



**UNIVERSIDAD DE MONTERREY**

Vicerrectoría

**Ciencias de la Salud**

**Licenciatura en Enfermería**

**Capacidad funcional del adulto mayor de 60 años o más**

Autor

500931 Fátima Esmeralda Aguilar Garza

345582 Laura Lizeth Robledo Campos

San Pedro Garza García, Nuevo León 2019.



**UNIVERSIDAD DE MONTERREY**

Vicerrectoría

**Ciencias de la Salud**

**Licenciatura en Enfermería**

**Capacidad funcional del adulto mayor de 60 años o más**

Autor

500931 Fátima Esmeralda Aguilar Garza

345582 Laura Lizeth Robledo Campos

Asesor

Dra. Sandra Paloma Esparza Dávila

San Pedro Garza García, Nuevo León 2019.

**CAPACIDAD FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR DE 60 AÑOS O  
MÁS**

Aprobación de Tesis;

---

**Dra. Sandra Paloma Esparza Dávila**  
Asesor de Tesis

---

**MCE. Patricia Addarith Magaña Lozano**  
Presidente

---

**Lic. Olga Idalia Garza Zorola**  
Secretario

---

**Lic. Gabriela Ileana Donají Martínez Dávila**  
Vocal

---

**MCE. Patricia Addarith Magaña Lozano**  
Director Escuela de Enfermería

## **Agradecimientos**

Gracias a la Escuela de Enfermería Christus Muguerza-UDEM por la excelente formación académica, humanista y profesional.

A la MCE. Patricia Addarith Magaña Lozano por dirigir con gran pasión y vocación a la institución, preocupándose por el desarrollo profesional tanto de los alumnos como de los docentes a su cargo.

A la Dra. Sandra Paloma Esparza Dávila, como asesora y titular de la materia de Investigación, por su paciencia, tiempo y empeño en sacar adelante a los alumnos que pasaron por sus aulas.

A los asilos María Esperanza Nuestra y Hogar de la Misericordia (ABP 1 y 2) por la disposición de escuchar la dinámica del estudio y permitir que se realizara parte de la investigación con sus residentes.

A los sinodales, por sus oportunas correcciones y el tiempo invertido en la revisión de este trabajo.

A nuestros padres, Sr. Diego Aguilar Martínez, Sra. Ethna Aracely Aguilar Peña, Sr. José Antonio Robledo Rubio y Sra. Teresa de Jesús Campos Silva, por su constante esfuerzo para apoyar nuestra educación y consecución de metas.

A nuestros compañeros, por sus retroalimentaciones y apoyo durante estos ocho semestres de convivencia.

## **Dedicatoria**

A mis padres, Sr. Diego Aguilar Martínez y a la Sra. Ethna Aracely Aguilar Peña por sus valores, amor y comprensión, por su empeño en darnos la mejor educación a mi hermana Sara Aracely Aguilar Peña y a mí.

A mi asesora Dra. Sandra Paloma Esparza Dávila, por su tiempo y paciencia, por darnos el apoyo y los ánimos para seguir con esta tesis.

A mis compañeras Verónica Ileen Treviño Galindo, Myriam Aidé Garza Villarreal, Ileana Patricia Olmeda Salazar y Laura Lizeth Robledo Campos, por ser mis fieles amigas y ayudarme a superar los obstáculos de esta etapa de mi vida, por su paciencia, comprensión y afecto.

Fátima Esmeralda Aguilar Garza

## **Dedicatoria**

A mis padres, Sr. José Antonio Robledo Rubio y Sra. Teresa de Jesús Campos Silva, por su amor, educación y ejemplo, así como por cada esfuerzo invertido en sus hijas a lo largo de nuestras vidas. A mi hermana, Yessica Fabiola Robledo Campos, por ser mi amiga y confidente desde que nací. A mi madrina, Lorena Ivonne Campos Silva, por el cariño, la entrega y el compromiso a la familia cada día desde que tomaste esa responsabilidad en tus manos.

A mi mejor amiga, Fátima Esmeralda Aguilar Garza, por cada proyecto terminado, cada risa compartida y cada lágrima escuchada. A Luis Daniel Hernández Alemán, por enseñarme a amar como lo haces tú.

A mi asesora, Dra. Sandra Paloma Esparza Dávila, porque sin su guía en este último tramo de nuestra carrera no habría sido posible llegar hasta acá. Deja una huella imborrable y un excelente ejemplo a seguir en nuestras vidas. Y a cada maestro que ha formado parte de mi trayectoria académica, porque su instrucción me ha encaminado a donde estoy ahora.

Laura Lizeth Robledo Campos

## RESUMEN

**Fátima Aguilar Garza y Laura Robledo Campos**

Escuela de Enfermería UDEM Campus Christus

Muguerza Hospital General Conchita

**Título del Estudio:** CAPACIDAD FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR DE 60 AÑOS O MÁS

**Número de Páginas:** 60

**Área de Estudio:** Clínica

**Fecha de Graduación:**

Junio de 2019

Candidato para obtener el grado de Licenciatura en Enfermería

**Propósito y Método de Estudio:** Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con el propósito de identificar la capacidad funcional del adulto mayor de 60 años o más. La presente investigación se llevó a cabo con 81 adultos mayores con edad igual o mayor a 60 años. Se utilizaron tanto un consentimiento informado y una cédula de datos sociodemográficos, como el Índice de Katz (Katz, 1963) y la Escala de Lawton y Brody (Lawton & Brody, 1969). La muestra fue calculada con un 95% de confiabilidad y un 5% de margen de error. Los datos obtenidos fueron procesados a través del Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión 22, usando frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central (media) y medidas de dispersión (desviación estándar).

**Contribución y conclusiones:** Se encontró que, de los adultos mayores, predominaron los hombres con un 54.3%, así como el grupo de edad de 75 a 79 años con un 27.2%. Presentaron problemas de salud como hipertensión arterial (HTA) y diabetes mellitus (DM) en un 32.1% y problemas de visión en un 33.3%. Los adultos mayores presentaron dependencia parcial para realizar las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), sin embargo, dentro de los escenarios destaca que no requerían de asistencia en mayor proporción actividades como vestido (76.5%) y alimentación (92.6%). En las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), presentaron dependencia parcial, sin embargo, en los escenarios de uso del teléfono un 30.9% podía marcarlo sin problema y otro 30.9% podía únicamente contestar, en cuanto a la medicación el 65.4% podía tomarla a la hora y dosis correcta. Se encontró que la capacidad funcional en las ABVD las mujeres presentaban independencia con una media de 5.6 ( $DE=1.0$ ) y en las AIVD una media de 4.6 ( $DE=3.0$ ) siendo dependiente parcial. El grupo de edad que presentó independencia en las ABVD fue el de 65-69 años, con una media de 5.9 ( $DE=0.4$ ) al igual que en las AIVD con una media de 5.6 ( $DE=2.7$ ).

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS: \_\_\_\_\_

## SUMMARY

**Fátima Aguilar Garza and Laura Robledo Campos**

Escuela de Enfermería UDEM Campus Christus

Muguerza Hospital General Conchita

**Study title:** FUNCTIONAL CAPABILITY OF THE ELDERLY AGED 60 OR OLDER

**Number of pages:** 60

**Graduation date:**

June, 2019

Candidate to obtain a degree in bachelor nursing

**Study area:** Clinical

**Study aim and method:** A descriptive cross-sectional study was carried out with the purpose of identifying the functional capacity of the adult over 60 years of age. The present investigation was carried out with 81 older adults with age equal to or greater than 60 years. Both an informed consent and a sociodemographic data card were used, such as the Katz Index (Katz, 1963) and the Lawton and Brody Scale (Lawton & Brody, 1969). The sample was calculated with a 95% reliability and a 5% margin of error. The data obtained were processed through the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), version 22, using frequencies, percentages, measures of central tendency (mean) and dispersion measures (standard deviation).

**Contribution and conclusions:** It was found that, of the older adults, men predominated with a 54.3%, as well as the age group of 75 to 79 years with 27.2%, presenting diseases such as hypertension (HT) and diabetes mellitus (DM) in a 32.1%. % and vision problems in 33.3%. Older adults were partially dependent to perform the Basic Activities of Daily Living (BADL), however, within the scenarios, it is important to note that they did not require assistance in a greater proportion, such as clothing (76.5%) and feed (92.6%). In the Instrumental Activities of the Daily Life (IADL), they showed partial dependence, however, in the scenarios of telephone use, 30.9% could use it with no problem and another 30.9% could only answer calls; also, about medication, 65.4% could take it at the correct time and dose. It was found that, about the functional capability in the BADL women presented independence with a mean of 5.6 (SD = 1.0) and in the IADL a mean of 4.6 (SD = 3.0) showed they're partially dependent. The age group that presented independence in the BADL was the one between 65-69 years old with an average of 5.9 (SD = 0.4) as in the IADL with an average of 5.6 (SD = 2.7).

SIGNATURE OF THE THESIS DIRECTOR: \_\_\_\_\_

## Tabla de contenido

Contenido	Página
1. Capítulo I. Introducción	1
1.2 Antecedentes	3
1.3 Marco conceptual	9
1.4 Justificación	13
1.5 Definición del problema	14
1.6 Objetivos	15
2. Capítulo II. Material y métodos	16
2.1 Diseño del estudio	16
2.2 Población	16
2.3 Tamaño de la Muestra y Tipo de Muestreo	16
2.4 Criterios de selección	16
2.5 Definición de variables sociodemográficas y unidades de medida	18
2.6 Definición de variables y unidades de medida	19
2.7 Recolección de información	20
2.7.1 Selección de fuentes y métodos	20
2.7.2 Técnicas y procedimientos en la recolección de la información	21
2.7.3 Plan de procesamiento y presentación de la información	22
2.8 Aspectos éticos	24
3. Capítulo III. Resultados	26
3.1 Características sociodemográficas	26
3.2 Estadística descriptiva de las variables de estudio	28

## **Tabla de contenido**

Contenido	Página
3.3 Consistencia interna de los instrumentos aplicados	35
4. Capítulo IV. Discusión	36
4.1 Limitaciones del estudio	40
4.2 Conclusiones	40
4.3 Recomendaciones	40
Referencias	42
Apéndices	49
Apéndice A. Aprobación de Comité de Investigación y Comité de Ética en Investigación	50
Apéndice B. Consentimiento informado para adultos mayores	51
Apéndice C. Cédula de datos sociodemográficos	53
Apéndice D. Índice de Katz	55
Apéndice E. Escala de Lawton & Brody	58

## Lista de Tablas

Tabla	Página
1. Definición de variables sociodemográficas y unidades de medida	18
2. Definición de variables y unidades de medida	19
3. Características sociodemográficas del adulto mayor de 60 años o más	26
4. Capacidades del adulto mayor de 60 años o más en las Actividades Básicas de la Vida Diaria	28
5. Capacidades del adulto mayor de 60 años o más en las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria	31
6. Capacidad funcional del adulto mayor de 60 años de acuerdo al sexo	33
7. Capacidad funcional del adulto mayor de 60 años de acuerdo a la edad	34

## **Capítulo I**

### **Introducción**

El envejecimiento es un proceso natural e irreversible, que conlleva cambios a nivel biológico, psicológico y social, determinados por las condiciones socioeconómicas y culturales de los grupos e individuos, esto implicando un impacto en la capacidad funcional. (Loredo-Figueroa, Gallegos-Torres, Xequé-Morales, Palomé-Vega, & Juárez-Lira, 2016). La población latina experimenta un acelerado proceso de envejecimiento, se ha estimado que para el 2030 la población de adultos mayores representará el 17% del total y, para el 2050, el 25% (Aranco, Stampini, Ibararán, & Medellín, 2018; Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2017).

En México la población adulta mayor equivale a 10% y se prevé que irá en aumento, para el año 2050 alcanzará 28% y teniendo en cuenta que esta etapa conlleva la degeneración progresiva de las funciones, se estima que el 10.1% del porcentaje mencionado será dependiente (Jiménez-Aguilera, Baillet-Esquivel, Ávalos-Pérez, & Campos-Aragón, 2016). Conforme a las proyecciones que estima el Consejo Nacional de Población (CONAPO), en 2017 residían en el país casi 13 millones de personas de 60 y más años, de los cuales 53.9% eran mujeres y 46.1% eran hombres (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2017).

Cabe señalar que al interior de este grupo de edad se hace evidente la pérdida gradual de capacidades motrices y cognitivas conforme avanza la edad (INEGI, 2017). En el adulto mayor, el mejor indicador de salud es su capacidad funcional, la cual se alude a la facultad para realizar las Actividades de la Vida Diaria (AVD), que se

dividen en Básicas (ABVD) e Instrumentales (AIVD), así como enfrentar las demandas del ambiente y vivir de manera independiente. Su evaluación permite conocer el grado de dependencia y autonomía ya que, con la pérdida de las habilidades funcionales normales, la persona, los roles y las tareas socialmente definidas se ven afectados y el nivel de socialización del adulto tiende a disminuir (Loredo-Figueroa et al., 2016).

Ante esto, es de suma importancia en el cuidado de la salud del adulto mayor facilitar la capacidad de las personas para mantener y promover su propia salud. Aunque los adultos mayores sufren de enfermedades crónicas, limitaciones funcionales y deterioro cognitivo, se les debe alentar a obtener los conocimientos y habilidades adecuados para que puedan movilizar sus recursos de autocuidado, minimizar sus problemas de salud y mejorar la salud y el bienestar (Job, Narang, Thakur, & Ghai, 2016).

Por esta razón, una de las funciones de enfermería en el adulto mayor es el de asegurar la continuidad en la atención, con el fin de mantener, prolongar, recuperar la capacidad funcional integral y mejorar su calidad de vida (Jiménez-Aguilera et al., 2016). Por consiguiente, el objetivo del presente estudio es identificar la capacidad funcional del adulto mayor de 60 años o más.

## 1.2 Antecedentes

Agreli, Días, Ferreira, Gomes y Tavares (2017) llevaron a cabo un estudio descriptivo transversal en 1693 adultos mayores de 60 años o más en Uberaba, Brazil, con el objetivo de investigar la asociación de la incapacidad funcional y el número de morbilidades con variables sociodemográficas, económicas y de salud entre los ancianos. Sobre el número de discapacidades en las ABVD, se obtuvo que, en hombres, el 29.6% (de una muestra de 54) presentaron de 1-3 discapacidades y el 20% (muestra de 10) presentó 4 o más; en mujeres, el 70.4% (de 54) presentaron de 1-3 discapacidades y el 80% (de 10) presentó 4 o más.

Araujo et al. (2017), realizaron un estudio cuantitativo, descriptivo transversal a 242 ancianos brasileños con el objetivo de identificar el nivel de capacidad funcional en Actividades Básicas, Instrumentales y Avanzadas de la Vida Diaria y su correlación con la prevalencia de depresión. Los resultados indicaron que acorde al apartado de ABVD de los 204 entrevistados de 65-79 años el 86.3% es independiente y el 13.7% dependientes y en AIVD el 59.8% son independientes y 40.2% dependientes.

En función a la clasificación por género se determinó que en las ABVD el 89.9% de los hombres son independientes y el 10.1% son dependientes, en las mujeres el 81% son independientes y el 19% dependientes; en las AIVD de la vida diaria el 57% de los hombres son independiente y 43% dependientes mientras que las mujeres el 54.6% son independientes y el 45.4% dependientes.

Erci, Yilmaz y Budak (2017), realizaron un estudio descriptivo correlacional longitudinal a 320 personas mayores de 65 años con el

objetivo de examinar el efecto de la capacidad de autocuidado y la satisfacción con la vida en los niveles de esperanza en personas mayores. Los resultados indicaron que de la escala de capacidad de autocuidado 140 es el puntaje máximo correspondiente a un alto grado de capacidad de autocuidado, donde las mujeres obtuvieron un promedio de puntaje de 130.06 puntos y en los hombres fue puntaje de 134.93 puntos lo que indica una alta capacidad funcional de autocuidado.

En función al apartado de grupo por edades se obtuvo un promedio puntaje 130.77 puntos de 65-69 años, entre 70-74 años 134.55 puntos y los de 75-79 años 129.41 puntos, indicando que de este grupo los de menor puntaje fueron los mayores de 75 años.

Keshari y Shankar (2017) llevaron a cabo un estudio transversal basado en la comunidad en 616 adultos mayores de 60 años o más de Varanasi, India, con el objetivo de encontrar la prevalencia de restricciones de su vida en general y de sus AVD. Se obtuvo que, del total, el 46.4% no tienen ninguna afectación en sus AVD, el 40.1% requiere asistencia y el 13.5% tiene una restricción en alguna de dichas actividades con máxima severidad.

Por género, el 47.7% de los hombres no tienen ninguna afectación en sus AVD, el 39.0% requiere asistencia, y el 13.3% tiene una restricción en alguna de dichas actividades con máxima severidad; de las mujeres, el 45.4% no tienen ninguna afectación en sus AVD, el 40.9% requiere asistencia y el 13.7% tiene una restricción en alguna de dichas actividades con máxima severidad.

Ran et al. (2017), realizaron un estudio descriptivo correlacional con el objetivo de evaluar las AVD y la calidad de vida relacionada con

la salud y sus factores influyentes a 291 adultos mayores de los cuales el 37.8% eran mujeres y el 62.2% hombres con una edad de 63 a 75 años. La escala de AVD usa parámetros para sus resultados de 0-100, donde 0 es completamente dependiente y 100 completamente independiente; en función de las actividades, en el grupo de 60-64 años se obtuvo un promedio de 94.4 ( $DE=12.3$ ), en el grupo de 65-69 años de 95.1 ( $DE=10$ ), en el grupo de 70-74 años de 87.5 ( $DE=21.4$ ), en el grupo de 75-79 años de 92 ( $DE=19.8$ ) y en el grupo de >80 el promedio fue de 87.6 ( $DE=17.6$ ) esto indicando que los grupos de 70-74 años y >80 años clasifican en la escala de mayor dependencia.

También usando la escala de AIVD con parámetros de 0-8, donde 0 es dependientes y 8 independiente, en función al grupo de edades donde los de 60-64 años tuvieron una media de 5.2 ( $DE=1.5$ ), de 65-69 años una media de 5.0 ( $DE=1.8$ ) clasificándose como los más independientes y de 70-74 años con media de 4.2 ( $DE=1.7$ ), 75-89 años la media de 4.8 ( $DE=2.0$ ) y de >80 una media de 3.4 ( $DE=1.8$ ) clasificándose como los más dependientes.

Serrano-Urrea, Gómez-Rubio, Palacios-Ceña, Fernández de las Peñas y García Meseguer (2017), realizaron un estudio descriptivo transversal a 895 adultos mayores residentes de España con el fin de describir la prevalencia de la discapacidad funcional en las personas mayores que viven en hogares de ancianos y la relación entre las características individuales y del hogar de ancianos y la discapacidad funcional del residente. Los resultados indicaron que en función con la escala de Barthel de los 895 participantes se indicó que el 5.8% ( $n=52$ ) eran totalmente dependientes, 17.9% ( $n=160$ ) severamente

dependientes, 33.4% ( $n=299$ ) moderadamente dependiente, 22.7% ( $n=203$ ) ligeramente dependiente y 20.2% ( $n=181$ ) sujetos independientes.

Los autores Chumpitaz y Moreno (2016) llevaron a cabo un estudio de tipo descriptivo, de nivel aplicativo y de corte transversal en una población conformada por 35 adultos mayores (60 años o más) de un club en el Perú, con el objetivo de determinar la capacidad funcional en las ABVD y AIVD del adulto mayor. Según los porcentajes obtenidos en cuanto a las ABVD, prevalece el nivel de funcionalidad alto en el 97% de los adultos mayores, le sigue el 3% de los adultos mayores con un nivel bajo de funcionalidad. En relación con las AIVD, el 74% tiene un nivel alto, el 23% un nivel medio y el 3% un nivel bajo de funcionalidad.

Jiménez-Aguilera et al. (2016), realizaron un estudio descriptivo transversal donde incluyeron a 298 pacientes de entre 60 a 86 años en la unidad médico familiar N°21 en la Ciudad de México, para asociar el grado de dependencia funcional y la percepción de apoyo familiar del adulto mayor. Los resultados indicaron que de los 116 (38.9%) mostraron independencia, 141 (47.3%) dependencia parcial y 14 (13.8%) dependencia total. De la escala de Lawton Brody se clasificó un puntaje de 0-3 como máxima dependencia, 4-7 dependencia parcial y 8 como independiente y está por géneros, por lo que los hombres obtuvieron una media de 5.3 ( $DE=2$ ), sin embargo, las mujeres una media de 6.37 ( $DE=2$ ) posicionándose como dependientes parciales.

Loredo-Figueroa, Gallegos-Torres, Xequé-Morales, Palomé-Vega y Juárez-Lira (2016), realizaron un estudio transversal, descriptivo y

correccional a 116 adultos, con el objetivo de establecer una relación entre calidad de vida, su nivel de dependencia y autocuidado. Los resultados indicaron que según la escala de Barthel usando los parámetros de 0-100 puntos se categorizaron en >60 puntos: dependencia leve, de 40-55 puntos: dependencia moderada y 20-25 puntos: dependencia severa, por lo que 80.2% de los adultos mayores presentaron independencia para realizar sus actividades diarias y el 19.8% presentaron dependencia leve.

Viana, A.C., Morgani, Fernandes y Viana (2016), llevaron a cabo una revisión sistemática y metaanálisis de 23 estudios entre 2009 y 2011 en Brasil, con el objetivo de describir la prevalencia de la discapacidad por género entre las personas mayores en Brasil. Posterior a la revisión de 23 artículos, se obtuvo que, en 8 artículos, la prevalencia de la discapacidad funcional en mujeres era mayor al 50%.

Ahlqvist, Nyfors y Suhonen (2015) realizaron un estudio descriptivo de corte transversal basado en registros en una muestra de 388 adultos de 75 años en un municipio finlandés. El objetivo fue identificar los factores asociados con la vida independiente de los adultos desde el punto de vista de salud y capacidad funcional. Al realizarles preguntas cerradas dicotómicas, el 91% respondió que sí era adecuada el tipo de vivienda de acuerdo a su capacidad funcional y el 9% dijo que no; sobre conducir un automóvil (con una muestra de 289), el 64% dijo que sí y el 36% que no; en cuanto a la prevalencia de actividad física (con una muestra de 286), el 67% refería que la realizaba a diario y el 33% rara vez o nunca; sobre el uso de escaleras, el 80% sí las utilizaba y el 20% no; sobre el último

punto, acerca de la causa por no utilizar las escaleras (una muestra de 58), 42% respondió que se debía a dolor en la rodilla, el 13% por algún otro dolor, el 5% por deterioro de la movilidad y otros (40%).

Inocian, E.P., Inocian e Ysatam (2014) realizaron un estudio correlacional en 120 adultos mayores de 65 años o más en una comunidad y cuatro hogares para ancianos en las Filipinas. De los ancianos que residían en asilos, sobre las ABVD, presentaban en promedio entre 1.73 y 2.27 puntos en cada actividad (todos clasificados como "necesitan asistencia"). Por otro lado, todos los ancianos que vivían en su comunidad fueron clasificados como "independientes", según sus puntuaciones promedio por encima de 2.34 en cada actividad.

Acercas de las AIVD, los ancianos que residían en asilos presentaron puntuaciones entre 1.48 y 1.60 (clasificados como "dependientes") en cada actividad; por su parte, los ancianos que vivían en su comunidad presentaron 2.12 puntos en cuanto al uso de transporte (clasificados como "necesitan asistencia") y promedios por encima de 2.34 en el resto de las actividades (clasificados como "independientes").

### **1.3 Marco conceptual**

En el adulto mayor se hace presente la disminución paulatina de las capacidades para el desempeño de la vida diaria, limitando las habilidades de adaptación a los cambios en su entorno (Roca, 2016; Romero, 2011). En México se demuestra un incremento de la población del adulto mayor como resultado de los desarrollos del país y aumento de la esperanza de vida, el número de adultos mayores duplicó su monto en las últimas décadas, pasando de 5 a 11.7 millones de 1990 a 2014 (INEGI, 2017).

El envejecimiento es considerado como un periodo en el que la persona experimenta numerosos cambios que dependen del estilo de vida, contexto cultural, sistema social y familiar que influyen continuamente en las diversas áreas de funcionamiento (Serrano-Urrea et al., 2017; Del Pozo-Cruz et al., 2013; Gutiérrez, 2012). En el envejecimiento la pérdida de la capacidad cognitiva, emocional y funcional englobadas entre sí, tienden a aumentar la dificultad con la realización de las AVD (Ran et al., 2017; Gutiérrez, 2012).

En el entorno social es notable que en el adulto mayor se vea restringido en su participación, afectando su identidad personal, así como las funciones de afecto y cuidado, en las cuales la familia debería tener un papel solidario y protector (Rodrigues et. al, 2017; Loredo-Figueroa et al., 2016; Del Pozo-Cruz et al., 2013; Acuña-Gurrola & González-Celis-Rangel, 2010). Los cambios en la capacidad de realizar actividades cotidianas conducen a una situación de sufrimiento y pensamientos de inutilidad, provocando cambios mentales y cognitivos como: trastorno afectivo o desórdenes del estado de ánimo, aumentando la demanda de atención y cuidado

puede llevar al maltrato, abandono, marginación y mala calidad de vida (Gutiérrez, 2012; Romero, 2011).

Sin embargo, es más notable el deterioro de las funciones físicas pues, además de su pérdida progresiva, existen afecciones en el adulto mayor tales como problemas de hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedades osteoarticulares, patologías pulmonares como asma, fibrosis pulmonar u obstructivas crónicas, cáncer, patologías neurológicas, patología ocular o auditiva, que limitan la realización de sus actividades cotidianas (Agreli et al., 2017; Ran et al., 2017; Chumpitaz & Moreno, 2016; Job et al., 2016; Ahlqvist et al., 2015; Romero, 2011).

Por lo tanto, una de las cuestiones esenciales que se debe considerar en el adulto mayor es el deterioro de la capacidad funcional, lo cual puede disminuir su calidad de vida relacionada con la salud (Runzer-Colmenares et al., 2017; Serrano-Urrea et al., 2017). Esto dependerá de las diferencias individuales como la percepción de la salud física y al sexo que, de acuerdo con diversas investigaciones, este último aspecto es relevante (Viana, A.C. et al., 2016; Ahlqvist et al., 2015).

La capacidad funcional se conoce como la facultad presente en una persona para realizar las AVD sin necesidad de supervisión, dirección o asistencia, es decir, la capacidad de ejecutar tareas y desempeñar roles sociales en la cotidianidad, dentro de un amplio rango de complejidad (Agreli et al., 2017; Araujo et al., 2017; Cerquera, Uribe, Matajira, & Correa, 2017; Ran et al., 2017; Runzer-Colmenares et al., 2017; Chumpitaz & Moreno, 2016; Viana, A.C. et

al., 2016; Gutiérrez, 2012; Manrique-Espinoza, Salinas-Rodríguez, Moreno-Tamayo, & Téllez-Rojo, 2011).

El identificarse con dependencia o independencia está dado por el grado de funcionalidad, el cual hace referencia a la capacidad del adulto mayor para la realización de sus actividades de la vida diaria. Éstas se clasifican en dos: ABVD o también llamadas actividades físicas, relacionadas en seis aspectos: bañarse, vestirse, usar el sanitario, desplazarse, alimentarse y tener presente la continencia fecal y urinaria, que definen si el adulto es o no independiente, además que representan acciones de autocuidado; y AIVD, las cuales resultan más complejas ya que requieren la interacción de los procesos mentales, sociales, culturales y físicos, como son: usar el teléfono, realizar compras, preparar los alimentos, responder por el cuidado de la casa, por el lavado de la ropa, utilizar los medios de transporte, administrarse los medicamentos y ser capaz de utilizar el dinero (Gutiérrez, 2012).

La evaluación de estas actividades es necesaria en virtud de que no son suficientes los diagnósticos médicos para identificar el posible deterioro de la capacidad funcional, además que este último puede implicar eventos adversos, como caídas e internamientos en el hospital. Para la medición de la capacidad funcional se tiene diversos instrumentos que, utilizados en conjunto, proporcionan una apreciación integral del estado funcional de la persona. Para la valoración de las ABVD se utiliza el índice de Katz, por otro lado, la escala de Lawton y Brody se utiliza para la valoración de las AIVD (Agreli et al., 2017; Araujo et al., 2017; Loredó-Figueroa et al., 2016; Viana, A.C. et al., 2016).

Tras la revisión de la literatura, se encuentra que coinciden datos acerca de la diferencia de sexo en cuanto al nivel de capacidad funcional, donde el grupo femenino presenta una mayor limitación en el desarrollo de sus actividades cotidianas, sin embargo, estudios sugieren que el debilitamiento resultante de la red de apoyo aunado a una mayor esperanza de vida y una mayor prevalencia de enfermedades crónicas aumenta la vulnerabilidad de las mujeres hasta llegar a condiciones incapacitantes (Agreli et al., 2017; Serrano-Urrea et al., 2017; Viana et al., 2016; Ahlqvist et al., 2015).

Otro hallazgo fue que la pérdida de la capacidad funcional es directamente proporcional a la edad, es decir que, a mayor edad, se observa una mayor dependencia para realizar las AVD; la asociación entre la edad y la discapacidad funcional en la AVD también es consistente con la mayoría de los estudios sobre el tema (Agreli et al., 2017; Serrano-Urrea et al., 2017; Viana, A.C. et al., 2016; Ahlqvist et al., 2015).

#### **1.4 Justificación**

Hoy en día el aumento de la población del adulto mayor ha formado parte de los problemas de salud pública más importantes ya que en este grupo de edad sus capacidades y necesidades poblacionales cambian, debido al proceso natural de deterioro que se sufre en esta etapa de la vida. Este fenómeno adquiere mayor relevancia ya que aunado a la disminución de la capacidad funcional, el adulto mayor padece enfermedades crónico-degenerativas (Cerquera et al., 2017; Runzer-Colmenares et al., 2017; Pampolim, Lourenço, Gonçalves da Silva, de Rezende Coelho, Machado Sogame, 2017; Viana, A.C. et al., 2016; Ahlqvist et al., 2015).

Es por esto que los cuidados de enfermería en materia de geriatría consisten en ayudar a los adultos enfermos o sanos en la ejecución de las actividades de satisfacción de sus necesidades básicas, interviniendo con acciones de control que disminuyan la dependencia que contribuye a un deterioro mayor (Agreli et al., 2017; Pampolim et al., 2017; Ahlqvist et al., 2015; Millán, 2010).

Por lo tanto, conocer la naturaleza y la magnitud de la disminución de la capacidad funcional de los adultos mayores, así como saber su desempeño en las ABVD y/o AIVD, permite identificar las fortalezas y debilidades en el desarrollo de sus actividades cotidianas, con lo que se pueden establecer estrategias y planes de acción para promover un envejecimiento óptimo. Esto incide de manera positiva en su calidad de vida al recuperar, mantener y prolongar la capacidad funcional adecuada (Gutiérrez, 2012).

### **1.5 Definición del problema**

En México, en 2017, habitaban casi 13 millones de personas con 60 años o más, siendo mujeres el 53.9% y 46.1% hombres. Además, entre 1970 y 1990, el porcentaje de adultos mayores pasó de 5.6% a 6.2% respecto a la población general; para 2017 el porcentaje fue de 10.5%, representando un cambio social con gran trascendencia en el siglo XXI. Para el 2014 residían en México 3.4 millones de personas de 60 años o más con discapacidad y 4.7 millones con limitaciones. La población laboralmente activa en adultos mayores con discapacidad es de 24.2% y un 38.3% en aquellos con limitaciones (INEGI, 2017).

La población de adultos mayores de 60 años o más son susceptibles a perder autonomía y capacidad funcional, teniendo implicaciones en el aspecto físico, psicológico y social, que repercuten en la disminución de su calidad de vida, por lo que aumenta la demanda de cuidado y atención en gran medida, haciéndolos más dependientes en el desempeño de sus AVD (Rodrigues et al., 2017; Loredo-Figueroa et al., 2016; González-Celis, 2010).

Diversos estudios sobre el tema demuestran que, de entre las variables que pueden influir en la capacidad funcional, destacan el sexo y la edad. Respecto al primero, las investigaciones sugieren que se presenta mayor pérdida de la capacidad funcional en mujeres; además, a mayor edad se observa mayor dependencia funcional (Agreli et al., 2017; Ran et al., 2017; Serrano-Urrea et al., 2017; Viana, A.V. et al., 2016; Ahlqvist et al., 2015).

Ante esto se formularon las siguientes preguntas de investigación: ¿Cuál es la capacidad funcional en los adultos mayores de 60 años o más de acuerdo con las ABVD y AIVD?

## **1.6 Objetivos**

### **Objetivo general**

Identificar la capacidad funcional del adulto mayor de 60 años o más.

### **Objetivos específicos**

1. Describir las capacidades del adulto mayor de 60 años o más en las ABVD.

2. Describir las capacidades del adulto mayor de 60 años o más en las AIVD.

3. Identificar la capacidad funcional del adulto mayor de 60 años o más de acuerdo al sexo.

4. Identificar la capacidad funcional del adulto mayor de 60 años o más de acuerdo a la edad.

## **Capítulo II**

### **Material y métodos**

En este apartado se define el diseño de estudio, definición de la población, tamaño de la muestra y tipo de muestreo, unidades de observación, criterios de selección, definición de variables sociodemográficas y unidades de medida, selección de fuentes y métodos, técnicas y procedimientos en la recolección de la información, plan de procesamiento, presentación de la información y aspectos éticos.

#### **2.1 Diseño del estudio**

En la presente investigación de enfoque cuantitativo se realizó un estudio de tipo descriptivo transversal, ya que se describió la capacidad funcional del adulto mayor de 60 años o más de acuerdo a las ABVD y las AIVD y se realizó la medición en un solo momento.

#### **2.2 Población**

La población fue de 100 adultos mayores de 60 años o más de Monterrey, Nuevo León.

#### **2.3 Tamaño de la muestra y tipo de muestreo**

La muestra fue de 81 adultos mayores, calculada con un 95% de confiabilidad y un 5% de margen de error; el tipo de muestreo fue aleatorio simple.

#### **2.4 Criterios de selección**

##### **Inclusión**

Adultos mayores de 60 años o más.

**Exclusión**

Adultos mayores de 60 años con complicaciones graves de salud que les impidiera contestar verbalmente la encuesta o que esté comprometido su estado de salud.

Adultos mayores de 60 años o más con crisis convulsivas, psiquiátricas o cognitivas.

Adultos mayores de 60 años o más con Alzheimer, demencia senil u otra patología similar.

## 2.5 Definición de variables sociodemográficas y unidades de medida

Tabla 1

### *Definición de variables*

<b>Tipo de variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Escala de medición</b>	<b>Fuente de medición</b>
Edad Independiente	Tiempo que ha vivido una persona (Vargas & Espinoza, 2013)	Tiempo en años que ha vivido un adulto mayor.	Nominal	Cédula de datos
Sexo Independiente	Características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres (Hernández, 2016)	Características biológicas y fisiológicas que en conjunto definen al adulto mayor en hombre o mujer.	Nominal	Cédula de datos

## 2.6 Definición de variables y unidades de medida

Tabla 2

### *Definición de variables*

<b>Tipo de variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Escala de medición</b>	<b>Fuente de medición</b>
Capacidad funcional Dependiente	La facultad presente en una persona para realizar las AVD divididas en Básicas e Instrumentales sin necesidad de supervisión, dirección o asistencia, es decir, la capacidad de ejecutar tareas y desempeñar roles sociales en la cotidianidad (Jiménez-Aguilera et al., 2016; Giraldo & Franco, 2008).	La facultad del adulto mayor de 60 años o más para desempeñarse en las ABVD con las que se satisfacen necesidades básicas indispensables para subsistir, como: bañarse, vestirse, usar el sanitario, movilidad, continencia y alimentación; y AIVD, que se realizan para obtener los recursos necesarios y satisfacer sus necesidades como: el uso del teléfono, realizar las compras, medicación, finanzas, transportación, cocinar, cuidado del hogar y lavandería.	Nominal	Índice de Katz (Katz, 1963) Escala de Lawton y Brody (Lawton y Brody, 1969)

## **2.7 Recolección de información**

### **2.7.1 Selección de fuentes y métodos.**

Se utilizó una cédula de datos sociodemográficos donde se preguntó el sexo, edad, estado civil, escolaridad, religión y padecimiento(s) actual(es) (Apéndice C).

La variable de capacidad funcional, determinada por las ABVD y las AIVD, fue medida a través de dos instrumentos. En primera instancia para medir el desempeño del adulto mayor en las ABVD se utilizó el Índice de Katz (Katz, 1963) (Apéndice D), el cual tiene por objetivo evaluar la independencia o dependencia funcional del adulto mayor para: bañarse, vestirse, ir al baño, transferirse, continencia y alimentación. Se conforma de 6 preguntas con opción de respuesta dicotómica, donde 0 significa que la actividad es realizada de forma independiente y 1 si la actividad se realiza con ayuda o no se realiza, la suma de los puntos se interpreta de la siguiente manera: 0-3 representa dependiente, 4-5 dependencia parcial y de 6 independiente. La fiabilidad de este instrumento se demuestra con un Alfa de Cronbach de 0.94.

Para medir el desempeño del adulto mayor en las AIVD se aplicó la escala de Lawton y Brody (Lawton y Brody, 1969) (Apéndice E), que tiene por objeto evaluar la independencia física con las AIVD. La escala se compone de 8 preguntas: capacidad para utilizar el teléfono, hacer compras, preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado de la ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad respecto a la medicación y administración de su economía, con opción de respuesta dicotómica donde se les asigna un valor numérico 1 si realiza la actividad independientemente o 0

si necesita ayuda o es dependiente para realizar la actividad. La puntuación final es la suma del valor de las respuestas de todos los ítems. Se determinó con una puntuación máxima de 8 puntos siendo este independiente y una puntuación mínima de 0 indicando que es dependiente. La fiabilidad de este instrumento se demuestra con un Alfa de Cronbach de 0.94.

### **2.7.2 Técnicas y procedimientos en la recolección de la información.**

La presente investigación cuenta con previa autorización del Comité de Investigación y Ética de la Escuela de Enfermería Christus Muguerza-UDEM. Posteriormente se planificó la cita en la institución o asilo seleccionado para poder dar explicación del objetivo a las autoridades correspondientes, se les proporcionó una copia impresa de los instrumentos a aplicar para que fuesen de su conocimiento. En dicha visita se realizó un análisis de las características de los sujetos de estudio, su entorno, y las rutinas que se siguen en un día normal.

Una vez aprobada la metodología del estudio por las autoridades de la institución, se procedió a programar la visita para realizar la prueba piloto. Posterior a una explicación individual, a los sujetos seleccionados se proporcionaron copias con el consentimiento informado con su respectiva explicación si lo requerían. El abordaje se realizó utilizando la técnica de entrevista dirigida, describiendo los escenarios que los instrumentos utilizan.

Después de esto se realizó la prueba definitiva. Este procedimiento tuvo una duración estimada de 10 a 20 minutos por

adulto mayor, tomando en cuenta cualquier eventualidad, duda o incluso la corroboración de ciertos datos con el personal.

### **2.7.3 Plan de procesamiento y presentación de la información.**

Los datos fueron procesados a través del paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 22. Se obtuvo la consistencia interna del Índice de Katz y la Escala de Lawton y Brody mediante el Alfa de Cronbach.

Para dar respuesta al objetivo general, que consistió en identificar la capacidad funcional del adulto mayor de 60 años o más, se utilizaron tanto el índice de Katz como la escala de Lawton y Brody, mostrándose los resultados en frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central.

Para dar respuesta al objetivo específico uno, que consistió en describir las capacidades del adulto mayor de 60 años o más en las ABVD, se utilizó el índice de Katz, que determina la capacidad funcional de las actividades básicas del adulto mayor y cuyos resultados se mostraron en forma de frecuencias y porcentajes. Para dar respuesta al objetivo específico dos, que consistió en describir las capacidades del adulto mayor de 60 años o más en las AIVD, se utilizó la escala de Lawton y Brody, cuyos resultados se mostraron en forma de frecuencias y porcentajes.

Respecto a los objetivos específicos tres, que consistió en identificar la capacidad funcional del adulto mayor de 60 años o más de acuerdo al sexo, y cuatro, que consistió en identificar la capacidad funcional del adulto mayor de 60 años o más de acuerdo a la edad, se utilizaron tanto el Índice de Katz como la Escala de

Lawton y Brody, cuyos resultados se mostraron a través de las medidas de tendencia central, como la media, y medidas de dispersión, como la desviación estándar.

## **2.8 Aspectos éticos**

La presente investigación se apegó a lo establecido en la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud [SSA], 1987). Respecto al Artículo 3, Fracción IV, se busca contribuir al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos y la prevención y control de los problemas de salud, lo cual fue cubierto con la recolección de datos al final de la investigación para el beneficio y conocimiento de salud al adulto mayor.

En cuanto al Artículo 13, se pretende respetar la dignidad y proteger sus derechos y bienestar. Por lo que se expresarán los beneficios y se respetó su decisión de participar o no. Según el Artículo 16, se protegió la privacidad del individuo sujeto de investigación asegurando su protección con el anonimato.

Sobre el Artículo 21, Fracciones I, II, VI a IX, se le dio al sujeto de investigación una explicación clara y completa sobre a la justificación y los objetivos de la investigación, los procedimientos a utilizar y su propósito, la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación, la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, la seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.

Todo esto con las explicaciones previas a la aplicación de los instrumentos tanto a las autoridades de la institución y a los sujetos de estudio. Respecto al artículo 22, Fracciones I, II y IV, se formuló

un consentimiento informado por escrito, elaborado por los investigadores, fue revisado y aprobado por la Comisión de Ética de la institución y fue firmado por el sujeto de investigación.

## Capítulo III

### Resultados

#### 3.1 Características sociodemográficas

En la Tabla 3 se muestran las características sociodemográficas de los adultos mayores. Se encontró que el 54.3% eran hombres y el 45.7% mujeres. La edad que predominó fue entre 75 a 79 años (27.2%), seguido por el grupo de 60 a 64 años con un 22.2%. El 35.8% estaban solteros, la escolaridad que predominó entre ellos fue primaria incompleta en un 30.9% y la religión predominante fue la católica con un 87.7%

Asimismo, para fines de estética en la representación de la tabla se omitieron los padecimientos, sin embargo, se describen a continuación. Los problemas de salud predominantes en el adulto mayor fueron de visión en un 33.3%, el 32.1% padecía HTA y DM y un 24.7% problemas de visión y oído; otros problemas frecuentes eran los cardiacos y respiratorios, estando presentes cada uno en un 18.5% de los adultos mayores.

Tabla 3

*Características sociodemográficas del adulto mayor de 60 años o más*

Variables	<i>f</i>	%
Sexo		
Hombre	44	54.3
Mujer	37	45.7
Edad		
60-64	18	22.2
65-69	14	17.3

(continúa)

Tabla 3

*Características sociodemográficas del adulto mayor de 60 años o más (Continuación)*

Variables	<i>f</i>	%
Edad		
70-74	13	16.0
75-79	22	27.2
80 o más	14	17.3
Estado civil		
Soltero(a)	29	35.8
Casado(a)	23	28.4
Viudo(a)	22	27.2
Divorciado(a)	22	27.2
Escolaridad		
Primaria incompleta	25	30.9
Primaria completa	17	21.0
Secundaria incompleta	6	7.4
Secundaria completa	7	8.6
Preparatoria incompleta	1	1.2
Preparatoria completa	5	6.2
Profesional	20	24.7
Religión		
Católica	71	87.7
Cristiana	3	3.7
Testigo de Jehová	0	0.0
Mormona	1	1.2
Ninguna	3	3.7
Otra	3	3.7

Nota:  $n=81$

### 3.2 Estadística descriptiva de las variables de estudio

Respecto al objetivo específico uno, que consistió en describir las capacidades del adulto mayor de 60 años o más en las ABVD, se mostrarán resultados de acuerdo a los escenarios siguientes: baño, vestido, uso del sanitario, movilidad, continencia y alimentación.

Se encontró que en el escenario de baño la mayoría de los adultos mayores de 60 años o más no recibía asistencia para entrar y salir de la tina u otra forma de baño (70.4%), en el escenario de vestido el 76.5% podía tomar las prendas y vestirse completamente sin asistencia, en el uso del sanitario 66.7% no requería asistencia para, el 70.4% que podía movilizarse independientemente, el 65.4% con control total de esfínteres y el 92.6% que podía alimentarse por sí solo (Tabla 4).

Tabla 4

*Capacidades del adulto mayor de 60 años o más en las Actividades Básicas de la Vida Diaria*

Preguntas	f	%
<b>Baño</b>		
No recibe asistencia (puede entrar y salir de la tina u otra forma de baño)	57	70.4
Que reciba asistencia durante el baño en una sola parte del cuerpo (p. ej., espalda o pierna)	13	16.0
Que reciba asistencia durante el baño en más de una parte	11	13.6
<b>Vestido</b>		
Que pueda tomar las prendas y vestirse completamente, sin asistencia	62	76.5
Que pueda tomar las prendas y vestirse sin asistencia excepto para abrocharse los zapatos	12	14.8

(continúa)

Tabla 4

*Capacidades del adulto mayor de 60 años o más en las Actividades Básicas de la Vida Diaria (Continuación)*

Preguntas	f	%
Vestido		
Que reciba asistencia para tomar las prendas y vestirse	7	8.6
Uso del sanitario		
Sin ninguna asistencia (puede utilizar algún objeto de soporte como bastón o silla de ruedas y/o que pueda arreglar su ropa o el uso de pañal o cómodo)	54	66.7
Que reciba asistencia al ir al baño, en limpiarse y que pueda manejar por sí mismo el pañal o cómodo vaciándolo	18	22.2
Que no vaya al baño por sí mismo	9	11.1
Movilidad		
Que se mueva dentro y fuera de la cama y silla sin ninguna asistencia (puede estar utilizando un auxiliar de la marcha u objeto de soporte)	57	70.4
Que pueda moverse dentro y fuera de la cama y silla con asistencia	19	23.5
Que no pueda salir de la cama	5	6.2
Continencia		
Control total de esfínteres	53	65.4
Que tenga accidentes ocasionales que no afectan su vida social	16	19.8
Necesita ayuda para supervisión del control de esfínteres, utiliza sonda o es incontinente	12	14.8
Alimentación		
Que se alimente por sí solo sin asistencia alguna	75	92.6
Que se alimente solo y que tenga asistencia sólo para cortar la carne o untar mantequilla	5	6.2
Que reciba asistencia en la alimentación o que se alimente parcial o totalmente por vía enteral o parenteral	1	1.2

Nota:  $n=81$

Para el objetivo específico dos, que consistió en describir las capacidades del adulto mayor de 60 años o más en las AIVD, se mostrarán los resultados de cada uno de los escenarios correspondientes, siendo éstos: uso del teléfono, compras, cocina, cuidado del hogar, lavandería, transporte, medicación y finanzas.

Respecto al escenario de uso del teléfono se encontró que el 30.9% de los adultos mayores lo opera por iniciativa propia y, en una misma proporción, había adultos mayores que sólo contestaban el teléfono, pero no realizaban llamadas; dentro de este escenario, el 23.5% de los adultos mayores no utilizaba el teléfono. En cuanto a las compras, se encontró que el 50.6% de los adultos mayores eran incapaces de realizar cualquier compra. Por otro lado, el 33.3% realizaba esta actividad de forma independiente.

Dentro del escenario de cocina, el 35.8% de los adultos mayores puede planear, preparar y servir los alimentos correctamente; no obstante, el 43.2% necesita que se le preparen los alimentos. Con respecto al cuidado del hogar, el 32.1% de los adultos mayores mantiene la casa solo o con ayuda mínima y el 25.9% efectúa diariamente trabajo ligero eficientemente. Asimismo, se encontró que el 18.5% no participa en esta actividad.

En la actividad de lavandería se obtuvo que, si bien el 37.0% de los adultos mayores se ocupa de su ropa independientemente, el 53.1% de los adultos mayores depende de que otras personas laven su ropa. Dentro de los escenarios de transporte, el 35.8% se transporta solo, el 19.8% viaja en taxi o auto acompañado y el 40.7% no sale.

En cuanto a la medicación, el 65.4% de los adultos mayores son capaces de tomar sus medicinas a su hora y dosis correctas y el 29.6% se hace responsable sólo si se le preparan por adelantado. Con respecto a las finanzas, el 40.7% de los adultos mayores maneja sus asuntos económicos independientemente y el 49.4% es incapaz de manejar dinero (Tabla 5).

Tabla 5

*Capacidades del adulto mayor de 60 años o más en las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria*

Variable	f	%
<b>Uso del teléfono</b>		
Lo opera por iniciativa propia, lo marca sin problema	25	30.9
Marca sólo unos cuantos números bien conocidos	12	14.8
Contesta el teléfono, pero no llama	25	30.9
No usa el teléfono	19	23.5
<b>Compras</b>		
Vigila sus necesidades independientemente	27	33.3
Hace independientemente sólo pequeñas compras	10	12.4
Necesita compañía para cualquier compra	3	3.7
Incapaz de cualquier compra	41	50.6
<b>Cocina</b>		
Planea, prepara y sirve los alimentos correctamente	29	35.8
Prepara los alimentos sólo si se le provee lo necesario	9	11.1
Calienta, sirve y prepara pero no lleva una dieta adecuada	8	9.9
Necesita que le preparen los alimentos	35	43.2
<b>Cuidado del hogar</b>		
Mantiene la casa solo o con ayuda mínima	26	32.1
Efectúa diariamente trabajo ligero eficientemente	21	25.9
Efectúa diariamente trabajo ligero sin eficiencia	12	14.8

(continúa)

Tabla 5

*Capacidades del adulto mayor de 60 años o más en las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (Continuación)*

Variable	f	%
Cuidado del hogar		
Necesita ayuda en todas las actividades	7	8.6
No participa	15	18.5
Lavandería		
Se ocupa de su ropa independientemente	30	37.0
Lava sólo pequeñas cosas	7	8.6
Todos se lo tienen que lavar	43	53.1
Transporte		
Se transporta solo	29	35.8
Se transporta solo, únicamente en taxi pero no puede usar otros recursos	2	2.5
Viaja en transporte colectivo acompañado	2	2.5
Viaja en taxi o auto acompañado	16	19.8
No sale	33	40.7
Medicación		
Es capaz de tomarla a su hora y dosis correctas	53	65.4
Se hace responsable sólo si le preparan por adelantado	24	29.6
Es incapaz de hacerse cargo	4	4.9
Finanzas		
Maneja sus asuntos independientemente	33	40.7
Sólo puede manejar lo necesario para pequeñas compras	8	9.9
Es incapaz de manejar dinero	40	49.4

Nota:  $n=81$

Para el objetivo específico tres, que consistió en describir la capacidad funcional del adulto mayor de 60 años o más de acuerdo al sexo, se mostrarán las medias obtenidas por hombres y mujeres en las ABVD y las AIVD.

Con respecto a las ABVD se encontró que los hombres tenían una media de 5.3 ( $DE=1.5$ ) y las mujeres una media de 5.6

( $DE=1.0$ ), clasificándose ambos como dependencia parcial. En cuanto a las AIVD se obtuvo una media de 4.2 ( $DE=3.0$ ) en hombres y una media de 4.6 ( $DE=3.0$ ) en mujeres, clasificándose ambos como dependencia parcial (Tabla 6).

Tabla 6

*Capacidad funcional del adulto mayor de 60 años de acuerdo al sexo*

Variable	M	DE
ABVD		
Hombre	5.3	1.5
Mujer	5.6	1.0
AIVD		
Hombre	4.2	3.0
Mujer	4.6	3.0

Nota:  $n=81$

Para el objetivo específico cuatro, que consistió en identificar la capacidad funcional del adulto mayor de 60 años o más de acuerdo a la edad, se mostrarán las medias obtenidas por hombres y mujeres en las ABVD y las AIVD.

Con respecto a las ABVD se encontró que el grupo de 60-64 años obtuvo una media de 5.5 ( $DE=1.3$ ), en el grupo de 65-69 años una media de 5.9 ( $DE=0.4$ ), en el grupo de 70-74 años una media de 5.5 ( $DE=1.2$ ), en el grupo de 75-79 años una media de 5.3 ( $DE=1.8$ ) y en el grupo de 80 o más una media de 5.2 ( $DE=1.2$ ). Todos se clasificaron como dependientes parciales.

En cuanto a las AIVD, se encontró que el grupo de 60-64 años obtuvo una media de 5.4 ( $DE=2.9$ ), en el grupo de 65-69 años una media de 5.6 ( $DE=2.7$ ), en el grupo de 70-74 años una media de 5.5

( $DE=3.1$ ), en el grupo de 75-79 años una media de 4.0 ( $DE=2.8$ ). Éstos se clasificaron como dependientes parciales. En el grupo de 80 o más se obtuvo una media de 1.7 ( $DE=1.2$ ), siendo clasificado como dependiente (Tabla 7).

Tabla 7

*Capacidad funcional del adulto mayor de 60 años de acuerdo a la edad*

Variable	<i>M</i>	<i>DE</i>
ABVD		
60-64	5.5	1.3
65-69	5.9	0.4
70-74	5.5	1.2
75-79	5.3	1.8
80 o más	5.2	1.2
AIVD		
60-64	5.4	2.9
65-69	5.6	2.7
70-74	5.5	3.1
75-79	4.0	2.8
80 o más	1.7	1.2

Nota:  $n=81$

### **3.3 Consistencia interna de los instrumentos aplicados**

Para verificar la confiabilidad de los instrumentos se realizó una prueba del Alfa de Cronbach en ambos, obteniendo un 0.86 en el Índice de Katz y 0.91 en la Escala de Lawton y Brody, indicando ambos una confiabilidad aceptable (Molina, Aranda, Flores & López, 2013).

## Capítulo IV

### Discusión

El envejecimiento es un proceso natural e irreversible cuyos cambios implican una susceptibilidad a la pérdida de su capacidad funcional, que a su vez repercute en los ámbitos sociales, psicológicos y físicos (Rodrigues et al., 2017; Loredó-Figueroa et al., 2016). La evaluación del desempeño del adulto mayor en las ABVD y AIVD es el mejor indicador para valorar su funcionalidad con respecto a esta pérdida (Loredó-Figueroa et al., 2016).

Respecto a las capacidades del adulto mayor de 60 años o más en las ABVD, se encontró que, a partir de los 75 años la mayoría de los sujetos de estudio eran parcialmente dependientes, lo que concuerda con los estudios de Ganczak, Chrobrowski y Korzén (2018), Cortés-Muñoz, Cardona-Aragón, Segura-Cardona y Garzón-Duque (2015), Pereira, Joaquim y Octávio de Sá (2015), y Silva, Castro, Coelho Fibricio-Wehbe, Fernandes y Partezani (2015). Esto podría deberse a que, a partir de esta edad, los cambios en las áreas biológica, psicológica y social influyen, aún más, en el deterioro de su capacidad funcional.

No obstante, difiere con los estudios de Gualotuña (2018), Reyes, Cabrera y Alvarado (2017), Nicolato, Couto y Castro (2016), Leite, Castioni, Kirchner y Hildebrandt (2015), y Cervantes, Villarreal, Galicia, Vargas y Martínez (2014), Villarreal y Month (2012), quienes encontraron que el adulto mayor era independiente para realizar ABVD. Esta diferencia puede darse porque, en sus estudios, la participación de los adultos mayores en actividades lúdicas y dinámicas de grupo les favorecía para preservar su independencia,

que a su vez ayuda a mantener sus capacidades funcionales básicas (siendo éstas baño, vestido, uso del sanitario, control de esfínteres, movilidad y alimentación).

En cuanto a las capacidades del adulto mayor de 60 años o más en las AIVD, se encontró que la mayoría presentaba dependencia parcial. Este resultado coincide con Garcilazo (2015) y Silva et al. (2015), que puede atribuirse a que estas actividades implican un nivel cognitivo más avanzado y/o habilidades específicas.

Sin embargo, difiere con Ganczak et al. (2018), Paredes, Yarce y Aguirre (2017), Leite et al. (2015), y Villarreal y Month (2012), quienes obtuvieron que sus sujetos de estudio eran independientes para realizar las AIVD. Este contraste puede darse porque, alcanzando una realización en sus esferas biológica, psicológica y social, el adulto mayor puede conservar su capacidad funcional y por ende ciertas habilidades que le permitan realizar actividades como el uso del teléfono, compras, cocina, cuidado del hogar, lavandería, transporte, medicación y finanzas.

En cuanto a la capacidad del adulto mayor de 60 años o más de acuerdo al sexo, se encontró que las mujeres eran más independientes en las ABVD y parcialmente dependientes en las AIVD, lo que coincide con Cortés-Muñoz (2015), Garcilazo (2015), Silva et al. (2015), y Villarreal y Month (2012). Esto debido a que, en el contexto cultural, las mujeres presentan mayor longevidad; también en cuanto a los estilos de vida y roles que los caracterizan como hombres y mujeres, éstos los llevan a una conducta continua durante un largo periodo de su vida y el que ciertas actividades sean realizadas, en su mayoría, por mujeres contribuye a que no sean

vulnerables a un nivel de dependencia funcional en las actividades de la vida diaria.

No obstante, difiere con Salinas, Reingle, y Al (2018), Paredes et al. (2017), Szanton, Leff, Wolff, Robert y Gitlin (2016), Silva et al. (2015), Cervantes et al. (2014), y Wu et al. (2014), quienes encontraron que eran las mujeres presentaban mayor dependencia en las ABVD. Esta diferencia se puede atribuir a que, en los diferentes contextos culturales, los roles entre hombres y mujeres son notables, por lo cual la limitación a ciertos niveles biológicos, sociales, económicos e incluso psicológicos contribuyen a que tenga un mayor riesgo a factores predisponentes en su salud, delimitando su desempeño en las actividades de la vida diaria a corto o largo plazo.

En cuanto a la capacidad funcional del adulto mayor de acuerdo a la edad, se encontró que el grupo de edad con mayor independencia para las ABVD y AIVD es el de 65 a 69 años, lo que coincide con Paredes et al. (2017), Leite et al. (2015), Cervantes (2014), y Villarreal y Month (2012). Esto tomando en consideración las diferencias dentro de este grupo, ya que dentro de los primeros rangos de edad se encuentran adultos mayores activos y productivos, no tan dependientes de cuidados o actividades; por lo que conforme aumenta la edad son más vulnerables al deterioro de su salud.

En el rango de edad de 80 años y más se encontró que predominaba la dependencia parcial, lo que coincide con Silva et al. (2015). Esto porque la edad juega un papel importante en la pérdida de la capacidad funcional, con lo que se ve disminuida su habilidad para poder realizar tanto las ABVD como las AIVD, ya sea por el esfuerzo físico que requieren o las aptitudes necesarias.

No obstante, contrasta con los resultados obtenidos respecto al grupo de 80 años encontrados en los estudios de Ganczak (2018), y Pereira (2015) que catalogaban a este grupo de edad como independientes, lo que puede deberse a que, en el proceso de envejecimiento los adultos mayores se encuentran vulnerables a una disminución de la salud, dado por el deterioro de los niveles biológicos, psicológicos, sociales y económicos que, al ser abordados y tratados adecuadamente según las necesidades que presenten, pueden llegar a mantener y afrontar al apego de un autocuidados, favoreciendo su independencia funcional.

#### **4.1 Limitaciones**

Dentro de las limitaciones para esta investigación se encuentra el diseño ya que sólo se muestran datos descriptivos, sin embargo, puede establecerse una relación de las ABVD y AIVD con el sexo, edad y escolaridad.

#### **4.2 Conclusiones**

La mayoría de los adultos mayores eran hombres.

El grupo de edad que predominó fue el de 75 a 79 años.

La mayoría de los adultos mayores eran solteros.

El nivel de escolaridad que predominó primaria incompleta.

Predominó la religión católica entre los adultos mayores.

Predominaron problemas de salud como de visión, oído, Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus.

Se encontró que las mujeres eran más independientes tanto en las ABVD como en las AIVD.

Se encontró que el grupo de edad de 65 a 69 años era más independiente tanto en las ABVD como en las AIVD.

#### **4.3 Recomendaciones**

Se recomienda, para próximas investigaciones, abordar al adulto mayor mediante un equipo de trabajo para el apoyo durante la aplicación de los instrumentos y agilizar así la recolección (Silva et al., 2015).

En base a los resultados obtenidos, en próximas investigaciones, se aconseja incluir actividades que ayuden al adulto mayor a mejorar sus capacidades funcionales como lavandería, aseo y cuidados integrales como higiene, cuidado de la piel, nutrición, actividad física y riesgo de caídas para promover un envejecimiento

activo. Cabe mencionar que dichas actividades serán como una estrategia educativa, pues darán la pauta para que en futuras investigaciones puedan ser abordadas (Gualotuña, 2018; Silva et al., 2015; Leite et al., 2015).

## Referencias

- Acuña-Gurrola, M. D. R., & González-Celis-Rangel, A. L. (2010). Autoeficacia y red de apoyo social en adultos mayores. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 2(2), 71-81.
- Ahlqvist, A., Nyfors, H., Suhonen, R. (2015). Factors associated with older people's independent living from the viewpoint of health and functional capacity: a register-based study. *Nursing Open*, 3(2), 79-89. doi:10.1002/nop2.39
- Agreli, B.F., Dias, F.A., Ferreira, P.C.S., Gomes, N.C., Tavares, D.M.S. (2017). Functional disability and morbidities among the elderly people, according to socio-demographic conditions and indicative of depression. *Investigación de educación en enfermería*, 35(1), 48-58. doi:10.17533/udea.iee.v35n1a06
- Aranco, N., Stampini, M., Ibararán, P., Medellín, N. (2018). *Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe*. Washington D. C.: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Araújo, G., Sousa, R., Souto, R., Junior, E., Eulálio, M., Pottes, F. (2017). Functional Capacity and depression in elderly. *Journal of nursing*, 11(10), 3778-3786. doi:10.5205/reuol.12834-30982-1-SM1110201711
- Becerra, R. G. C., Ríos, E. V., Rodríguez, L. G., Daza, E. R. V., & González, L. M. (2015). Estado de salud en el adulto mayor en atención primaria a partir de una valoración geriátrica integral. *Atención Primaria*, 47(6), 329-335.
- Cerquera, A., Uribe, A., Matajira, Y. & Correa, H. (2017). Dependencia funcional y dolor crónico asociados a la calidad de vida del

adulto mayor. *Psicogente*, 20(38), 398-409. doi: 10.17081/psico.20.38.2561

- Chumpitaz, Y., & Moreno, C. (2016). Nivel de funcionalidad en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria del adulto mayor. *Revista de Enfermería Herediana*, 9(1), 30-36.
- Del Pozo-Cruz et al. (2013). Relación entre la capacidad funcional y el perfil psicosocial en personas mayores no institucionalizadas. Diferencias basadas en género. *Actividad física y Salud*, 12(1), 41-50.
- Erci, B., Yilmaz, D., & Budak, F. (2017). Effect of Self-Care Ability and Life Satisfaction on the Levels of Hope in Elderly People. *Journal of Psychiatric Nursing*, 8(2), 72-76. doi: 10.14744/phd.2017.52714
- Ganczak, M., Chrobrowski, K., & Korzeń, M. (2018). Predictors of a change and correlation in activities of daily living after hip fracture in elderly patients in a community hospital in poland: a six-month prospective cohort study. *International journal of environmental research and public health*, 15(1), 95.
- Garcilazo Salazar, M. E. (2015). Capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria. En un Centro de Salud de San Juan de Miraflores 2014.
- Giraldo, C., & Franco, G. (2008). Capacidad funcional y salud: orientaciones para cuidar al adulto mayor. *Avances en enfermería*, 24(1), 43-58.
- Gutiérrez, L. (2012). Funcionalidad. En F. M. Ávila & M. Montaña (Eds.), *Geriatría para el médico familiar* (pp. 2-19). Ciudad de México: Editorial El Manual Moderno.

- García, Y. H. (2006). Acerca del género como categoría analítica. *Nómadas. Critical Journal of Social and Juridical Sciences*, 13(1).
- Inocian, E. P., Inocian, E. P., & Ysatam, E. I. (2014). The dependency needs in the activities of daily living performance among Filipino elderly. *International Research Journal of Medicine and Medical Sciences*, 2(2), 44-50.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2017). *Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad*. Recuperado de [www.inegi.org.mx/edad2017\\_Nal](http://www.inegi.org.mx/edad2017_Nal)
- Jiménez-Aguilera, B., Baillet-Esquivel, L., Ávalos-Pérez, F., & Campos-Aragón, L. (2016). Dependencia funcional y percepción de apoyo familiar en el adulto mayor. *Atención Familiar*, 23(4), 129-133.
- Job, J., Narang, K., Thakur, J., & Ghai, S. (2016). Effect of Home based Self-care Package on Elderly Self-care and Health Seeking Behavior. *Indian Journal of Gerontology*, 30(2), 168-183.
- Keshari, P., & Shankar, H. (2017). Prevalence and spectrum of functional disability of urban elderly subjects: A community based study from Central India. *Journal of Family and Community Medicine*, 24, 86-90. doi:10.4103/jfm.JFCM\_80\_16
- Leite, M., Castioni, D., Kirchner, R., & Hildebrandt, L., (2015). Capacidad funcional y nivel cognitivo de adultos mayores residentes en una comunidad en el sur de Brasil. *Enfermería Global*, 14(37), 1-11.
- Loredo-Figueroa, M., Gallegos-Torres, R., Xequé-Morales, A., Palomé-Vega, G., & Juárez-Lira, A. (2016). Nivel de dependencia,

autocuidado y calidad de vida. *Enfermería Universitaria*, 13(3), 159-165. doi:10.1016/j.reu.2016.05.002

Manrique-Espinoza, B., Salinas-Rodríguez, A., Moreno-Tamayo, K., & Téllez-Rojo, M. M. (2011). Prevalencia de dependencia funcional y su asociación con caídas en una muestra de adultos mayores pobres en México. *Salud Pública de México*, 53, 26-33.

Molina, J. B., Aranda, L. L., Flores, M. H., & López, E. J. (2013). Utilización del alfa de Cronbach para validar la confiabilidad de un instrumento de medición de satisfacción del estudiante en el uso del software Minitab MISP. In *11th LACCEI Latin American and Caribbean Conference for Engineering and Technology (LACCEI'2013) "Innovation in Engineering, Technology and Education for Competitiveness and Prosperity"*, 14-16.

Muñoz, C., Arango, D., Cardona, A., & Duque, M., (2016). Factores físicos y mentales asociados con la capacidad funcional del adulto mayor, Departamento de Antioquia, 2012. *Revista de Salud Pública*, 18(2), 165-178.

Nicolato, do Couto, & Barbosa. (2016). Capacidade de autocuidado de idosos atendidos pela consulta de enfermagem na atenção secundária a saúde. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*. 6(2):2199-2211. doi: 10.19175/recom.v6i2.1016

Pampolim, G., Lourenco, C., Silva, V., Coelho, M., & Machado, L. (2017). Prevalence and factors associated with functional dependency in homebound elderly people in Brazil. *Journal of human growth and development*, 27(2), 235-243. doi:10.7222/jhgd.127747

- Paredes-Arturo, Y. V., Yarce-Pinzón, E., & Aguirre-Acevedo, D. C. (2018). Funcionalidad y factores asociados en el adulto mayor de la ciudad San Juan de Pasto, Colombia. *Revista Ciencias de la Salud, 16*(1), 114-128.
- Pereira, L. E., Joaquim, N., & Octavio de Sá, L. (2015). Medication adherence in elderly people integrated in the Long-Term Care domiciliary teams. *Revista de Enfermagem Referência, 5*(5).
- Ran, L., Jiang, X., Li, B., Kong, H., Du, M., Wang, X., Liu, Q. (2017). Association among activities of daily living, instrumental activities of daily living and health-related quality of life in elderly Yi ethnic minority. *BioMedCentral Geriatrics, 17*-74. doi:10.1186/s12877-017-0455-y
- Rasanen, P., Kanste, O., Elo, S., & Kyungas, H. (2014). Factors associated with the self-care of home-dwelling older people. *Journal of Nursing Education and Practice, 8*(4), 1925-4059.
- Roca, R. (2016). Actividad Física y salud en el Adulto Mayor de seis países latinoamericanos. *Revista Ciencias de la Actividad Física, 17*(1), 77-86.
- Romero, A. (2011). Fragilidad y enfermedades crónicas en el adulto mayor. *Medicina Interna de México, 27*(5), 455-462.
- Runzer-Colmenares, F., Castro, G., Merino, A., Torres-Mallma, C., Díaz, G., Pérez, C., & Parodi, J. (2017). Asociación entre depresión y dependencia funcional en pacientes adultos mayores. *Horizonte Médico, 17*(3), 50-57.
- Salinas, J. J., Gonzalez, J. M. R., & Al Snih, S. (2018). Type 2 diabetes, depressive symptoms and disability over a 15-year follow-up period in older Mexican Americans living in the

- southwestern United States. *Journal of diabetes and its complications*, 32(1), 75-82.
- Secretaría de Salud. (1987). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. *Diario Oficial de la Federación*, 1-31.
- Serrano-Urrea, R., Gómez-Rubio, V., Palacios-Ceña, D., Fernández-de-las-Peñas, C., & Gracia-Meseguer, M. (2017). Individual and institutional factors associated with functional disability in nursing home residents: An observational study with multilevel analysis. *Public Library of ScienceONE*, 12(8), 1-15.  
doi:10.1371/journal.pone.0183945
- Silva, J., Castro, J., Coelho, S., Fernandes, R. (2015). Factores asociados a la capacidad funcional en adultos mayores atendidos en un hospital de día de geriatría. *Nuren*, 12(78), 1-9.
- Szanton, S. L., Leff, B., Wolff, J. L., Roberts, L., & Gitlin, L. N. (2016). Home-based care program reduces disability and promotes aging in place. *Health Affairs*, 35(9), 1558-1563.
- United Nations. (2017). *World Population Prospects: key findings and advance tables*. New York: United Nations.
- Vargas, E., & Espinoza, R. (2013). Tiempo y edad biológica. *Arbor*, 189(760), 1-11. doi: 10.3989/arbor.2013.76 On2008.
- Vasco, G., & Luz, C. (2018). *Actividades lúdicas en la independencia funcional del adulto Mayor "San Ignacio de Loyola"* Master's thesis, Universidad de las Fuerzas Armadas. Maestría en Recreación y Tiempo Libre.
- Viana, A., Morgani, M., Viana, G., & Fernandes, T. (2016). Prevalence of functional incapacity by gender in elderly people in Brazil: a

systematic review with meta-analysis. *Revista Brasileira Geriátrica*, 19(3), 545-559. doi:10.1590/1809-98232016019.150086

Vieira, F., Do Couto, Barbosa (2016). Capacidade de autocuidado de idosos atendidos pela consulta de enfermagem na atenção secundária à saúde. *Revista de Enfermagem Do Centro de Oeste mineiro*, 6(2) 2199-2211

Wu, C. Y., Hu, H. Y., Huang, N., Fang, Y. T., Chou, Y. J., & Li, C. P. (2014). Determinants of long-term care services among the elderly: a population-based study in Taiwan. *PLoS One*, 9(2), 1-10.

## **Apéndices**

## Apéndice A

### Aprobación de Comité de Investigación y Comité de Ética en Investigación



**UNIVERSIDAD DE MONTERREY  
VICERRECTORÍA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN (CEI)  
COMITÉ DE INVESTIGACIÓN (CI)**

San Pedro Garza García, N.L., México, 02 de abril de 2019

Fátima Esmeralda Aguilar Garza, Laura Lizeth Robledo Campos  
**Investigadoras Principales de Protocolo de Investigación**  
**Estimadas Investigadoras**

Ref.: 0204-2019-CEI

A los efectos del cumplimiento de las Buenas Prácticas Clínicas, **el Comité de Investigación y el Comité de Ética en Investigación de la Vicerrectoría de Ciencias de la Salud de la Universidad de Monterrey (CIE), Aprueban** luego de haber examinado el plan, diseño y consideraciones científicas y éticas, el protocolo de investigación intitulado:

#### **“Capacidad Funcional del Adulto Mayor de 60 años o más”**

El protocolo fue sometido a evaluación por los **Comités** mencionados con antelación, encontrando que cumple con todos los lineamientos a los que deben sujetarse las investigaciones biomédicas en humanos.

Le requerimos se realicen reportes trimestrales firmados por usted donde se consignen los resultados, incidentes, efectos secundarios y complicaciones que se presenten durante la investigación, y que se reporte en forma inmediata cualquier evento adverso que ponga en riesgo la vida de los participantes en el estudio.

Asimismo, declaramos que todos los datos contenidos en la presente solicitud y la documentación revisada y analizada, corresponden a información verídica, exacta y completa.

**Atentamente,**

**Dr. Pablo Villarreal Guerra**  
Presidente del Comité de Ética en Investigación

**Dr. Gerardo Rivera Silva PhD**  
Presidente del Comité de Investigación

Av. Morones Prieto 4500 Pte.  
San Pedro Garza García, N.L.  
México, C.P. 66238

T. +52 (81) 8215 1000  
01 800 801 UDEM  
udem.edu.mx

## Apéndice B

### Consentimiento informado para adultos mayores

Folio:

Fecha:

**Título del proyecto:** Capacidad funcional del adulto mayor de 60 años o más.

**Investigador principal:** Fátima Esmeralda Aguilar Garza y Laura Lizeth Robledo Campos.

**Objetivo:** La siguiente investigación tiene como propósito describir la capacidad funcional que tiene el adulto mayor de 60 años o más.

**Criterios de selección:** He sido seleccionado porque soy un adulto mayor de 60 años o más orientado en tiempo, espacio y persona.

**Procedimiento del estudio:** Si acepto ser partícipe en esta investigación, se me pedirá proporcionar mi firma en el consentimiento informado para entregarlo a las respectivas investigadoras. Posterior a una explicación sobre la forma de llenado, procederé a contestar una cédula de datos y dos cuestionarios con lápiz en un tiempo aproximado a 20 minutos.

**Confidencialidad:** Se me garantiza la protección de mis datos personales mediante el anonimato.

**Riesgos:** el presente estudio no representa ningún riesgo para mí y no afectará mi estancia, no obstante, si decido dejar de contestar, no estoy obligado a continuar con el cuestionario.

**Beneficios:** Pese a que esta investigación no traerá beneficios inmediatos para mí, servirá para generar conocimiento acerca de la Capacidad Funcional actual del adulto mayor.

**Preguntas:** En caso de que se lleguen a presentar dudas durante la aplicación de los cuestionarios, podré consultarlo con las investigadoras Fátima Aguilar al número 8186900530 y Laura Robledo al número 8119782307, o bien, comunicarme a la Escuela de Enfermería Christus Muguerza-UDEM con la directora MCE. Patricia Magaña al teléfono 81228119 o a la coordinadora de investigación Dra. Sandra Esparza, al teléfono 8119042517.

**Renuncia o retiro:** Mi participación es voluntaria y no tengo la obligación de responder si no lo deseo.

**Conclusión:** Me han explicado el estudio y he aceptado continuar con el mismo.

**Consentimiento:** Las estudiantes Fátima Esmeralda Aguilar Garza y Laura Lizeth Robledo Campos me han explicado el propósito de este protocolo, así como que no afectará mi estancia si decido no participar.

Sí acepto  No acepto

Firma del participante: \_\_\_\_\_

## Apéndice C

### Cédula de datos sociodemográficos

A continuación, se presenta un pequeño cuestionario que sirve para conocer las características de los sujetos de estudio.

**Instrucciones:** conteste los siguientes datos personales marcando con lápiz una "X" en el lugar que corresponde, o bien llenando la información solicitada. Es importante que no deje datos sin contestar.

<b>1. Sexo:</b>		1. Hombre___	2. Mujer___
<b>2. Edad:</b>			
1. 60-64 años___	2. 65-69 años___	3. 70-74 años___	
4. 75-80 años___	5. 80 años o más___		
<b>3. Estado civil:</b>			
1. Soltero(a) ___	3. Viudo(a) ___		
2. Casado(a) ___	4. Divorciado(a) ___		
<b>4. Escolaridad:</b>			
1. Primaria incompleta ___	5. Preparatoria incompleta ___		
2. Primaria completa ___	6. Preparatoria completa ___		
3. Secundaria incompleta ___	7. Profesional ___		
4. Secundaria completa ___			
<b>5. ¿Qué religión profesa?</b>			
1. Católica ___	4. Mormona ___		
2. Cristiana ___	5. Ninguna ___		
3. Testigo de Jehová ___	6. Otra ___		

(continúa)

**Instrucciones:** conteste los siguientes datos personales marcando con lápiz una "X" en el lugar que corresponde, o bien llenando la información solicitada. Es importante que no deje datos sin contestar.

**6. Enfermedades actuales:**

1. Hipertensión \_\_\_\_\_
2. Diabetes mellitus \_\_\_\_\_
3. Hipertensión y Diabetes \_\_\_\_\_
4. Problemas de visión \_\_\_\_\_
5. Problemas de oído \_\_\_\_\_
6. Problemas de visión y oído \_\_\_\_\_
7. Problemas de corazón \_\_\_\_\_
8. Problemas respiratorios \_\_\_\_\_
9. Problemas intestinales \_\_\_\_\_
10. Problemas renales \_\_\_\_\_
11. Artritis \_\_\_\_\_
12. Lesiones cutáneas \_\_\_\_\_
13. Cáncer \_\_\_\_\_
14. Amputaciones \_\_\_\_\_
15. Otros \_\_\_\_\_

**Apéndice D**  
**Índice de Katz**  
(Katz, 1963)

A continuación, se presentan una serie de preguntas que evalúan la independencia o dependencia funcional del adulto mayor para cubrir sus necesidades personales.

**Instrucciones**

1. Lea detenidamente
2. No deje preguntas sin contestar
3. Marque "Sí" o "No" con una "X" según el caso que le parezca similar a su condición actual.

<b>Preguntas</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
<b>1. Baño (Esponja, ducha o bañera)</b>		
No recibe asistencia (puede entrar y salir de la tina u otra forma de baño)		
Que reciba asistencia durante el baño en una sola parte del cuerpo (p. ej., espalda o pierna)		
Que reciba asistencia durante el baño en más de una parte		
<b>2. Vestido</b>		
Que pueda tomar las prendas y vestirse completamente, sin asistencia		

(continúa)

## Instrucciones

1. Lea detenidamente
2. No deje preguntas sin contestar
3. Marque "Sí" o "No" con una "X" según el caso que le parezca similar a su condición actual.

<b>Preguntas</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
Que pueda tomar las prendas y vestirse sin asistencia excepto para abrocharse los zapatos		
Que reciba asistencia para tomar las prendas y vestirse		
<b>3. Uso del sanitario</b>		
Sin ninguna asistencia (puede utilizar algún objeto de soporte como bastón o silla de ruedas y/o que pueda arreglar su ropa o el uso de pañal o cómodo)		
Que reciba asistencia al ir al baño, en limpiarse y que pueda manejar por sí mismo el pañal o cómodo vaciándolo		
Que no vaya al baño por sí mismo		
<b>4. Movilidad</b>		
Que se mueva dentro y fuera de la cama y silla sin ninguna asistencia (puede estar utilizando un auxiliar de la marcha u objeto de soporte)		

(continúa)

## Instrucciones

1. Lea detenidamente
2. No deje preguntas sin contestar
3. Marque "Sí" o "No" con una "X" según el caso que le parezca similar a su condición actual.

<b>Preguntas</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
Que pueda moverse dentro y fuera de la cama y silla con asistencia		
Que no pueda salir de la cama		
<b>5. Continencia</b>		
Control total de esfínteres		
Que tenga accidentes ocasionales que no afectan su vida social		
Necesita ayuda para supervisión del control de esfínteres, utiliza sonda o es incontinente		
<b>6. Alimentación</b>		
Que se alimente por sí solo sin asistencia alguna.		
Que se alimente solo y que tenga asistencia sólo para cortar la carne o untar mantequilla.		
Que reciba asistencia en la alimentación o que se alimente parcial o totalmente por vía enteral o parenteral.		

**Apéndice E**  
**Escala de Lawton y Brody**

(Lawton & Brody, 1969)

A continuación, se presentan una serie de preguntas que evalúan la independencia o dependencia funcional del adulto mayor para realizar actividades más avanzadas.

**Instrucciones**

1. Lea detenidamente
2. No deje preguntas sin contestar
3. Marque "Sí" o "No" con una "X" según el caso que le parezca similar a su condición actual.

<b>Pregunta</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
<b>1. Capacidad para usar el teléfono</b>		
Lo opera por iniciativa propia, lo marca sin problema		
Marca sólo unos cuantos números bien conocidos		
Contesta el teléfono pero no llama		
No usa el teléfono		
<b>2. Compras</b>		
Vigila sus necesidades independientemente		
Hace independientemente sólo pequeñas compras		
Necesita compañía para cualquier compra		
Incapaz de cualquier compra		

(continúa)

## Instrucciones

1. Lea detenidamente
2. No deje preguntas sin contestar
3. Marque "Sí" o "No" con una "X" según el caso que le parezca similar a su condición actual.

Preguntas	Si	No
<b>3. Cocina</b>		
Planea, prepara y sirve los alimentos correctamente		
Prepara los alimentos sólo si se le provee lo necesario		
Calienta, sirve y prepara pero no lleva una dieta adecuada		
Necesita que le preparen los alimentos		
<b>4. Cuidado del hogar</b>		
Mantiene la casa solo o con ayuda mínima		
Efectúa diariamente trabajo ligero eficientemente		
Efectúa diariamente trabajo ligero sin eficiencia		
Necesita ayuda en todas la actividades		
No participa		
<b>5. Lavandería</b>		
Se ocupa de su ropa independientemente		
No participa		
Lava sólo pequeñas cosas		

(continúa)

## Instrucciones

1. Lea detenidamente
2. No deje preguntas sin contestar
3. Marque "Sí" o "No" con una "X" según el caso que le parezca similar a su condición actual.

<b>Preguntas</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
Todo se lo tienen que lavar		
<b>6. Transporte</b>		
Se transporta solo		
Se transporta solo, únicamente en taxi pero no puede usar otros recursos		
Viaja en transporte colectivo acompañado		
Viaja en taxi o auto acompañado		
No sale		
<b>7. Medicación</b>		
Es capaz de tomarla a su hora y dosis correctas		
Se hace responsable sólo si le preparan por adelantado		
Es incapaz de hacerse cargo		
<b>8. Finanzas</b>		
Maneja sus asuntos independientemente		
Sólo puede manejar lo necesario para pequeñas compras		
Es incapaz de manejar dinero		

## **Resumen Autobiográfico**

Fátima Esmeralda Aguilar Garza

Candidato para obtener el grado de Licenciatura en Enfermería

**Tesis:** Capacidad funcional del adulto mayor de 60 años o más

**Área de estudio:** Clínico

**Biografía:** Fátima Esmeralda Aguilar Garza, nació el 7 de abril de 1998. Mis padres son el Sr. Diego Aguilar Martínez y Sra. Ethna Aracely Peña Leal. Hermana de Sara Aracely Peña Leal.

**Educación:** Primaria y secundaria cursadas en el Colegio Juan Pablo II y bachillerato en la preparatoria 15 Florida de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Actualmente cursando la Licenciatura de Enfermería en la Universidad de Monterrey.

**Experiencia laboral:** Conocimiento por especialidades médicas durante 4 años por prácticas clínicas, guardias privadas a lo largo de 2 años.

**Contacto:** fatima.aguilarg@udem.edu

## **Resumen Autobiográfico**

Laura Lizeth Robledo Campos

Candidato para obtener el grado de Licenciatura en Enfermería

**Tesis:** Capacidad funcional del adulto mayor de 60 años o más

**Área de estudio:** Clínico

**Biografía:** Nací el 8 de noviembre de 1996 en el seno de una familia dedicada a la docencia. Mis padres son el Sr. José Antonio Robledo Rubio y la Sra. Teresa de Jesús Campos Silva y mi hermana es Yessica Fabiola Robledo Campos, cinco años mayor que yo.

**Educación:** Comencé la primaria en el Colegio Labastida, donde permanecí hasta graduarme de bachillerato. Ese último día recibí reconocimientos por perseverancia (12 años como alumna de la institución), aprovechamiento académico (promedio de 9.4 durante los tres años) y la Medalla Plancartina (mérito otorgado a un alumno por generación cuando éste ha vivido con los valores que rigen al colegio). Entré a la Escuela de Enfermería de la Universidad de Monterrey en 2015 con el propósito de convertirme en una licenciada en Enfermería y desde entonces he asistido a varias conferencias, charlas y cursos sobre temas relacionados con la práctica enfermera en diversos ámbitos; asimismo he asistido a brigadas médicas, apoyado en la impartición de cursos de primeros auxilios y prestado servicio comunitario en casas hogar.

**Experiencia laboral:** Guardias privadas eventuales entre 2015 y 2018.

**Contacto:** [laura.robledoc@udem.edu](mailto:laura.robledoc@udem.edu)