente estudio sugiere la investigación enfocada a las particularidades del país. Es además relevante para los investigadores profundizar en la edad que está directamente relacionada con la mala APES, lo que es congruente con la evidencia encontrada en estudios en Europa y en Brasil en los que se presentan que conforme avanza la edad el estado de salud se va deteriorando (3,8).

Otro punto importante es que los resultados sugieren que las condiciones sociodemográficas y de salud de las mujeres mayores de Colombia son considerablemente inferiores a las que reportan los hombres, que una vez más concuerda con lo observado por otros autores (12-14). Las mujeres colombianas a diferencia de los varones, tienen una esperanza de vida mayor, por lo cual son en mayor proporción viudas. Además, en menor porcentaje al comparar con los hombres cuenta con trabajo remunerado y si a esto se le suma que más del 50 % son jefes de hogar, entran en situación de desventaja; no obstante, a pesar que en el estudio no se midieron todos los factores potenciales asociados al estado

de salud de las mujeres de la SSVP, los resultados aportan elementos para futuras investigaciones.

Generalmente la escolaridad en la persona el mayor es bajo, principalmente entre mujeres (2) y al relacionar con el estado de salud, éste mejora si cuentan con más estudios, mientras que menor sea el grado de escolaridad se produce un efecto contrario: una mala APES (2,9,15).

Por su lado, quienes tienen mayor probabilidad de APES mal, son los adultos que actualmente padecen problemas auditivos y visuales, que sufren tres, cuatro o más patologías (hipertensión, problemas respiratorios, articulares). Distintos estudios, evidencian como las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte; sin embargo es de aclarar que a pesar que desde comienzos del siglo XX las tasas de mortalidad han venido disminuyendo en todos los grupos de edad, por razones biológicas y sociales existe una “sobremortalidad masculina”, la cual se acentúa en el país debido a la situación de violencia; es conocido que las enfermedades crónicas representan el mayor índice de mortalidad en adultos mayores (15).

La utilización de servicios de salud (médico, odontólogo, psicólogo, óptica) por parte del adulto, es mayor en mujeres sin embargo, al observar por servicio, la consulta por medicina general y psicología reveló que los adultos que consultaron entre un mes y menos de un año con el médico, tenían menor probabilidad de APES mal, mientras que las personas que consultaron entre dos y cuatro meses con psicología, tenían más probabilidad para estimarlo mal. Es importante recalcar que no se puede hacer una diferencia en la causa que llevó a que los adultos mayores acudieran a la utilización de estos servicios que diferenciara su autopercepción de salud de aquellos que no lo hicieron ó lo hicieron con menor o mayor frecuencia.

Sin embargo y considerando este hecho, se puede pensar que problemas de salud como accidentes o molestia física (dolor, por ejemplo), dificultades de orden emocional (problemas familiares), que requieran atención oportuna en el momento y esta sensación de incomodidad o de no sentirse bien tendría un efecto en su APES, por el contrario, los adultos que acuden por seguimiento médico, podrían no percibir su salud como mala en ese momento relacionado con una molestia física que influyera en una mala APES (9). Se reconoce, que las personas que acuden por consulta psicológica en especial los adultos, no lo hacen por rutina o prevención, generalmente

es cuando existe una causa desde hace años, lo que lleva a pensar en la carga emocional que esto genera, indicando que la percepción de salud en la población será más negativa que positiva, además del gasto en salud que puede repercutir en la APES.

Se concluye que si bien el 64 % de los adultos mayores encuestados perciben un buen estado de salud, existen condiciones demográficas y de acceso a los servicios, como: mayor edad, sexo femenino, comorbilidad, no recibir tratamientos y poca accesibilidad a otros servicios de salud, son factores que están asociados a una baja autopercepción del estado de salud de los adultos mayores ♣

REFERENCIAS

1. CELADE, CEPAL. Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas. Sandra Huenchuan. Santiago de Chile: Naciones Unidas; 2009.
2. Ramírez JA. Situación actual de las personas mayores en Colombia, legislación y programas de atención al adulto mayor. Universidad Surcolombia, facultad de salud programa de enfermería; 2009.
3. Correia L, Rodríguez R. Determinantes da autopercepcao de saúde entre idosos do município de Sao Paulo Brasil. Rev. Panam Salud Pública, Pan Am J Public Health. 2005; 17(5-6):333-41.
4. Gallegos K, García C, Durán C, Reyes H, Durán L. Autopercepción del estado de salud: una aproximación a los ancianos en México. Rev. Salud Pública. 2006; 40(5):792-801.
5. Rowe J. Cuidado en la salud de los ancianos. N Engl J Med. 13(312):35-827.
6. García JM. Autopercepción de la salud en ancianos con enfermedades crónicas hospitalizados en medicina interna en el hospital virgen del camino: influencia de redes y apoyo social. [Internet]. Universidad Pública de Navarra; 2009 Disponible en: http://www.fes-web.org/archivos/congresos/congreso_10/grupos-trabajo/ponencias/352.pdf Consultado: Mayo 2012.
7. Bush TL, Miller SR, Golden AL, Hale WE. Self-report and medical record report agreement of selected medical conditions in the elderly. Am J Public Health. 1989 nov; 79(11):1554-6.
8. Trends in aging--United States and worldwide. MMWR Morb. Mortal. Wkly. Rep. 2003 feb 14; 52(6):101-4, 106.
9. Rico M. Factores asociados a la autopercepción del estado de salud de los adultos mayores en México. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales; 2008.
10. Arber S, Cooper H. Gender differences in health in later life: the new paradox? Soc Sci Med. 1999 ene;48(1):61-76.
11. Borrell C, Muntaner C, Benach J, Artazcoz L. Social class and self-reported health status among men and women: what is the role of work organisation, household material standards and household labour Soc Sci Med. 2004 may;58(10):1869-87.
12. Dachs JNW, Ferrer M, Florez CE, Barros AJD, Narvaez R, Valdivia M. Inequalities in health in Latin America and the Caribbean: descriptive and exploratory results for self-reported health problems and health care in twelve countries. Rev. Panam. Salud Pública. 2002 jun;11(5-6):335-55.

13. Damián J, Ruigomez A, Pastor V, Martin-Moreno JM. Determinants of self assessed health among Spanish older people living at home. *J Epidemiol Community Health*. 1999 jul;53(7):412–6.
14. Di Castelnuovo A, Rotondo S, Iacoviello L, Donati MB, De Gaetano G. Meta-analysis of wine and beer consumption in relation to vascular risk. *Circulation*. 2002 jun 18;105(24):2836–44.
15. DANE, Ministerio de la protección social. Defunciones 2004. [Internet]. Disponible en: http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=202&Itemid=119. consultado Junio del 2012