



**UNIVERSIDAD
DE
SOTAVENTO A.C.**



ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CLAVE: 8859-02

FACULTAD DE ENFERMERÍA

**“LA CAPACIDAD FUNCIONAL FÍSICA Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE
VIDA EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS Y NO
INSTITUCIONALIZADOS DEL SUR DE VERACRUZ.”**

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

PRESENTA:

GERARDO SAID COTA ZAPO

ASESORA DE TESIS:

LIC. ADELA MARTÍNEZ PERRY

Coatzacoalcos, Veracruz

Septiembre 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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

Al concluir este trabajo investigativo dedico mi profunda satisfacción y prueba de gratitud a mis padres, quienes supieron guiarme y apoyarme por el camino del estudio, primero y antes que todo, dar gracias a dios, por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio, a mis asesoras Lic. Mirna Beatriz Baxin Bautista y Mtra. Adela Martínez Perry, que con su amplia experiencia y conocimientos me orientaron al correcto desarrollo y culminación con éxito este trabajo para la obtención de la Licenciatura en Enfermería, a través de ellos a la Universidad de Sotavento: autoridades y docentes.

También dedico a las nuevas generaciones de la Facultad de Enfermería para que en base de este trabajo de investigación tengan un mejor conocimiento acerca del tema a tratar que es de vital importancia.

Agradecimiento

Quiero expresar un sincero agradecimiento, en primer lugar, a Dios por brindarme salud, fortaleza y capacidad, por todo su amor, comprensión y apoyo, pero sobre todo gracias infinitas por la paciencia que me han tenido. No tengo palabras para agradecerles las incontables veces que me brindaron su apoyo en todas las decisiones que he tomado a lo largo de mi vida, unas buenas, otras malas. Gracias por darme la libertad de desenvolverme como ser humano.

Agradezco a Dios por bendecir mi vida, por guiarnos a lo largo de nuestra existencia, ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad, y acompañarme en el transcurso de mi vida, brindándome paciencia y sabiduría para culminar con éxito mis metas propuestas.

ÍNDICE

Dedicatoria.....	2
Agradecimiento	3
Resumen	6
Capítulo 1	7
1. Introducción.....	7
1.1 Descripción del problema	9
1.2 Pregunta de investigación	14
1.3 Justificación	15
1.4 Marco teórico referencial	18
1.4.1 Marco conceptual.....	18
1.4.2 Marco teórico	26
1.4.3 Marco empírico	40
1.5 Objetivos.....	45
1.6 Hipótesis.....	45
Capítulo 2.....	46
2. Metodología.....	46
2.1 Diseño de estudio	46
2.2 Población.....	46
2.3 Muestra y muestro	46
2.4 Características de la población	47
2.5 Operacionalización de variables	48
2.6 Material y método	50
2.7 Procedimiento	52
2.8 Consideraciones éticas	53
2.9 Análisis estadísticos.....	54
2.10 Recursos, financiamiento y factibilidad.....	54
2.11 Cronograma de actividades	55
Capítulo 3.....	56
3.1 Resultados.....	56
3.2 Estadística inferencial.	68
3.3 Conclusiones	73
3.4 Recomendaciones	75

Referencias bibliográficas.....	77
Anexos	81
A. Consentimiento informado.....	81
B. Cuestionario	82

Resumen

Introducción: El propósito de esta investigación es poder analizar la capacidad funcional física y la percepción de la calidad de vida de un adulto mayor, la misma que es parte de varios grupos sociales. **Objetivo:** Determinar la relación entre la capacidad funcional física y la calidad de vida en adulto mayores institucionalizados y no institucionalizados del sur de Veracruz. **Metodología:** Esta investigación es con enfoque correlacional, ya que se va a establecer una relación entre la variable capacidad funcional física con la calidad de vida del adulto mayor, de tipo transversal porque se analizarán los datos recopilados en un periodo de tiempo. **Resultados:** El índice de Barthel que se utilizó para medir el nivel de dependencia arrojó que el 56.7 % de los adultos mayores son independientes al realizar las actividades básicas de la vida diaria. Mientras que el índice de Fumat fueron los siguientes: salud Física 87.9%, ambiente 85.8%, relaciones sociales 79.2% las dimensiones con puntaje más alto es inclusión social con una media de 26.9, seguida de bienestar emocional con una media de 24.55 y desarrollo personal con 23.40. **Conclusiones:** los adultos mayores que se encuentran en alguna institución en donde son cuidados muestran menor capacidad funcional física y esto los lleva a una dependencia moderada a diferencia a adultos mayores se encuentran en las comunidades realizan sus actividades básicas de la vida diaria con mayor independencia debido a que se encuentran viviendo solos o con sus parejas, y viviendo en zonas rurales influye que estén acostumbrados a valerse por sí mismo.

Capítulo 1

1. Introducción

Es importante recalcar que el envejecimiento es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, por lo tanto durante esta etapa del ciclo vital por ende la capacidad funcional física y la calidad de vida juegan un papel indispensable, implica que el adulto mayor asuma voluntariamente la responsabilidad sobre el cuidado de su propia salud, tanto física como mental, adoptando estilos de vida saludables, considerando sus propias limitaciones y posibilidades; para así disminuir la morbilidad en el adulto mayor, y mantener una vida activa y saludable durante los años que logre vivir.

Una de las variables más estudiadas en esta población es la capacidad funcional de una persona, ya que aumenta en los primeros años de la vida, alcanza la cúspide al comienzo de la edad adulta y, naturalmente, a partir de entonces empieza a declinar. El ritmo del descenso está determinado, al menos en parte, por nuestro comportamiento y las cosas a las que nos exponemos a lo largo de la vida. Entre ellas cabe mencionar lo que comemos, la actividad física que desplegamos y nuestra exposición a riesgos como el hábito de fumar, el consumo nocivo de alcohol o la exposición a sustancias tóxicas.

A las personas mayores se las percibe cada vez más como elementos que contribuyen al desarrollo; se considera que sus habilidades para mejorarse a sí mismas y a la sociedad se deberían integrar en las políticas y en los programas a todos los niveles. En las próximas décadas, muchos países estarán sometidos a presiones fiscales

y políticas debido a las necesidades de asistencia sanitaria, pensiones y protecciones sociales de este grupo de población en aumento.

Para los adultos de este grupo de edades, la actividad física consiste en actividades recreativas o de ocio, desplazamientos (por ejemplo, paseos caminando o en bicicleta), actividades ocupacionales (cuando la persona todavía desempeña actividad laboral), tareas domésticas, juegos, deportes o ejercicios programados en el contexto de las actividades diarias, familiares y comunitarias. Con el fin de mejorar las funciones cardiorrespiratorias y musculares y la salud ósea y funcional, y de reducir el riesgo de depresión y deterioro cognitivo.

La investigación se justifica porque el envejecimiento se produce y se seguirá produciendo a un ritmo acelerado y en un contexto caracterizado por una alta incidencia de pobreza y de disminución de cuidado. Por ello, se hace necesario que los profesionales de la salud, entre ellos la enfermera, orienten sus cuidados fomentando una cultura de autocuidado de la salud, propiciando un entorno seguro, libre de riesgos, facilitando el aprendizaje y mediante la educación sanitaria para lograr que la persona adulta mayor sea autovalente y tenga una calidad de vida adecuada.

1.1 Descripción del problema

En las últimas décadas se ha presentado una transición demográfica en la que, las pirámides poblacionales se invierten siendo el envejecimiento de la población el grupo de edad con mayor predominio en casi todos los países, actualmente se consideran 125 millones de personas con 80 años y más; por su parte la organización mundial de la salud (OMS), calcula que para el 2050 uno de cada cinco personas será mayor de 60 años y más; así mismo prevé que el número de personas mayores se duplique en este mismo año calculando que el 80% de las personas mayores vivirán en países de ingresos bajos y medianos.¹

En Perú, en el año 2020, esta población será el 11% de la población total, con 3,613 000 y, para el año 2025, será de 4,470 000 adultos mayores, este crecimiento es debido a los avances de la ciencia y la medicina, la higiene y nutrición y las condiciones y estilos de vida favorables; sin embargo, la longevidad creciente tiene exigencias propias que no pueden desconocerse y se debe asegurar que el alto costo necesario para llegar a viejo se vea compensado con una vida con calidad, en el adulto mayor.²

Por otro lado, en Cuba en la primera jornada del XV seminario internacional longevidad que se celebra en el palacio de convenciones de la Habana el vicepresidente del evento apuntó que para el año 2020 se estima esta cifra ascienda al 21,5 %, es decir, 2 millones 388 788 personas, y hacia el 2030 se alcance un índice de envejecimiento de la población cubana de 30,3 %, con 3 millones 304 685 personas con 60 años y más.

De acuerdo con estimaciones del consejo de población (CONAPO), en 2016, la población de Baja California es de 3 millones 534 mil 688 habitantes, de los cuales el 5.4% lo representa la población de 65 años y más, es decir adulto mayor, la cifra espera

que aumente a 9.2% para el 2030; a nivel nacional, las personas adultas mayores concentran el 7% de la población total del país, siendo 8 millones 535 mil 903 habitantes las que se encuentren en este grupo de edad (65 años y más), donde el 54.3% lo representan las mujeres, superando el 45.7% de los hombres.³

En México, en 2017 habitan 12 millones 973 mil 411 personas de 60 y más años, de los cuales 53.9 por ciento son mujeres y 46.1 ciento son hombres, de acuerdo a estimaciones del consejo nacional de población. Según las proyecciones del instituto nacional de estadística y geografía (INEGI) en 2019 hay un aproximado de 16 millones 179 mil adultos mayores mexicanos.

Con respecto al número total de mexicanos, se habla de que las personas de la tercera edad representan aproximadamente el 12.8%. Si se toma en cuenta que apenas en 2015 las personas mayores a 60 años representaban el 7%.¹ Con respecto al estado de Veracruz ocupa la tercera posición en el número de adultos mayores con una edad superior a los 60 años, informó la titular del instituto nacional de atención de las personas adultos mayores (Inapam). Se menciona que en toda la entidad actualmente hay una población superior al millón de adultos mayores.

Por otra parte, en Coahuila de Zaragoza y la región sur también hubo un aumento sustancial en la cifra de adultos mayores, pues mensualmente llegan a recibir de 100 hasta 400 solicitudes de personas de la tercera edad que quieren contar con su identificación del instituto nacional de atención de las personas adultos mayores (INAPAM).

Es así como la prevalencia de la discapacidad en México en el 2014 es de 6%, según los datos de la encuesta nacional de la dinámica demográfica (ENADID 2014). Esto significa que 7.1 millones de habitantes del país no pueden o tienen mucha dificultad para hacer alguna de las ocho actividades evaluadas: caminar, subir o bajar usando sus piernas; ver (aunque use lentes); mover o usar sus brazos o manos; aprender, recordar o concentrarse; escuchar (aunque use aparato auditivo); bañarse, vestirse o comer; hablar o comunicarse; y problemas emocionales o mentales.⁵

La estructura por edad de la población con discapacidad muestra la estrecha relación de esta condición con el proceso de envejecimiento demográfico. Casi la mitad de las personas con discapacidad (47.3%) son adultas mayores (60 años y más) y 34.8% tienen entre 30 y 59 años de edad. Ello contrasta con la estructura etaria de la población sin discapacidad ni limitación, en la cual 60% tienen menos de 30 años de edad.⁶

El ritmo del descenso de las actividades básicas de la vida diaria que condicionan la capacidad funcional física está determinado, al menos en parte, por el comportamiento y las cosas a las que se exponen a lo largo de la vida, entre ellas cabe mencionar lo que comen, la actividad física que despliegan y la exposición a riesgos como el hábito de fumar, el consumo nocivo de alcohol o la exposición a sustancias tóxicas.⁷

De acuerdo a las estadísticas en México 31 de cada 100 adultos mayores sufren de alguna discapacidad, según el diagnóstico del desarrollo nacional para el desarrollo y la inclusión de las personas con discapacidad. Asimismo, en el país las mujeres tienen un porcentaje de población con discapacidad que supera ligeramente al de los hombres (52.3 por ciento frente a 47.7 por ciento, respectivamente), aunque ello

varía según el grupo de edad, ya que en los niños y jóvenes la presencia de discapacidad es más alta en los varones, mientras que en los adultos y adultos mayores lo es en las mujeres”.⁷

Los países de la unión europea con mayor número de personas mayores (2017) son Alemania (17,5 millones), Italia (13,5), Francia (12,9), Reino Unido (11,9) y España (8,8). Italia (22,3%), Alemania (21,2%), Grecia (21,5%) y Portugal (21,1%) son los países más envejecidos, y aumentan su proporción año tras año. España se encuentra ligeramente por debajo de la media de la UE (19,4%).

En los países pobres, la mayoría de las personas de edad mueren de enfermedades no transmisibles, como cardiopatías, cáncer y diabetes, además de infecciones y parasitosis; es frecuente que las personas mayores padezcan varios problemas de salud; en los países desarrollados, entre un 4% y un 6% de las personas mayores han sufrido alguna forma de maltrato en casa; en los centros asistenciales como los asilos, se cometen actos abusivos como maniatar a los pacientes, atentar contra su dignidad y negarles premeditadamente una buena asistencia (como permitir que se les formen úlceras por presión); el maltrato de los ancianos puede ocasionar daños físicos graves y consecuencias psíquicas de larga duración.²

Se pronostica para el año 2050 la cantidad de ancianos que no pueden valerse por sí mismos se multiplicará por cuatro en los países en desarrollo. Muchos ancianos de edad muy avanzada pierden la capacidad de vivir independientemente porque padecen limitaciones de la movilidad, fragilidad u otros problemas físicos o mentales. Muchos necesitan alguna forma de asistencia a largo plazo, que puede consistir en

cuidados domiciliarios o comunitarios y ayuda para la vida cotidiana, reclusión en asilos y estadías prolongadas en hospitales.³

Tomando en cuenta los datos anteriores cabe mencionar que el envejecimiento de la población está a punto de convertirse en una de las transformaciones sociales más significativas del siglo XXI, con consecuencias para casi todos los sectores de la sociedad, entre ellos, el mercado laboral y financiero y la demanda de bienes y servicios, así como para la estructura familiar y los lazos intergeneracionales.¹

Jima Cueva señala que cada día el adulto mayor pierde un poco de sus habilidades físicas y tiene un mayor riesgo de padecer complicaciones derivadas de la inactividad o sedentarismo, dando como resultado que las capacidades de su cuerpo se vayan deteriorando como parte del proceso natural de envejecimiento; la actividad física regular, permite reducir sus efectos y, por lo tanto, mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.⁵

Si bien es cierto que esta disminución de las capacidades físicas en cierto grado repercutirán en la calidad de vida del adulto mayor; según Velandia (1994) la calidad de vida es “la resultante de la interacción entre las diferentes características de la existencia humana (vivienda, vestido, alimentación, educación y libertades humanas); cada una de las cuales contribuye de diferente manera para permitir un óptimo estado de bienestar, teniendo en cuenta el proceso evolutivo del envejecimiento, las adaptaciones del individuo a su medio biológico y psicosocial cambiante, el cual se da en forma individual y diferente; adaptación que influye en su salud física, fallas en la memoria y el temor, el abandono, la muerte, la dependencia o la invalidez”.⁵

Ante los datos estadísticos ya mencionados, la población adulta mayor va en incremento, y con ello pueden presentarse diferentes modificaciones en la capacidad funcional física afectando su nivel de independencia para finalmente repercutir en la calidad de vida durante esta etapa; por lo que es indispensable que el personal de enfermería promueva desde la educación para la salud un envejecimiento saludable y favorezca la autonomía del adulto mayor, para esto es indispensable plantearse la siguiente pregunta de investigación.

1.2 Pregunta de investigación

¿Cuál es la relación entre la capacidad funcional física y la calidad de vida en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados del sur de Veracruz?

1.3 Justificación

El porqué de esta investigación es para comprender y analizar las capacidades funcionales físicas, así como el nivel de dependencia en el adulto mayor, para reconocer cual es la problemática a la que se enfrentan estas personas en su última etapa de vida, y así poder saber cómo solucionar algunos de estos. La OMS define a la calidad de vida como la percepción que cada individuo tiene de su posición en la vida en el contexto del sistema cultural y de valores en el que vive, en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones.²¹

Esta definición se centra únicamente en aspectos subjetivos de la calidad de vida, a nivel personal, la calidad de vida se puede definir en términos generales como el nivel percibido de bienestar derivado de la evaluación que realiza un individuo de elementos objetivos y subjetivos en distintas dimensiones de su vida.

Entre los elementos objetivos se consideran: al bienestar material, la salud objetivamente considerada, las relaciones armónicas con el ambiente y la comunidad, mientras en los elementos subjetivos se encuentra: la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal, la salud percibida y el bienestar subjetivo es un enfoque con una tradición psicológica y sociológica este bienestar tiene su origen en la psicología positiva.²¹

El envejecimiento es la disminución de la capacidad funcional física y dependencia del adulto mayor ocurre cuando la persona ya no es capaz de hacer actividades por sí solo, valorar la salud y la capacidad funcional de ancianos con dependencia funcional para el autocuidado.

Tomando en cuenta que el trabajo de investigación está hecho para comprender y analizar el nivel de dependencia que tiene un adulto mayor cuando sus capacidades físicas, mentales y sociales dejan de ser como cuando eran jóvenes.²²

El envejecimiento es en sí mismo un proceso cuya calidad está directamente relacionada con la forma de como la persona satisface sus necesidades a través de todo su ciclo vital por otra parte la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la calidad de vida como la percepción que cada individuo tiene de su posición en la vida en el contexto del sistema cultural y de valores en el que vive, en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones.

La calidad de vida se puede definir en términos generales, como el nivel percibido de bienestar derivado de la evaluación que realiza un individuo de elementos objetivos y subjetivos en distintas dimensiones de su vida.²²

Entre los elementos objetivos se consideran: al bienestar material, la salud objetivamente considerada, las relaciones armónicas con el ambiente y la comunidad, mientras en los elementos subjetivos se encuentra: la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud percibida, y el bienestar subjetivo es un enfoque con una tradición psicológica y sociológica este bienestar tiene su origen en la psicología positiva.

Así mismo podemos relacionar que una buena calidad de vida en el adulto mayor puede ayudar en el nivel de dependencia incluso a tener en esta última etapa del ciclo de la vida ya que al no llevar una buena calidad de vida puede verse afectada la disminución de la capacidad funcional física y dependencia del adulto mayor que ocurre cuando la persona ya no es capaz de hacer actividades por sí solo.²³

Derivado de lo antes expuesto surge la necesidad de realizar un estudio con el propósito de determinar el nivel de capacidad funcional y la calidad de vida en adultos mayores, logrando así dar un aporte benéfico a los cuidadores y poder aplicar nuevos cuidados de acuerdo a sus necesidades, mejorar así el estilo de vida que éstos llevan.

1.4 Marco teórico referencial

1.4.1 Marco conceptual

Es necesario establecer una diferencia entre la vejez, como una etapa de la vida y el envejecimiento, como un proceso en la vida del ser humano que se inicia desde su nacimiento.¹

El envejecimiento de la población mundial es un indicador de la mejora de la salud en el mundo. El número de personas con 60 años o más en todo el mundo se ha duplicado desde 1980, y se prevé que alcance los 2000 millones de aquí a 2050. Según la OMS (2014), las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos.¹⁴

La definición de Tercera Edad, nace en la Asamblea Mundial del Envejecimiento, realizada en Viena, Austria, en 1985, donde se acordó que, a partir de los 60 años de edad, las personas son consideradas como ancianos o adultos mayores. Las Naciones Unidas consideran anciano a toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y de 60 para los países en desarrollo (ONU, 2007).⁵

Existen diferencias entre el concepto de vejez y envejecimiento, el término envejecimiento se entiende como un proceso normal de cambios, relacionados con el paso del tiempo, que se inicia al nacer y continua a lo largo de la vida, siendo la ancianidad la fase final de la vida (Fuguet y Caner, 2013).

En abril de 1994 la Organización Panamericana de la Salud, filial de la OMS, decidió emplear el término adulto mayor para las personas mayores de 65 o más años de edad, esta edad ha sido tradicionalmente usada para definir el comienzo de la vejez

en estudios demográficos y gerontológicos.⁵ Es un fenómeno presente a lo largo del ciclo vital desde el mismo proceso de la concepción hasta la muerte, sin embargo, a pesar de ser un fenómeno natural conocido por todos los seres humanos, es difícil de aceptar como una realidad innata del ser humano.⁵

Tanto en la ciencia como en la sociedad han existido algunas dimensiones importantes que se han utilizado para definir la vejez. En particular pueden identificarse tres vertientes más comunes: la biológica incluye una definición de la vejez desde dos dimensiones principalmente: a) la función del patrón de referencia cronológica y, b) a partir de los cambios morfo funcionales de cuya declinación depende el grado de envejecimiento (García, 2003).

Con respecto a la psicológica, hace mención a dos dimensiones sobresalientes de estudio: la primera, a los cambios en los procesos psicológicos básicos, y el desarrollo que estos presentan, dimensión que podríamos llamar psicobiológica; y la segunda se refiere al estudio de la personalidad y sus cambios, que denominamos psicológica estructural.

Por último, la social que abarca tres dimensiones: la sociodemográfica, que implica el crecimiento poblacional y sus efectos endógenos y exógenos; la sociopolítica, que implica el nivel de participación y de integración social de los viejos, y; la económica política, que incluye el estudio de los recursos y condiciones socioeconómica.⁶

Capacidad funcional física en el adulto mayor

Según la OMS la capacidad funcional es la relación que se produce entre el individuo y el entorno en el que vive, y cómo interactúan. Asimismo, se asocia a la salud y al valor de las actividades que nos permiten ser y hacer. El envejecimiento saludable es el proceso de desarrollar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez. Otros autores definen a la capacidad funcional como la facultad presente en un individuo para realizar las actividades de la vida diaria, sin la necesidad de supervisión. Es decir, la capacidad de ejecutar sus tareas y desempeñar sus roles, interactuar en los entornos y realizar las adaptaciones necesarias para acomodarse a los cambios propios del ciclo vital.

Entonces se entiende el concepto de la funcionalidad o independencia funcional a la capacidad de cumplir acciones requeridas en el diario vivir, para mantener el cuerpo y subsistir independientemente, cuando el cuerpo y la mente son capaces de llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana; el ser humano como tal realiza diferentes actividades básicas, se refieren a los comportamientos que las personas deben realizar para cuidar de sí mismos y vivir de forma independiente y autónoma.

Las actividades básicas de la vida diaria también llamadas "áreas de ocupación", comprenden todas aquellas actividades de la vida cotidiana que tienen un valor y significado concreto para una persona y, además, un propósito.

Las ocupaciones son centrales en la identidad y capacidades de una persona e influyen en el modo en el que uno emplea el tiempo y toma decisiones. Son actividades orientadas hacia el cuidado del propio cuerpo; baño / ducha, cuidado de la vejiga y de

los intestinos, vestido, comer, alimentación, movilidad funcional, cuidado de las ayudas técnicas personales. Higiene personal y aseo, actividad sexual, dormir / descanso.

Por otra parte, las actividades instrumentales de la vida diaria se refieren a acciones complejas asociadas con la vida independiente es por eso que estas actividades están orientadas hacia la interacción con el medio que, a menudo, son complejas y, generalmente, opcionales, ya que se podrían delegar en otros. tales como; cuidado de mascotas, criar a los niños, uso de los sistemas de comunicación, movilidad en la comunidad, manejo de temas financieros, cuidado de la salud y manutención, crear y mantener un hogar, preparación de la comida y limpieza, procedimientos de seguridad y respuestas de emergencia, ir de compras, limpiar, tomar medicamentos, usar transportes públicos, utilizar escaleras y realizar trabajos exteriores como jardinería y cuidado de animales entre otras labores.¹

La presencia de limitaciones en la ejecución de estas actividades, representan un serio problema para el adulto mayor pues son un indicador de riesgo para la salud del individuo y afectarán directamente su calidad de vida. Morey, Pieper y Coroni (1998), describen estas limitaciones funcionales como un intermedio entre las patologías, los factores de riesgo, el deterioro y el comienzo de la inhabilidad para valerse por sí mismo.¹

Al llegar a la etapa del envejecimiento, el adulto mayor presenta una serie de cambios de orden fisiológico, psicológico y social, capaces de reducir la capacidad para efectuar eficientemente las tareas de la vida diaria es aquí en donde el adulto mayor puede manifestar alguna deficiencia al no poder realizar correctamente alguna de las actividades de la vida diaria.

Calidad de vida

Derivado de la disminución de las habilidades en el cual depende la capacidad funcional física del adulto y poder desplazarse para realizar sus actividades se va a ver la calidad de vida.

La calidad de vida se define como un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida.²

En esta definición hay varios aspectos que señalar, en primer lugar, que calidad de vida es un estado de satisfacción general, que surge de realizar las potencialidades que el individuo posee. Realización personal y calidad de vida son dos aspectos que se han ligado, y que sin duda están altamente correlacionados.

La Calidad de Vida de una persona hace referencia al conjunto de condiciones que contribuyen a su bienestar personal y social. Por ello, mejorar y mantener la calidad de vida es imprescindible para el desarrollo pleno y satisfactorio de cualquier persona, contribuye a fomentar una mayor sensibilización en relación con los derechos fundamentales de las personas y los aspectos más importantes para sus vidas. Además, ha guiado, desde entonces, las prácticas profesionales que se llevan cabo, donde adultos mayores eran pasivas en la toma de decisiones sobre su propia vida con políticas asistenciales, pasando a ser personas activas de derechos humanos.²

Hasta el momento, el abordaje de los apoyos tenía en cuenta las necesidades de las personas, pero no incluían sus intereses y preferencias. Actualmente, cuando se planifican los apoyos, éstos van orientados al logro de metas y objetivos personales. Por tanto, la calidad de vida es un concepto fundamental para desarrollar las propuestas y servicios que den respuesta a las necesidades de los adultos mayores. Esto se caracteriza por ser multidimensional, es decir, involucrar varios aspectos, ser universal, estar influenciado por factores personales y ambientales, incluir componentes objetivos y subjetivos y mejorar con la autodeterminación, los recursos y un proyecto de vida propio e individualizado

Además, refleja las condiciones de vida deseadas por la persona con relación a ocho dimensiones o necesidades fundamentales, y son:

Relaciones interpersonales

- Interacciones: estar con diferentes personas y disponer de redes sociales
- Relaciones: tener amigos y familiares con los que tener relaciones satisfactorias

Desarrollo personal

- Educación: acceder y tener una educación adecuada
- Competencia personal: poseer conocimientos o herramientas que permitan la autonomía en actividades de la vida diaria
- Desempeño: ser productivo y tener éxito en las actividades que se realizan

Bienestar emocional

- Satisfacción
- Autoconcepto: conjunto de ideas que creemos que nos definen.

- Ausencia de estrés: mediante un ambiente seguro, estable y predecible

Bienestar físico

- Salud: una correcta alimentación, ausencia de enfermedades, etc.
- Actividades de la vida diaria: cuidado personal (higiene, continencia), sexualidad y movilidad (trasferencia y locomoción).
- Atención sanitaria: con servicios eficaces para todos
- Ocio: poder realizar actividades lúdicas

Autodeterminación

- Autonomía / control personal: decidir sobre su propia vida de forma independiente.
- Metas y valores: poder dirigir las acciones hacia las distintas metas, expectativas y deseos.
- Elecciones: poder disponer de diferentes elecciones entre las cuales elegir de forma independiente según sus preferencias

Bienestar material

- Estatus económico: disponer de ingresos suficientes para cubrir las necesidades
- Empleo
- Vivienda: acceso a una vivienda

Inclusión social

- Integración y participación en la comunidad: poder acceder a todos los lugares y grupos comunitarios

- Roles comunitarios: poder ser una persona activa y valorada en las actividades comunitarias en las que se participa.
- Apoyos sociales

Derechos

- Derechos humanos: ser respetado por sus derechos humanos sin discriminación.
- Derechos legales: disponer de los mismos derechos y tener acceso a los procesos legales que el resto de las personas.

Por último, cabe destacar que la calidad de vida es un concepto dinámico, por tanto, debemos tener en cuenta que los deseos y preferencias de las personas irán cambiando, por lo que las metas y los sistemas de apoyo deben hacerlo también para adaptarse y conseguir una plena calidad de vida.

1.4.2 Marco teórico

La siguiente investigación se fundamentará en la teoría de Dorotea Orem, la cual es una macro teoría que tiene tres teorías de rango intermedio. La teoría de autocuidado, la teoría del déficit del autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería. Es una de las teorías más utilizada a nivel Latinoamérica.³

Dorotea E Orem definió los siguientes conceptos meta paradigmáticos: Concibe a la persona como un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente.³

A la salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. Por tanto, lo considera como la percepción del bienestar que tiene una persona. ⁴

Orem define a la enfermería como el servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, por tanto, es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.⁵ Aunque no lo define entorno como tal, lo reconoce como el conjunto de factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad de ejercerlo. ⁵

La teoría del autocuidado

En la siguiente investigación se menciona la teoría de Dorothea Orem, en donde hace hincapié en uno de los tres requisitos del autocuidado (requisito de autocuidado del desarrollo), ya que la vejez se encuentra como una de las etapas del desarrollo de la persona y en esta etapa se puede observar mayor vulnerabilidad en la capacidad funcional física, para ello se incluyen algunos conceptos para comprender mejor la teoría.⁶

El autocuidado, es un concepto introducido por Dorothea E Orem en 1969, el autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar; estableció la teoría del déficit de autocuidado como un modelo general compuesto por tres teorías relacionadas entre sí. La teoría del autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería, como un marco de referencia para la práctica, la educación y la gestión de la enfermería.⁶

La teoría establece los requisitos de autocuidado, que además de ser un componente principal del modelo forma parte de la valoración del paciente, el término requisito es utilizado en la teoría y es definido como la actividad que el individuo debe realizar para cuidar de sí mismo, Dorotea E Orem propone a este respecto tres tipos de requisitos: requisito de autocuidado universal, requisito de autocuidado del desarrollo y requisito de autocuidado de desviación de la salud.⁶

Factores condicionantes básicos: son los factores internos o externos a los individuos que afectan a sus capacidades para ocuparse de su autocuidado. También afectan al tipo y cantidad de autocuidado requerido, se denominan factores condicionantes básicos Dorothea E. Orem en 1993 identifica diez variables agrupadas dentro de este concepto: edad, sexo ,estado redesarrollo estado de salud, orientación sociocultural, factores del sistema de cuidados de salud, factores del sistema familiar, patrón de vida ,factores ambientales, disponibilidad y adecuación de los recursos; pueden ser seleccionadas para los propósitos específicos de cada estudio en particular ya que de acuerdo a sus supuestos, deben estar relacionadas con el fenómeno de interés que se pretende investiga.⁷ Se puede asumir el autocuidado como la responsabilidad que tiene cada individuo para el fomento, conservación y cuidado de su propia salud.

Las aportaciones de Dorothea E. Orem pueden contribuir a mejorar las condiciones de vida de los adultos mayores, si se toma en cuenta que los principales problemas de salud como la obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial, trastornos del sueño, problemas auditivos o visuales requieren de cambios en el estilo de vida para disminuir las complicaciones y evitar que aumente la población con alguna discapacidad, por ende los requisitos de autocuidado de desviación de la salud, son la razón u objetivo de las acciones de autocuidado que realiza el paciente con incapacidad o enfermedad crónica.

Esto sería posible si la enfermera, a través del conocimiento, implementa programas y estrategias en el ámbito asistencial y educativo retomando los sistemas de enfermería, sobre todo el de apoyo educativo para hacer frente al reto de la disciplina ante los cambios económicos, políticos y sociales del presente siglo.⁷

Teoría del déficit de autocuidado

Para comenzar a describir la teoría del déficit de autocuidado; definimos este según Orem como aquellas actividades que realizan los individuos, las familias o las comunidades, con el propósito de promover la salud, prevenir la enfermedad, limitarla cuando existe o restablecerla cuando sea necesario.⁸ Para efectos de esta investigación se retoma la teoría de Dorothea Orem (Déficit del Autocuidado), en donde describe la relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la acción de autocuidado de las propiedades humanas en las que las aptitudes desarrolladas para el autocuidado que constituyen la acción, no son operativas o adecuadas para conocer e identificar algunos o todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico existente o previsto.⁸

Los seres humanos tienen gran capacidad de adaptarse a los cambios que se producen en sí mismo o en su entorno. Pero pueden darse una situación en que la demanda total que se le hace a un individuo exceda su capacidad para responder a ella. En esta situación, la persona puede requerir ayuda que puede proceder de muchas fuentes, incluyendo las intervenciones de familiares, amigos y profesionales de enfermería. Cuando las actividades o demandas de cuidado que las personas requieren supera su capacidad, se produce un déficit de autocuidado.⁹

La capacidad del autocuidado se puede definir como la actitud y aptitud para realizar de forma voluntaria y sistemática actividades dirigidas a conservar la salud y prevenir enfermedades; y cuando se padece una de ellas, adoptar el estilo de vida más adecuado para frenar la evolución. Constituye el primer escalón en el mantenimiento de la calidad de vida de cada persona.⁹

Salcedo-Álvarez y colaboradores plantean que el eje fundamental de la enfermería es identificar el déficit entre la capacidad potencial de autocuidado y las demandas de autocuidado de los pacientes. La meta es eliminar este, de tal forma que se cubran los requerimientos/necesidades universales del desarrollo y se limiten las desviaciones en la salud. ⁹

Autores como Benavent, Ferrer ¹³ plantean que la teoría de Dorothea E Orem "Déficit de autocuidado " es una de la más estudiada y validada en la práctica de enfermería por la amplia visión de la asistencia de salud en los diferentes contextos que se desempeña este profesional, ya que logra estructurar los sistemas de enfermería en relación con las necesidades de autocuidado. ¹⁰

Dorothea E Orem usa la palabra agente de autocuidado para referirse a la persona que realmente proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica, cuando los individuos realizan su propio cuidado se les considera agentes de autocuidado, la agencia de autocuidado es la capacidad de los individuos para participar en su propio cuidado; los individuos que saben satisfacer sus propias necesidades de salud tienen una agencia de autocuidado desarrollada capaz de satisfacer sus necesidades de autocuidado.

Otros individuos pueden tener una agencia de autocuidado desarrollada que no funciona; por ejemplo, cuando el temor y la ansiedad impiden la búsqueda de ayuda, aunque la persona sepa que la necesita, el cuidar de uno mismo: es el proceso de autocuidado se inicia con la toma de conciencia del propio estado de salud; esta toma de conciencia requiere en si misma el pensamiento racional para aprovechar la experiencia personal, normas culturales y de conductas aprendidas, a fin de tomar una

decisión sobre el estado de salud, en el cual debe de existir el deseo y el compromiso de continuar con el plan. ¹¹

Limitaciones del cuidado: son las barreras o limitaciones para el autocuidado que son posible, cuando la persona carece de conocimientos suficientes sobre sí misma y quizás no tenga deseos de adquirirlos; puede presentar dificultades para emitir juicios sobre su salud y saber cuándo es el momento de buscar ayuda y consejo de otros, el aprendizaje del autocuidado: el aprendizaje del autocuidado y de su mantenimiento continuo son funciones humanas.

Los requisitos centrales para el autocuidado con el aprendizaje y el uso del conocimiento para la realización de secuencias de acciones de autocuidado orientadas internas y externamente. Si una acción de autocuidado es interna o externa en su orientación puede determinarse mediante la observación, obteniendo datos subjetivos del agente de autocuidado o de ambas maneras.¹¹

Las 4 acciones de autocuidado orientadas externamente son: Secuencia de acción de búsqueda de conocimientos, secuencia de acción de búsqueda de ayuda y de recursos, acciones expresivas interpersonales, secuencia de acción para controlar factores externos.

Los dos tipos de acciones de autocuidado orientadas internamente son: Secuencia de acción de recursos para controlar los factores internos, secuencia de acción para controlarse uno mismo (pensamientos, sentimientos, orientación) por ello, la comprensión del autocuidado como una acción intencionada con orientaciones internas y externas ayuda a las enfermeras a adquirir, desarrollar y perfeccionar las habilidades necesarias para: Asegurar información valida y fidedigna para describir los sistemas de

aprendizaje de autocuidado de los individuos, analizar la información descriptiva de los sistemas de aprendizaje de autocuidado y de cuidado dependiente, y emitir juicios de cómo pueden ser ayudados los individuos en la realización de las operaciones del aprendizaje de autocuidado terapéutico, se identifican las secuencias de acción de una demanda de aprendizaje de autocuidado terapéutico, las formas de determinar y satisfacer las propias necesidades de aprendizaje de autocuidado, son aprendidas de acuerdo con las creencias, hábitos y prácticas que caracterizan culturalmente la vida del grupo al que pertenece el individuo. ¹¹

Teoría de los sistemas de Enfermería.

Dorothea E Orem establece la existencia de tres tipos de sistema de enfermería. Los elementos básicos que constituyen un sistema de enfermería son: La Enfermera, el paciente o grupo de personas y los acontecimientos ocurridos incluyendo, entre ellos, las interacciones con familiares y amigos.¹²

Los sistemas de enfermería tienen varias cosas en común, en particular estas, las relaciones para tener una relación de enfermería deben estar claramente establecidas. Los papeles generales y específicos de la enfermera, el paciente y las personas significativas deben ser determinados. Es preciso determinar el alcance de la responsabilidad de enfermería; debe formularse la acción específica que se va a adoptar a fin de satisfacer necesidades específicas de cuidados de la salud.¹²

Debe determinar la acción requerida para regular la capacidad de autocuidado para la satisfacción de las demandas de autocuidado en el futuro; Dorothea E Orem establece la existencia de tres tipos de sistema de enfermería: Totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio, de apoyo educativo.

El Sistema totalmente compensador es el tipo de sistema requerido cuando la enfermera realiza el principal papel compensatorio para el paciente; se trata de que la enfermera se haga cargo de satisfacer los requisitos de autocuidado universal del paciente hasta que este pueda reanudar su propio cuidado o cuando haya aprendido a adaptarse a cualquier incapacidad.¹²

Los requisitos de autocuidado son comunes a todos los seres humanos e incluyen la conversación del aire, agua, alimentos, eliminación, la actividad y el descanso, soledad e interacción social, la prevención de riesgos y promoción de la actividad humana. El Sistema parcialmente compensador, este sistema de enfermería no requiere de la misma amplitud o intensidad de la intervención de enfermería que el sistema totalmente compensatorio. La enfermera actúa con un papel compensatorio, pero el paciente está mucho más implicado en su propio cuidado en término de toma de decisiones y acción.¹²

Los sistemas de enfermería parcialmente compensatorios y un sistema de apoyo educativo, son apropiados cuando el paciente debe adquirir conocimientos y habilidades. El principal rol de la enfermera es regular la comunicación y el desarrollo de capacidades de autocuidado.

El Sistema de apoyo educativo, este sistema de enfermería es el apropiado para el paciente que es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender a adaptarse a las nuevas situaciones, pero actualmente necesita ayuda de enfermería, a veces esto puede significar simplemente alertarlo. El papel de la enfermera se limita a ayudar a tomar decisiones y a comunicar conocimientos y habilidades.¹³

La teoría de los sistemas propuesta por Dorothea E Orem se vincula estrechamente con los niveles de atención de enfermería debido a que los cambios que se producen a lo largo del desarrollo del adulto mayor se inician al mismo tiempo que la vida, y se hacen visibles en los primeros años de existencia, sin embargo, los cambios asociados al envejecimiento se inician poco a poco, exteriorizándose más tarde.

Un punto importante a considerar en la teoría de Dorothea E Orem es la promoción y el mantenimiento de la salud a través de acciones educativas, además de la capacidad que debe tener el profesional de enfermería de definir en qué momento el paciente puede realizar su propio autocuidado y cuando debe intervenir para que el mismo lo logre, además de ofrecer un cuerpo teórico para que estos profesionales expliquen los diferentes fenómenos que pueden presentarse en el campo de la salud, también sirve como referente teórico, metodológico y práctico para los profesionales que se dedican a la investigación.¹³

No todos los profesionales de enfermería abordaron con claridad la importancia del autocuidado cuando se argumenta que, para cuidar del otro, antes es necesario cuidar de sí mismo, pues el cuidado solamente ocurre con la transmisión de los sentimientos y potencialidades personales a la otra persona (Figura 1).

Algunas de las premisas que maneja Orem sobre el autocuidado, son que cada persona debe realizar diariamente un mínimo de actividades dirigidas hacia sí mismo para continuar su existencia como organismo con una vida racional.

Cuando en una persona adulta mayor por el proceso normal de envejecimiento, se verá disminuida las habilidades físicas para realizar las actividades de la vida diaria; lo cual va a disminuir sus prácticas de autocuidado, incrementa el riesgo de presentar, reducción de la fuerza y la potencia muscular, causada por una pérdida de la masa de los músculos esqueléticos (sarcopenia) y los cambios en la arquitectura muscular.

Esta disminución en la fuerza y la potencia muscular, junto con otros factores como el envejecimiento del sistema nervioso somatosensorial y motor, tiene implicaciones funcionales, tales como disminución en la velocidad al caminar, aumento del riesgo de caídas, y una reducción de la capacidad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria. Todo esto contribuye a una pérdida de la independencia y a una reducción en la calidad de vida de las personas, dando como resultado un nivel de dependencia.

Se retoman los requisitos de autocuidado del desarrollo, ya que el proceso de envejecimiento es parte del ciclo vital del ser humano. En esta investigación los sujetos de estudio serán adultos mayores que se encuentran en diferentes factores como la vivienda, los bienes, el ingreso, el vestido, la alimentación, la educación, el apoyo social percibido e incluso variables sociodemográficas como la edad y el sexo por motivos en donde la calidad de vida también se asocia a elementos secundarios como los cuidados y una protección digna, además del respeto hacia su condición de persona y de ser humano, pues genera ambientes de dependencia que repercuten en el hogar.

La persona con déficit de autocuidado pierde la capacidad de funcional, entonces desencadena y desarrolla lentamente una situación clínica con una multitud de procesos patológicos que lo conduce a un desajuste biológico de la capacidad funcional, ya sea desde una situación de movilidad total o parcial por complicaciones o síndromes derivados de la disminución de la capacidad funcional física siendo las siguientes:

Artritis y Artrosis. La artritis se caracteriza por la inflamación e hinchazón de las articulaciones. La artrosis suele provenir de un cuadro de artritis grave. La artrosis aparece por la degeneración del cartílago articular generado por la edad, esto genera dolor cuando nos movemos y otras dificultades motoras. Casi todos los ancianos sufren artrosis en alguna de sus articulaciones. Suele ser más común en las mujeres.

Enfermedades mentales. Las enfermedades mentales son condiciones graves que influyen en nuestro humor, pensamiento, sentimientos y actuaciones del día a día. Las diferentes enfermedades mentales atacan a nuestro cerebro. Suelen causar alteraciones cognitivas, emocionales, funcionales y de movimiento, según la enfermedad. Las enfermedades mentales con más incidencia entre los mayores son: Alzheimer, demencia senil, Parkinson.

Osteoporosis. aparece como consecuencia de la disminución de cantidad de minerales en los huesos. Las caídas en personas mayores son muy peligrosas, pero si el paciente sufre osteoporosis se debe tener aún más cuidado, ya que este tiene más riesgo de sufrir alguna fractura.

Diabetes. Casi todos los adultos mayores sufren diabetes. El estrés, los malos hábitos alimenticios y la inactividad son las principales causas de esta enfermedad.

Si el paciente sigue el tratamiento indicado por el médico puede llevar una vida normal, sin que la enfermedad influya en su día a día.

Desequilibrios alimentarios en la tercera edad. La obesidad es un serio problema para nuestra sociedad y va en aumento. Se trata de una de las principales causas de muerte predecibles. La obesidad en la tercera edad es más común de lo que parece. Estadísticamente, entre los mayores de 60 años, el 35'5% de los hombres padecen obesidad y más del 40% de las mujeres también.

Gripe y neumonía en ancianos. Las personas de la tercera edad son muy susceptibles a la gripe. Este virus, en personas mayores de 65 años, puede conllevar complicaciones graves como la neumonía u otros problemas respiratorios, hasta el punto de requerir hospitalización.

Enfermedades de corazón. El infarto está considerado una de las primeras causas de muerte entre las personas de la tercera edad. El tabaquismo, la obesidad, la hipertensión, el colesterol y la diabetes son factores riesgo que pueden conllevar un infarto.

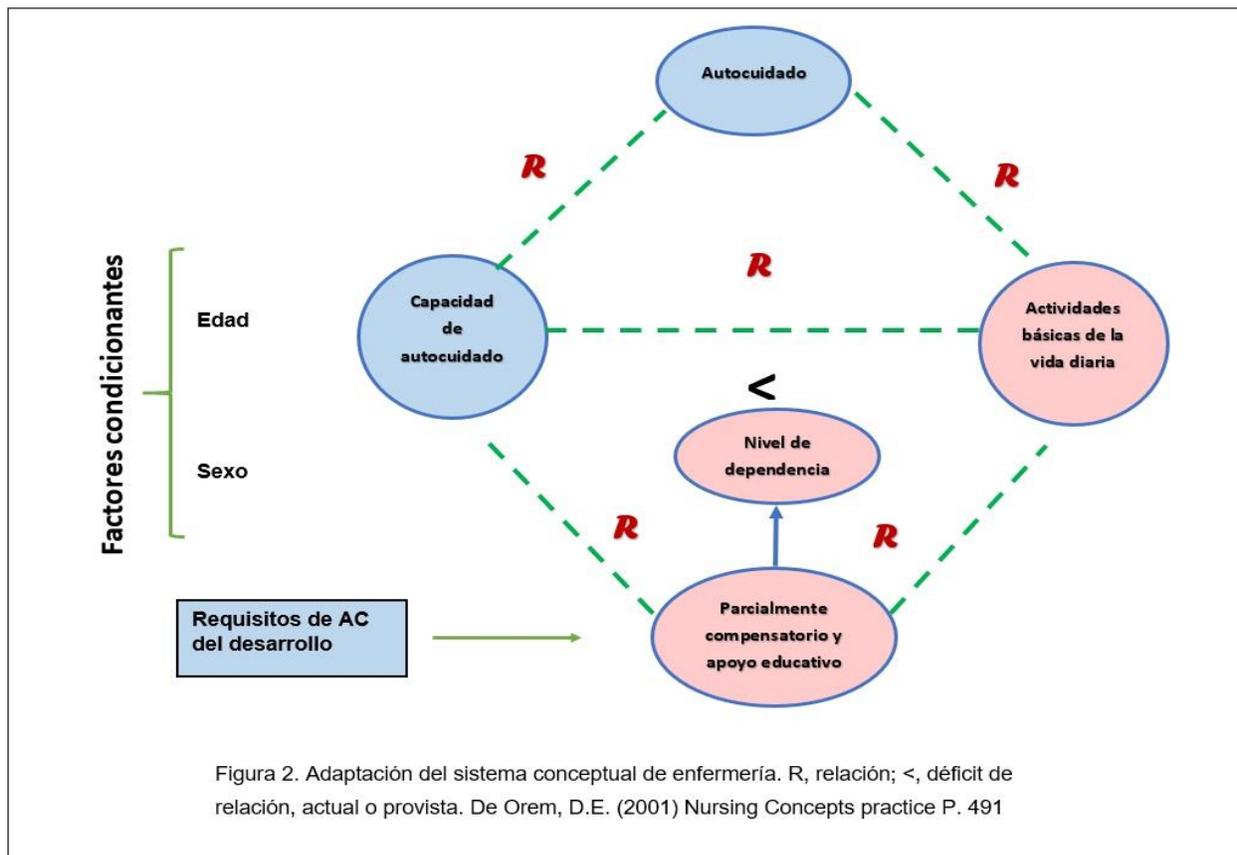
Trastornos del sueño. Los trastornos del sueño en ancianos son especialmente comunes. Las personas de la tercera edad, a parte de los cambios en su metabolismo y la posible aparición de enfermedades o patologías diversas, también suelen ver cambios en su ciclo del sueño. Los mayores suelen tener un sueño más ligero y menos profundo que los jóvenes.

Soledad y depresión en la tercera edad. La soledad se ha convertido en un problema de salud grave para nuestros mayores. Las situaciones de soledad en personas de la tercera edad pueden conllevar al aislamiento social y

provocar tristeza o miedo. Todo esto no es lo más grave, sino que la soledad es un factor riesgo para la aparición de la depresión u otras enfermedades neurodegenerativas.

Envejecer es un proceso secuencial, acumulativo e irreversible que deteriora al organismo progresivamente hasta hacerlo incapaz de enfrentar las circunstancias y condiciones del entorno. Sin embargo, los cambios que sufren los órganos y los tejidos durante el proceso de envejecimiento no deben considerarse problemas de salud, sino variantes anatómico fisiológicas normales. Esos cambios se presentan en forma universal, progresiva, declinante, intrínseca e irreversible

También se retoman los factores condicionantes básicos que para efectos de esta investigación fueron: edad, sexo, factores socioculturales (escolaridad) y sistema de salud (se encuentran institucionalizados) Figura 2.



1.4.3 Marco empírico

Para la elaboración de la metodología se realizó una búsqueda en diversas bases de datos tomando en cuenta las variables de nivel de dependencia y calidad de vida, se presentan el resumen de los trabajos de investigación con la finalidad de comparación de métodos al final del trabajo.

González y Segovia Diaz (2010), realizaron un estudio "Capacidad funcional de adultos mayores en un hospital de Seguridad Social", en el Hospital del ISSSTE de la ciudad de San Luis Potosí, donde midió la capacidad funcional al ingreso, encontrándola esta mayor en el egreso hospitalario. Llegando a concluir que: existe una disminución de capacidad funcional física al ser hospitalizado; presentando en muchos de ellos, pérdida funcional temporal, lo que propicia el trabajo de enfermería para hacer revertir la capacidad perdida. Al egreso encontró como las actividades ABVD con mayor dependencia en subir y bajar escaleras, bañarse, traslado, caminar y vestirse.⁷

Así mismo, María del Carmen Corugedo Rodríguez, Master en Psicología de la Salud en diciembre del 2013 realizó un estudio en el cual el objetivo fue caracterizar la calidad de vida percibida en los adultos mayores del Hogar de Ancianos del municipio Cruces. Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal durante el periodo de febrero de 2012 a febrero de 2013. El universo estuvo constituido por los 28 ancianos que viven en el hogar de ancianos del municipio Cruces. Se aplicaron técnicas estadísticas. Los resultados de forma general los ancianos perciben baja calidad de vida, independientemente de las variables sociodemográficas (edad, sexo y nivel de escolaridad). La dimensión de resultados más bajos fue la satisfacción por la vida. El 82

% de los adultos mayores perciben una baja calidad de vida en relación con la misma, seguida por la dimensión socioeconómica. casi todos los ancianos de la investigación perciben una baja calidad de vida, debido al predominio de estados de displacer y pobres vínculos o mala calidad en las relaciones con sus familiares. ¹⁵

Por otro lado, María Elena Flores Villavicencio, Cecilia Colunga Rodríguez, Mario Ángel González, María Guadalupe Vega López y Guillermo Alonso Cervantes Cardona de la Facultad de Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo en el 2013 elaboraron un estudio con el objetivo de evaluar la percepción de salud mental y calidad de vida en adultos mayores de una colonia en Guadalajara, México. Con un enfoque descriptivo y transversal, de corte cuantitativo y con muestreo no probabilístico. Se utilizó una muestra no probabilística, constituida por 333 personas que cumplieron los criterios de inclusión, ingresados por casos consecutivos. Los resultados en la calidad de vida por dimensiones, fueron los siguientes: salud física 87.9%, ambiente 85.8%, relaciones sociales 79.2%; en el puntaje total, un 60.1% de los adultos mayores calificó como buena su calidad de vida. Se identificó un 41.7% de insatisfacción y mala calidad de vida en relación a la edad; respecto a su salud, 46.8% la consideraron como regular y un 34.2% como buena. ¹⁶

Melguizo Herrera E. et al., en 2014 (9) en su trabajo “Calidad de Vida de Adultos Mayores en Centros de Protección Social de Cartagena” en Colombia, tuvo como objetivo conocer los factores asociados a la calidad de vida en adultos mayores, con una muestra de 187 adultos mayores residentes en Centros de Protección Social de Cartagena. Se aplicó el Test de Valoración Mental (Pfeiffer), una encuesta sociodemográfica y, por último, el “Índice Multicultural de calidad de vida”. El promedio

de edad fue 75 años; predominó el estado civil soltero (57,6%), recibir medicamentos (80,3%), nivel educativo primaria (45,5%), realizar actividad física (54,5%) y no realizar actividades productivas (37,9%). Las dimensiones con menor puntaje fueron las de bienestar físico y apoyo comunitario, y las de mayor puntaje las de plenitud espiritual y autocuidado.¹⁵

Por último, Levis J. et al, en 2015 (3), con la investigación llamada “Perfil de calidad de vida del adulto mayor de los Centros del Adulto Mayor en los distritos de Chaclacayo y Chosica”, tuvo como finalidad determinar los niveles de calidad de vida de los adultos mayores residentes de dichos distritos. Contó con una muestra de 112 personas y se empleó la escala de calidad de vida Fumat. Los resultados reflejaron que un 83% de los adultos mayores presentan un nivel promedio de calidad de vida. El nivel promedio de calidad de vida en la dimensión bienestar emocional fue de 71,4%; en la dimensión de relaciones interpersonales, 64,3%; en la dimensión de bienestar material, 92%; en la dimensión de desarrollo personal, 77%; en la dimensión de bienestar físico, 55%; y en la dimensión de inclusión social, 74,1%. Por último, en las dimensiones en las que se alcanzaron niveles diferentes al promedio fue en la dimensión de derecho (superior al promedio) y en la dimensión autodeterminación (inferior al promedio).¹⁵

En el 2016 Loredó-Figueroa, gallegos-Torre Xequé-Mora, Palmé-Vega Juárez-Lira realizaron un estudio que tuvo como objetivo establecer la relación entre calidad de vida del adulto mayor y su nivel de dependencia y autocuidado, con diseño de estudio transversal, descriptivo y correlacional realizado en el estado de Querétaro; con una muestra de 116 adultos mayores que acudieron a consulta en una unidad de salud. Los resultados reportaron que el 54.3% de los participantes fueron mujeres. El 80.2% de los

adultos mayores encuestados presentaron independencia para realizar las actividades de la vida diaria y el 19.8% presentaron dependencia leve.¹⁶ en la calificación global de las actividades de autocuidado el 22.4% tuvieron buena capacidad y el 76.6%, muy buena capacidad. En la percepción de calidad de vida en la dimensión física, el 24% de los entrevistados consideran que su salud es buena y el 56%, regular. En las pruebas de correlación se encontró mínima relación entre las variables de autocuidado y dependencia; escasa entre autocuidado y grado de escolaridad; correlación positiva entre la dependencia y la calidad de vida, así como la calidad de vida y la edad, aunque el valor de todas las correlaciones fue bajo.²⁰

Mazacón B., en 2017, llevada a cabo en Lima, tuvo el título de “Calidad de Vida del Adulto Mayor en una Comunidad del Cantón Ventanas – Los ríos intervenida con el modelo de atención integral de salud” de tipo cuantitativo descriptivo y de corte transversal, con una población de 297 adultos mayores, buscó determinar la calidad de vida de los adultos mayores intervenidos o no bajo este modelo. El instrumento utilizado fue el SF-36 en versión adaptada en español, además de un cuestionario sociodemográfico que informaba sobre edad, procedencia y sexo. Los resultados revelaron que las dimensiones con mayores puntajes fueron: Desempeño emocional (76,0), Desempeño físico (64,3) y salud general (58,5), mientras que las dimensiones con valores inferiores al promedio fueron: Función social (46,5), Función física (48,5) y Salud Mental (38,8). Se concluyó que no existían diferencias significativas en los resultados de los adultos mayores intervenidos con los no intervenidos bajo el modelo explicado en la presente investigación.⁷

Elveny Laguado Jaimes realizó una investigación en la ciudad de Colombia en el 2017 con el objetivo de determinar la funcionalidad y grado de dependencia en el adulto mayor institucionalizado como información básica para el diseño de un programa de intervención específica. El estudio fue descriptivo retrospectivo con una muestra de 60 adultos mayores institucionalizados y seleccionados por muestreo no probabilístico. Los resultados reportaron que predomina el rango de edad de 75-84 años, un 26,66% de 60 adultos mayores y el género masculino con mayor frecuencia (53,33%). Por lo que respecta a la escolaridad, el 53,3% estudiaron primaria. Contacto familiar con la familia, el 70%; tiempo de institucionalización de los adultos mayores, el mayor tiempo (55%) de 1 a 5 años.¹⁴ La valoración del grado de autonomía en el género masculino evidencia un grado de autonomía 1, con un 30% con respecto al género femenino, que tiene un grado de autonomía 3, con el 16,66%, sin significación estadística. Se observa el 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.¹⁴

1.5 Objetivos

Objetivo general

Determinar la relación entre la capacidad funcional física y la calidad de vida en adulto mayores institucionalizados y no institucionalizados del sur de Veracruz.

Objetivos Específicos

1. Describir las características sociodemográficas de adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados del sur de Veracruz.
2. Evaluar la capacidad funcional física de adultos mayores
3. Conocer la calidad de vida en adultos mayores
4. Comparar la capacidad funcional física y la calidad de vida

1.6 Hipótesis

H1. Existe relación significativa entre la capacidad funcional física y la calidad de vida en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados.

H1. No existe relación significativa entre la capacidad funcional física y la calidad de vida en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados.

Capítulo 2

2. Metodología

2.1 Diseño de estudio

El estudio que se utilizará para esta investigación es con enfoque correlacional, ya que se va a establecer una relación entre la variable capacidad funcional física con la calidad de vida del adulto mayor. Es de tipo transversal porque se analizarán los datos recopilados en un periodo de tiempo.

2.2 Población

30 adultos mayores de un asilo de Coatzacoalcos, Veracruz y 30 adultos mayores de una comunidad de Coatzacoalcos, Veracruz.

2.3 Muestra y muestro

Esta investigación tendrá como muestra 60 adultos mayores, y será un muestreo de tipo no probabilístico por conveniencia ya que se apega a las características previamente establecidas por el investigador.

2.4 Características de la población

Criterios de inclusión

Hombres y mujeres mayores a partir de 60 años divididos de la siguiente manera; 30 adultos mayores que se encuentre ingresados en una residencia geriátrica institucionalizados y 30 adultos mayores no institucionalizados que habitan en su domicilio, quienes deseen participar en la investigación previa firma del consentimiento informado.

Criterios de exclusión

Aquellos adultos mayores que tengan algún tipo de trastorno de la capacidad mental, o que tengan algún deterioro cognitivo intelectual que no les permita la comprensión de los instrumentos de recolección de datos.

Criterios de eliminación

Los adultos mayores que no hayan contestado completamente el instrumento de Barthel.

2.5 Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Categoría o indicadores	Tipo de variable y escala de medición
Capacidad funcional física	Capacidad de ejecutar de manera autónoma aquellas acciones más o menos complejas que componen el quehacer cotidiano en una manera deseada a nivel individual (OMS 2008)	La capacidad funcional física en el adulto mayor se evaluará a través de la escala de Barthel el cual consta de 10 ítems para su interpretación 0-20 dependencia total 21-60 dependencia severa 61-90 dependencia moderada 91-99 dependencia escasa 100 independencia	Comer	Independiente Necesita ayuda Dependiente	Cualitativa Ordinal
			Lavarse o bañarse	Independiente Dependiente	
			Vestirse	Independiente Necesita ayuda Dependiente	
			Arreglarse	Independiente Dependiente	
			Deposición	Continente Accidente Ocasional Incontinente	
			Micción	Continente Accidente Ocasional Incontinente	
			Ir al retrete	Independiente Necesita ayuda Dependiente	
			Trasladarse sillón/cama	Independiente Mínima ayuda Gran ayuda Dependiente	
			Deambulaci3n	Independiente Necesita ayuda Independiente en silla de ruedas Dependiente	
Subir y bajar escaleras	Independiente Necesita ayuda Dependiente				

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Categoría o indicadores	Tipo de variable y escala de medición
Calidad de vida	Es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes (Oliveira y Villaverde 2011)	La calidad de vida que tiene un adulto mayor se evaluara con la Escala Integral Fumat el cual consta de 8 ítems	Autodeterminación	Autonomía, decisiones, elecciones, metas y preferencias personales	Cualitativa Ordinal
			Derechos	Humanos; legales	
			Bienestar emocional	Ausencia de estrés/ansiedad/sentimientos negativos; autoconcepto, relaciones, satisfacción personal/satisfacción con la vida	
			Inclusión social	Integración en la comunidad; participación social, apoyos sociales	
			Desarrollo personal	Trabajo. Educación, actividades de la vida diaria	
			Relaciones interpersonales	Relaciones familiares, relaciones de amistad, relaciones sociales	
			Bienestar maternal	Relaciones con la comunidad, ingresos, economía, posesiones, pertenencias, servicios comunitarios, vivienda (confortabilidad)	
Bienestar físico	Salud (consecuencias); salud (energía, vitalidad); salud general, servicios sanitarios				

2.6 Material y método

Para la recolección de datos se utilizará dos instrumentos la escala de Barthel y la escala Fumat. La escala de Barthel se trata de un cuestionario hetero administrado con 10 ítems tipo Likert. El rango de posibles valores del Índice de Barthel está entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos. A menor puntuación, más dependencia; y a mayor puntuación, más independencia. Además, el Índice Barthel puede usarse asignando puntuaciones con intervalos de 1 punto entre las categorías – las posibles puntuaciones para las actividades son 0, 1, 2, o 3 puntos – resultando un rango global entre 0 y 20. Este instrumento fue diseñado en 1955 por Mahoney y Barthel para medir la evolución de sujetos con procesos neuromusculares y musculo esqueléticos en un hospital para enfermos crónicos de Maryland y publicado diez años después (1965).²⁴

Este índice consta de diez parámetros que miden las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), la elección de las mismas se realizó de forma empírica según la opinión de médicos, enfermeras y fisioterapeutas en 1979 Granger publicó la modificación del índice de Barthel. Hoy en día es uno de los instrumentos de medición de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) más utilizado internacionalmente, sobre todo en pacientes con enfermedad cerebrovascular aguda y por los autores británicos. En España, es la escala de valoración funcional más utilizada en los servicios de geriatría y de rehabilitación. La traducción al español se publicó en el año 1993 y se comenzó a utilizar en unidades de agudos en pacientes geriátricos con accidente vascular cerebral y posteriormente en otros niveles asistenciales.²⁴

Para medir la calidad de vida se utilizará la escala de Fumat. La escala se desarrolló siguiendo un proceso de tres pasos: revisión de la literatura, elaboración de

un banco de ítems y evaluación de los ítems seleccionados por un grupo de 15 expertos en términos de idoneidad, importancia y observabilidad. La validación del cuestionario se llevó a cabo en una muestra de 100 usuarios adultos de servicios proporcionados por Matía Fundazio a (San Sebastián). La fiabilidad se evaluó en términos de consistencia interna (Alpha de Cronbach y correlación entre dos mitades de Spearman-Brown) y estructura factorial (fiabilidad zeta y omega).

La validez se evaluó en términos de validez de contenido, validez discriminante, validez concurrente y validez de constructo. Los resultados obtenidos confirman la validez y fiabilidad de la escala fumat para evaluar la calidad de vida objetiva de personas mayores y personas con discapacidad que son usuarias de servicios sociales.²⁵

La escala Fumat supone una valiosa aportación a la investigación sobre calidad de vida y, especialmente, al campo aplicado de la intervención en personas mayores y personas con discapacidad. El instrumento permite evaluar en pocos minutos y de una forma muy sencilla la calidad de vida de estas poblaciones cuando son usuarias de algún tipo de servicio social o clientes de algún tipo de entidad u organización que tenga entre sus objetivos la mejora de la calidad de vida. De este modo, la escala surge como un instrumento válido y fiable para la planificación de apoyos individualizados e intervenciones centradas en la persona, así como para encaminar las intervenciones dirigidas a la mejora de la calidad de la organización y la entidad.²⁵

2.7 Procedimiento

Una vez aprobado el protocolo de investigación, se procede a realizar un oficio dirigido a la dirección académica, en la cual se notifica la finalización del capítulo I y II de esta investigación, además de la solicitud del oficio para el asilo de Coatzacoalcos Veracruz.

Obtenido el oficio aceptado por parte de la dirección; se entregará al personal a cargo del asilo de ancianos “Perpetuo Socorro” de Coatzacoalcos Veracruz, para someterlo a revisión, y una vez autorizado el protocolo de investigación se procederá a la aplicación del cuestionario posteriormente también se aplicará a un grupo de personas mayores ubicadas en una comunidad perteneciente a dicha ciudad en los meses de enero y febrero del 2020.

2.8 Consideraciones éticas

Para fines de esta investigación se consideraron algunos acuerdos internacionales como es el informe de Belmont, que consta de tres apartados; el cual explica los principios éticos fundamentales para usar sujetos humanos en la investigación:

Respeto a las personas protegiendo su autonomía, es decir la capacidad que tienen de decidir si desean o no participar en el estudio una vez explicados todos los riesgos, beneficios, y potenciales complicaciones; beneficencia, este principio implica que debe buscarse siempre incrementar al máximo los potenciales beneficios para los sujetos y reducir los riesgos; la justicia, este dice que los riesgos y beneficios de una investigación deben ser repartidos equitativamente entre los sujetos de estudio y bajo toda circunstancia debe evitarse el estudio de procedimientos de riesgo, exclusivamente en población vulnerable por motivos de raza, sexo, estado de salud mental, etc.

El código de Núremberg, en el cual mencionamos algunos de los puntos primordiales para esta investigación; como es el absoluto consentimiento voluntario, es decir que la persona implicada debe tener capacidad legal para dar su consentimiento para realizar el cuestionario, el resultado debe ser tal que dé resultados provechosos para el beneficio de la sociedad, debe también ser tal, que evite todo sufrimiento físico y mental innecesario y todo daño; durante el curso del cuestionario, el sujeto debe estar en libertad de interrumpirlo.

2.9 Análisis estadísticos

Una vez obtenida la información utilizada en el proyecto, se procederá a realizar una base de datos en Microsoft Excel 2016 y se analizará con el paquete estadístico SPSS versión 20, se utilizarán estadísticas descriptivas para las variables cualitativas vamos a obtener frecuencias y porcentajes, para las variables cuantitativas vamos a utilizar medidas de tendencia central como la media, y medidas de dispersión como mínimos, máximos, rangos y desviación estándar y para la relación de variables se utilizarán algunas pruebas de asociación o de correlación.

2.10 Recursos, financiamiento y factibilidad

Recursos Humanos

Investigador: Cota Zapo Gerardo Said, dos asesoras de tesis e investigación: L.E. Baxin Bautista Mirna y Mtra. Adela Martínez Perry, cuenta con los participantes siendo adultos Mayores de 60 años o más.

Recursos Materiales

Se cuenta con Impresora, hojas para realizar el test, lápiz, lapiceros y computadora.

Recursos Financieros

Disponemos de un presupuesto de aproximadamente mil pesos para realizar el proyecto, todo subsidiado por el investigador.

2.11 Cronograma de actividades

2019-2020													
Actividades/ Meses	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio
1 Planificación de investigación													
Elección del tema	■												
Planteamiento del problema		■											
Pregunta de investigación		■											
Marco teórico (marco		■											
Marco teórico		■											
Elaboración marco empírico		■											
Justificación			■										
Objetivo general			■										
Objetivo específico			■										
Hipótesis			■										
Realización metodología				■									
Universo				■									
Muestra y muestreo				■									
Criterios de inclusión					■								
Criterios de exclusión					■								
Criterios de eliminación					■								
Operacionalización de variables					■								
Descripción de instrumento					■								
Confiabilidad de los								■					
2 Trabajo de campo													
Entrega de cartas de autorización								■					
Aplicación del instrumento								■	■				
3 procesamiento, tabulación e interpretación de la información													
Estadística descriptiva										■	■		
Estadística diferencial										■	■		
4 Presentación de la investigación													
Discusión												■	■
Conclusiones												■	■

Capítulo 3

3.1 Resultados

En el siguiente apartado se describen los resultados de la investigación aplicada a la capacidad funcional física y calidad de vida en el adulto mayor. En primer término, se muestran los datos sociodemográficos de los sujetos y posteriormente se describen las variables de estudio.

Tabla 1. Confiabilidad de los instrumentos

Nombre del instrumento	Reactivos	Alpha de Cronbach
Índice de Barthel	10	0.96
Escala Fumat	57	0.94

En la tabla 1 se muestra la confiabilidad de los instrumentos utilizados en la presente investigación. El índice de Barthel mide las capacidades físicas diarias en respecto a los niveles de dependencia e independencia (Mahoney y Barthel 1965) y la escala de Fumat que evalúa la calidad de vida en personas mayores. Ambos muestran un Alfa de Cronbach que se considera adaptable (Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. 2014).

Variables sociodemográficas

Tabla 2. Distribución por sexo

Procedencia	Asilo		Comunidad	
	f	%	f	%
Femenino	15	50,0	10	33,3
Masculino	15	50,0	20	66,7
Total	30	100,0	30	100,0

Fuente: Cédula de datos

En la tabla 2 se muestra la distribución del sexo; siendo el total de sujetos del asilo correspondiendo 50.0% entre hombres y mujeres, mientras en la comunidad la diferencia es de 66.7% mayoritariamente en el género masculino y el femenino con el 33.3%. El rango de edad de los encuestados fue de 60 a 93 años.

Tabla 3. Edad

Procedencia	Asilo		Comunidad	
	f	%	f	%
60 – 69	12	40,0	11	36,7
70 – 79	8	26,7	11	36,6
80 – 89	9	30,0	7	23,3
92 – 93	1	3,3	1	3,3
Total	30	100,0	30	100,0

Fuente: Cedula de datos

En la tabla 3 con respecto a la edad se observa que el rango predominante en los adultos mayores institucionalizados corresponde de 60 a 69 años con el 40% seguido de 70 a 79 años con el 26.7%; datos similares con los adultos mayores que viven en la comunidad con el 36.7% y 36.6% para los mismos rangos de edad respectivamente.

Tabla 4. Escolaridad

Procedencia	Asilo		Comunidad	
	f	%	f	%
Primaria	18	60,0	12	40,0
Secundaria	5	16,7	5	16,7
Preparatoria	6	20,0	-	-
Universidad	-	-	-	-
Ninguna	1	3,3	13	43,3
Total	30	100,0	30	100,0

Fuente: Cedula de datos

En la tabla 4 se muestra que el 60.0% de adultos mayores en el asilo y 40.0% de la comunidad solo recibieron educación básica, mientras que el 20.0% de los adultos del asilo solo tuvieron preparatoria, y en la comunidad el 43.3% no cuenta con un nivel de estudio.

Tabla 5. Estado civil

Procedencia	Asilo		Comunidad	
	f	%	f	%
Casado	3	10,0	16	53,3
Soltero	10	33,3	3	10,0
Viudo	17	56,7	7	23,3
Divorciado	-	-	4	13,3
Total	30	100,0	30	100,0

Fuente: Cedula de datos

En la tabla 5 se observa que el estado civil predominante para los adultos mayores del asilo corresponde a viudo al 56.7%; en contraposición con los adultos que viven en la comunidad, quienes se encuentran casados con el 53.3%; el estado con menor prevalencia es el divorciado.

Tabla 6. Frecuencia de visita

Procedencia	Asilo		Comunidad	
	f	%	f	%
Si	25	83,3	27	90,0
No	5	16,7	3	10,0
Total	30	100,0	30	100,0

Fuente: Cedula de datos

En la tabla 6 se refleja que ambos grupos hay una alta prevalencia de visita para los adultos mayores residentes en los asilos con el 83.3% y los adultos de la comunidad con el 90.0%.

Tabla 7. Por quienes son visitados

Procedencia	Asilo		Comunidad	
	f	%	f	%
Familia	20	66,7	22	73,3
Amigos	5	16,7	5	16,7
Vecinos	1	3,3	1	3,3
Nadie	4	13,3	2	6,7
Total	30	100,0	30	100,0

Fuente: Cedula de datos

En la tabla 7 con lo que respecta a las visitas por parte de los adultos mayores la mayor parte es por miembros de su familia con un 66.7% en el asilo y la comunidad con 73.3%, frecuentemente por amigos con el 16,7% en ambas procedencias, el 13.3% sin visita alguna en el asilo y la comunidad con 6.7%.

Tabla 8. Presenta alguna enfermedad

Procedencia	Asilo		Comunidad	
	f	%	f	%
Si	22	73,3	20	66,7
No	8	26,7	10	33,3
Total	30	100,0	30	100,0

Fuente: Cedula de datos

En la tabla 8 se hace destacar que la mayoría del adulto mayor presenta enfermedades de un 73,3% y por otro lado un 66.7% mientras que el 36.7% manifiesta que no y otra parte en la comunidad en 33.3%.

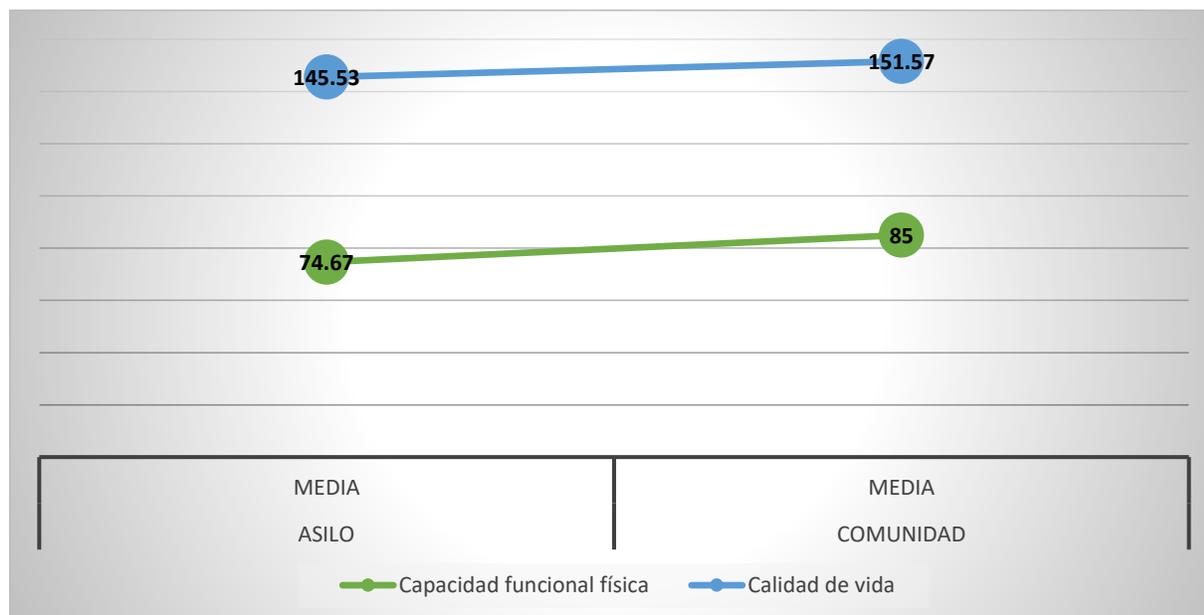
Tabla 9. Tipo de enfermedad

Procedencia	Asilo		Comunidad	
	f	%	f	%
Enfermedad				
Hipertensión	13	43,3	12	40,0
Diabetes mellitus	9	30,0	8	26,7
Ninguna	8	26,7	10	33,3
Total	30	100,0	30	100,0

Fuente: Cedula de datos

En la tabla 9 cabe destacar que la hipertensión sobre sale en ambas procedencias, pero don diferentes porcentajes en el asilo con un 43.3% y la comunidad con 40.0% ya que es la enfermedad que padecen más los adultos mayores, seguido de diabetes con el 30.0% en el caso del asilo y bajando un mínimo en la comunidad dando 26.7% y 33.3% aseguran no presentar ninguna enfermedad.

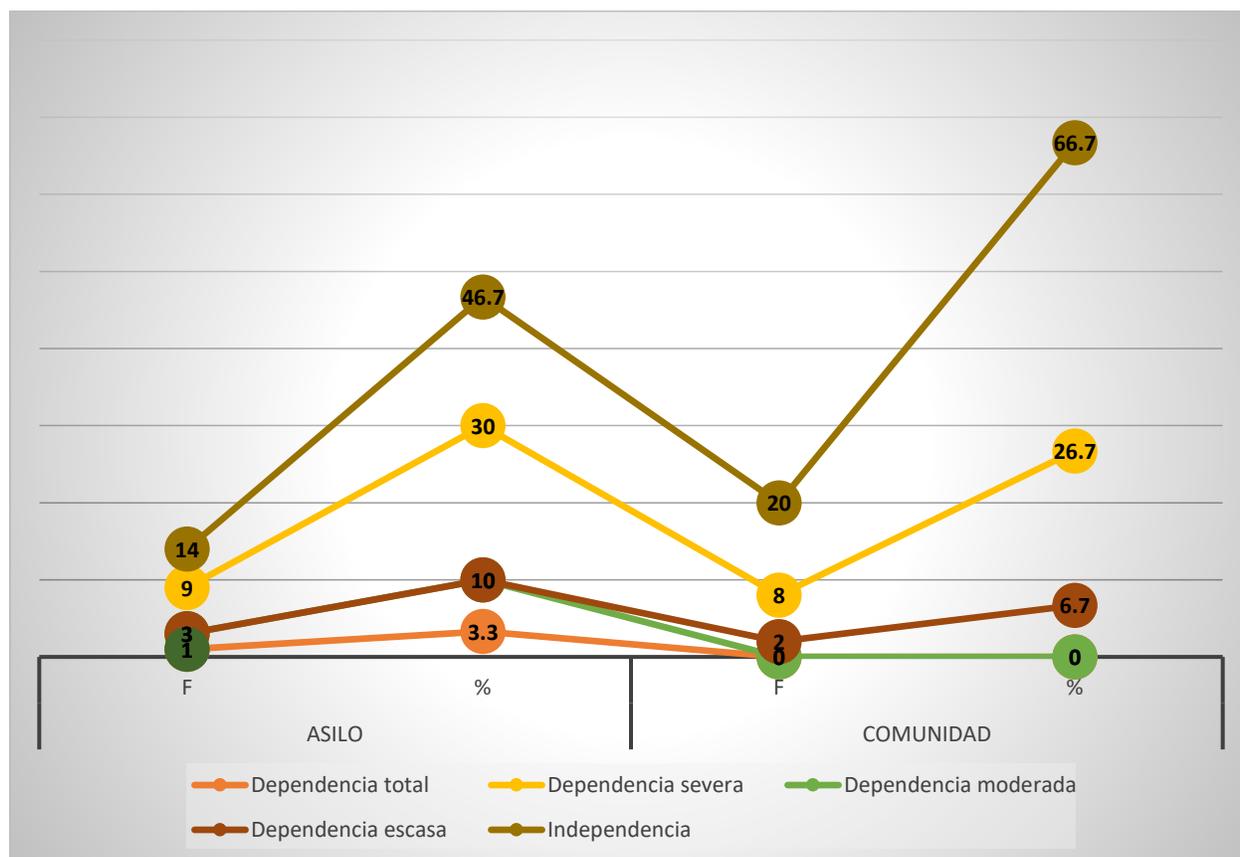
Grafica 1. Estadística descriptiva



Fuente: Cedula de datos

En la gráfica 1. Se puede analizar que las medias más altas pertenecen a la comunidad teniendo una mayor capacidad funcional y calidad de vida con (85,00) y (151,57), mientras que el asilo teniendo las bajas en ambas variables presentando (74,67) y (145,53).

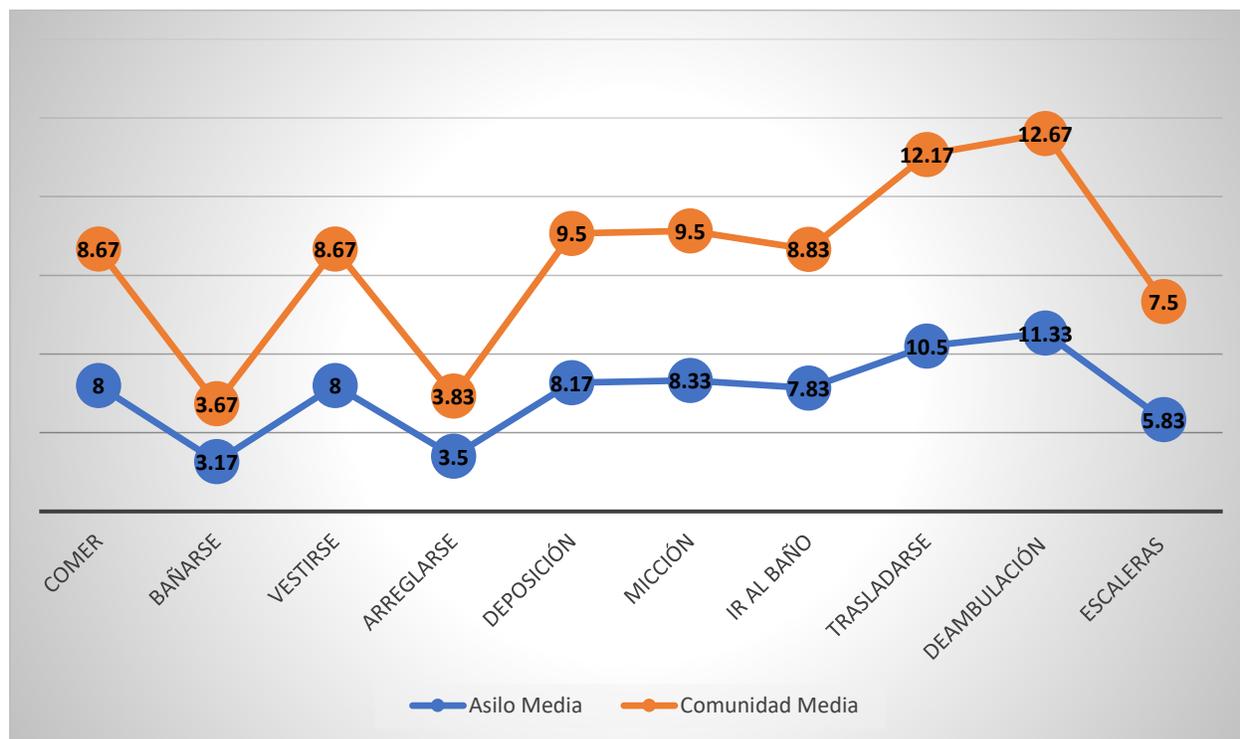
Grafica 2. Capacidad funcional física de acuerdo a la procedencia



Fuente: índice de Barthel

En la gráfica 2. Se evidencio que en los grados de nivel de dependencia en los adultos mayores que residen en el asilo tienen una mayor prevalencia a tener dependencia severa (30.0%) con respecto a los que se encuentran en la comunidad debido a que manifiestan una mayor independencia (66.7%)

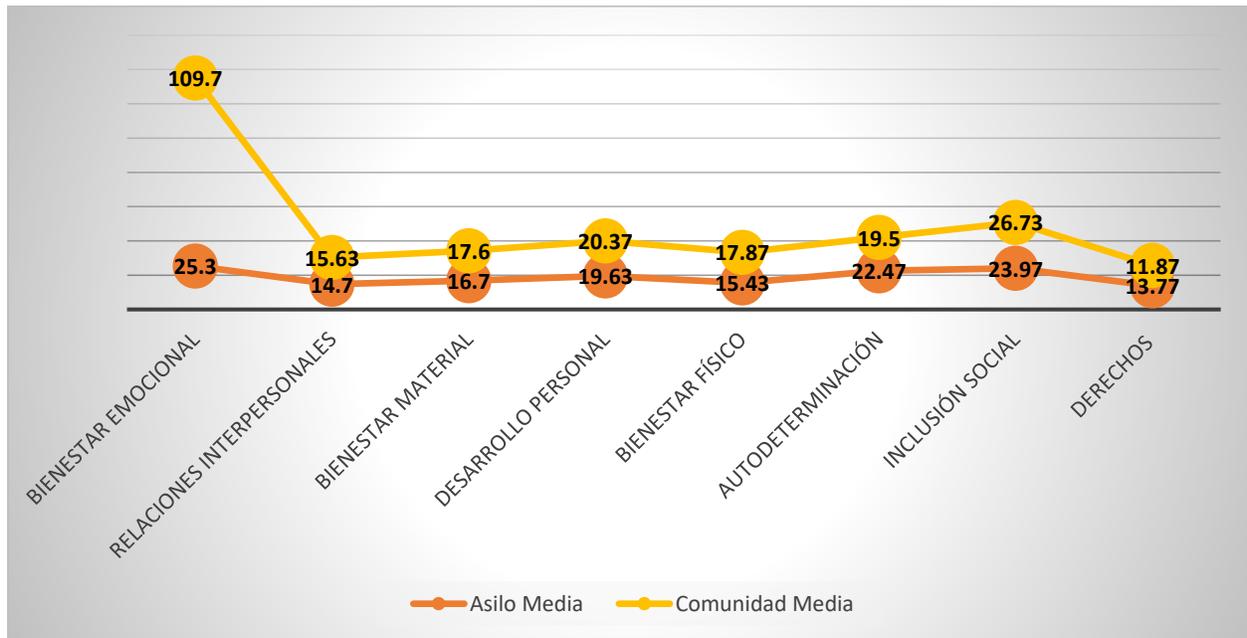
Grafica 3. Actividades básicas de la vida diaria de acuerdo a la procedencia



Fuente: índice de Barthel

En la gráfica 3. Se observa la comparación acerca de las actividades básicas de la vida diaria tomando en cuenta las medias más altas con mayor nivel de dependencia tanto en adultos mayores que residen en el asilo como en la comunidad corresponden a bañarse (3,17) y (3,67); arreglarse (3,50) y (3,83); así como subir y bajar escaleras (5,83) y (7,50) respectivamente. Mientras que las tres actividades básicas que presentan un mayor nivel de independencia son trasladarse con (10,50) y (12,17), la parte de deambulación (11,33) y (12,67) y para realizar micción con (8,33) y (9,50) respectivamente.

Grafica 4. Dimensiones de calidad de vida.



Fuente: Escala Fumat

En la gráfica 4. Con respecto a las dimensiones de calidad de vida se observa para los adultos que residen en un asilo las medias más altas en las dimensiones de calidad de vida corresponden a bienestar emocional (25.30%), inclusión social (23.97%) y autodeterminación (22.47%); en comparación a los adultos mayores que viven en la comunidad resaltando las dimensiones de bienestar emocional (109.70%) este destacando con un mayor porcentaje, inclusión social (26.73%) y por último desarrollo personal (20.37%).

Tabla 10. Dimensiones de la calidad de vida

Variable	Media	DE
Dimensión 1 Bienestar emocional		
P1 En general se siente satisfecho con su vida.	1.80	0.98
P2 Manifiesta sentirse inútil.	2.92	1.04
P4 Se muestra satisfecho consigo mismo.	2.15	0.88
Dimensión 2 Relaciones interpersonales		
P9 Realiza actividades que le gustan con otras personas.	2.53	0.94
P13 Valora negativamente sus relaciones de amistad.	2.62	0.66
Dimensión 3 Bienestar material		
P15 El lugar donde vive es confortable.	1.90	1.00
P18 El hogar donde vive tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultan alguna de sus actividades.	2.80	0.75
P20 Dispone de las cosas materiales que necesita.	2.18	0.81
Dimensión 4 Desarrollo personal		
P23 Muestra dificultad para resolver con eficiencia los problemas que se le plantea.	2.62	0.88
P24 Tiene dificultades para expresar información	2.60	0.97
Dimensión 5 Bienestar físico		
P30 Tiene problemas de movilidad.	2.90	0.96
P34 Tiene problemas para recordar información importante para la vida cotidiana (caras familiares, nombres, etc.)	2.70	0.88
P35 Tiene dificultades de visión que le impiden realizar sus tareas habituales.	2.70	0.80
Dimensión 6 Autodeterminación		
P39 Elige como pasar su tiempo libre.	2.33	1.00
P42 Toma decisiones sobre cuestiones cotidianas.	2.33	1.10
Dimensión 7 Inclusión social		
P45 Está excluido en su comunidad.	3.20	1.00

P46 En el servicio al que acude, tiene dificultad para encontrar apoyo cuando lo necesita.	2.77	0.74
P52 Tiene dificultades para participar en su comunidad.	2.78	0.73
Dimensión 8 Derechos		
P54 recibe información adecuada y suficiente sobre los tratamientos e intervenciones que recibe.	2.43	0.81
P55 Muestra dificultad para defender sus derechos cuando no son respetados	2.65	0.75

Fuente: Escala Fumat

En la tabla 10. Se reporta los ítems con las que consta la escala de Fumat que tienen mayor prevalencia en cuanto a las dimensiones de calidad de vida teniendo en cuenta las medias más altas, en la dimensión de bienestar emocional uno de los ítems con mayor puntaje es que manifiestan sentirse inútil (2.92) teniendo una ambivalencia entre sentirse satisfechos consigo mismo (2.15), en bienestar material ellos perciben que el hogar donde viven tienen barreras arquitectónicas que impiden o dificultan algunas de sus actividades (2.80), en bienestar físico refieren tener problemas de movilidad (2.90), en la inclusión social se sienten excluidos de su comunidad (3.20) y por ultimo abarcando sus derechos muestran dificultad para defender sus derechos cuando no son respetados (2.65).

Tabla 11 Comparación de la capacidad funcional física de acuerdo a la procedencia

Prueba t de estudent				
	Participantes	Media	DE	P
Asilo	30	74,67	31,34	.162
Comunidad	30	85,00	24,70	

Para dar respuesta al objetivo específico 4 que se refiere a comparar la capacidad funcional física de acuerdo a su procedencia; se encontró que los adultos mayores que viven en la comunidad presentan un nivel de independencia significativamente mayor (85.00), que los adultos mayores que viven en el asilo (74.67); $t(58) = -1.41, p > 0.050$.

Tabla 12 Comparación de la calidad de vida de acuerdo a la procedencia

Prueba t de estudent				
Procedencia	Participantes	Media	DE	P
Asilo	30	145,53	34,14	.373
Comunidad	30	151,57	13,71	

Siguiendo con el objetivo específico 4 que se refiere a comparar la calidad de vida de acuerdo a su procedencia; se evidenció que los adultos mayores que viven en la comunidad presentan una mayor calidad de vida (151,57), que los adultos mayores que se encuentran en el asilo (145,53); $t(58) = -.898, p > 0.050$.

3.2 Estadística inferencial.

En las siguientes tablas se pueden observar los resultados obtenidos para dar respuesta al objetivo general de la investigación y comprobar la hipótesis de investigación.

Tabla 13 Prueba de normalidad de la capacidad funcional física y la calidad de vida en adultos mayores residentes en un asilo.

Índice	\bar{x}	DE	LL	LS	K – Z
Capacidad funcional física	74.67	31.34	62.96	86.37	.000
Calidad de vida	145.53	34.14	132.78	158.28	.257

Fuente: Escala de Barthel y Escala Integral Fumat

Nota: \bar{x} = media, De= Desviación estándar, LL= (límite inferior), LS = límite superior, K – Z= prueba de normalidad.

En la tabla 13, de acuerdo a los resultados derivados de la prueba de normalidad de Shapiro Will, se muestra que los datos obtenidos del índice de la capacidad funcional física ($p = .000$) y de la calidad de vida ($p = .257$); lo que significa que no siguen una distribución normal.

Tabla 14 Correlación Rho de Spearman entre la capacidad funcional física y la calidad de vida en adultos mayores residentes de un asilo

Variable	Capacidad funcional física	Calidad de vida	P
Capacidad funcional física	1	.021	.911
Calidad de vida	.021	1	

Fuente: Escala de Barthel y Escala Integral Fumat

Nota: **. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

En la tabla 14, para dar cumplimiento al objetivo general de la investigación, se muestra la correlación de Rho de Spearman entre la capacidad funcional física y la calidad de vida en adultos mayores residentes de un asilo, lo cual reporta que no existe una relación significativa entre ambos puntajes (.021; $p = .911$), por tanto, no se cumple con la hipótesis de investigación.

Tabla 15. Prueba de normalidad de la capacidad funcional física y la calidad de vida en adultos mayores residentes en una comunidad.

Índice	\bar{x}	DE	LL	LS	K - Z
Capacidad funcional física	85.00	24.70	75.77	94.23	.000
Calidad de vida	151.57	13.71	146.45	156.69	.484

Fuente: Escala de Barthel y Escala Integral Fumat

Nota: \bar{x} = media, De = Desviación estándar, LL = (límite inferior), LS = límite superior, K - Z = prueba de normalidad.

En la tabla 15, de acuerdo a los resultados derivados de la prueba de normalidad de Shapiro Will, se muestra que los datos obtenidos del índice de la capacidad funcional física ($p = .000$) y de la calidad de vida ($p = .484$); lo que significa que de la misma manera no conllevan una distribución normal.

Tabla 16. Correlación Rho de Spearman entre la capacidad funcional física y la calidad de vida en adultos mayores residentes de una comunidad.

Variable	Capacidad funcional física	Calidad de vida	P
Capacidad funcional física	1	-.112	.554
Calidad de vida	-.112	1	

Fuente: Escala de Barthel y Escala Integral Fumat

Nota: **. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

En la tabla 16, para dar cumplimiento al objetivo general de la investigación, se muestra la correlación de Rho de Spearman entre la capacidad funcional física y la calidad de vida en adultos mayores residentes de un asilo, lo cual reporta que no existe una relación significativa entre ambos puntajes (-.112; $p = .554$), por tanto, tampoco se cumple con la hipótesis de investigación.

3.2 Discusión

Esta investigación tuvo como propósito conocer la capacidad funcional física del adulto mayor y a su vez la calidad de vida que podía generar. Sobre todo, se pretendió examinar cuales eran las actividades básicas de la vida diaria que el adulto mayor podía realizar por sí mismo. Además, se identificaron aquellos factores asociados a cuál ha sido su calidad de vida, de que servicios ha contado de acuerdo a la edad en la que se encuentran

A continuación, se estarán discutiendo los principales hallazgos de este estudio. De los resultados obtenidos en esta investigación se reportaron que predomina el género masculino con un 58.3% y estos datos son similares a los reportados con Elveny Laguado Jaimes quien realizó una investigación en la ciudad de Colombia en el 2017 donde también el rango que predominó fue el masculino con un (53,3%).

La edad promedio que más destacó fue de entre los 60- a 69 años siendo esta mayoritariamente por 12 adultos dando cifras de un 40.0%, seguida por las siguientes edades de 70 hasta 89 años ambas con una frecuencia mínima estos resultados son diferentes con el estudio de Alberto Montanet Avendaño el cual reportó que las edades que más predominaron fueron de 75-84 años, por lo tanto, se puede decir que ambos estudios varían mínimamente.

Por otra parte, los resultados arrojan que el 50.0% de los adultos mayores encuestados solo estudiaron primaria y esto vuelve a similar con los datos reportados de Elveny Laguado Jaimes en donde en su estudio el 53.3% recibió educación básica.

Se encontró que la mayoría adultos mayores encuestados son viudos con el 40.0% seguido de personas casadas con el 31.7% y solteros con representando con el 21.7% lo que diferencia de los datos reportados por Adalberto Montanet Avendaño,

Carmen María Bravo Cruz, Esperanza Heida Hernández Elías en enero-diciembre 2006 en donde el estado civil que predominó fue soltero y viudos.

Mientras que el índice de fumat que mide las dimensiones de la calidad de vida se encontró que las dimensiones con puntaje más alto es inclusión social con una media de 26.9, seguida de bienestar emocional con una media de 24.55 y desarrollo personal con 23.40. también se pudo observar que el puntaje más bajo fue para la dimensión derechos con una media de 12.83 lo que difiere a los reportados por María Elena Flores Villavicencio y colaboradores de Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo en el 2013 en donde los resultados: en la calidad de vida por dimensiones, fueron los siguientes: Salud Física 87.9%, Ambiente 85.8%, Relaciones Sociales 79.2% y Salud Psicológica 72.0%.

En el presente estudio se demostró que no existe una correlación entre las variables, debido a que la muestra es muy pequeña, se presentó una prematurez de la recolección de datos que se derivó de un confinamiento debido a la pandemia de covid-19 en donde no se logró terminar de recolectar la muestra y darle el seguimiento con otras características que se analizaron de forma independiente tanto la correlación para cada uno de ellos, debido a que la calidad de vida mostrada es buena su nivel de independencia es muy variable pero no está condicionada a la calidad de vida

3.3 Conclusiones

Teniendo en cuenta los objetivos planteados, y con fruto de la discusión de los resultados se ha llegado a las siguientes conclusiones:

Los adultos mayores que son residentes en un asilo presentan porcentajes más elevados sobre algún grado de nivel de dependencia con respecto a los adultos que se encuentran viviendo en la comunidad, por su parte no existe correlación entre las variables ya que la población presenta una buena calidad de vida, pero en donde los niveles de independencia y dependencia son muy variables y no se encuentra condicionado para ambos grupos.

Se manifestó que las actividades básicas de la vida diaria para adultos mayores con mayor nivel de dependencia tanto en adultos mayores que residen en el asilo como en la comunidad corresponden a bañarse, arreglarse, así como subir y bajar escaleras, respectivamente. Mientras que las tres actividades básicas que presentan un mayor nivel de independencia son trasladarse, deambulación y para realizar micción en ambos casos.

En las dimensiones de calidad de vida se observa para los adultos que residen en un asilo las medias más altas en las dimensiones de calidad de vida corresponden a bienestar emocional, inclusión social y autodeterminación. Se reportó que los niveles de alta relevancia para adultos que residen en la comunidad son inclusión social, desarrollo personal y resaltando con un nivel mayor se encontró bienestar emocional.

El secreto para alcanzar y permanecer dignamente en esta etapa de vida es lograr un vida física y psíquica sana y activa durante el mayor tiempo posible, saber enfocar los acontecimientos de vida de una manera positiva, de modo que sea el sujeto

quien domine las circunstancias y sepa extraer de cualquier evento provecho propio. Por eso un mejor envejecimiento estará influido por la calidad de vida en diferentes etapas del ciclo vital, por lo cual, la calidad de vida debe ser vista a través del curso de la existencia de cada persona.

Particularmente los adultos mayores que se encuentran en las comunidades tienden a realizar sus actividades básicas de la vida diaria con mayor independencia debido a que se encuentran viviendo solos o con sus parejas. Son personas que viviendo en zonas rurales en donde no tienen acceso a diversos servicios, esto influye a que estén acostumbrados a valerse por sí mismo a diferencia de los adultos mayores que se encuentran en alguna institución en donde son cuidados y esto se ve manifestado por una menor capacidad funcional física y una menor calidad de vida.

3.4 Recomendaciones

Dentro de todo lo observado en este proyecto se recomienda a las instituciones educativas que realicen mayor cantidad de proyectos que incluyan la participación de los estudiantes hacia diversos asilos o casa de ancianos ya que a veces no se da la importancia que se debe a nuestros adultos mayores, dentro las materias que se imparten en el área educativa se abarcan ciertas prácticas clínicas que tiene que ver con el adulto mayor en donde los estudiantes realicen diversas actividades por ejemplo; algunos ejercicios, actividades recreativas como jugar, pintar, etc., pero solo es por algún determinado tiempo en donde la materia es cursada una vez finalizada los adultos mayores ya no son visitados constantemente y eso de alguna manera afecta la capacidad funcional física que tiene, ya que en los centros en donde se encuentran no hay personal suficiente para estar realizando todas estas actividades debido a la carga de trabajo que pueden llegar a tener.

Por otra parte, en las comunidades rurales las recomendaciones de acuerdo a los resultados obtenidos es que se extiendan más campañas en donde sean abordados diferentes temas para el adulto mayor, en donde ellos se sientan partícipes de esto, y que puedan sensibilizar y concientizar a los familiares para incentivar la tolerancia y acompañamiento en favor de la calidad de vida del anciano, ya que en las zonas rurales los adultos mayores muestran un mayor nivel de independencia, y esto también sería abordado por los estudiantes de enfermería durante el curso de la licenciatura.

Establecer algún modelo para que los estudiantes se adapten a las necesidades que se puede llegar a tener en las instituciones donde residen los adultos mayores una vez identificadas realizar roles por equipos o grupos para llevarlas a cabo

mediante la actualización y capacitación constante del personal de salud que se encuentren laborando en los asilos, así como técnicas y estrategias se eleven en los niveles de calidad de vida del anciano, promover campañas y actividades sociales con el objetivo de generar un ambiente cálido para el desarrollo y de desenvolvimiento del adulto mayor, para ayudar en el fortalecimiento de sus habilidades y tratamientos necesarios para su salud.

Del mismo modo aplicar el instrumento a una muestra mayor para obtener resultados más significativos descriptivamente, así como también la exploración a profundidad y la influencia estadística de los puntajes alcanzados en las subescalas de la presente variable. Fortalecer los estudios en este campo y ampliar el alcance del tratamiento en los adultos mayores, incluir de manera indispensable las labores orientadas a la mejora de la salud mental.

Referencias bibliográficas

1. Datos interesantes acerca del envejecimiento [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2015 [citado 8 agosto de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
2. Villar Aguirre M. Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención [Internet]. Scielo.org.pe. 2016 [citado 11 agosto 2019]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172011000400011
3. Adultos Mayores [Internet]. Copladebc.gob.mx. 2014 [citado 11 agosto 2019]. Disponible en: <http://www.copladebc.gob.mx/publicaciones/2016/ADULTOS%20MAYORES%20016-2030.pdf>
4. [Internet]. 2014 [citado 13 agosto 2019]. Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/41351/Tesis%20Final%20Felipe.pdf;sequence=1>
5. República B. Diagnóstico sobre la situación de las personas con discapacidad en México [Internet]. gob.mx. 2016 [citado 13 agosto 2019]. Disponible en: <https://www.gob.mx/publicaciones/articulos/diagnostico-sobre-la-situacion-de-las-personas-con-discapacidad-en-mexico?idiom=es>
6. (INEGI) I. Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) [Internet]. Inegi.org.mx. [citado 14 agosto 2019]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/enasem/2015/>

7. Silveira Y, Menéndez M, Borges J, Boloy M. Evaluación funcional del adulto mayor y el proceso de atención de enfermería [Internet]. Revinfcientifica.sld.cu. 2015 [citado 19 agosto 2019]. Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/78/2221>
8. [Internet]. 2014 [citado 3 octubre 2019]. Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/41351/Tesis%20Final%20Felipe.pdf;sequence=1>
9. Dulcey-Ruíz E. Psicología del envejecimiento. En: López J, Cano C, Gómez J, editores. Geriatria Fundamentos de Medicina. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas CIB; 2017, pp. 64-8
10. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. Md Med J 1965; 14: 61-65.
11. Eduardo C, García S, Asesor NDEL. Capacidad Funcional. Minatitlán [Internet]. 2016 (Citado 5 octubre 2019); Disponible en: <http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/29281/1/tesis2.pdf>
12. Peña B, Terán M, Moreno F, et al. Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en la Clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE. Rev Esp Med Quir. 2014; 4:53-61.
13. Scielo.org.pe. 2015 [citado el 18 octubre 2019]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v68n3/a12v68n3>
14. [Internet]. Cedoc.inmujeres.gob.mx. 2014. Citado el 26 de octubre del 2019. Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101243_1.pdf

15. Gutiérrez Robledo L, García Peña M, Jiménez Bolón J. [Internet]. Anmm.org.mx. 2014. Citado el 26 de octubre del 2019]. Disponible en: <https://www.anmm.org.mx/publicaciones/CAnivANM150/L11-Envejecimiento-y-dependencia.pdf>
16. La discapacidad en México [Internet]. Coespo.qroo.gob.mx. 2014. Citado el 27 de octubre del 2019. Disponible en: <http://coespo.qroo.gob.mx/Descargas/doc/DISCAPACITADOS/ENADID%202014.pdf>
17. Naranjo Hernandez Y, Concepción Pacheto J, Rodríguez Larreynaga M. Teoría del déficit de autocuidado: Dorothea Orem [Internet]. Scielo. 2017 citado el 26 de octubre del 2019. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php>
18. Autocuidado de la Salud [Internet]. 2017 citado el 28 de octubre del 2019. Disponible en: https://www.portalfarma.com/Ciudadanos/Destacados_ciudadanos/Paginas/Autocuidado-de-la-salud.aspx
19. Romero N, Peña Olvera B, Escobedo Garrido J. Elementos objetivos y subjetivos en la calidad de vida [Internet]. Scielo.org.mx. 2016 citado el 29 de octubre del 2019. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php>
20. Krotov V, Junglas I, Steel D. The Mobile Agility Framework: An Exploratory Study of Mobile Technology Enhancing Organizational Agility. 2015.
21. Avances en Enfermería [Internet]. Revistas.unal.edu.co. 2015 [Citado 2 noviembre 2019]. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/download/35846/36656>

22. Nivel de dependencia del adulto mayor [Internet]. Congresos.cio.mx. 2018 [citado 9 noviembre 2019]. Disponible en: http://congresos.cio.mx/memorias_congreso_mujer/archivos/extensos/sesion2/S2-MCS13.pdf
23. Scielo.isciii.es. (2017). [Internet] Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v28n3/1134-928X-geroko-28-03-00135.pdf> [Acceso 13 nov. 2019].
24. García, J. (2015). Utilidades del Índice de Barthel en Salud Mental. [Internet] Jvtalavera.blogspot.com. Disponible en: <https://jvtalavera.blogspot.com/2018/10/utilidades-del-indice-de-barthel-en.html> [Accedido 18 nov. 2019].
25. Scielo.isciii.es. (2018). [Internet] Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/inter/v17n2/v17n2a07.pdf> [Acceso 19 nov. 2019].
26. Neuronup.com. 2020. Actividades De La Vida Diaria (Avds). [internet] Disponible en: [\[https://www.neuronup.com/es/areas/adl\]](https://www.neuronup.com/es/areas/adl) [Acceso 22 mayo 2020].
27. Garriga J. (17 de agosto de 2019) La capacidad funcional y la capacidad intrínseca según la OMS [Internet]. Plena Identidad. [citado 22 mayo 2020]. Disponible en: <http://plenaidentidad.com/la-capacidad-funcional-y-la-capacidad-intrinseca/>.

Anexos

A. Consentimiento informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____

declaro que he sido informado e invitado a participar en esta investigación denominada “Capacidad funcional física y calidad de vida en el adulto mayor”, que cuenta con el respaldo y financiamiento de la (Universidad de Sotavento A.C.). Entiendo que este estudio busca conocer (Determinar la relación entre la capacidad funcional física y la calidad de vida en adulto mayores institucionalizados y no institucionalizados) y sé que mi participación se llevará a cabo en (asilo de ancianos “Perpetuo Socorro” ubicado en Coatzacoalcos, ver.), en el horario (10:00 am) y consistirá en responder una encuesta que demorará alrededor de 10 minutos. Me han explicado que la información registrada será confidencial, y que los nombres de los participantes serán asociados a un número de serie, esto significa que las respuestas no podrán ser conocidas por otras personas ni tampoco ser identificadas en la fase de publicación de resultados.

Estoy en conocimiento que los datos no me serán entregados y que no habrá retribución por la participación en este estudio, sí que esta información podrá beneficiar de manera indirecta y por lo tanto tiene un beneficio para la sociedad dada la investigación que se está llevando a cabo. Así mismo, sé que puedo negar la participación o retirarme en cualquier etapa de la investigación, sin expresión de causa ni consecuencias negativas para mí.

Sí. Acepto voluntariamente participar en este estudio y he recibido una copia del presente documento.

Firma participante

Fecha _____

B. Cuestionario

ÍNDICE DE BARTHEL

Actividad	Descripción	Puntuación
Comer	1. Dependiente	0
	2. Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.	5
	3. Independiente (capaz de usar cualquier instrumento)	10
Trasladarse entre la silla y la cama	1. Dependiente, no se mantiene sentado	0
	2. Necesita ayuda importante (1 persona entrenada o 2 personas), puede estar sentado	5
	3. Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)	10
	4. Independiente	15
Aseo personal	1. Dependiente	0
	2. Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse	5
Uso del retrete	1. Dependiente	0
	2. Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo	5
	3. Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)	10
Bañarse o ducharse	1. Dependiente	0
	2. Independiente para bañarse o ducharse	5
Desplazarse	1. Inmóvil	0
	2. Independiente en silla de ruedas en 50 m	5
	3. Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)	10
	4. Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador	15

Subir y bajar escaleras	1. Dependiente	0
	2. Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta	5
	3. Independiente para subir y bajar	10
Vestirse y desvestirse	1. Dependiente	0
	2. Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda	5
	3. Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.	10
Control de heces	1. Incontinente (o necesita que le suministren enema)	0
	2. Accidente excepcional (uno/semana)	5
	3. Continente	10
Control de orina	1. Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa	0
	2. Accidente excepcional (máximo uno/24 horas)	5
	3. Continente, durante al menos 7 días	10

INTERPRETACIÓN ÍNDICE DE BARTHEL

Puntuación	Clasificación
<20	Dependencia total
21 – 60	Dependencia severa
61 – 90	Dependencia moderada
91 – 99	Dependencia leve
100	Independencia

INDICE FUMAT

INSTRUCCIONES

A continuación se presentan una serie de afirmaciones relativas a la calidad de vida de la persona que está evaluando. Por favor, marque la opción de respuesta que MEJOR describa a dicha persona y no deje ninguna cuestión en blanco

BIENESTAR EMOCIONAL	Siempre o Casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o Casi Nunca
1. En general, se muestra satisfecho con su vida				
2. Manifiesta sentirse inútil.				
3. Se muestra intranquilo o nervioso				
4. Se muestra satisfecho consigo mismo.				
5. Tiene problemas de comportamiento.				
6. Se muestra satisfecho con los servicios y los apoyos que recibe.				
7. Manifiesta sentirse triste o deprimido				
8. Muestra sentimientos de incapacidad o inseguridad.				
Puntuación directa TOTAL				

RELACIONES INTERPERSONALES	Siempre o Casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o Casi Nunca
9. Realiza actividades que le gustan con otras personas.				
10. Mantiene una buena relación con los profesionales del servicio al que acude.				
11. Mantiene una buena relación con sus compañeros del servicio al que acude.				
12. Carece de familiares cercanos.				
13. Valora negativamente sus relaciones de amistad.				
14. Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él.				
Puntuación directa TOTAL				

BIENESTAR MATERIAL	Siempre o Casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o Casi Nunca
15. El lugar donde vive es confortable				
16. Manifiesta no estar satisfecho con su jubilación (o situación laboral actual)				
17. Se queja de su salario (o pensión)				
18. El lugar donde vive tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultan alguna de sus actividades				
19. El servicio al que acude tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultan alguna de sus actividades.				
20. dispone de las cosas materiales que necesita				
21. El lugar donde vive necesita reforma para adaptarse a sus necesidades				
Puntuación directa TOTAL				

DESARROLLO PERSONAL	Siempre o Casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o Casi Nunca
22. Puede leer información básica para la vida cotidiana (carteles, periódicos, etc.)				
23. Muestra dificultad para resolver con eficacia los problemas que se le plantean				
24. Tiene dificultades para expresar información				
25. En el servicio al que acude le proporcionan información sobre cuestiones que le interesan				
26. Muestra dificultades para manejar conceptos				
27. Tiene dificultades para comprender la información que recibe				
28. Es responsable de la toma de su medicación				
29. Muestra escasa flexibilidad mental				
Puntuación directa TOTAL				

BIENESTAR FÍSICO	Siempre o Casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o Casi Nunca
30. Tiene problemas de movilidad				
31. Tiene problemas de continencia				
32. Tiene dificultad para seguir una conversación porque oye mal				
33. Su estado de salud le permite salir a la calle				
34. Tiene problemas para recordar información importante para la vida cotidiana (caras familiares, nombres, etc.)				
35. Tiene dificultades de visión que le impiden realizar sus tareas habituales				
Puntuación directa TOTAL				

AUTO DETERMINACIÓN	Siempre o Casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o Casi Nunca
36. Hace planes sobre su futuro				
37. Muestra dificultades para manejar el dinero de forma autónoma (cheques, alquiler, facturas, ir al banco, etc.)				
38. Otras personas organizan su vida				
39. Elige cómo pasar su tiempo libre				
40. Ha elegido el lugar donde vive actualmente				
41. Su familia respeta sus decisiones				
42. Toma decisiones sobre cuestiones cotidianas				
43. Otras personas toman las decisiones que son importantes para su vida				
Puntuación directa TOTAL				

INCLUSIÓN SOCIAL	Siempre o Casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o Casi Nunca
44. Participa en diversas actividades de ocio que le interesan.				
45. Está excluido en su comunidad				
46. En el servicio al que acude, tiene dificultad para encontrar apoyos cuando los necesita				
47. Tiene amigos que le apoyan cuando lo necesita				
48. Tiene dificultades para relacionarse con otras personas del centro al que acude				
49. Está integrado con los compañeros del servicio al que acude				
50. Participa de forma voluntaria en algún programa o actividad del servicio al que acude				
51. Su red de apoyos no satisface sus necesidades				
52. Tiene dificultades para participar en su comunidad				
Puntuación directa TOTAL				

DERECHOS	Siempre o Casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o Casi Nunca
53. En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos				
54. Recibe información adecuada y suficiente sobre los tratamientos e intervenciones que recibe				
55. Muestra dificultad para defender sus derechos cuando no son respetados				
56. Cuenta con asistencia legal y/o acceso a servicios de asesoría legal				
57. Disfruta de todos sus derechos legales (ciudadanía, voto, procesos legales, etc.)				
Puntuación directa TOTAL				