



UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO A.C.



ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

FACULTAD DE ENFERMERÍA

“CAPACIDAD FUNCIONAL FÍSICA DEL ADULTO MAYOR EN UN ASILO DE
COATZACOALCOS, VERACRUZ”

TESIS PROFESIONAL

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTA
MARÍA MAGDALENA SANTOS SANTOS
GABRIELA VARGAS RUIZ

ASESORA DE TESIS
LIC. ADELA MARTÍNEZ PERRY



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Dedicatoria

Dedico esta tesis a DIOS por guiarme, acompañarme por el buen camino y darme fuerzas para seguir adelante en los momentos difíciles, por enseñarme sus maravillas en la profesión y por no dejarme morir en el intento.

A mi familia porque sin su ayuda no sería lo que, m . soy ahora, por sus oraciones, sus consejos, comprensión y sobre todo por su apoyo económico para poder solventar mis estudios. Gracias.

Mary santos.

Dedico esta tesis en primer lugar a DIOS por haberme dado la oportunidad de haber terminado esta hermosa profesión que sin su ayuda nada sería posible.

Agradezco a mi esposo Celso Erik Leobardo Castellanos Bandala por el apoyo incondicional, el cariño, paciencia, amor y por sus aportes siempre positivos y por darme esa fuerza en momentos de caos. A mi querido hijo, mi motor a seguir, la luz de mi vida, mi amiga Mari Santos. Gracias.

Gaby Vargas

Agradecimiento

A Dios por concederme, mi más grande deseo; cursar esta profesión Enfermería y por siempre cuidar de mi familia en todo momento de nuestra vida.

A mi familia por nunca perder la confianza en mí y darme siempre el apoyo incondicional en esta aventura. Pero en especial mi tío Victoriano Pool Herrera; te nos has adelantado, pero sin embargo te mantienes en mi corazón y mis pensamientos, como agradecerte todo el apoyo brindado, sé que tu mayor satisfacción era verme terminar y ahora estoy tan cerca de lograrlo que me es imposible no pensar en ti. Dios te bendiga por siempre.

A mis amigas, por las horas de estudio, los consejos, los abrazos, los alientos, por los momentos más difíciles que vivimos, por las experiencias que me dejan, también gracias por darme la oportunidad de conocerles y descubrir que son unas lindas persona, espero que sigamos siendo amigas por muchos años más, nunca se rindan. ¡A seguir adelante que la vida aún nos tiene muchas sorpresas!

Mary Santos

A Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudios, y por confiar en mí y darme esa fuerza para seguir adelante.

A mis padres, a mis queridos viejos, por qué siempre estuvieron ahí en la distancia, pero estuvieron conmigo en momentos importantes. Raquel Ruiz Rincon y Simplició Vargas Martínez.

A mi esposo: Si tan siquiera pudiera definir con palabras lo que siente mi corazón, sin él no estaría escribiendo estas palabras gracias por su apoyo por sus consejos porque siempre estuviste conmigo en los desvelos más que un esposo, es un amigo, un maestro para mí. Gracias Celso Erik Leobardo Castellanos Bandala por tu apoyo y por forjarme en este camino que sin ti yo no sería la persona que soy ahora.

A mí querida suegra: Dora Luz Bandala Rodríguez Por ser como una madre que siempre está en la buenas y en las malas, por el apoyo de cuidar a mi hijo muchas gracias porque sin su ayuda nada de esto sería posible.

A mí querido hijo: Erick Leobardo Castellanos Vargas que él es mi mayor motivación y al que amo con todo mi corazón y que me ha motivado para salir adelante en cada momento de mi preparación.

A mis maestro: por el conocimiento adquirido

A mi amiga: Que siempre está, te has vuelto parte de mi familia que me apoya, me ayuda, a ti amiga de ante mano mil gracias por darme tu amistad y aceptarme en tu vida te aprecio y te quiero mucho. María Magdalena Santos Santos gracias por ser mi mejor amiga.

Gracias. Gaby Vargas.

INDICE

Resumen.....	6
Capitulo I.....	7
1 Introducción.....	7
1.1 Descripción del problema.....	7
1.2 Planteamiento del problema.....	10
1.3 Marco de referencia.....	10
1.4 Importancia del estudio para la disciplina.....	20
1.5 Definición de términos.....	22
1.6 Objetivos.....	23
1.7 Operacionalización de variables.....	24
Capitulo II.....	25
2. Metodología.....	25
2.1 Tipo de estudio.....	25
2.2 Población.....	25
2.3 Muestreo y Muestra.....	25
2.4 Criterios de inclusión.....	25
2.5 Criterios de exclusión.....	26
2.6 Criterios de eliminación.....	26
2.7 Material.....	26
2.8 Procedimiento.....	28
2.9 Consideraciones éticas.....	29
2.10 Estrategias de análisis.....	30

Capitulo III.....	30
3 Resultados.....	30
3.1 Confiabilidad del instrumento.....	30
3.2 Estadística descriptiva.....	31
3.3 Discusión.....	37
3.4 Conclusión.....	39
3.5 Recomendaciones.....	39
Referencias Bibliográficas.....	41
Apéndice.....	49
A. Solicitud de autorización de la institución.....	49
B. Consentimiento informado.....	50
C. Cédula de datos personales.....	51
D. Instrumento de recolección de datos.....	52

Resumen

Introducción: El envejecimiento es un proceso creciente que forma parte del ciclo biológico natural que ocurre en todo ser vivo con el pasar de los años, hay condiciones que hacen más vulnerables a los adultos mayores, debido a que de manera recurrente la vejez viene acompañada de complicaciones que deterioran la salud. En esta etapa de la vida los adultos también se enfrentan a la multimorbilidad, la cronicidad de los padecimientos, la fragilidad, la discapacidad – temporal y permanente, la pérdida de las capacidades funcionales físicas y psicológicas, todas ellas vinculadas, en mayor o menor medida, con la disminución de la independencia.

Objetivo: Determinar la capacidad funcional física en el adulto mayor en un asilo de Coatzacoalcos, Veracruz.

Metodología: Estudio descriptivo transversal. Muestreo No probabilístico por conveniencia, con una muestra de 32 adultos mayores.

Resultados: La población cuenta con algún tipo de dependencia. La edad promedio es de 77.7 años. De la cual en el rango de 78 a 86 años presento dependencia moderada, predominando el sexo femenino. En la clasificación por nivel de dependencia funcional se obtuvo que el 18.8% con dependencia total, 28.1% con dependencia severa, 31.3% con dependencia moderada, 18.8% con dependencia leve y con el 3.1% Independiente.

Conclusiones: Respecto a la variable de estudio los hallazgos muestran que la mayoría de la población se encuentra en una dependencia moderada y severa de acuerdo a la edad por lo que se infiere que esta población llegue a una dependencia total.

Palabras Claves: Capacidad funcional, Adulto mayor.

CAPITULO I

1. Introducción

1.1 Descripción del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que va en aumento la esperanza de vida de las personas adultas mayores. En el año 2020 por primera vez en la historia los adultos mayores de 60 años superarán en número a la población de 5 años. Para el 2050, se espera que la población mundial en este rango de edad llegue a los 2000 millones de adultos mayores, incrementando 900 millones con respecto al 2015. Así mismo en los países de ingresos bajos e ingresos medio un 80% de toda la población serán adultos mayores. ⁽³⁾

La Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Adultas Mayores (FIAPAM) señala que América Latina y el Caribe envejece a pasos agigantados y a una velocidad no conocida, lo que a Europa le llevo 65 años, a América del Norte 75 años, a la región le llevará apenas 35 años. En este momento el 11% del total de la población tiene 60 años de edad, en 2030 representará el 17% y en 2050 uno de cada cuatro será mayor de 60 años. ⁽⁴⁾

Se sabe que actualmente hay casi 13 millones de personas mayores de 60 años en México, lo cual equivale a un 10% de la población. Pero según proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO), en 2030 esa población llegará a los 20 millones 365 mil 839 personas. ⁽⁵⁾

En el estado de Veracruz según los datos del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores se registran 798 mil 557 adultos mayores, siendo el 10.4% de la

población total, se reportan 373 mil 655 hombres y 424 mil 902 mujeres. Lo que corresponde al 46.9% y el 53% respectivamente. ⁽⁸⁾

En Coahuila de Zaragoza la población total es de 332, 464 personas representando una porción estatal del 4.07%, dentro de este total se contabilizan 161,346 hombres y 171, 118 mujeres, dentro de esta población 21,628 son personas de la tercera edad, teniendo en cuenta que el crecimiento de la población mayor se está dando a nivel nacional sin excepción de ningún municipio del país. ⁽⁹⁾

El envejecimiento es un proceso creciente que forma parte del ciclo biológico natural que ocurre en todo ser vivo con el pasar de los años. Aunque envejecer es un ciclo que toda persona llegará a presentar en determinado tiempo, no es fácil aceptar tal realidad humana ya que, es cuando se extraña hacer actividades que se realizaban con anterioridad y llegar al punto en donde se requiera de la ayuda de terceros para realizar algunas actividades, actualmente se considera un asunto preocupante de salud pública tanto a nivel nacional como internacional. ⁽¹⁾ Es una etapa de la vida donde se producen cambios importantes como físicos, mentales, sociales y sanitarios. ⁽²⁾

Evaluar la capacidad funcional del adulto mayor, es determinar la capacidad de la persona para realizar actividades de la vida diaria de forma independiente, de lo contrario el deterioro de la funcionalidad puede incurrir en afecciones de la movilidad, el conocimiento y las necesidades del cuidado personal, ya que al declinarse estas capacidades físicas de los adultos mayores dejan de participar en las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD); esto implica que aumente más el riesgo de dependencia y por ende les provoca una sensación de aislamiento por no valerse por sí mismo. ⁽¹⁰⁾

La dependencia en el adulto mayor empieza con la pérdida de la autonomía y regala el cuidado propio, ya sea a personas, instituciones u otros. Aunque las condiciones de dependencia pueden darse a lo largo del ciclo de la vida, hay condiciones que hacen más vulnerables a los adultos mayores, debido a que de manera recurrente la vejez viene acompañada de complicaciones que deterioran la salud y que conllevan con rapidez a la muerte. En esta etapa de la vida los adultos también se enfrentan a la multimorbilidad, la cronicidad de los padecimientos, la fragilidad, la discapacidad – temporal y permanente, la pérdida de las capacidades funcionales físicas y psicológicas, todas ellas vinculadas, en mayor o menor medida, con la disminución de la independencia. ⁽¹¹⁾

Los adultos mayores institucionalizados sufren de “las pérdidas asociadas a su envejecimiento” y la capacidad funcional, las (ABVD), por lo que se ve condicionada la autonomía, lo que conlleva a una pérdida de la funcionalidad de la persona, llegando a producir discapacidad conforme las alteraciones que se van acumulando. Alteraciones en dominios importantes para la función, como lo es la habilidad física y el estado cognitivo, disminuyendo la reserva fisiológica y comprometiendo la capacidad de adaptación; por lo cual es indispensable fomentar acciones que promueven el desarrollo integral de las personas de 60 años y más de edad, para que sus distintas capacidades sean valoradas y aprovechadas por sus familiares, la sociedad y la comunidad.⁽¹²⁾ Ante tales hechos se genera la siguiente pregunta de investigación:

1.2 Planteamiento del problema

¿Cuál es la capacidad funcional física del adulto mayor en un asilo de Coatzacoalcos, Veracruz?

1.3 Marco de referencia

El envejecimiento humano es un proceso gradual y adaptativo, caracterizado por una disminución relativa de la respuesta homeostática, debida a las modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas, propiciadas por los cambios inherentes a la edad y al desgaste acumulado ante los retos que enfrenta el organismo a lo largo de la historia del individuo en un ambiente determinado. ⁽¹³⁾

Envejecer es un proceso que implica cambios tanto físicos como sociales que se van modificando a medida que pasan los años para adaptarse a estos cambios, sitúa la vejez dentro de una perspectiva mas amplia de desarrollo a lo largo de la vida, donde no existen solo ganancias o solo pérdidas sino que ganancias y pérdidas son consustanciales a todas las etapas vitales, lo que existe es un reajuste progresivo entre la pérdida y la ganancia en el que las primeras son cada vez más problemáticas a medida que envejecemos, pero la posibilidad de experimentar mejoras, esta presente en todos los momentos de la vida, por lo que la vejez se puede caracterizar de manera mas optimista. ⁽¹⁴⁾

El envejecimiento es un proceso demográfico, universal e irreversible. biológicamente, es la última etapa de la vida donde se producen cambios a nivel celular que llevan a que el organismo vaya disminuyendo en su función de manera progresiva; sin embargo, el envejecimiento no solo se vive de forma individual. ⁽¹⁵⁾

El envejecer es un proceso fisiológico y progresivo con decline en las funciones orgánicas y psicológicas con pérdidas de las capacidades sensoriales y cognitivas, por el cual todas las personas participan desde su nacimiento, siendo diferentes para cada

individuo. Los cambios propician una reducción en la capacidad funcional para ejecutar las actividades del diario vivir.⁽¹⁶⁾

El rápido envejecimiento de las poblaciones de los países en desarrollo, han identificado las necesidades específicas en la población de 60 años y más de edad, hay circunstancias inesperadas de la vida actual y futura como son la migración, el desempleo, la violencia y la pobreza, entre otras, estas situaciones colocan a las personas adultas mayores como un grupo de alto riesgo.

En el ámbito económico el envejecimiento poblacional tendrá un impacto en el crecimiento, el ahorro, la inversión, el consumo, los mercados de trabajo, las pensiones, los impuestos y las intergeneracionales. En el ámbito social, el envejecimiento de la población influye en la composición familiar y vital, en la demanda de viviendas, las tendencias de la migración, la epidemiología y la necesidad de servicio de salud. En lo político, el envejecimiento de la población puede alterar los patrones del voto y la representación política.⁽¹⁷⁾

La realidad de todo adulto mayor, gira en torno a la aparición de enfermedades crónicas y que se agravan por la calidad de atención de los servicios de salud. Por lo tanto la salud del adulto mayor no debe y no puede ser simplemente examinada desde el punto de vista de la presencia o ausencia de enfermedad, pues la capacidad de rendimiento físico depende de la eficiencia funcional de prácticamente la totalidad de los cinco aparatos y sistemas que integran al organismo, como: el aparato cardio-respiratorio, responsable de captar, transportar y entregar el oxígeno a los tejidos, lugar en donde se llevan a cabo los procesos metabólicos aerobios y anaerobios, responsables de la producción de energía indispensable para el mantenimiento de la propia existencia

y la ejecución del movimiento. Igualmente, la conservación de la masa y fuerza muscular representan un factor importante en el mantenimiento de la postura, el equilibrio y la marcha, que junto con una adecuada estructura ósea previenen el riesgo de caídas y sus consecuencias como las fracturas, principalmente de columna y cadera. ⁽¹⁸⁾

La funcionalidad es fundamental dentro de la evaluación geriátrica pues permite definir el nivel de dependencia y plantear los objetivos de tratamiento y rehabilitación, así como instruir medidas de prevención para evitar mayor deterioro. La observación directa de la funcionalidad es el método más exacto para la evaluación funcional, pero es impráctico a partir de los modelos de atención médica por lo que el auto informe de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y las actividades instrumentales o intermedias de la vida diaria (AIVD) se deben corroborar, si es posible, por un informante, acompañante o cuidador. ⁽¹⁹⁾

Para la evaluación funcional se deberá interrogar sobre lo normal y lo anormal en cuanto a su función social, ya que el deterioro funcional no debe de atribuirse al proceso de envejecimiento, porque se corre el riesgo de omitir el verdadero origen. Estas se clasifican en actividades básicas de la vida diaria (ABVD), o actividades físicas relacionadas con seis aspectos: bañarse, vestirse, usar el sanitario, desplazarse, alimentarse y tener presente la continencia fecal y urinaria (13); y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) se refieren a la capacidad de mantener un hogar independiente, a realizar compras de comestibles, conducir o utilizar el transporte público, utilizar el teléfono, preparación de comidas, tareas domésticas, reparaciones en el hogar, lavandería, tomar la medicación y manejar las finanzas. ⁽²⁰⁾

En la pérdida de las funciones corporales se identificó que se es incapaz de servirse y comer solo, de salir a la calle por sentirse incapaz, tener dificultades para desplazarse en su propia casa, el aseo personal deja de ser frecuente y eficaz, ya que ciertas partes del cuerpo son aseados con dificultad, no se es capaz de vestirse correctamente sin ayuda de un familiar, o bien se necesita ayuda para determinadas labores como anudarse los cordones de los zapatos, abotonarse una camisa, se producen pérdidas involuntarias de orina o de heces. ⁽²¹⁾

En las funciones socio-cognitivas se puede detectar que se llega a confundir a las personas, la capacidad comunicativa se dificulta al pronunciar o construir frases correctamente, se confunden las horas, los días o las estaciones del año, se ha perdido gran parte de la orientación. Es por ello que existen múltiples servicios a disposición de las personas con algún tipo de dependencia que podrían ir desde ayudas técnicas que adapten en su vivienda dependiendo de sus necesidades, servicios de ayuda a domicilio o tele-asistencia, atención en residencias, centros de día, asilos, etc. ⁽²²⁾

Los adultos mayores que dependen de terceras personas se encuentran en situación de especial de vulnerabilidad ya que requieren de asistencia precisa para ejercer sus derechos de ciudadanía, así como acceder a los bienes sociales y recibir una atención en la que puedan desarrollar las actividades más esenciales de la vida diaria. Esa vulnerabilidad también afecta a sus cuidadores. ⁽²³⁾

Es importante mencionar que en el sur de Veracruz existen diversas instituciones que alojan a los adultos mayores, sin embargo, en algunas de ellas el cuidado es proporcionado por personal no especializado, situación que constituye para el profesional de enfermería un campo de oportunidad tanto en el ámbito comunitario como en el

institucional. El diagnóstico del grado de dependencia o independencia física permite realizar intervenciones eficaces, ya que existen factores de riesgo susceptibles de prevención para retrasar el deterioro cognitivo y funcional del adulto mayor al proporcionar el cuidado de enfermería con calidad y calidez. ⁽²⁴⁾

Por otra parte, para dar sustento empírico a esta investigación se realizó una búsqueda en diversas bases de datos, donde se encontraron estudios descriptivos y correlacionales con la variable capacidad funcional física en el adulto mayor.

Antecedentes internacionales

En un estudio realizado por Hernández-Ságastegui Y M., Palacios-Ramírez S M., en Ecuador en el año 2015, realizaron un estudio descriptivo transversal, con una muestra de 107 pacientes de 65 años; cuyo objetivo fue identificar el grado de dependencia funcional en los pacientes adultos mayores con trastorno mental en residencias asistidas. La escala de valoración que se utilizó fue el Índice de Barthel, teniendo como resultado el 65% de los usuarios presentan algún tipo de dependencia siendo el 27% tipo leve, la dependencia predominó en el sexo femenino 73%, el grupo etario con mayor prevalencia de dependencia fue mayores de 85 años 89%. El 27% tiene discapacidad física y el 73% discapacidad visual, predomina en esta la dependencia grave, las actividades básicas de la vida diaria con mayor dependencia, vestirse con 51%. En conclusión, el trastorno mental es un factor influyente en la dependencia funcional del adulto mayor, al igual que en la presencia de discapacidad asociada. No se encontró relación directa de

dependencia por patología clínica, la actividad básica de la vida diaria de mayor dependencia en vestirse.⁽²⁵⁾

Velazco-Huaranga LK, Carrera-Luis TG. En el año 2016 Realizaron un estudio en Lima Perú de diseño correlacional y de corte transversal. Con el objetivo de determinar la relación entre la dependencia física y el deterioro cognitivo en los adultos mayores de la Casa Hogar “Misioneros de amor”. La muestra fue no probabilística y de carácter censal, conformada por 200 adultos mayores, se demostró que no existe relación entre la dependencia física y el deterioro cognitivo con un p-valor de 0.567. Se utilizó el instrumento de medición “Índice de Barthel”. Sin embargo, se halló relación entre la edad y el deterioro cognitivo ($p=0.001$), entre la edad y la dependencia física ($p = 0.03$) y entre el género y el deterioro cognitivo ($p = 0.038$). Se concluyó que no existe relación entre la dependencia física y el deterioro cognitivo en los adultos mayores de una casa hogar.⁽²⁶⁾

Por otra parte, Laguado-Jaimes E, Camargo-Hernández KC, Campo-Torregroza E, Martín-Carbonell MC. (2017) realizaron en Colombia un estudio descriptivo retrospectivo, no probabilístico; con el objetivo de determinar la funcionalidad y grado de dependencia en el adulto mayor institucionalizado, con una muestra de 60 adultos mayores. La valoración funcional se realizó con la escala de actividades de la vida diaria “Índice de Barthel”. En los resultados encontraron que a la valoración funcional predomina el género masculino con dependencia leve con el 26,66% y como independiente un 25% del género femenino. Se concluyó que hay un mayor predominio del género masculino en los adultos mayores institucionalizados y con dependencia leve, y al contrario en las mujeres, donde la frecuencia de independencia es mayor. En la autonomía predomina un grado mayor en los hombres que en las mujeres.⁽²⁷⁾

Hernández-Sagástegui Y M, Palacios-Ramírez S M. (2017) realizaron en Perú un estudio de tipo descriptivo - correlacional, de corte transversal. Con el objetivo de determinar la relación entre el grado de dependencia y la calidad de vida del adulto mayor “El progreso” Chimbote 2017. La muestra estuvo constituida por 25 adultos mayores del programa “Taytawasy”. Se utilizaron el cuestionario de calidad de vida en el adulto mayor y el índice de Barthel de las actividades básicas de la vida diaria. Los resultados obtenidos fueron: que el 48% de adultos mayores en estudio son independientes en la realización de las actividades básicas de la vida diaria, el 44% presenta una dependencia leve y solo el 8% presentó dependencia moderada. Concluyeron que existe una relación estadísticamente significativa entre el grado de dependencia y la calidad de vida de los adultos mayores ($p < 0,05$).⁽²⁸⁾

Trujillo-León NR, Panduro-Meza E. (2018) realizaron en Lima - Perú un estudio de investigación cuantitativa con diseño no experimental, transversal de tipo descriptivo correlacional, teniendo como objetivo valorar la capacidad funcional de las personas de la tercera edad del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de la Municipalidad Provincial de Maynas; con muestreo no probabilístico por conveniencia. La población de estudio fue de 402 adultos mayores. Se aplicó el Índice de Barthel para identificar el grado de independencia en sus actividades básicas de la vida diaria y la escala de Lawton y Brody para identificar el grado de independencia en sus actividades instrumentales. Los resultados demuestran que en las actividades básicas de la vida diaria predomina la independencia funcional en el 82.3% de los adultos mayores y según sexo en el 78% de mujeres y el 85.2% de hombres. En las actividades instrumentales de la vida diaria

predomina la independencia funcional en el 68.4% de los adultos mayores en estudio y según sexo en el 59.6% de mujeres y 74.6% de hombre.⁽²⁹⁾

Criollo-López Wilmer Arley. (2019) realizó en Colombia un estudio descriptivo de corte transversal. El objetivo fue valorar la capacidad funcional y las actividades de la vida diaria, en población adulta mayor vinculada a dos instituciones geriátricas de la ciudad de Cali. El muestreo se realizó a conveniencia, con una población de 87 adultos mayores de 60 años. Se midió la capacidad funcional a través de las medidas basadas en la ejecución y las actividades de la vida diaria mediante la escala de Barthel. Los resultados el 66% muestra ser independiente, seguido de un 21% que presenta dependencia moderada. Conclusión La mayor parte de la población participante en este estudio es independiente tan solo el 34% presenta dependencia leve a moderada, sin embargo, es un porcentaje considerable que requiere la toma de medidas tendientes a mejorar el grado de independencia en las actividades de la vida diaria de esta población objeto de estudio.⁽³⁰⁾

Antecedentes nacionales

Rogelio Sánchez Gutiérrez, Raymundo Velasco-Rodríguez, Verónica Benítez-Guerrero, Aurelio Flores-García, Salvador Ruiz-Bernés, Pedro Aguíar-García, Lucía Magaña Lemus, Martha Ofelia Valle Solís. (2015) realizaron un estudio descriptivo transversal en el estado de Nayarit, México, con el objetivo de determinar la capacidad funcional en adultos mayores en asilos y casas de cuidado del estado de Nayarit. Con una muestra de 111 adultos mayores, seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia a los que reunieron los criterios de inclusión. Como instrumento de

evaluación se utilizó la Escala de Barthel de los cuales se evaluaron a 19.8% con dependencia moderada, 9.91% con dependencia severa y 15.3% con dependencia total. Un número mayor de AM (n=61), mostró ser funcionalmente apto para desarrollar las AVD de los cuales 13.5% fueron independientes totales y 41.4% presentaron una leve dependencia. Se concluyó que los AM en Nayarit presentan disminución de la capacidad funcional para realizar las actividades básicas de la vida diaria, predominantemente con nivel de dependencia leve, observándose mayor frecuencia en el género femenino: Se sugiere la aplicación sistemática de la escala de Barthel en la evaluación de la capacidad funcional de AM en población general para detectar oportunamente cualquier alteración.⁽³¹⁾

Velasco Rodríguez R, Bejines Soto M, Sánchez Gutiérrez R, Mora Brambila AB, Benítez Guerrero V, García Ortiz L.(2015, México) realizaron un estudio transversal descriptivo, con el objetivo de Identificar la capacidad funcional para realizar 10 actividades básicas de la vida diaria en adultos mayores institucionalizados de 3 diferentes estados del occidente de México. Con una muestra de 373 adultos mayores, seleccionados por un muestreo no probabilístico por conveniencia, con previo consentimiento informado, se aplicó la escala de Barthel para identificar su nivel de capacidad funcional. El resultado es el siguiente la capacidad funcional para las categorías: independencia total, dependencia leve, moderada, severa y total, fueron para Colima (%): 10.6, 52.3, 15.9, 7.3 y 13.9 respectivamente. Para Nayarit (%): 13.5, 41.4, 19.8, 9.90 y 15.3. Para Jalisco (%): 27.9, 28.8, 14.4, 18.0 y 10.8 respectivamente. Las diferencias con base a género, fue significativa únicamente para el estado de Nayarit (p= de 0.000). La actividad de la vida diaria que presentó mayor proporción de sujetos

independientes totales fue “comer”, en tanto que “subir-bajar escaleras y lavarse” fueron las que registraron más sujetos dependientes totales. En conclusión. la limitación funcional es un proceso natural del envejecimiento y es importante que de manera sistemática se aplique la escala de Barthel al adulto mayor institucionalizado, ya que ha demostrado ser relevante para identificar déficit funcional motor en estas personas.⁽³²⁾

Duran-Badillo T., Hernández-Cortés P.L., Guevara-Valtíer M.C., Gutiérrez-Sánchez G., Martínez-Aguilar M.L., Salazar-Barajas M.E. (2019, Nuevo León, México) realizaron un estudio descriptivo y correlacional. Con el objetivo de conocer la relación entre la capacidad de la marcha y dependencia funcional en adultos mayores con alteración de agudeza visual. Conformada por una muestra de 94 adultos mayores y un muestreo por conveniencia, se utilizó el instrumento de Índice de Barthel para las actividades instrumentales de la vida diaria, se observó que el 57.4% resultó con independencia, el 27.7% con dependencia escasa, el 13.8% con dependencia moderada y el 1.1% Con dependencia severa; mientras que en las AIVD el 71.36% fueron independientes y el 28.7% con dependencia funcional. En conclusión, se observó que existe relación entre la velocidad de marcha y longitud del paso con la dependencia para realizar las ABVD, también, la velocidad de marcha, cadencia, longitud y amplitud del paso están relacionados con la dependencia para efectuar las AIVD, en los adultos mayores con alteración de la agudeza visual.⁽³³⁾

Duran-Badillo T, Salazar-González BC, Cruz-Quevedo JE, Sánchez-Alejo EJ, Gutiérrez-Sánchez G, Hernández-Cortés PL, (2020). Realizaron un estudio en Nuevo León, México, de diseño descriptivo transversal, con el objetivo de conocer la relación entre la función sensorial, capacidad de marcha y función cognitiva con la dependencia

en adultos mayores. La muestra fue de 146 adultos mayores. Los instrumentos utilizados fueron: Carta Snellen, Audiómetro, pruebas de Estereognosia, Monofilamento de Semmes-Weinstein, aromas y sabores básicos, sistema GAITRite, Montreal Cognitive Assessment Test e Índice de Barthel y de Lawton y Brody. Resultados la función sensorial, función cognitiva y marcha explican el 25% de la dependencia en las actividades básicas de la vida diaria y 21% de la dependencia en actividades instrumentales de la vida diaria. Conclusión: velocidad de marcha, cadencia y longitud del paso son variables que influyen en la dependencia en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.⁽³⁴⁾

1.4 Importancia del estudio para la disciplina

Sin lugar a dudas la enfermería basada en evidencias y la investigación son dos pilares fundamentales para el desarrollo de la enfermería como profesión y disciplina en la búsqueda de consolidarse como una ciencia que sea reconocida en el contexto social como tal; ambos elementos se ven reflejados en la práctica clínica desde el momento en que se buscan los mejores cuidados para el paciente, la familia y la comunidad; y que estos sean proporcionados de manera holística para la recuperación no tan solo de la salud si no para lograr su máximo bienestar y desarrollo.

Enfermería se enfrenta a grandes retos para mantener el bienestar de los adultos mayores, ya que requieren de cuidados especiales y más si se encuentran con alguna limitación derivada del proceso normal del envejecimiento o por enfermedad crónica degenerativa, se tiene la necesidad de conocer a fondo estos cambios que se van generando en su persona.

El adulto mayor representa una población vulnerable que demandan especial atención ya que presentan características particulares que requieren un abordaje diferente para evaluar su estado de salud, las cuales se ven ligadas a depender de otras personas por la pérdida de la autonomía física, psíquica o intelectual, es por ello que requieren de asistencia precisa para ejercer sus derechos y poder desarrollar las actividades de la vida diaria. Este contexto hace que se convierta en un área de oportunidad para el profesional de enfermería y pueda realizar valoraciones geriátricas integrales que permitan diseñar un plan individualizado, preventivo, terapéutico y rehabilitador, con el fin de lograr el mayor nivel de independencia y calidad de vida del anciano.

Los trabajos de investigación son muy útiles para una disciplina en particular, ya que al realizar estas investigaciones sirven para: implementar una investigación científica, por lo consiguiente se produce el conocimiento científico. Y estas acciones dan como resultado la divulgación científica.

1.5 Definición de términos

Dependencia funcional:

Es la pérdida de las capacidades corporales o sensoriales que se relacionan con la incapacidad para efectuar actividades básicas de la vida diaria como es: vestirse, acostarse, levantarse, caminar, usar el baño, bañarse y comer, actividades esenciales para el cuidado personal y la autonomía.⁽³⁵⁾

Adulto mayor:

Según la OMS, a todo individuo mayor de 60 años se le llamara de forma indistinta persona de la tercera edad.⁽³⁶⁾

Envejecimiento:

Es un fenómeno presente a lo largo del ciclo vital desde el mismo proceso de la concepción hasta la muerte. A pesar de ser un fenómeno natural conocido por todos, es difícil aceptarlo como una realidad innata a todo ser.⁽³⁷⁾

Adulto Mayor:

Un adulto mayor es aquel individuo que se encuentra en la última etapa de la vida, la que sigue tras la adultez y que antecede al fallecimiento de la persona.⁽³⁸⁾

Capacidad funcional:

Es el conjunto de habilidades físicas, mentales y sociales que permiten al sujeto la realización de las actividades que exige su medio y/o entorno". Dicha capacidad viene determinada, fundamentalmente, por la existencia de habilidades psicomotoras, cognitivas y conductuales.⁽³⁹⁾

1.6 Objetivos

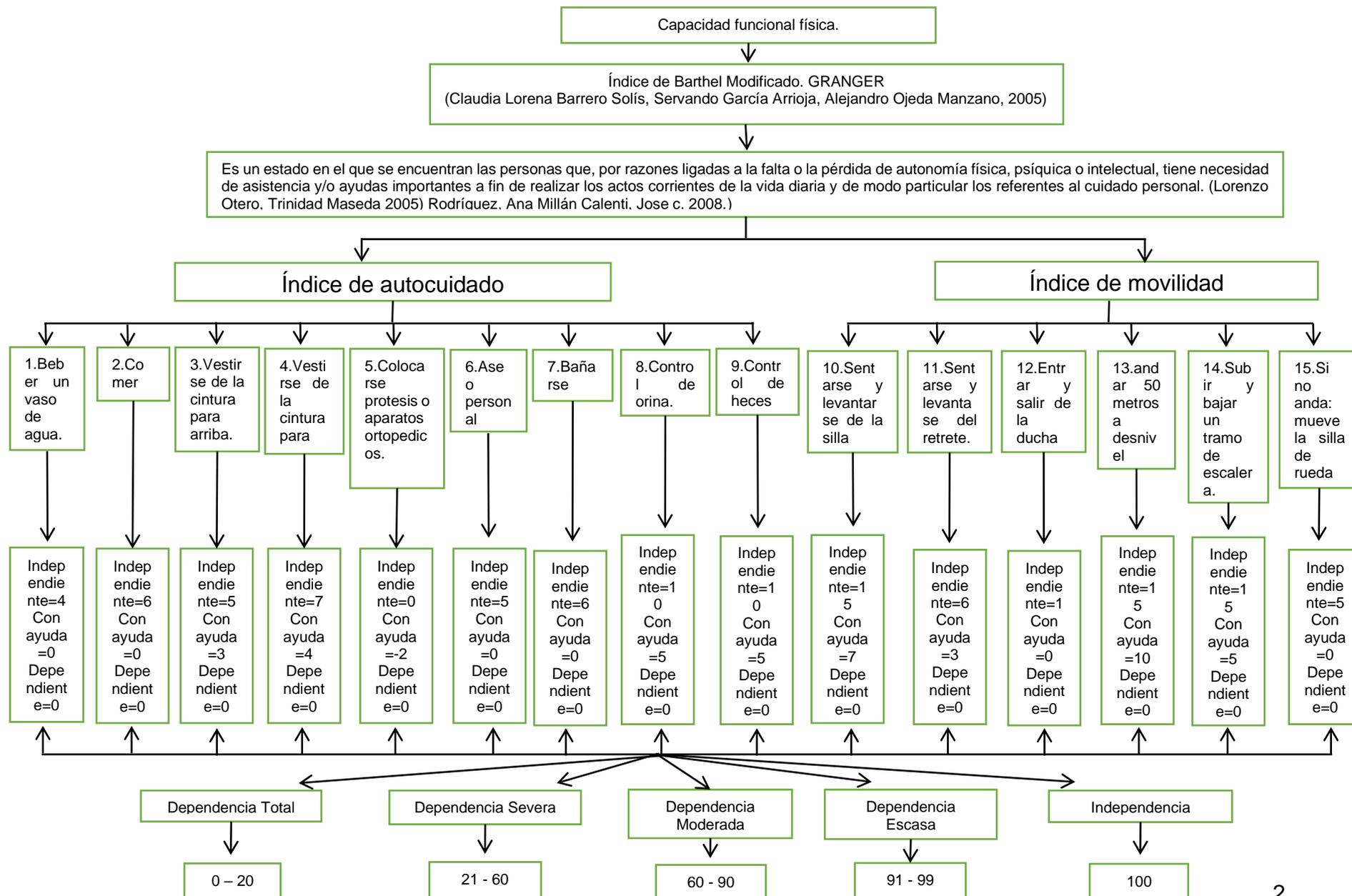
Objetivo General

Determinar la capacidad funcional física del adulto mayor en un asilo de Coatzacoalcos, Veracruz.

Objetivos Específicos:

1. Describir las características sociodemográficas del adulto mayor de un asilo de Coatzacoalcos, Veracruz; por medio de una cédula de datos personales.
2. Determinar la capacidad funcional física del adulto mayor en un asilo de Coatzacoalcos, Veracruz; de acuerdo a la edad y sexo, a través del índice de Barthel.
3. Determinar la capacidad funcional física del adulto mayor en un asilo de Coatzacoalcos, Veracruz; de acuerdo al estado civil, escolaridad y ocupación, a través del índice de Barthel.
4. Identificar las actividades con mayor y menor nivel de independencia en el adulto mayor en un asilo de Coatzacoalcos, Veracruz.

1.7 Operacionalización de las variables



CAPITULO II

2. Metodología

2.1 Tipo de estudio

Investigación cuantitativa no experimental, con diseño de estudio descriptivo, prospectivo y transversal. Es un estudio descriptivo ya que se va a medir la capacidad funcional en las actividades de la vida diaria que tiene el adulto mayor, es prospectivo puesto que los datos serán adquiridos conforme la investigación vaya avanzando y es transversal porque solo se realizará una medición.⁽⁴⁰⁾⁽⁴¹⁾

2.2 Población

La población total del estudio fue de 32 adultos mayores de ambos sexos de un asilo de Coatzacoalcos, Veracruz.

2.3 Muestreo y Muestra

La muestra estuvo compuesta por 32 adultos mayores, seleccionados por muestreo no probabilístico por conveniencia, pues buscan características específicas en la población de estudio (criterios de inclusión) y cumplimiento de criterios de exclusión, la selección de los elementos se llevó a cabo de acuerdo a la aceptación de los participantes.

2.4 Criterios de inclusión

Hombres y mujeres mayores de 60 años, que se encuentren registrados en el asilo, que deseen participar en la investigación previa firma del consentimiento y asentimiento informado.

2.5 Criterios de exclusión

Adultos mayores que presenten algún tipo de enfermedad neurodegenerativa diagnosticada que imposibilite la comprensión de los instrumentos de recolección de datos.

2.6 Criterios de eliminación

Adultos mayores que no contestaron en su totalidad los instrumentos de forma adecuada.

2.7 Material

Para la recolección de datos se utilizaron dos instrumentos, el primero es una cédula de datos personales y el segundo una escala para evaluar las ABVD.

La cédula de datos personales indagó sobre datos sociodemográficos como: edad en años cumplidos, sexo (hombre o mujer), estado civil (soltero, casado, unión libre, separado, divorciado o viudo), grado escolar (analfabeta, primaria, secundaria, preparatoria, carrera técnica, una licenciatura u otro) y por último sobre la ocupación laboral (obrero, empleado, comerciante, jubilado, estudiante, desempleado, labores del hogar).

En el segundo instrumento es una forma de evaluar la capacidad funcional de la persona; a partir de la aplicación del Índice de Barthel (IB), el cual es un instrumento que evalúa las actividades básicas de la vida diaria, desarrollada por Mahoney y Barthel en 1965, para esta investigación se utilizó la escala modificado por GRANGER, el cual evalúa la independencia para realizar 15 actividades básicas de la vida diaria en pacientes ancianos. Su fiabilidad es excelente, con un Alpha de Cronbach de 0.86 - 0.92.

El primer apartado mide el *índice de autocuidado* que consta de nueve ítems que se describen a continuación: ítem 1 beber de un vaso de agua: teniendo como puntaje independencia = 4 puntos, con ayuda = 0 puntos, dependencia = 0 puntos; ítem: 2 comer: independencia = 6 puntos, con ayuda = 0 puntos, dependencia = 0 puntos, ítems 3 vestirse de cintura para arriba: independencia = 5 puntos, con ayuda = 3 puntos, dependencia = 0 puntos, ítem 4 vestirse de la cintura para abajo: independencia = 7 puntos, con ayuda = 4 puntos, dependencia = 0 puntos, ítem 5 colocarse prótesis o aparato ortopédico: independencia = 0 punto, con ayuda = -2, dependencia = 0 puntos, ítem 6 aseo personal: independiente = 5 puntos, con ayuda = 0 puntos, dependencia = 0 puntos, ítem 7 lavarse o bañarse: independiente = 6 puntos, con ayuda = 0 puntos, dependencia = 0 puntos; ítems 8 control orina: independencia = 10, con ayuda = 5 puntos y dependencia = 0 puntos, ítem 9 control de heces: independencia = 10 puntos, con ayuda = 5 y dependiente = 0 puntos. Una vez teniendo la suma de los 9 puntos, se anotó el total en la parte inferior de este apartado.

El segundo apartado se refiere al *índice de movilidad* donde se busca conocer la habilidad de trasladarse de un lugar a otro por lo que se considera seis preguntas las cuales son las siguientes: ítems 10 sentarse y levantarse de la silla: independencia = 15 puntos, con ayuda 6 puntos, dependencia = 0 puntos; ítem 11 sentarse y levantarse de del retrete: independencia = 6 puntos, con ayuda = 3 puntos, dependiente = 0 puntos, ítems 12 entrar y salir de la ducha: independencia = 1 puntos, con ayuda = 0 puntos, con dependencia = 0 puntos; ítems 13 andar cincuenta metros a desnivel: independiente = 15 puntos, con ayuda = 10 puntos, dependiente = 0 puntos; ítems 14 subir y bajar un tramos de escalera: independencia = 10 puntos, con ayuda = 5 puntos, con dependencia = 0 puntos, ítems 15 Si no anda mueve la silla

de ruedas: independencia = 5 puntos, con ayuda = 0 puntos, con dependencia = 0 puntos, la sumatoria de todos estos puntos nos dará el resultado de movilidad que se anotó en la parte inferior del índice de movilidad.

Una vez teniendo las dos puntuaciones de autocuidado y movilidad se realizó una sumatoria total de los ítems para realizar la clasificación de dependencia funciona del adulto mayor, para ello se describe la siguiente clasificación: 0 a 20 se considera dependencia total, de 21 a 60 dependencia severa, de 61 a 90 dependencia moderada, de 91 a 99 dependencia escasa y por último independencia con un puntaje de 100.

2.8 Procedimiento

Una vez autorizado el protocolo de investigación el asesor de la investigación elaboró un oficio dirigido a la directora académica de la facultad de enfermería en donde se notificó la aprobación del protocolo.

En un primer momento se visitó el asilo que fue seleccionado para el estudio, donde se solicitó el permiso de manera verbal, una vez obtenido el permiso, se gestionó y se obtuvo de la facultad de enfermería los oficios correspondientes que dieron a conocer el objetivo del estudio al director (a) para la autorización formal de la aplicación de la investigación. Una vez entregados los oficios a los directivos correspondientes, se requirió de una lista de toda su población actual para realizar el muestreo por conveniencia.

Se eligieron a los participantes de acuerdo a la edad, que sean adultos mayores y que cuenten con su registro de estancia en el asilo. Una vez teniendo la muestra y los nombres de los participantes se prosiguió a la entrega y firma del consentimiento informado para la autorización de su participación, se prosiguió con el llenado del

cuestionario de la investigación. Obtenido los datos se procedió a analizarlos pasando luego a su interpretación, discusión y conclusiones correspondientes.

2.9 Consideraciones éticas

El estudio se apegó a las disposiciones generales del reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud.

De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, se encuentra en el (Art. 13) relacionado con el respeto, la dignidad y la protección del derecho y el bienestar del usuario. Se protegió los derechos del usuario al con el consentimiento informado, reiterando la libertad de retirarse en el momento que lo desee (Art. 14).

Se mantuvo la privacidad del usuario mediante el anonimato durante la aplicación del instrumento, así como los resultados del estudio (Art. 16). Se consideró una investigación de bajo riesgo, debido a que el instrumento se aplicó mediante la observación. (Art. 17).

El sujeto de investigación recibió una explicación clara y completa sobre la justificación y los objetivos de la información, los procedimientos que se realizan y sus propósitos, con la garantía de recibir respuestas a cualquier pregunta o aclaración, todo esto antes de firmar el consentimiento informado (Art. 18). Se garantizó la seguridad de que no se le identificó y que se mantuvo la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad. De acuerdo a este reglamento se considera una investigación sin riesgo, ya que solo se aplicó un cuestionario para medir la variable de estudio.

2.10 Estrategias de análisis

Al final de la recolección de la información se procedió a realizar una base de datos en Microsoft Excel, versión 2016, después la información recaudada se analizó

con el paquete estadístico “Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 22. Posteriormente se utilizaron estadísticas descriptivas, para las variables cualitativas; se analizaron con frecuencias y porcentajes; para las variables cuantitativas se utilizaron medidas de tendencia central como la media; además de medidas de dispersión como mínimos, máximos, rangos y desviación estándar.

CAPITULO III

3. Resultados

3.1. Confiabilidad del instrumento

Tabla 1

Confiabilidad del Índice de Barthel Modificado GRANGER.

Instrumento	Ítems	Alpha de Crombach
Barthel Modificado Granger	15	.967

Fuente:Índice de Barthel Modificado GRANGER. *n*=32

El resultado de la tabla 1, muestra que la confiabilidad del instrumento usado en la investigación es aceptable de acuerdo con lo que señala Hernández Sampieri, 2014

3.2 Estadística descriptiva.

En relación al primer objetivo específico de la investigación, en la siguiente tabla, se puede observar los resultados obtenidos de los datos personales de los adultos mayores participantes.

Tabla 2

Sociodemográficos

Sociodemográficos	<i>f</i>	%
Edad		
60 – 68	7	21.87
69 – 77	6	18.75
78 – 86	14	43.75
87 – 95	5	15.62
Estado civil		
Soltero	12	37.5
Casado	4	12.5
Unión libre	2	6.3
Divorciado	7	21.9
Viudo	7	21.9
Ocupación		
Empleado	4	12.5
Comerciante	1	3.1
Jubilado	3	9.4
Hogar	24	75.0
Sexo		
Femenino	29	90.6
Masculino	3	9.4
Escolaridad		
Analfabeta	11	34.4
Primaria	11	34.4
Secundaria	2	6.3
Preparatoria	5	15.6
Licenciatura	3	9.4

Fuente: Cédula de identificación de datos.

n=32

El rango de edad predominante fue de 78 – 86 años con el 43.75%, el género prevalente es el femenino con 29 participantes; concerniente al estado civil, se observa que la mayor parte de los participantes se encuentran solteros con el 37.5%, en cuanto a la ocupación se encontró que el 75% desempeña labores del hogar; la

escolaridad con mayor predominio es la analfabeta y primaria con el 34.4% para cada una, ubicando a los adultos mayores en un nivel básico de educación.

Tabla 3

Tipos de dependencia

Tipo de dependencia	<i>f</i>	%
Dependencia total	6	18.8
Dependencia severa	9	28.1
Dependencia moderada	10	31.3
Dependencia escasa	6	18.8
Independencia	1	3.1

Fuente: Índice de Barthel Modificado GRANGER.

n=32

Para dar cumplimiento al objetivo general que se refiere a la identificación de la capacidad funcional física del adulto mayor institucionalizado, se observa en la tabla 3 que el estado funcional con mayor incidencia es la dependencia moderada con el 31.3%, seguido de la dependencia severa con el 28.1%, también se encontró a una sola persona con independencia.

En las siguientes tablas se da cumplimiento al objetivo específico 2, que hace referencia a la capacidad funcional física del adulto mayor en relación a la edad y sexo a través del índice de Barthel.

Tabla 4

Tipos de dependencia según edad

Tipos dependencia según edad	60 – 68		69 – 77		78 – 86		87- 95	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%

Dependencia total	0	0	3	9.3	1	3.1	2	6.2
Dependencia severa	1	3.1	1	3.1	5	15.6	2	6.2
Dependencia moderada	2	6.2	2	6.2	5	15.6	1	3.1
Dependencia escasa	3	9.3	0	0	3	9.3	0	0
Independencia	1	3.1	0	0	0	0	0	0

Fuente: Índice de Barthel Modificado GRANGER.

n=32

En la tabla 4 se observa que el estado funcional con mayor prevalencia de acuerdo a la edad, es el nivel de dependencia severa (15.6%) y dependencia moderada (15.6%) en el rango de edad de 78 – 86 años, con respecto a la dependencia total (9.3%) se encuentra en el rango de edad 69 -77 años; por otra parte, el nivel de independencia (3.1%) se encuentra en las edades de 60 -68 años.

Tabla 5

Tipos de dependencia según sexo

Tipos de dependencia sexo	Femenino		Masculino	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Dependencia total	6	18.7	0	0
Dependencia severa	7	21.8	2	6.2
Dependencia moderada	9	28.1	1	3.1
Dependencia escasa	6	18.7	0	0
Independencia	1	3.1	0	0

Fuente: Índice de Barthel Modificado GRANGER.

n=32

En la tabla 5 se encontró que el género prevalente en todos los niveles de dependencia es el femenino; donde se observa que el 28.1% corresponde a un nivel de dependencia moderada, seguida del 21.8% con dependencia severa.

En las siguientes tablas se da cumplimiento al objetivo específico 3, que hace referencia a la capacidad funcional física del adulto mayor de acuerdo al estado civil, escolaridad y ocupación a través del índice de Barthel.

Tabla 6

Tipos de dependencia según el estado civil

Tipos de dependencia según estado civil	Soltero		Casado		Unión libre		Divorciado		Viudo	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Dependencia total	3	9.3	0	0	0	0	1	3.1	2	6.2
Dependencia severa	2	6.2	3	9.3	0	0	3	9.3	1	3.1
Dependencia moderada	5	15.6	0	0	1	3.1	2	6.2	2	6.2
Dependencia escasa	1	3.1	1	3.1	1	3.1	1	3.1	2	6.2
Independencia	1	3.1	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: Índice de Barthel Modificado GRANGER.

n=32

En la tabla 6 se encontró que el nivel de dependencia moderada (15.6%) y dependencia total (9.3%) corresponde al estado civil soltero; por otra parte, se observa que la dependencia severa prevalece en los adultos mayores casados (9.3%) y divorciados (9.3%).

Tabla 7

Datos dependencia según escolaridad

Tipo de dependencia	Analfabeta	Primaria	Secundaria	Preparatoria	Licenciatura
	a		a	a	a

	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Dependencia total	4	12.5	1	3.1	0	0	1	3.1	0	0
Dependencia severa	3	9.3	1	3.1	2	6.2	2	6.2	1	3.1
Dependencia moderada	3	9.3	4	12.5	0	0	1	3.1	2	6.2
Dependencia escasa	1	3.1	4	12.5	0	0	1	3.1	0	0
Independencia	0	0	1	3.1	0	0	0	0	0	0

Fuente: Índice de Barthel Modificado GRANGER. *n*=32

En la tabla 7 se observa un nivel de dependencia total con el 12.5%, dependencia severa con el 9.3% y dependencia moderada 9.3% corresponden a una población analfabeta; así mismo un nivel de dependencia moderada (12.5%) y dependencia escasa (12.5%) para el nivel primaria.

Tabla 8
Tipo de dependencia según ocupación

Tipo de dependencia según ocupación	Empleado		Comerciante		Jubilado		Hogar	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Dependencia total	0	0	0	0	0	0	6	18.7
Dependencia severa	2	6.2	1	3.1	1	3.1	5	15.6
Dependencia moderada	2	6.2	0	0	2	6.2	6	18.7
Dependencia escasa	0	0	0	0	0	0	6	18.7
Independencia	0	0	1	3.1	0	0	1	3.1

Fuente: Índice de Barthel Modificado GRANGER. *n*=32

En la tabla 8 se encontró un mayor nivel de dependencia en adultos mayores que realizan labores del hogar sin un ingreso económico; con una frecuencia de dependencia total (18.7%), dependencia severa (15.6%) y dependencia moderada (18.7%).

Tabla 9

Actividades de la vida diaria.

Cuestionamientos	<i>Media</i>	<i>D E</i>
Beber de un vaso de agua	1.31	.644
Comer	1.41	.712
Vestirse de cintura para arriba	1.56	.716
Vestirse de cintura para abajo	1.56	.716
Colcarse prótesis o Aparatos ortopédicos	1.69	.780
Aseo personal	1.78	.792
Lavarse o Bañarse	1.78	.792
Control de orina	1.78	.906
Control de heces	1.78	.906
Sentarse y levantarse de la silla	1.75	.762
Sentarse y levantarse del retrete	1.75	.762
Entrar y salir de la ducha	1.87	.833
Andar 50 metros a desnivel	2.19	.693
Subir y bajar un tramo de escaleras	2.41	.499
Si no anda: mueve la silla de ruedas	2.06	.759
N válido (por lista)	32	

Fuente: Índice de Barthel Modificado GRANGER.

n=32

En la tabla 9 se da cumplimiento al objetivo específico 4 relacionado a las principales actividades básicas de la vida diaria con mayor nivel de dependencia e independencia en los adultos mayores. Se encontró que las actividades básicas de la vida diaria con mayor nivel de dependencia son: subir y bajar un tramo de escalera con una media de 2.41, seguida de andar 50m a desnivel con una media de 2.19, y si no anda: mueve la silla de rueda con una media de 2.06. También se observa que las actividades básicas de la vida diaria con mayor nivel de independencia son: beber un vaso de agua con una media de 1.31, seguida de comer con una media de 1.41, finalmente vestirse de la cintura para arriba y vestirse de la cintura para abajo con una media de 1.56 cada una.

3.3 Discusión

Los resultados obtenidos en este estudio respecto a los datos sociodemográficos se observan que el rango de edad con algún tipo de dependencia es de entre 78-86 años con el 43.75% resultado que difiere con Hernández-Ságastegui y Palacio-Ramírez el grupo con mayor prevalencia de dependencia fueron mayores de 85 años (89%) y difiere de Velasco Rodríguez R, Bejines Soto M, Sánchez Gutiérrez R, Mora Brambila AB, Benítez Guerrero V, García Ortiz L. con una edad promedio de 82.6.

En cuanto a la dependencia según el sexo; el grupo de mayor dominio es el femenino siendo el 90.6%, resultado que difiere con Hernández-Ságastegui y Palacio-Ramírez la dependencia predominó en el sexo femenino 73%, y difiere de Velasco Rodríguez R, Bejines Soto M, Sánchez Gutiérrez R, Mora Brambila AB, Benítez Guerrero V, García Ortiz L., con una prevalencia mayor en mujeres del 50.3%

en colima, seguido de Nayarit con 60.4% son varones y por ultimo el 51.4% son mujeres del estado de Jalisco.

Con respecto a la capacidad funcional física el 21.8% presentó un nivel de dependencia severa y el 28.1% dependencia moderada, resultado que es similar a Criollo-López con dependencia leve a moderada con el 34%; y difiere de Hernández-Ságastegui y Palacio-Ramírez quienes encontraron en su estudio una prevalencia (27%) con dependencia leve, al igual que Laguado-Jaimes, Camargo-Hernández, Campo-Torregroza, Martín-Carbonell, en la valoración funcional reportó un predominio en el género masculino con dependencia leve (26.66%), datos que difieren de Hernández-Ságastegui y Palacio-Ramírez, quienes encontraron que el 8% presentó dependencia moderada, los resultados obtenidos en este estudio difiere de Duran-Badillo, Hernández-Cortés con el 27.7% presentó dependencia leve o escasa, 13.8% con dependencia moderada y el 1.1% con dependencia severa, al igual difiere de Velasco Rodríguez R, Bejines Soto M, Sánchez Gutiérrez R, Mora Brambila AB, Benítez Guerrero V, García Ortiz L. con 52.3 con dependencia leve, seguido de dependencia moderada 19.8, el 18 con dependencia severa y finalmente el 15.3 con dependencia total.

Con respecto a las actividades básicas de la vida diaria se encontró para esta investigación que las actividades con mayor nivel de dependencia son las siguientes: andar 50 metros a desnivel con una media de 2.19, seguida de subir y bajar escalera con 2.41 y finalmente si no anda: mueve la silla de rueda con 2.06, resultados que difiere a los de Hernández-Ságastegui y Palacios-Ramírez en sus resultados obtuvieron la actividad básica de la vida diaria con mayor dependencia vestirse 51% y difiere de los resultados de Velasco Rodríguez R, Bejines Soto M, Sánchez Gutiérrez R, Mora Brambila AB, Benítez Guerrero V, García Ortiz L. quienes

encontraron con mayor dependencia subir y bajar escaleras con el 51.6% del estado de Colima, Nayarit con 46.6% y Jalisco 46.6%. Así mismo se reporta que las principales actividades básicas con mayor nivel de independencia fueron: beber de un vaso de agua con una media de 1.31, comer con 1.41, seguido de vestirse de la cintura para arriba 1.56 y finalmente vestirse de la cintura para abajo con el 1.56, resultados que difieren de Velasco Rodríguez R, Bejines Soto M, Sánchez Gutiérrez R, Mora Brambila AB, Benítez Guerrero V, García Ortiz L. reportaron que la actividad con mayor independencia es comer con un 83.4% en Colima, el 78.4% Nayarit y el 75.7% Jalisco. Por último vestirse con el 53.6% Colima, 46.8% Nayarit y 47.7% Jalisco.

3.4 Conclusión

La mayoría de la población cuenta con algún tipo de dependencia, en el rango de edad de 78 a 86 años los resultados observados son dependencia moderada y dependencia severa; predominando el sexo femenino, mayormente solteros (as), una cuarta parte de la población no cuenta con estudios académicos, quienes presentan dependencia total, moderada y escasa, más de la mitad refirió dedicarse a labores del hogar. Por lo que implica que al identificar el grado de dependencia en el adulto permitirá implementar intervenciones de cuidado por parte del personal de enfermería que reduzca el progreso a una dependencia total.

3.4 Recomendaciones

Implementar programas de capacitación continua para el personal responsable de los adultos mayores en las residencias geriátricas, se propondrá

brindar un seguimiento y vigilancia por parte de la institución a quienes estén interesados y de igual forma integrar al adulto mayor a actividades y programas de salud que favorezcan y aumenten la destreza.

Se recomienda en la difusión de los resultados sensibilizar al personal a cargo de los adultos mayores para que participen en estas investigaciones, ya que una limitante encontrada, fue la resistencia en contestar los instrumentos de recolección de datos.

Realizar un estudio comparativo sobre la capacidad funcional física del adulto mayor que se encuentra en una residencia geriátrica con los que residen en sus hogares.

Fundamentar el desarrollo del marco teórico en una teoría de enfermería.

Realizar estudios de intervención para mejorar la capacidad funcional física en los adultos mayores de residencias geriátricas.

Referencias bibliográficas

1. Oms: Organización Mundial de la Salud [Internet].c2014 [citado 09 agosto 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/lancet-ageing-series/es/>.
2. FIAPAM. Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Adultas Mayores [Internet] citado el 05 Marzo 2019. Disponible en: <https://fiapam.org/america-latina-envejece-a-pasos-de-gigante/>.
3. Conapo: Consejo Nacional de Población [Internet] citado 12 Mayo 2018. Disponible: <https://www.gob.mx/inapam/prensa/conapo-e-inapam-de-la-mano-en-la-atencion-del-envejecimiento-156950?idiom=es>
4. INAPAM Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores [Internet] Citado 2015 Disponible en: <http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/918/1/images/AULTOS%20MAYORES%20POR%20ESTADO%20CD1.pdf>
5. Sefiplan: Secretaria de Finanzas y Planeación [Internet]. c2016 [citado 23 agosto 2018]. Disponible en: <http://ceieg.veracruz.gob.mx/wp-content/uploads/sites/21/2016/05/Coatzacoalcos.pdf>
6. Alvarado-García AM, Salazar-Maya ÁM. Análisis del concepto de envejecimiento. Gerokomos. [internet]. 2014; 25(2): 57- 62.
7. Bejines-Soto M, Velasco-Rodríguez R, García-Ortiz L, Barajas-Martínez A, Aguilar-Núñez LM, Rodríguez ML. Valoración de la capacidad funcional del

adulto mayor residente en casa hogar. Rev Enferm Inst Mex Seg Soc. 2015;23(1):9-15.

8. Marcela B.S, Raymundo V.R, Lidia G.O, Alfonso B.M, Leticia M. A, María Luisa R. Valoración de la capacidad funcional del adulto mayor residente en casa hogar. Rev. Enferm. Inst. Mex. Seguro Soc. 2015; 23 (1): 9 – 15.
9. Luis Miguel F. G, María del Carmen G. P, Javier Enrique J. B. Envejecimiento y Dependencia realidades y prevención para los próximos años. México D.F: Intersistemas, S.A. de C.V. 2014.
10. Instituto Nacional de Geriátria. Envejecimiento [Internet]. Citado el 13 de Noviembre de 2017. Disponible en: <http://geriatria.salud.gob.mx/contenidos/institucional/envejecimiento.html>
11. Triadó-Tur Carmen. Aula abierta. Envejecimiento activo, generatividad y aprendizaje. [Internet]. Citado: Enero- Marzo 2018. Vol.47. Numero 1, Pag 63-66 Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6292838>
12. Flores-Huamancuri Yin Hirvin . Descripción del envejecimiento y la gerontología como política social en el Distrito de san Juan de Miraflores 2017. Escuela De Posgrado. Perú 2018. Disponible en: http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/14776/Flores_H_YH.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
13. Fernández-Valverde C., Angeles-Ochoa JL. Capacidad funcional de los adultos mayores en casas de reposo de la ciudad de lima. [Internet]. Citado en 2018 lima-perú. Disponible en: http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/3771/TESIS_T

ECNOLOG%c3%8dA%20M%c3%89DICA_ANGELES%20%20FERNANDEZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y

14. Yosmary Gil, Yrán Marrero. Envejecimiento Poblacional. [Internet] Recuperado en 02 octubre 2020 [Citado Enero 2016] Volumen 7, Numero 1. Disponible en: cpicmha.sld.cu/BoletinEspl/bes01_16.pdf.
15. Samperio Jorge, Lozano Ma. Esther, Lara Agustin, Velázquez Oscar. La actividad Física y el Deporte en el adulto mayor. [Internet] Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7516.pdf>.
16. Fernández-Valverde CD., Angeles-Ochoa JL. Capacidad funcional de los adultos mayores en casas de reposo de la ciudad de Lima,2018. [Citado en: Octubre 02 2020]. Disponible en: http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/3771/TESIS_T_ECNOLOG%c3%8dA%20M%c3%89DICA_ANGELES%20%20FERNANDEZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
17. Bejines-Soto M, Velasco-Rodriguez R, Garcia-Ortiz L. Valoración de la Capacidad funcional del adulto mayor residente en casa hogar. 2015 [Internet] Rev. Enferm. Instituto Mexicano del Seguro Social 2015; Vol. 23 Num.1 Pag. 9-15. Disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2015/eim151c.pdf>.
18. Toapanta Mendoza, Karina Beatriz. Nivel de dependencia funcional del adulto mayor con trastorno mental utilizando la escala de barthel en usuarios de las residencias asistidas del Instituto Neurociencias año 2015 [Internet]. 2015

[citado 15 de noviembre 2018]. Disponible en:
<http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/11000>.

19. Velazco-Huaranga LK., Carrera-Luis TG. Dependencia física y deterioro cognitivo en los adultos mayores de la casa hogar “misioneros de amor”, Chaclacayo, 2016 [Internet] 2016. Disponible en:
http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/415/Lessly_Tesis_bac_hiller_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
20. Samperio Jorge, Lozano Ma. Esther, Lara Agustin, Velázquez Oscar. La actividad Física y el Deporte en el adulto mayor. [Internet] Disponible en:
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7516.pdf>.
21. Fernández-Valverde CD., Angeles-Ochoa JL. Capacidad funcional de los adultos mayores en casas de reposo de la ciudad de Lima,2018. [Citado en: Octubre 02 2020]. Disponible en:
http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/3771/TESIS_TECNOLOG%c3%8dA%20M%c3%89DICA_ANGELES%20%20FERNANDEZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
22. Velazco-Huaranga LK., Carrera-Luis TG. Dependencia física y deterioro cognitivo en los adultos mayores de la casa hogar “misioneros de amor”, Chaclacayo, 2016 [Internet] 2016. Disponible en:
http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/415/Lessly_Tesis_bac_hiller_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
23. Bejines-Soto M, Velasco-Rodriguez R, Garcia-Ortiz L. Valoración de la Capacidad funcional del adulto mayor residente en casa hogar. 2015 [Internet]

Rev. Enferm. Instituto Mexicano del Seguro Social 2015; Vol. 23 Num.1 Pag. 9-15. Disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2015/eim151c.pdf>.

24. Laguado-Jaimes E., Camargo-Hernández KC., Campo-Torregroza E., Martín-Carbonell MC. Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar. Gerokonos. 2017; 28 (3): 135 – 141. <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v28n3/1134-928X-geroko-28-03-00135.pdf>.
25. Hernández-Sagástegui YM., Palacios-Ramírez SM. Grado de dependencia relacionado a la calidad de vida del adulto mayor del centro de salud el progreso . Chimbote, Perú 2017. Disponible en: http://publicaciones.usanpedro.edu.pe/bitstream/handle/USANPEDRO/5939/Tesis_58390.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
26. Velazco-Huaranga LK., Carrera-Luis TG. Dependencia física y deterioro cognitivo en los adultos mayores de la casa hogar “misioneros de amor”, Chacabuco, 2016 [Internet] 2016. Disponible en: http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/415/Lessly_Tesis_bac_hiller_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
27. Laguado-Jaimes E., Camargo-Hernández KC., Campo-Torregroza E., Martín-Carbonell MC. Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar. Gerokonos. 2017; 28 (3): 135 – 141. <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v28n3/1134-928X-geroko-28-03-00135.pdf>.

28. Hernández-Sagástegui YM., Palacios-Ramírez SM. Grado de dependencia relacionado a la calidad de vida del adulto mayor del centro de salud el progreso . Chimbote, Perú 2017. Disponible en: http://publicaciones.usanpedro.edu.pe/bitstream/handle/USANPEDRO/5939/Tesis_58390.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
29. Trujillo-León NR., Panduro-Meza E., Valoración de la capacidad funcional de la persona de la tercera edad del centro integral de atención al adulto mayor - Ciam - de la municipalidad de maynas, Iquitos 2019. San Juan Bautista - Maynas - Loreto - Peru 2020. Disponible en: http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/UCP/991/NIC%C3%89FORO_EL%C3%8D_TM_TESIS_TITULO_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
30. Criollo-López, W. A. (2019). Valoración de la capacidad funcional y actividades de la vida diaria en personas mayores institucionalizadas. Revista Iberoamericana de Psicología issn-l:2011-7191, vol. 13 Num 2, Pag. 67-76. Disponible en: <https://revmovimientocientifico.iberro.edu.co/article/view/mct.13201>.
31. Sánchez-Gutiérrez R., Velasco-Rodríguez R., Benítez-Guerrero V., Flores-García A., Ruiz-Bernés S., Aguívar-García P., Magaña-Lemus L, Valle-Solís Martha O., Capacidad funcional en adultos mayores residentes en asilos y casas de cuidado del estado de Nayarit. Rev. Nueva época. Vol. 6 No. 21 Abril- Junio 2015. Disponible en: <http://aramara.uan.mx:8080/bitstream/123456789/346/1/Capacidad%20funci>

onal%20en%20adultos%20mayores%20residentes%20en%20asilos%20y%20casas%20de%20cuidado%20del%20estado%20de%20Nayarit.pdf.

32. Velasco Rodríguez R, Bejines Soto M, Sánchez Gutiérrez R, Mora Brambila AB, Benítez Guerrero V, García Ortiz L. Envejecimiento y capacidad funcional en adultos mayores institucionalizados del occidente de México. NURE Inv [Internet]. Ene-Feb 2015 [citado día mes año]; 12(74):[aprox. 11 p.]. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE74_original_envejecimiento.pdf
33. Duran-Badillo T., Hernández-Cortés P.L., Guevara-Valtier M.C., Gutiérrez-Sánchez G., Martínez-Aguilar M.L., Salazar-Barajas M.E. Capacidad de marcha y dependencia funcional en adultos mayores con alteración visual. Rev. Enfermería Universitaria. Vol. 16 Num. 03 Julio- Septiembre 2019. Disponible en: <http://www.revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/691/591>.
34. Duran-Badillo T, Salazar-González BC, Cruz-Quevedo JE, Sánchez-Alejo EJ, Gutierrez-Sanchez G, Henández-Cortes PL. Función sensorial, cognitiva, capacidad de marcha y funcionalidad de adultos mayores. Rev. Latinoamericana en enfermagem. 2020. Vol. 28 Num. 3282. Disponible en: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v28/es_0104-1169-rlae-28-e3282.pdf.
35. Hatmann 2017 [Internet]. Disponible en: <https://www.elrincondelcuidador.es/blog/introduccion-la-dependencia/>.

36. Oms: Organización Mundial de la Salud [Internet]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/lancet-ageing-series/es/>.
37. Alvarado García AM. y Salazar Maya ÁM. Análisis del concepto de envejecimiento. [Internet]. Citado 2020. Rev. Scielo 2014, Vol. 25 N° 2. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000200002.
38. Ucha F. Definición ABC marzo. 2013 Disponible en: <https://www.definicionabc.com/social/adulto-mayor.php>
39. Segovia Díaz MG de L., Torres Hernández EA. Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. Rev. Scielo Vol. 22 No. 4 Barcelona dic. 2011. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2011000400003
40. Hernández-Sampieri R. (2014). Metodología de la investigación. México: Megraw.hill.
41. Rodriguez M., Medivelso F. Diseño de investigación de corte transversal. Rev. Medica. Sanitas Vol. 21, Num. 03, Pag. 141-146 2018. Disponible en: https://www.unisanitas.edu.co/Revista/68/07Rev%20Medica%20Sanitas%2021-3_MRodriguez_et_al.pdf.
42. Gutiérrez-Robledo Luis M., Lara-Sáenz L., Vega y León S. Derechos Humanos de las Personas de la Tercera Edad México ante los desafíos del envejecimiento. [Internet]. C2013. [citado 11 de octubre 2018]. Disponible en:

http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/derechos_humanos_completo.pdf.

Apéndice

A. Solicitud de autorización de la institución.



UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO, A. C.
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
Clave de Incorporación a la UNAM 8859-62,
con fecha del 6-08-2013 y Acuerdo CIREyTG 36/13



OFICIO: ENF098/2019

Asunto: Solicitud aplicación de Instrumento de recolección de datos

C. Sra. Martha Bauza Jiménez
Casa de Ancianos "centro para la Protección del Menor"
Coatzacoalcos, Ver
P r e s e n t e

La que suscribe Mtra. Adela Martínez Perry, directora de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Sotavento A.C., con clave de incorporación 8859-62, por medio de la presente me dirijo a usted para saludarle respetuosamente y solicitarle, de la manera más atenta, tenga a bien autorizar a nuestras alumnas del 8º. Semestre de la facultad de Enfermería, de esta Institución, la oportunidad de realizar una entrevista con el fin de recolectar datos en este importante Asilo con miras a un trabajo de investigación "Dependencia Funcional del adulto Mayor en un Asilo de Coatzacoalcos". para nosotros sería una gran oportunidad y gran aprendizaje. Las fechas programadas para dicha encuesta serían los días del 01y 02 de mayo del año en curso y en un horario de 10:30 a 12:30 horas y serían dos alumnas que a continuación se mencionan las que realizarían dicha actividad:

María Magdalena santos Santos

Gabriela Vargas Ruíz

Sin otro motivo en particular y esperando la respuesta a lo antes mencionado quedo de usted para cualquier duda o aclaración.

Atentamente
"Por la Excelencia Académica"
Coatzacoalcos, Ver a 30 de mayo de 2019

Mtra. Adela Martínez Perry
Directora Técnica Facultad de Enfermería
Oficina: (921) 21 82311 ext. 111



UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO A.C.
INCORPORADA A LA UNAM
LICENCIATURA EN
ENFERMERÍA
CLAVE: 8859-62
COATZACOALCOS VER



ROBERTO CLEMENTE No. 196
IN. PELOTEROS C.P. 86508
COATZACOALCOS, VER



B. Consentimiento informado.

	UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO A.C. LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Clave de Incorporación a la UNAM 8859-62,	
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)		
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN		
Nombre del estudio:	_____	
Patrocinador externo (si aplica):	_____	
Lugar y fecha:	_____	
Número de registro:	_____	
Justificación y objetivo del estudio:	_____	
Procedimientos:	_____	
Posibles riesgos y molestias:	_____	
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	_____	
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	_____	
Participación o retiro:	_____	
Privacidad y confidencialidad:	_____	
En caso de colección de material biológico (si aplica):		
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.	
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.	
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): _____		
Beneficios al término del estudio: _____		
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:		
Investigador Responsable: _____		
Colaboradores: _____		

Nombre y firma del sujeto		Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1		Testigo 2
_____		_____
Nombre, dirección, relación y firma		Nombre, dirección, relación y firma
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio		

C. Cédula de datos personales.

FOLIO: _____

CÉDULA DE DATOS PERSONALES

EDAD: _____

SEXO a. FEMENINO () b. MASCULINO ()

ESTADO CIVIL

- a. SOLTERO ()
- b. CASADO ()
- c. UNION LIBRE ()
- d. CEPARADO ()
- e. DIVORCIADO ()
- f. VIUDO ()

ESCOLARIDAD

- g. ANALFABETA ()
- h. PRIMARIA ()
- i. SECUNDARIA ()
- j. PREPARATORIA ()
- k. TECNICA ()
- l. LICENCIATURA ()
- m. OTRO: _____

OCUPACION

- n. OBRERO ()
- o. EMPLEADO ()
- p. COMERCIANTE ()
- q. JUBILADO ()
- r. ESTUDIANTE ()
- s. HOGAR ()
- t. DESEMPLEADO ()

D. Instrumento

INDICE DE BARTHEL (IB)

ÍNDICE DE AUTOCUIDADO	INDEPENDENCIA	CON AYUDA	DEPENDENCIA
1. Beber de un vaso.	4	0	0
2. Comer	6	0	0
3. Vestirse de cintura para arriba	5	3	0
4. Vestirse de cintura para abajo	7	4	0
5. Colocarse prótesis o aparato ortopédico	0	-2	0
6. Aseo personal	5	0	0
7. Lavarse o bañarse	6	0	0
8. Control orina	10	5	0
9. Control heces	10	5	0
Puntuación total - Índice de autocuidado			

ÍNDICE DE MOVILIDAD			
10. Sentarse y levantarse de la silla	15	7	0
11. Sentarse y levantarse del retrete	6	3	0
12. Entrar y salir de la ducha	1	0	0
13. Andar 50 metros a desnivel	15	10	0
14. Subir y bajar un tramo de escaleras	10	5	0
15. Si no anda: mueve la silla de ruedas	5	0	0
Puntuación total - Índice de movilidad			
PUNTUACIÓN TOTAL - Í BARTHEL Modificado. GRANGER			

PUNTUACION		VALORACION  
0 - 20	Dependencia Total	
21- 60	Dependencia Severa	
61- 90	Dependencia Moderada	
91- 99	Dependencia Escasa	
100	Independencia	