



**Universidad Michoacana de San Nicolás de
Hidalgo**

Facultad de Enfermería



**Capacidad de autocuidado y su relación con actividades de la vida diaria en
adultos mayores de Morelia**

Tesis

**Que para obtener el Título de
Licenciado en Enfermería**

Presenta

Victor Gutierrez Calvillo

Asesora

Dra. Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz

Morelia, Michoacán

NOVIEMBRE 2021

Índice

Introducción.....	1
I. Justificación.....	5
II. Planteamiento del problema.....	9
III. Objetivos	11
3.1. General	11
3.2. Específicos	11
IV. Hipótesis	11
V. Marco teórico	13
5.1. Autocuidado.....	13
5.1.1. Concepto.....	13
5.1.2. Clasificación	13
5.1.3. Generalidades.....	14
5.2 . Actividades de la vida diaria	14
5.2.1. Concepto.....	14
5.2.2 Clasificación	14
5.2.3 Generalidades.....	15
5.3. Adulto mayor.....	15
5.3.1. Concepto.....	15
5.3.2. Clasificación.....	15
5.3.3. Generalidades.....	15
5.4. Teoría de autocuidado	16
5.4.1. Generalidades.....	16
5.4.2. Conceptos principales y definiciones	17

5.4.3. Utilización de pruebas empíricas.....	18
VI. Material y métodos.....	20
6.1 Tipo y diseño de estudio.....	20
6.2 Límites de tiempo y espacio.....	21
6.3 Universo.....	21
6.4 Muestra.....	21
6.5 Variables.....	21
6.6 Criterios.....	22
6.6.1 Criterios de inclusión.....	22
6.6.2 Criterios de exclusión.....	22
6.6.3 Criterios de eliminación.....	22
6.8 Instrumentos.....	22
6.9 Procedimiento.....	24
6.10 Análisis estadístico.....	25
6.11. Recursos.....	26
6.11.1 Humanos.....	26
6.11.2 Materiales.....	27
6.11.3 Financiero.....	27
6.12 Consideraciones éticas y legales.....	28
VII. Resultados.....	30
VIII. Discusión.....	37
IX. Conclusiones.....	39
X. Sugerencias.....	40
XI. Referencias.....	41
XII. Anexos.....	47

Anexo 1. Capacidad y Percepción de autocuidado del adulto mayor (CYPAC-AM)	47
Anexo 2. Índice de Barthel	49
XIII. Apéndices	51
Apéndice 1. Operacionalización de la variable Autocuidado	51
Apéndice 2. Operacionalización de la variable Actividades de la vida diaria	52
Apéndice 3. Operacionalización de las variables sociodemográficas	53
Apéndice 4. Cronograma de actividades	56
Apéndice 5. Hoja de Consentimiento informado	57
Apéndice 6 Hoja de colecta de datos	59
Apéndice 7 Dictámen Comité de Invetsigación	64

Índice de figuras

Figura 1	18
Figura 2	20

Índice de tablas

Tabla 1	23
Tabla 2	24
Tabla 3	27
Tabla 4	30
Tabla 5	32
Tabla 6	32
Tabla 7	34
Tabla 8	35
Tabla 9	36

Directivos

MSP. Julio César González Cabrera

Director de la Facultad de Enfermería

ME. Ruth Esperanza Pérez Guerrero

Secretaria Académica

LE Renato Hernández Campos

Secretario Administrativo

Mesa sinodal

Dra. Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz

Presidente

Dra. María Magdalena Lozano Zúñiga

Vocal 1

M.A.H. Alma Rosa Picazo Carranza

Vocal 2

Dedicatorias

Agradezco primordialmente a dios que siempre estuvo a un lado mío durante toda mi carrera, apoyándome en las buenas y en las malas, por permitirme tener esta vida plena de alegría, conocimientos y amistades durante toda mi carrera en enfermería.

También agradecer a mi familia, amigos, maestros, que siempre estuvieron a un lado mío durante toda la carrera, apoyándome, para no rendirme, que confiaron en mí y que me tuvieron paciencia, porque gracias a ustedes que son parte de mi crecimiento y desarrollo nunca dejaron de confiar en mí y darme esas fuerzas para seguir adelante y ser quien soy ahora.

También agradezco mucho a mis papas que, sin el apoyo, el cariño y el amor que me dieron durante toda mi formación no sería la persona que ahorita soy, por todo el esfuerzo que hicieron para que yo terminara mis estudios, por todos esos valores que me enseñaron para seguir adelante, para nunca rendirme, siempre mirar hacia adelante y cumplir todas mis metas y sueños y por todos esos buenos consejos que me dieron.

Le doy gracias a mis hermanas que son parte de mi vida, que estuvieron en las buenas y en las malas durante todo mi desarrollo académico, que siempre me apoyaron y me dieron consejos para no rendirme y seguir adelante con mis estudios, que siempre estuvieron a un lado mío y nunca me dejaron solo, ese es gran apoyo para seguir adelante y nunca rendirte.

Agradezco también a mis abuelos, tías, tíos y primos por siempre confiar en mí y no dejarme solo durante mi formación, por no desconfiar en mí y por sus buenos consejos y sabiduría.

Y claro también estoy muy agradecido con mis amigos, que durante toda la formación estuvieron apoyándome, estuvieron a un lado mío, dándome consejos para no rendirme, todas esas amistades durante mi carrera que se volvieron parte de mi familia, porque siempre estuvieron en las buenas y en las malas y que nunca me dejaron solo.

Agradecimientos

Estoy muy agradecido con mi asesora de la tesis la Dra. Ma de Jesús Ruiz Recéndiz, quien me estuvo apoyando durante la elaboración de la tesis, que siempre estuvo en las buenas y en las malas, que nunca dejo de ceer en mí, que me tuvo mucha paciencia durante todo este tiempo, que sin su apoyo todo esto no se hubiera logrado en tiempo y en forma, que se volvió también parte de mi vida por todos los buenos consejos que me dio, que gracias a eso soy la persona que soy en este momento.

También doy gracias a la facultad de enfermería y a todo el personal dentro de la facultad, que me abrió las puertas para que yo pudiera entrar como estudiante y ser la persona que ahorita soy, por brindarme esa oportunidad y que siempre confiaron en mí y me brindaron consejos.

Agradezco a mis profesores, por formar parte de mi formación durante toda la carrera, por brindarme esos buenos conocimientos, porque nunca dejaron de confiar en mí y apoyarme en las buenas y en las malas durante toda mi carrera, porque gracias a ustedes ahorita no tendría este conocimiento que me va ayudar durante toda mi vida.

A mis enfermeras durante mi formación de mi carrera que me apoyaron en las buenas y en las malas, que estuvieron al pendiente de que realizara bien mis procedimientos durante la practicas, que me tuvieron paciencia y que siempre confiaron en mí y me dieran la oportunidad de aprender cosas nuevas cada día durante toda mi formación, que hoy en día me va ayudar mucho todo ese conocimiento que me proporcionaron.

Y por último quiero agradecer a todos los centros de salud y hospitales por donde pase durante mi crecimiento y formación, agradecerles la oportunidad de que me abrieran las puertas durante mis prácticas, que obtener mucho conocimiento como fueron el hospital de la mujer, el hospital civil "Dr. Miguel Silva", hospital psiquiátrico", Dr. José Torres Orozco", al IMSS "Hospital General Regional 1" y al ISSSTE "Hospital de alta especialidad", así como a los centros de salud como es el "Dr. Juan Manuel González Ureña", Módulo 7 "Lomas del Durazno", Módulo 10 " Tenencia Morelos, entre otros.

Resumen

Introducción. El adulto mayor está en una situación de vulnerabilidad que puede afectar su realización de actividades en la vida diaria y a largo plazo su capacidad de autocuidado.

Objetivo. Analizar la relación de la capacidad de autocuidado y actividades de la vida diaria en adultos mayores de Morelia **Material y métodos.** Estudio cuantitativo, diseño no experimental, correlacional y transversal. Muestra no probabilística de 100 adultos mayores seleccionados a conveniencia. Las variables se midieron con el Test de capacidad y percepción de Autocuidado del Adulto Mayor y el Índice de Barthel. Estadística descriptiva e inferencial (Pearson y U de Mann-Whitney). **Resultados.** Mayoría de los participantes son mujeres (60.2%), casadas (59.1%), comerciantes (46.6%), padecen una enfermedad crónica (53.4%), padecen DT2 (61.4%) e hipertensión arterial (65.9%), vive con la familia (78.4%) y no depende de nadie (61.4%). Hubo capacidad de autocuidado inadecuada (93.2%) e independencia en las actividades de la vida diaria (61.4%). No hubo relación entre las dos variables de estudio ($p > .05$). Hubo diferencias en autocuidado por profesión ($p < .001$) y en actividades de la vida diaria con sexo, ocupación, tener DT2 y de quién depende el adulto mayor ($p < .001$). **Conclusiones.** A pesar de que en esta muestra los adultos mayores son independientes, su capacidad de autocuidado es inadecuada, por lo que es necesario que enfermería trabaje con esta población en intervenciones específicas.

Palabras claves: autocuidado, actividades cotidianas, anciano (DeCS).

Abstract

Introduction. The elderly is in a situation of vulnerability that can affect their performance of activities in daily life and in the long term their ability to self-care. **Objective.** To analyze the relationship of the capacity for self-care and activities of daily living in older adults from Morelia. **Material and methods.** Quantitative study, non-experimental, correlational, and cross-sectional design. Non-probabilistic sample of 100 older adults selected at convenience. The variables were measured with the Older Adult Self-Care Perception and Capacity Test and the Barthel Index. Descriptive and inferential statistics (Pearson and Mann-Whitney U). **Results.** Most of the participants are women (60.2%), married (59.1%), merchants (46.6%), suffer from a chronic disease (53.4%), suffer from T2D (61.4%) and high blood pressure (65.9%), live with the family (78.4%) and does not depend on anyone (61.4%). There was inadequate self-care capacity (93.2%) and independence in activities of daily living (61.4%). There was no relationship between the two study variables ($p > .05$). There were differences in self-care by profession ($p < .001$) and in activities of daily living with sex, occupation, having T2D and who the older adult depends on ($p < .001$). **Conclusions.** Even though in this sample the elderly is independent, their capacity for self-care is inadequate, so it is necessary for nursing to work with this population in specific interventions.

Keywords: self-care, Activities of Daily Living, aged (DeCS).

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se vive más tiempo en todo el mundo. Actualmente, por primera vez en la historia, la mayor parte de la población tiene una esperanza de vida igual o superior a los 60 años. Para 2050, se espera que la población mundial en esa franja de edad llegue a los 2000 millones, un aumento de 900 millones con respecto a 2015. Hoy en día, hay 125 millones de personas con 80 años o más (OMS, 2018, párrafo 1).

México está en un proceso de transición demográfica, epidemiológica, social y económica y la población mexicana tendrá cada vez más personas mayores a partir de 2050. Esta transición demanda atención hacia los nuevos retos que trae consigo el envejecimiento: mayor esperanza de vida, mayor longevidad, feminización, multigeneracionalidad, enfermedades crónicas no transmisibles, fragilidad, demencias, discapacidad, dependencia, maltrato, entre otros (INAPAM, 2019, párrafo 1).

Estos adultos mayores requieren estar preparados para mantener un autocuidado en su vida diaria. El autocuidado es definido como una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas hacia sí mismas o hacia su entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar. Es decir, es una actividad aprendida por los individuos y orientada hacia un objetivo (Navarro y Castro, 2010, p.3).

Las personas adultas mayores requieren apoyo para su autocuidado en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), que se pueden definir como las actividades primarias encaminadas al autocuidado y movilidad de los individuos, que ofrecen autonomía e independencia para vivir sin precisar ayuda continua de otros (Meléndez *et al.*, 2011, p.164).

En enfermería, la teoría del déficit de autocuidado de Dorothea E. Orem incluye en una de sus tres teorías la teoría de autocuidado, teoría del déficit autocuidado y la teoría de los sistemas de Enfermería (Naranjo *et al.*, 2017, p.3) que resulta fundamental para entender este fenómeno en los adultos mayores.

Debido a lo anterior, se plantea como objetivo general para esta investigación analizar la relación de la capacidad de autocuidado y las actividades de la vida diaria en adultos mayores de Morelia.

Este protocolo se inicia con el capítulo 2 en donde se desarrollan las cuatro partes de la justificación como son magnitud, trascendencia, vulnerabilidad y factibilidad. En seguida se presenta el planteamiento del problema de la capacidad de autocuidado y las actividades de la vida diaria en adultos mayores de Morelia, finalizando con la pregunta de investigación.

El planteamiento se divide en tres partes; primeramente, el significado, aquí se menciona por qué es un problema para enfermería; enseguida se desarrolla el fundamento, es decir, lo que se conoce del problema de la capacidad de autocuidado y las actividades de la vida diaria en los adultos mayores; y, por último, se presenta la declaración, que se refiere a que se desconoce del problema de investigación. Y, por último, se menciona en el capítulo I el objetivo general y los objetivos específicos que guiarán este protocolo.

Después se continúa con el capítulo 2 donde se desarrolla el marco teórico. En este apartado se abordan las variables de estudio, la capacidad de autocuidado, además se menciona las generalidades de la teoría de Dorothea Elizabeth Orem con su Teoría del déficit de autocuidado. Además, se desarrolla también las ABVD

En seguida se presenta el capítulo 3 donde se describe el material y métodos, con el tipo de estudio y el diseño, los límites de tiempo y espacio, el universo y muestra, los criterios de selección (inclusión, exclusión y de eliminación), también se describe la

operalización de las variables sociodemográficas y las variables de estudio; además se presentan los instrumentos que medirán las variables, Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor (Test de CYPAC-AM) y el Índice de Barthel. Continuando con el capítulo tres también se menciona el procedimiento del protocolo de investigación, así como el análisis estadístico, los recursos humanos, materiales y financieros y por último tenemos las consideraciones éticas y legales.

El capítulo cuatro presenta los resultados, discusión, conclusiones y las sugerencias. El documento finaliza con las referencias bibliográficas utilizadas para la elaboración de este protocolo, así como con los anexos en donde vienen las tablas de los instrumentos y apéndices como son las variables sociodemográficas y el consentimiento informado.

Es importante mencionar que esta investigación fortalecerá el Cuerpo Académico Cuidado Integral en Condiciones Crónicas.

Capítulo I

I. Justificación

De acuerdo con datos de la OMS, la mayor parte de la población tiene una esperanza de vida igual o superior a los 60 años. Para 2050, se espera que la población mundial en esa franja de edad llegue a los 2000 millones, un aumento de 900 millones con respecto a 2015. Hoy en día, hay 125 millones de personas con 80 años o más. Para 2050, habrá un número casi igual de personas en este grupo de edad (120 millones) solamente en China, y 434 millones de personas en todo el mundo. Para 2050, un 80% de todas las personas mayores vivirá en países de ingresos bajos y medianos (OMS, 2018, párrafo 1).

De acuerdo al Consejo Nacional de Población (CONAPO), actualmente hay casi 13 millones de personas mayores de 60 años en México (10 por ciento de la población). Pero según proyecciones de Conapo, en 2030, esa población llegará a las 20 millones 365 mil 839 personas (CONAPO, 2018, párrafo 1).

Según el Consejo Estatal de Población de Michoacán (COESPO), en Michoacán habitan 510, 695 personas de 60 años y más, de los cuales 46.75% son hombres y 53.25% corresponden a la población femenina (COESPO, 2015, párrafo 1).

De acuerdo con la OMS, desde un punto de vista biológico, 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, un aumento del riesgo de enfermedad, y, finalmente, a la muerte. (OMS, 2018, párrafo 8).

Entre las afecciones más comunes de la vejez cabe citar la pérdida de audición, cataratas y errores de refracción, dolores de espalda y cuello y osteoartritis, neumopatías

obstructivas crónicas, diabetes, depresión y demencia. Es más, a medida que se envejece aumenta la probabilidad de experimentar varias afecciones al mismo tiempo (OMS, 2018, párrafo 11).

Aunque algunas de las variaciones en la salud de las personas mayores son genéticas, los entornos físicos y sociales revisten gran importancia, en particular las viviendas, vecindario y comunidades, así como sus características personales, como el sexo, la etnia o el nivel socioeconómico. Los entornos también tienen una influencia importante en el establecimiento y mantenimiento de hábitos saludables. El mantenimiento de hábitos saludables a lo largo de la vida, en particular llevar una dieta equilibrada, realizar una actividad física periódica y abstenerse de fumar, contribuye a reducir el riesgo de padecer enfermedades no transmisibles y a mejorar las facultades físicas y mentales (OMS, 2018, párrafo 14-15).

Los derechos de las personas adultas mayores no son respetados y cumplidos a cabalidad en México. La mayor parte de ellos se encuentra en pobreza y sin acceso a un sistema de protección social que les garantice una vejez digna y plena. Según datos oficiales, sólo 23% de las mujeres y 40% de los hombres tienen acceso a una pensión contributiva. Pero lo más grave es que 26% de las personas adultas mayores no tienen ni pensión contributiva ni apoyo de programas sociales. Por ende, las condiciones de desigualdad de las personas adultas mayores con respecto a la sociedad muestran que su situación es similar a la de otros grupos sociales discriminados como los indígenas, personas con discapacidad y las mujeres (Secretaría de Bienestar, 2019, párrafo 3-4).

Del total de adultos mayores que radican en el Estado de Michoacán, 40% de esta población sufre abandono y 200 mil se encuentran en pobreza alimentaria y de salud (INAPAM, 2018). Para el 2014, 26.54% de la población de 60 años y más en Michoacán tenía alguna discapacidad, 43.18% alguna limitación y 30.28% se encontraba sin limitación

o discapacidad según el Consejo Estatal de Población del estado de Michoacán (COESPO, 2015, párrafo 3).

Tal como se puede observar en los datos anteriores, el adulto mayor está en una situación de vulnerabilidad tanto económica como de salud, debido a que cuando llegan a esta edad no tiene un ingreso que lo solvete, además no tienen el apoyo de sus familiares debido a que son abandonados a su suerte y esto ocasiona un estilo de vida no saludable y más problemas para su autocuidado.

Por ello el personal de salud como enfermería debe de conocer las causas que ocasionan estos problemas para así mismo crear programas de promoción, prevención y tratamiento en estas personas y crear un ambiente favorable tanto para ellos, como para su familia y comunidad en general. Por ende, enfermería cuenta con la teoría de Dorothea E. Orem para fundamentar el trabajo del autocuidado en estas personas.

Es posible realizar la investigación porque se tiene acceso a la población que se va estudiar, que en este caso son adultos mayores. Los gastos que se generen serán cubiertos por el investigador y se cuenta con el material necesario para sustentar la investigación. Esta investigación será fortalecida por la línea de investigación del cuerpo académico: Estilo de vida saludable (UMSNH-CA 230).

Algunos estudios de investigación relacionados con la variable autocuidado muestran porcentajes altos (76.6%) y muy buena capacidad (Loredo-Figueroa et al, 2016, p.162), aunque otros estudios como el de Can et al (2015, p.10) encontraron percepción de autocuidado inadecuado (44.44 %) y en el caso de las mujeres 68% presentaron la percepción de autocuidado parcialmente inadecuado.

En tanto que otros autores consideran al autocuidado por categorías o dimensiones, con resultados diversos, de acuerdo a la actividad física (64.41%) presentan un adecuado autocuidado, en la alimentación (53.11%) presentan un adecuado autocuidado, en la

categoría de eliminación (45.2%) presentan un autocuidado parcialmente adecuado, de acuerdo a la categoría descanso y sueño (58.76%) presentan un autocuidado parcialmente adecuado, en cuanto a la categoría de los medicamentos (70.28%) presentan un adecuado autocuidado (Castiblanco y Fajardo, 2016, p. 61).

Además, en otro estudio relacionado con el autocuidado en la categoría de actividad física (45 %) tiene un autocuidado inadecuado, en cuanto la categoría de alimentación (75%) tiene un autocuidado inadecuado, en cuanto a la categoría de eliminación (17.5%) tienen un autocuidado inadecuado, en cuanto al descanso y sueño (75%) tienen un inadecuado autocuidado y para la medicación (25%) tienen un autocuidado inadecuado (Velis et al, 2018, p.148).

De acuerdo a los artículos relacionados con la variable AVD según Chumpitaz et al (2016, p.33) el (34%) tiene un nivel de funcionalidad en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, y en base a otro artículo (13.50%) tiene una dependencia severa para realizar las actividades de la vida diaria Campo et al (2018, p.7).

Según Bejines-Soto et al (2015, p.12) el (27.9%) tienen independencia total para realizar las actividades de la vida diaria y en otro estudio similar tenemos (36.7%) tiene un bajo nivel de dependencia para realizar las actividades de la vida diaria.

II. Planteamiento del problema

La población mundial está envejeciendo a pasos acelerados. Entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo. (OMS, 2017, párrafo 1).

El 80% de los adultos mayores están en situación vulnerable al no existir una política pública para atender el envejecimiento de la población, actualmente la entidad tiene 437 mil personas mayores de 60 años, de las cuales solo el 12 % tiene pensión y 49 mil viven solos, esto significa que poco más del 80% de los adultos mayores están en situación de vulnerabilidad económica y de salud (Ramírez, 2015).

La problemática de la alta vulnerabilidad que presentan los adultos mayores de 70 años y más se debe a causas como la insuficiencia de ingresos y la falta de protección social. De otro lado, los efectos más importantes de esta problemática son el deterioro y la disminución de sus activos debido a los gastos inesperados, el aceleramiento del deterioro natural y la baja calidad de vida, la exclusión social y la mayor dependencia de terceros según la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL, 2010, párrafo 2).

Por esa razón esto es un problema para enfermería, pero enfermería cuenta con módulos de primer nivel de atención, donde hay programas de acciones de atención al envejecimiento por parte de la Secretaría de Salud en el cual hay una distribución de Cartillas Nacionales de Salud para adultos mayores, consolidación e integración de comités estatales de atención al envejecimiento, detección de factores de riesgo, atención domiciliaria para enfermos crónicos y vacunación del adulto mayor gracias a estos programas mejoramos la calidad de vida del adulto mayor, ya que en ocasiones sin este apoyo, pueden ser algunas causas por las que los adultos mayores no puedan realizar su autocuidado y realizar las AVD. (Programa de Acción: Atención al Envejecimiento, 2001).

Esta transición demanda atención hacia los nuevos retos que trae consigo el envejecimiento: mayor esperanza de vida, mayor longevidad, feminización, multigeneracionalidad, enfermedades crónicas no transmisibles, fragilidad, demencias, discapacidad, dependencia, maltrato, entre otros. El conocimiento en los cambios morfológicos y fisiológicos que se presentan durante el envejecimiento, así como las técnicas adecuadas de intervención, son definitivas para una atención con calidad y un envejecimiento saludable, activo, productivo y digno, según el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM, 2018, párrafo).

Por su parte, la Secretaria General de la Junta de Asistencia Privada, informó que la dependencia tiene registro de sólo 28 centros de atención al adulto mayor en la entidad, ubicados en las ciudades más grandes como Morelia, Zamora Uruapan y Lázaro Cárdenas, los cuales son supervisados por el personal para prevenir actos de violencia contra esta población (Velasco, 2018, párrafo 3).

A pesar de que existen programas que ayudan a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, a los abandonos, enfermedades crónicas, maltratos, discriminación y todos estos problemas traen consigo que los adultos mayores no puedan realizar las actividades de la vida diaria, su incidencia sigue aumentando, sigue habiendo casos nuevos, por lo tanto enfermería debe de intervenir para identificar el problema y disminuir el mayor número de incidencia que sea posible para mejorar la calidad de vida del adulto mayor y puedan realizar sus actividades de la vida diaria.

Con base en la información anterior, se planteó la siguiente pregunta de investigación: ¿cuál es la relación de la capacidad de autocuidado y actividades de la vida diaria en adultos mayores de Morelia?

III. Objetivos

3.1. General

Analizar la relación de la capacidad de autocuidado y actividades de la vida diaria en adultos mayores de Morelia.

3.2. Específicos

1. Describir a los adultos mayores con base en las variables sociodemográficas.
2. Identificar la capacidad de autocuidado en adultos mayores de Morelia.
3. Describir las actividades de la vida diaria en adultos mayores de Morelia.
4. Describir la relación de la capacidad de autocuidado y las actividades de la vida diaria en los adultos mayores de Morelia.
5. Identificar las diferencias de la capacidad de autocuidado y las actividades de la vida diaria por las variables sociodemográficas.

IV. Hipótesis

H₀ No existe relación entre la capacidad de autocuidado y las actividades de la vida diaria en adultos mayores de Morelia.

H_i Existe relación entre la capacidad de autocuidado y las actividades de la vida diaria en adultos mayores de Morelia.

Capítulo II

V. Marco teórico

El marco teórico es el apartado del protocolo donde se describen las variables de estudio. Se inicia con la variable autocuidado, concepto y clasificación, luego se aborda la variable Actividades de la vida diaria (AVD), concepto, generalidades y clasificación, además se incluye la teoría de enfermería que le dio sustento al proyecto y último se menciona a los adultos mayores, clasificación y concepto.

5.1. Autocuidado.

5.1.1. Concepto.

El autocuidado es una función humana reguladora que debe aplicar cada individuo de forma deliberada con el fin de mantener su vida y su estado de salud, desarrollo y bienestar (Rojas et al., 2009, p. 9).

Autocuidado es la conducta aprendida por el individuo dirigida hacia si mismo y el entorno para regular los factores que afectan su desarrollo en beneficio de la vida, salud y bienestar (Navarro y Castro, 2010, p. 3).

5.1.2. Clasificación.

Existen muchas clasificaciones de autocuidado y actividades de la vida diaria como son:

Según grupo Gear (2013-2020) autocuidado se clasifican en:

1. Autocuidado emocional.
2. Autocuidado físico.
3. Autocuidado intelectual.
4. Autocuidado espiritual.
5. Autocuidado social.

5.1.3. Generalidades.

Existen muchos factores que son condiciones internas y externas de la persona que afectan, a la cantidad y calidad de cuidados que requiere la persona y las manifestaciones de los requerimientos y la capacidad de autocuidado, entre los que se encuentran: la edad, el sistema familiar, el género, patrón de vida, estado de salud (físico y psicológico) y estado de desarrollo, además se requiere precisar que toda acción de Autocuidado debe ser razonada e intencionada para ser realizada y contar con los recursos requeridos para ello (Sillas y Jordán, 2011, p. 68)

5.2 . Actividades de la vida diaria

5.2.1. Concepto.

Se definen las actividades de la vida diaria como las tareas que una persona debe ser capaz de realizar para cuidar de sí mismo independientemente, incluyendo el cuidado personal, la comunicación y el desplazamiento (Romero, 2007, p. 268).

Las ABVD hacen referencia a las actividades que permiten al sujeto ser independiente en su domicilio (De la Fuente-Bacelis et al., 2010, p. 3).

5.2.2 Clasificación.

Según Zavala y Domínguez (2011, p. 586) se clasifican las actividades de la vida diaria en varios grupos:

1. Actividades básicas de la vida diaria (ABVD).
2. Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).
3. Actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD).

Las ABVD hacen referencia a las actividades que permiten al sujeto ser independiente en su domicilio, las AIVD permiten una vida independiente en la comunidad, mientras que las AAVD permiten desarrollar un papel social.

5.2.3 Generalidades.

Los beneficios de estar en estado activo son muchos y diversos. La actividad (física, cognitiva y social) previene la dependencia, mejora la salud, reduce el consumo de fármacos, fortalece la autoestima y mejora el estado de ánimo. (Atención centrada persona, s.f. p. 6).

5.3. Adulto mayor.

5.3.1. Concepto

En México se considera AM a una persona que tiene más de 60 años y se refiere a la etapa que suma todas las experiencias de la vida y pasa por la mayoría de las metas familiares, profesionales y sociales. Pero también marca el inicio de una etapa donde las personas presentan condiciones de vulnerabilidad física, social y económica (PENSIONISSTE, 2017, p.1).

5.3.2. Clasificación.

En el último consenso de la Asociación Internacional de Psicogeriatría (IPA) se definió la población en grupos de edades para la aplicación de diagnósticos, tratamientos, programas de desarrollo, con el fin de ofrecer un mejor manejo. Este consenso realizó la siguiente clasificación: adulto mayor joven 55–64 años, adulto mayor maduro 65–74 años, adulto mayor 75–84 años, ancianos mayores de 85 años, nonagenarios y centenarios (García & García, 2005, p.3).

5.3.3. Generalidades

En los ancianos son más propensos a padecer enfermedades. Ciertas condiciones remediables producen un gran impacto en la calidad de vida de estos pacientes y requieren especial atención por parte del médico para poder detectarlas. El deterioro intelectual, la inmovilidad, la incontinencia, la inestabilidad, la malnutrición, el aislamiento, y la iatrogenia secundaria a la polifarmacia son algunos de los síndromes que pueden producir un cambio agudo en el estado funcional del paciente y que, al ser detectados, pueden tratarse rápidamente (PROFAM, s.f, p. 3-36).

5.4. Teoría de autocuidado.

5.4.1. Generalidades

Esta teórica presenta su Teoría del déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: **Teoría de autocuidado**, teoría del déficit autocuidado y la teoría de los sistemas de Enfermería.

La teoría del autocuidado

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 (Rodríguez et al, 2017, p. 4).

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:

1. Requisito de autocuidado universal.
2. Requisito de autocuidado del desarrollo
3. Requisito de autocuidado de desviación de la salud (Concepción et al, 2017, p. 4).

5.4.2. Conceptos principales y definiciones

Según Naranjo et al., (2017, p. 4) Dorotea E. Orem definió los siguientes conceptos meta paradigmáticos:

Persona: concibe al ser humano 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.

Salud: 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.

Enfermería: 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.

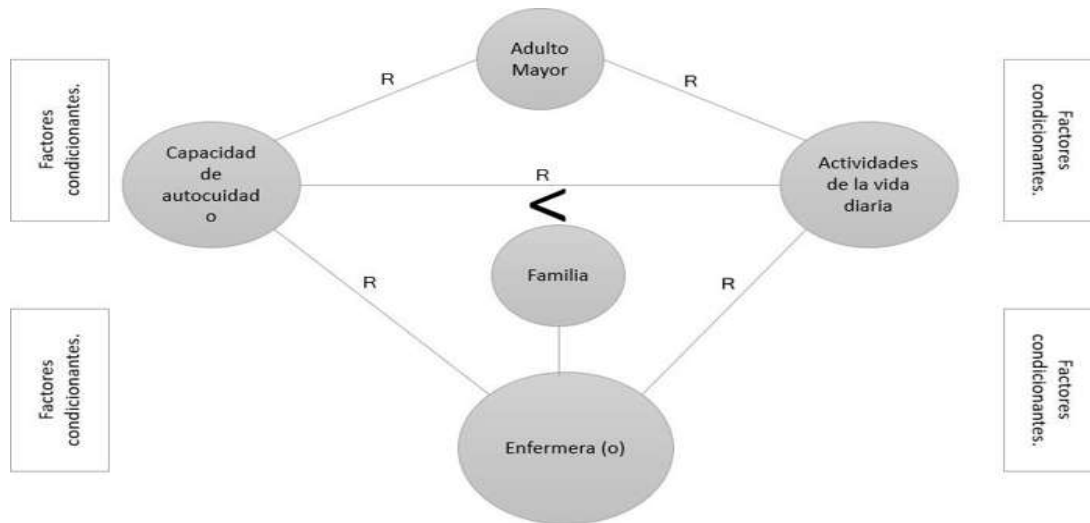
Aunque no lo define Entorno como tal, lo reconoce como el conjunto de factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad de ejercerlo.

5.4.3. Utilización de pruebas empíricas

A partir de su proyecto deficit de autocuidado denominado "Perspectiva internacional del uso de la teoría general de Orem" realizado en el 2005-2006, en Colombia, se llevó a cabo una revisión preliminar de las teorías más reportadas en las bases de datos internacionales, encontrando que el 47% de las referencias localizadas en su momento, utilizaban algunas de las teorías de Orem o conceptos de su Teoría General, se obtuvo como resultado que la Teoría General ha sido utilizada en cuatro continentes; 38 (51,3%) estudios la aplican en el ámbito institucional y 21 (28,4%) en la comunidad. Entre sus conclusiones indican que la evidencia empírica sobre la aplicación de la Teoría General muestra su importancia en el desarrollo del conocimiento en enfermería e indica su gran utilidad para la investigación y práctica de la disciplina (Navarro y Castro, 2010, p. 5).

Figura 1

R, Relación; < déficit de relación, actual o prevista, relacionado con la capacidad de autocuidado y las actividades de la vida diaria



Nota: Modificado de la figura 14.2. R, relación; < déficit de relación, actual o prevista del Modelo de Dorothea Orem, 2018, p. 563.

Capítulo III

VI. Material y métodos

6.1 Tipo y diseño de estudio

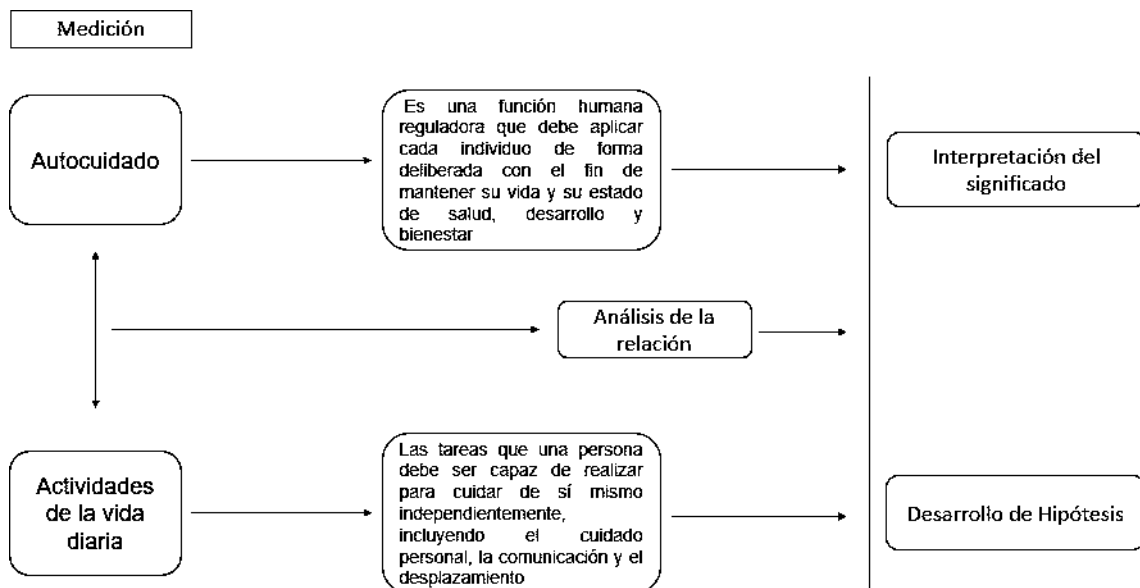
Este será un estudio con método cuantitativo según Grove, Gray y Burns (2016, pág. 449) se usará un diseño correlacional porque se analizó las relaciones entre dos variables de un único grupo en estudio.

De acuerdo a la manipulación de las variables, es un diseño no experimental porque no se interviene la variable independiente (Polit y Beck, 2019, p. 297).

La imagen del diseño de estudio de la investigación se presenta en la figura 2.

Figura 2

Diseño correlacional descriptivo del protocolo relación de la capacidad de autocuidado y actividades de la vida diaria en adultos mayores de Morelia



Nota: Modificado de la figura 8-6 diseño correlacional descriptivo, tomado en Investigación de enfermería de Grove y Gray, 2016, p. 450.

De acuerdo al tiempo, este estudio será transversal porque “los datos se obtendrán en un solo punto temporal” (Polit y Beck, 2019, p. 302).

6.2 Límites de tiempo y espacio

Se llevó a cabo durante el período de agosto de 2020 a Julio del 2021, en la ciudad de Morelia, Michoacán.

6.3 Universo

La población estuvo compuesta por 200 adultos mayores de Morelia, Michoacán.

6.4 Muestra

La muestra fue no probabilística de 100 adultos mayores que se seleccionaron con un muestreo a conveniencia.

6.5 Variables

La variable independiente Autocuidado se definió como una conducta que se realizó o debió realizar la persona para sí misma, consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que estuvieron madurando, iniciaron y llevaron a cabo en determinados períodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, continuaron, además, con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo (Prado et al., 201, p. 838). La operacionalización de la VI Autocuidado se encuentra en el apéndice 1.

La variable dependiente AVD son un elemento clave para medir la calidad de vida y el estatus funcional en los adultos mayores y se refirieron a un conjunto de tareas cotidianas comunes que se necesitaron para el autocuidado personal y una vida independiente (Acosta y González, 2009, p. 2). La operacionalización de la VD se encuentra en el apéndice 2.

Las variables sociodemográficas son edad, género, estado civil, escolaridad, ocupación, religión, socioeconómico, padece alguna enfermedad, especifique la enfermedad crónica y ha sido hospitalizado. La operacionalización se encuentra en el apéndice 3.

6.6 Criterios

Los criterios de inclusión y exclusión del estudio fueron los siguientes.

6.6.1 Criterios de inclusión.

Se incluyeron en el estudio adultos mayores entre 65 a 100 años, de ambos sexos, que saben leer y escribir y no padezcan deterioro cognitivo; que acepten participar en el estudio y firmar el consentimiento informado.

6.6.2 Criterios de exclusión.

Se excluyeron del estudio a los adultos mayores con deterioro cognitivo, con limitaciones físicas, tener más de 100 años, tener menos de 65 años de edad.

6.6.3 Criterios de eliminación.

Se eliminaron a los participantes que fallezcan y a los cuestionarios incompletos en más del 5%.

6.8 Instrumentos

La variable capacidad de autocuidado se midió con el Test de capacidad y percepción de Autocuidado del Adulto Mayor (CYPAC-AM), cuya autoría corresponde a Israel E. Millán Méndez 2010.

Es un cuestionario integrado por ocho categorías ordenadas de las letras A a la H: actividad física, alimentación, eliminación, descanso y sueño, higiene y confort, medicación,

control de salud y hábitos tóxicos. Cada categoría estuvo conformada por cuatro ítems; el ítem 1 de cada categoría se forma por 2 incisos y los ítems 2, 3 y 4 por 3 incisos, con un valor máximo de 24 puntos y un valor mínimo de 0. La norma de evaluación del instrumento es el ítem 1 de cada categoría y determinó el nivel de independencia o no para realizar esa actividad; si la respuesta es negativa, la persona es dependiente, y por tanto, tiene déficit de autocuidado para esa categoría, si la respuesta es positiva, la persona es independiente para esa actividad y entonces se miden los otros ítems (Can et al., 2015, p. 9)

Si hay 3 o más respuestas positivas y ninguna respuesta negativa, se considera el autocuidado para esa categoría adecuado y se le da una puntuación de 3. Si hay 2 o más respuestas intermedias (a veces), se considera el autocuidado para esa categoría parcialmente adecuado y se le da una puntuación de 2. Si hay más de 1 respuesta negativa, se considera el autocuidado para esa categoría inadecuado y se le da una puntuación de 1 (Can et al., 2010, p.9).

Los rangos e interpretación del test capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor (CYPAC-AM) se presentan en la tabla 1.

Tabla 1

Rangos del test de capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor (CYPAC-AM)

Capacidad y percepción del autocuidado del adulto mayor (CYPAC-AM)	Rango
Adecuado	21 – 28
Inadecuado	< 21

La variable Actividades de la vida diaria se midió con el instrumento Índice de Barthel que fue diseñado por Mahoney y Barthel (1955). Valora la capacidad de una persona para realizar de forma dependiente o independiente 10 actividades básicas de la vida diaria como

son comer, bañarse, vestirse, arreglarse, deposición, micción, ir al retrete, traslado sillón/cama, deambulaci3n y escaleras; y les asignaron una puntuaci3n (0,5,10,15) en funci3n del tiempo empleado en su realizaci3n y la necesidad de ayuda para llevarla a cabo, obteni3ndose una puntuaci3n final que varía de 0 a 100. La puntuaci3n total de máxima independencia es de 100 y la de máxima dependencia de 0 (Barrero et al., 2005, p. 82).

Los cambios de producen de 5 en 5 y no es una escala continua, es decir, el cambio de 5 puntos en la situaci3n funcional del individuo en la zona de mayor dependencia no es equivalente al mismo cambio producido en la zona de mayor independencia. Los rangos e interpretaci3n del Índice de Barthel se presentan en la tabla 2.

Tabla 2

Rangos del Índice de Barthel

Índice de Barthel	Rango
Independiente	100
Dependiente leve	91- 99
Dependiente moderado	61- 90
Dependiente grave.	21 – 60
Dependiente total	0 – 20

6.9 Procedimiento.

Se elaboró el protocolo de investigaci3n con base en los pasos definidos por Grove et al (2016) formulando y delimitando el problema, realizaron la revisi3n bibliográfica, definió el marco/desarrollo de definiciones conceptuales. Enseguida se realizó la fase de diseño y planeaci3n que incluye las siguientes actividades: selecci3n de un diseño de investigaci3n, identificaci3n de la poblaci3n y especificaci3n y desarrollo de los métodos.

Una vez elaborado el protocolo se solicitó la evaluación del Comité de Investigación y el Comité de ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo y posteriormente se solicitó la autorización del director del Módulo 10 de Tenencia Morelos y de la encargada del orden de la colonia Juárez de Morelia, Michoacán.

Una vez obtenida la autorización, se acudió en el horario convenido y se abordó a los participantes a quienes se invitaron a participar en el proyecto y si aceptan se les informó de su participación y se les solicitó la firma de la hoja de consentimiento informado.

Se inicio a que conteste la cédula de datos sociodemográficos y los instrumentos Índice de Barthel y Capacidad y Percepción del adulto mayor. Enseguida se les agradeció a los participantes por haber colaborado es este proyecto de Investigación.

Posteriormente el investigador realizó la matriz de datos y efectuó el análisis estadístico para generar las tablas, enseguida se elaboró los resultados, discusión, conclusiones, y sugerencias. El cronograma de actividades se localiza en el apéndice 4.

6.10 Análisis estadístico

Se elaboró una matriz de datos en el programa SPSS versión 27 para Mac. Se utilizó la estadística descriptiva para el objetivo 1 de las variables sociodemográficas, con medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar) para las variables cuantitativas y se empleó frecuencias absolutas y porcentajes para las variables cualitativas.

Para el objetivo 2 identificar la capacidad de autocuidado en adultos mayores de morelia, se utilizó frecuencias y porcentajes, debido a que el instrumento que va medir esta variable se analizó por categorías (inadecuado y adecuado).

Para el objetivo 3, describir las actividades de la vida diaria en adultos mayores de morelia, se utilizó frecuencias y porcentajes, al igual que el objetivo anterior.

En el objetivo 4, describir la relación de la capacidad de autocuidado y actividades de la vida diaria se utilizó estadística inferencial de acuerdo con la normalidad de los datos obtenidos con la prueba de Kolmogorov-Smirnov, como no hubo normalidad ($p < .05$) se empleó la prueba no paramétrica rho de Sperman y la prueba U de Mann-Whitney esperando una $p < .05$.

En cuanto al objetivo 5, identificar las diferencias de la capacidad de autocuidado y las actividades de la vida diaria por las variables sociodemográficas, se utilizó estadística inferencial de acuerdo con la normalidad de los datos obtenidos con la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Si existe normalidad se utilizó la prueba r de Pearson y si no existe se empleó la prueba rho de Sperman y la prueba U de Mann-Whitney.

6.11. Recursos

6.11.1 Humanos.

En esta investigación participó el investigador principal y el asesor. El investigador principal fue el pasante en servicio social quien fue el responsable de elaborar el protocolo, de aplicar los instrumentos, capturar los datos, realizar el análisis estadístico, elaborar tablas y figuras y el reporte final.

La asesora fue la responsable de guiar al investigador principal para realizar y terminar el protocolo a tiempo y en forma como lo indica la facultad de enfermería y contar con la acreditación necesaria para la liberación del servicio social.

6.11.2 Materiales.

Para esta investigación se utilizó lápices y lapiceros, goma y sacapuntas, hojas blancas tamaño carta, impresora, tinta para la impresora, lap top con el programa de SPSS 25.

6.11.3 Financiero.

Los recursos financieros necesarios para poder efectuar esta investigación fueron los siguientes.

Tabla 3

Recursos financieros para el protocolo

Material	Precio unitario	Cantidad	Precio total
Lápiz	\$6	4	\$24
Lapicero	\$50	2	\$100
Goma	\$5	2	\$10
Sacapuntas	\$6	1	\$6
Hojas Blancas T/C.	\$70	200	\$70
Impresiones	\$.40	200	\$80
Total			\$290

6.12 Consideraciones éticas y legales

Para fines de este trabajo el investigador tomo en cuenta lo establecido por el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud (2014), la Declaración de Helsinki (2014), principios éticos de Grove, Gray y Burns (2016).

Esta investigación se considera sin riesgo porque “se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participaron en el estudio” y sólo se realizó mediciones a través de instrumentos de lápiz y papel (Artículo 17, I).

Para que el consentimiento informado se considere existente, debe de tener los siguientes aspectos: justificación y objetivos, recibir respuesta a cualquier duda o aclaración, la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y que se mantendrá su confidencialidad (artículo 21, I, VI, VII y VIII). La hoja de consentimiento informado se presenta en el apéndice 6.

Se debió contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizó la investigación, (Reglamento de la Ley General de Salud, 2014, p. 7, artículo 22).

El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración y aprobación a un comité de ética de investigación (Declaración de Helsinki, 2014, p. 5, artículo 23). En el caso de la Facultad de Enfermería, su normatividad estableció el envío a los Comités de Investigación y Ética en Investigación.

En esta investigación se protegieron los derechos a: 1) la autodeterminación; 2) la privacidad; 3) el anonimato y la confidencialidad; 4) la selección y el trato justos, y 5) la protección frente a las molestias y los daños (Grove et al, 2016, p. 2029).

Capítulo IV

VII. Resultados

El objetivo de este trabajo fue evaluar la relación de la capacidad de autocuidado y las actividades de la vida diaria en los adultos mayores de Morelia. En este apartado se presentan los resultados de acuerdo con los objetivos específicos del proyecto.

El objetivo específico uno fue describir a los adultos mayores con base en las variables sociodemográficas. Se utilizó estadística descriptiva y los resultados se presentan en la tabla 4, donde se observa que 81.8% de los participantes viven en la colonia Juárez, 60.2% son mujeres, 59.1% están casados, 46.6% son comerciantes, 79.5% son católicos, 35.2% de los participantes tienen un nivel socioeconómico C, 53.4% padecen alguna enfermedad, 61.4% tienen DT2, 65.9% tienen HAS, 73.9% no ha sido hospitalizado, 78.4% vive con la familia y 61.4% no depende de nadie.

Tabla 4

Características sociodemográficas de los adultos mayores (n=88)

Variable		<i>f</i>	%
Colonia	Juárez	72	81.8
	Clínica	16	18.2
Sexo	Hombre	35	39.8
	Mujer	53	60.2
Estado civil	soltero	12	13.6
	Casado	52	59.1
	Divorciado	8	9.1
	Viudo	16	18.2
Ocupación	Ama de casa	26	29.5
	Comerciante	41	46.6
	Profesionista	5	5.7
	Jubilado	8	9.1
	Ninguno	8	9.1
Religión			

	Católico	70	79.5
	Cristiano	14	15.9
	Testigo de Jehová	4	4.5
Nivel socioeconómico			
	D	5	5.7
	D+	3	3.4
	C-	12	13.6
	C	31	35.2
	C+	27	30.7
	A/B	10	11.4
Enfermedad			
	Sí	47	53.4
	No	41	46.6
Enfermedad DT2			
	Sí	34	38.6
	No	54	61.4
Enfermedad HAS			
	Si	30	34.1
	No	58	65.9
Hospitalizado			
	Si	23	26.1
	No	65	73.9
Vive con			
	Pareja	13	14.8
	Familia	69	78.4
	Solo	6	6.8
De quien depende			
	Nadie	54	61.4
	Pareja	14	15.9
	Familia	20	22.9
Total		88	100

Nota: datos obtenidos de la Cédula de Colecta de datos

El objetivo específico dos fue identificar la capacidad de autocuidado en adultos mayores de Morelia y en la tabla 5 se observa que 93.2% de los adultos mayores tuvieron una capacidad de autocuidado inadecuada.

Tabla 5*Capacidad de autocuidado (n=88)*

Capacidad de autocuidado	<i>f</i>	%
Inadecuado	82	93.2
Adecuado	6	6.8
Total	88	100.0

Nota: datos obtenidos de la Cédula de Colecta de datos

El objetivo específico tres fue describir las actividades de la vida diaria en adultos mayores de Morelia. Se utilizó estadística descriptiva y los resultados se observan en la tabla 6 donde se aprecia que 61.4% de los adultos mayores son independientes para realizar sus actividades de la vida diaria.

Tabla 6*Actividades de la vida diaria (n=88)*

Dependencia	<i>f</i>	%
Total	1	1.1
Grave	7	8.0
Moderada	14	15.9
Leve	12	13.6
Independiente	54	61.4
Total	88	100.0

Nota: datos obtenidos de la Cédula de Colecta de datos

El objetivo específico cuatro fue determinar la relación de la capacidad de autocuidado y las actividades de la vida diaria en adultos mayores. Se muestra en la tabla 7 que no se encontró relación estadísticamente significativa ($\chi^2=.741$, $gl=.511$, $p=.335$), por lo que se decide que no hay pruebas suficientes para rechazar la hipótesis nula que señala que no existe relación entre la capacidad de autocuidado y las actividades de la vida diaria de adultos mayores de Morelia.

El objetivo específico cinco fue identificar las diferencias de la capacidad de autocuidado por las variables sociodemográficas. Los resultados se muestran en la tabla 8, donde sólo se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la capacidad de autocuidado y la ocupación ($H=15.940$, $p=.003$). es decir, es mejor el autocuidado en los profesionistas ($\bar{x}=21.60$).

El objetivo específico seis fue identificar las diferencias de las Actividades de la vida diaria por las variables sociodemográficas. Los resultados se muestran en la tabla 9 donde se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre Actividades de la vida diaria y las variables sexo ($U=696.000$, $p=.024$), ocupación ($H=30.125$, $p=.000$), enfermedad DT2 ($U=692.500$, $p=.027$) y de quién depende el adulto mayor ($H=10.406$, $p=.005$). Es decir, son más independientes los hombres ($\bar{x}=96.43$), profesionistas ($\bar{x}=100$), quienes no padecen DT2 ($\bar{x}=95.37$), no han sido hospitalizados en el último año ($\bar{x}=95.69$) y aquellos adultos mayores que no dependen económicamente ni de su pareja o familia ($\bar{x}=95.28$).

Tabla 7

Relación de la capacidad de autocuidado y las actividades de la vida diaria.

AC	Dependencia										x ²	gl	p
	Total		Grave		Moderado		Leve		Independencia				
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%			
Inadecuado	1	100.0%	7	100.0%	13	92.9%	12	100.0%	49	90.7%			
Adecuado	0	0.0%	0	0.0%	1	7.1%	0	0.0%	5	9.3%	.741	.511	.335
Total	1	100.0%	7	100.0%	14	100.0%	12	100.0%	54	100.0%			

Nota: p=<.05,

Tabla 8*Capacidad de autocuidado y variables sociodemográficas (n=88)*

Variable		\bar{x}	Mdn	<i>p</i>
Colonia				
	Juárez	17.22	17.00	.835*
	Tenencia Morelos	17.63	17.00	
Sexo				
	Hombre	17.37	17.00	.835*
	Mujer	17.25	18.00	
Estado civil				
	Soltero	17.42	18.00	.199†
	Casado	17.48	17.00	
	Divorciado	17.88	18.50	
	Viudo	16.31	16.00	
Ocupación				
	Ama de casa	17.42	18.00	.003†
	Comerciante	17.07	17.00	
	Profesionista	21.60	20.00	
	Jubilado	17.13	17.00	
	Ninguno	15.50	15.50	
Religión				
	Católico	17.14	17.00	.263†
	Cristiano	17.57	18.00	
	Testigo de Jehová	19.00	19.00	
Enfermedad				
	Sí	16.91	17.00	.190*
	No	17.73	17.00	
Enfermedad DT2				
	Sí	16.88	17.00	.254*
	No	17.56	17.00	
Enfermedad HAS				
	Sí	16.70	17.00	.138*
	No	17.60	17.00	
Hospitalizado				
	Sí	17.17	17.00	.962*
	No	17.34	17.00	
Vive con				
	Pareja	16.69	17.00	.572†
	Familia	17.43	17.00	
	Solo	17.00	16.50	
De quien depende				
	Nadie	17.46	17.00	.174†
	Pareja	17.86	18.00	
	Familia	16.45	16.50	

Nota: $p < .05$, \bar{x} =Media, Mdn=Mediana, *U de Mann-Whitney, †H de Kruskal-Wallis.

Tabla 9*Actividades de la vida diaria y variables sociodemográficas (n=88)*

Variable		\bar{x}	Mdn	P
Colonia				
	Juárez	92.36	100	.743*
	Tenencia Morelos	85.63	100	
Sexo				
	Hombre	96.43	100	.024*
	Mujer	87.64	100	
Estado civil				
	Soltero	96.25	100	.858†
	Casado	92.12	100	
	Divorciado	93.75	100	
	Viudo	82.81	100	
Ocupación				
	Ama de casa	93.85	97.50	.000†
	Comerciante	97.32	100	
	Profesionista	100.00	100	
	Jubilado	82.50	100	
	Ninguno	53.75	100	
Religión				
	Católico	92.00	100	.881†
	Cristiano	87.86	100	
	Testigo de Jehová	87.50	100	
Enfermedad				
	Sí	87.98	100	.255*
	No	94.76	100	
Enfermedad DT2				
	Sí	84.41	97.50	.027*
	No	95.37	100	
Enfermedad HAS				
	Sí	87.67	100	.445*
	No	92.93	100	
Hospitalización en último año				
	Sí	78.26	85.00	.008*
	No	95.69	100	
Vive con				
	Pareja	88.85	100	.680†
	Familia	91.52	100	
	Solo	91.67	100	
De quien depende				
	Nadie	95.28	100	.005†
	Pareja	88.21	95.00	
	Familia	82.00	95.00	

Nota: $p < .05$, \bar{x} =Media, Mdn=Mediana, *U de Mann-Whitney, †H de Kruskal-Wallis.

VIII. Discusión.

Este estudio buscó analizar la relación de la capacidad de autocuidado y actividades de la vida diaria en adultos mayores de Morelia.

En relación con la variable independiente capacidad de autocuidado, en este estudio se encontró una capacidad de autocuidado inadecuada en la escala total con más de tres cuartos de los participantes, y esto fue igual a lo descrito por Millán (2010) quien encontró un nivel de autocuidado inadecuado en más de la mitad de hombres y mujeres; también fue similar a lo encontrado por Can, Sarabia y Guerrero (2015), quienes reportaron que en el género masculino menos de la mitad del porcentaje tiene una percepción de autocuidado inadecuado en el género femenino en más de la mitad de los participantes; por el contrario, resultó mayor a lo descrito por Loredó - Figueroa et al (2016), quienes reportaron un nivel de autocuidado muy bueno en tres cuartos de los participantes.

En este sentido, cabe señalar que la capacidad de autocuidado es multifactorial en los adultos mayores, quienes en este periodo experimentan numerosos cambios biopsicosociales que dependen del estilo de vida, del sistema social y familiar e influyen continuamente en las diversas áreas de funcionamiento y favorecen la pérdida de la autonomía, lo que se traduce en la necesidad de depender de otros y deriva en un impacto familiar y social.

También se ha observado que los adultos mayores tienen diferentes niveles de deterioro, fundamentalmente ocasionados por las diferencias en la dieta, en el ejercicio diario y las maneras de afrontar los problemas y solucionarlos. Cada adulto mayor vive cambios en sus capacidades físicas, sociales y mentales, lo que altera su calidad de vida y su percepción de ella (Loredó-Figueroa et al, 2016).

En cuanto a la variable dependiente actividades de la vida diaria se encontró en esta investigación que más de la mitad de los participantes son independientes para realizar sus

actividades de la vida diaria; sin embargo, es importante resaltar que fue similar a Arana et al (2012), quienes reportaron que más del tres cuartos de los adultos mayores pueden realizar sus actividades de la vida diaria; por su parte Lara et al (2012) reportaron que más de la mitad de los encuestados no presentó alteraciones, es decir, presentaban "independencia total para las actividades de la vida diaria", cifras que coinciden con otros estudios como es el caso de Loredó-Figueroa et al, (2016) quienes reportaron que más del tres cuartos de los adultos mayores encuestados presentaron independencia para realizar las actividades de la vida diaria.

Pero no todo es bueno para los adultos mayores debido a que cada adulto mayor reacciona de diferente manera como se puede observar en otros estudios que reportan resultados menores a lo descrito por Zavala - González y Domínguez - Sosa (2010), quienes reportaron que más de la mitad de los adultos mayores presentó algún grado de dependencia para realizar las actividades de la vida diaria.

El adulto mayor es el sujeto de 60 años en adelante que entra en la última etapa del desarrollo humano llamada envejecimiento, la cual terminará en el momento en que fallece, y se caracteriza por ser un periodo de grandes cambios en todas las áreas del funcionamiento tanto a nivel fisiológico, psicológico, social y espiritual. El aumento en la expectativa de vida traerá consigo nuevas formas de envejecer, por lo que es de suma relevancia la vivencia de una vejez sana, desde una perspectiva funcional, ya que es clave dentro de la definición de salud para los adultos mayores (Cárdenas et al, 2010)

IX. Conclusiones

El objetivo de estudio fue analizar la relación de la capacidad de autocuidado y actividades de la vida diaria en adultos mayores de Morelia y se encontró que 81.8% de los participantes viven en la colonia Juárez, 60.2% son mujeres, 59.1% están casados, 46.6% son comerciantes, 79.5% son católicos, 35.2% de los participantes tienen un nivel socioeconómico C, 53.4% padecen alguna enfermedad, 61.4% tienen DT2, 65.9% tienen HAS, 73.9% no ha sido hospitalizado, 78.4% vive con la familia y 61.4% no depende de nadie.

En relación con la variable capacidad de autocuidado se encontró que 93.2% de los adultos mayores tuvieron una capacidad de autocuidado inadecuada porque los adultos mayores en este periodo experimentan numerosos cambios biopsicosociales que dependen del estilo de vida, del sistema social y familiar e influyen continuamente en las diversas áreas de funcionamiento, favorecen la pérdida de la autonomía que se traduce en la necesidad de depender de otros y deriva en impacto familiar y social. En relación con la variable actividades de la vida diaria se encontró que 61.4% de los adultos mayores son independientes para realizar sus actividades de la vida diaria

La finalidad de la atención en autocuidado es fomentar y promover la salud, prevenir las enfermedades, recuperar o rehabilitar la salud integral. A través del autocuidado se influye positivamente en el nivel de salud al lograr que los propios adultos mayores, familia y comunidad mejoren sus conocimientos y destrezas para cuidar su propia salud, fomentar su capacidad de decidirse a buscar ayuda profesional cuando sea necesario.

Se concluye que es necesario implementar medidas para identificar a los adultos mayores y realizar intervenciones de enfermería.

X. Sugerencias

Derivado de los resultados del estudio se sugiere lo siguiente.

Se debe continuar con este proyecto de investigación debido a los resultados que se obtuvieron ya que los adultos mayores cuando llegan a esta edad pierden muchas de sus funciones.

Una de las sugerencias sería crear grupos de apoyo para adultos mayores, y ver las necesidades que tiene cada uno de ellos, ya que cada adulto mayor es diferente y tiene diferentes problemas.

También se sugiere incrementar acciones para mejorar la salud de cada adulto mayor con la participación de todo el personal de salud, incluyendo médicos, enfermeros, nutriólogos, psicólogos y familiares, ya que los adultos mayores dependen de todas estas personas para que tengan una mejor salud.

También se sugiere que las clínicas de primer nivel mantengan un control de todos los adultos mayores, sobre todo si tienen alguna enfermedad crónica ya que este es un factor de riesgo para su capacidad de autocuidado y que puedan realizar las actividades de la vida diaria. De esta manera se identificarían las necesidades del adulto mayor para apoyarlos desde la familia que se constituye como el principal y en ocasiones el único apoyo que puedan tener.

XI. Referencias

- Acosta, C. O., y González, A. L. M. (2009) Actividades de la vida diaria en adultos mayores: la experiencia de dos grupos focales. *Revista Psicología y salud*. 19(2), 290-294. <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/viewFile/639/1116>
- Barrero, C. L., García, S., y Ojeda, A. (2005). Índice de Barthel: un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. *Revista nuevos horizontes*. 4(1-2). 82-85. http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-doc/indice_de_barthel.pdf
- Camarena, M.E., & Tunal, G. (2009). La religión como una dimensión de la cultura. *Revista Nómadas*, 22(2), 3-15. <https://www.redalyc.org/pdf/181/18111430003.pdf>
- Can, A.R., Sarabia, B., y Guerrero, J.G. (2015). Autocuidado de las personas mayores de la ciudad de San Francisco de Campeche. *Revista iberoamericana para la investigación y el desarrollo educativo*. 6(11), 10-19 https://www.redalyc.org/pdf/4981/498150319043_2.pdf
- Castañeda, G. (2006). Cronicidad y degeneración en neurología. *Revista Gaceta Médica de México*, 142(2), 163-166. <http://www.scielo.org.mx/pdf/gmm/v142n2/v142n2a18.pdf>
- Castiblanco, M.A., y Fajardo, E. (2017). Capacidad y percepción del autocuidado del adulto mayor del programa centro día/vida, Ibagué, Colombia. *Revista Salud Uninorte*, 33(1), 58-65. <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v33n1/2011-7531-sun-33-01-00058.pdf>
- Colegio de terapeutas ocupacionales de Chile A.G. (2010). *¿Qué es la ocupación?* <http://www.coltochile.cl/terapia-ocupacional/que-es-la-terapia-ocupacional/que-es-la->

[ocupacion#:~:text=La%20ocupaci%C3%B3n%20se%20define%20como,ser%20no%20mbrada%20por%20la%20cultura%E2%80%9D](#)

Condemarín, L.L., Evangelista, A.M., & Benavides, Y.M. (2015). Nivel de autocuidado de los adultos mayores atendidos en el programa del adulto mayor del centro de salud de José Leonardo Ortiz. Febrero, 2015. *Revista Salud & Vida Sipanense* 2(2), 19-29. [file:///C:/Users/karen/Downloads/202-Texto%20del%20art%C3%ADculo-798-1-10-20151115%20\(10\).pdf](file:///C:/Users/karen/Downloads/202-Texto%20del%20art%C3%ADculo-798-1-10-20151115%20(10).pdf)

Consejo Nacional de población (2018) *Conapo e Inapam, de la mano en la atención del envejecimiento*. <https://www.gob.mx/inapam/prensa/conapo-e-inapam-de-la-mano-en-la-atencion-del-envejecimiento-156950?idiom=es>

Consejo Estatal de población en Michoacán. (2015). *Adultos Mayores*. <http://coespo.michoacan.gob.mx/adultos-mayores/>

Declaración de Helsinki. (2014). Antecedentes y posición de la comisión nacional de biótica. <http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/helsinki.pdf>

De la Fuente-Bacelis, T. J., Quevedo-Tejero, E. C., Jiménez-Sastré, A. y Zavala-González, M. A. (2010). Funcionalidad para las actividades de la vida diaria en el adulto mayor de zonas rurales. *Revista Archivo en Medicina Familiar*, 12(1), pág. 1-4. <https://www.redalyc.org/pdf/507/50719083001.pdf>

Galdeano, C., & Valiente A. (2010). Competencias profesionales. *Revista educación Química*, 21(1), 28-32. <http://www.scielo.org.mx/pdf/eq/v21n1/v21n1a4.pdf>

García, L. V., y García L. H. (2005). *El adulto mayor maduro: condiciones actuales de vida*. 2(3), p. 3-8. <file:///C:/Users/Karen/Downloads/Dialnet-EIAdultoMayorMaduro-5030408.pdf>

- Goldenberg, J. L. (2017). Una propuesta de reconstrucción del sentido original del estado civil en el Código Civil chileno. *Revista de Estudios Histórico-Jurídicos*, (39), 299-328. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rehj/n39/0716-5455-rehj-39-00299.pdf>
- Grove, S., Gray, J. y Burns N. (2016). *Investigación en Enfermería. Desarrollo de la practica enfermera basada en la evidencia*. Elsevier.
- Grupogear (2013). *¿Qué es el autocuidado y porque es importante?* <https://grupogear.com/co/blog/convocatorias/autocuidado-importancia/>
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2018). *El envejecimiento activo favorece la calidad de vida de las personas adultas mayores*. <https://www.gob.mx/inapam/articulos/el-envejecimiento-activo-favorece-la-calidad-de-vida-de-las-personas-adultas-mayores>
- Ley General de Salud. (1997). Título quinto. Investigación para la salud. Capítulo único. Recuperado de: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf
- Loredo-Figueroa, M.T., Gallegos-Torres, R.M., Xequé-Morales, A.S., Palome-Vega, G., y Juárez-Lira, A. (2016). Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. *Revista Elsevier*, 13(3), p. 159-165. <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v13n3/1665-7063-eu-13-03-00159.pdf>
- Meléndez, J.C., Tomás J.M., y Navarro E. (2011) Actividades de la vida diaria y bienestar y su relación con la edad y el género en la vejez. *Revistas anales de psicología*. 27(1), p. 164-169 <https://www.redalyc.org/pdf/167/16717018019.pdf>

Modelo de atención centrada en la persona. (s.f). *Vida cotidiana, realizar actividades.*

https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_ss/es_publica/adjuntos/cuaderno%209.pdf

Naranjo, Y., Concepción, J.A, y Rodríguez, M. (2017). La teoría déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Revista Gaceta Médica Espirituana*, 19(3), p.3.

<http://scielo.sld.cu/pdf/gme/v19n3/GME09317.pdf>

Navarro, Y. y Castro M. (2010). Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. *Revista Enfermería Global*, 5(19), p.3-14.

<http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n19/clinica3.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Género.*

<https://www.who.int/topics/gender/es/#:~:text=El%20g%C3%A9nero%20se%20refiere%20a,los%20hombres%20y%20las%20mujeres.>

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Envejecimiento y Salud.*

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud.>

Organización mundial de la salud. (2017). *Envejecimiento y cambios demográficos.*

https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_t es&p=314&lang=es

Pérez, J., y Gardey A. (2018). *Definición de escolarización.*

<https://definicion.de/escolarizacion/>

PENSIONISSTE. (2017). *Día del adulto mayor.*

<https://www.gob.mx/pensionisste/articulos/dia-del-adulto-mayor-123010?idiom=es>

Polit, D.P., y Beck, C.T. (2018). *Investigación en Enfermería. Fundamentos para el uso de la evidencia en la práctica de la enfermería.* Wolters Kluwer.

Prado, L.A., González, M., Paz, N., & Romero, k. (2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista médica electrónica*. 36(6). 838-845. <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v36n6/rme040614.pdf>

PROFAM (s.f) *Salud del Anciano*. https://www.fundacionmf.org.ar/files/cap_3.pdf

Raile, M. (2018). Modelos y Teorías de enfermería. Elsevier. [file:///C:/Users/Karen/Downloads/2018_Modelos%20y%20teori%CC%81as%20en%20enfermeri%CC%81a%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Karen/Downloads/2018_Modelos%20y%20teori%CC%81as%20en%20enfermeri%CC%81a%20(1).pdf)

Rodríguez, N. (2018). Envejecimiento: edad, Salud y Sociedad. *Revista Horizonte Sanitario*, 17(2), 87-88 <http://www.scielo.org.mx/pdf/hs/v17n2/2007-7459-hs-17-02-00087.pdf>

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. (2014). *Titulo segundo de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos*. http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf

Rojas, A., Pérez, S., Bonet, A., y Cabrera M. (2009). Gestión del cuidado enfermero en la teoría del déficit de autocuidado. *Revista cubana de Enfermería*. 25(3-4). p. 2-8. <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v25n3-4/enf02309.pdf>

Romero, D. M. (2007). Actividades de la vida diaria. *Revista Anales de psicología*. 22(2), pág. 264-271. <https://www.redalyc.org/pdf/167/16723213.pdf>

Secretaria de bienestar. (2019). *Programa para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores*. <https://www.gob.mx/bienestar/acciones-y-programas/programa-para-el-bienestar-de-las-personas-adultas-mayores>

Secretaria de desarrollo social. (2010). Diagnóstico sobre la situación de vulnerabilidad de la población de 70 años y más. http://www.sedesol.gob.mx/work/models/SEDESOL/Sedesol/sppe/dgap/diagnostico/Diagnostico_70%20y%20Mas_VERSION_FINAL.pdf

- Sillas, D. E., y Jordán M. L. (2011). Autocuidado, Elemento Esencial en la Práctica de Enfermería. *Revista práctica clínica*, 19(2), 67-69. <http://www.index-f.com/dce/19pdf/19-067.pdf>
- Velasco R., I. (2018). En abandono, 14% de los Adultos Mayores en Michoacán. <https://www.mimorelia.com/en-abandono-14-de-los-adultos-mayores-en-michoacan/>
- Vera-Romero, O.E., & Vera-Romero, F.M. (2013). Evaluación del nivel socioeconómico: presentación de una escala adaptada en una población de Lambayeque. *Revista Cuerpo Médico*, 6(1), 1-5. https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/cuerpomedicohnaaa/v6n1_2013/pdf/a09v6n1.pdf
- Zavala, M. A., y Domínguez, G. (2011). Funcionalidad para la vida diaria en adultos mayores. *Revista medicina Instituto Mexicano del Seguro Social*. 49(6). p. 585-590. <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2011/im116b.pdf>

XII. Anexos

Anexo 1. Capacidad y Percepción de autocuidado del adulto mayor (CYPAC-AM)

Instrucciones: Este cuestionario sirve para conocer el grado de capacidad y percepción del adulto mayor. Por favor conteste las preguntas que a continuación se presentan.

Formulario de aplicación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor (CYPAC-AM).

A. Actividad Física.			
1. Puede movilizarse sin ayuda	Sí	No	
2. Participa en el círculo de abuelos	Sí	A veces	No
3. Practica ejercicios físicos sistemáticamente (nadar, correr, montar bicicleta, asistir al gimnasio, u otros)	Sí	A veces	No
4. Camina 10 cuadras (1km) diario y/o sube es	Sí	A veces	No
B. Alimentación.			
1. Prepara sus alimentos y/o se alimenta sin ayuda	Sí	No	
2. Tiene establecido un horario fijo para comer	Sí	A veces	No
3. Prefiere los alimentos salcochados que fritos	Sí	A veces	No
4. Ingiere la dieta indicada, aunque no le guste	Sí	A veces	No
C. Eliminación.			
1. Puede controlar sus esfínteres y eliminar sin ayuda	Sí	No	
2. Tiene un patrón intestinal diario con horario regular	Sí	A veces	No
3. Tiene como hábito observar sus deposiciones	Sí	A veces	No
4. Tiene como hábito ingerir agua entre las comidas (Más de 6 vasos al día comenzando por la mañana al levantarse)	Sí	A veces	No
D. Descanso y Sueño.			
1. Puede controlar su período de descanso y sueño	Sí	No	
2. Tiene hábito de descansar sin dormir después de comer	Sí	A veces	No
3. Tiene el hábito de irse a la cama a un horario fijo	Sí	A veces	No
4. Procura dormir las horas necesarias diarias (5 horas diariamente sin necesidad de medicamentos)	Sí	A veces	No

E. Higiene y Confort			
1. Puede mantener su higiene y confort sin ayuda	Sí	No	
2. Se baña diariamente, y a un horario establecido	Sí	A veces	No
3. Acostumbra bañarse con agua tibia	Sí	A veces	No
4. Usa una toallita independiente para secarse los pies	Sí	A veces	No
F. Medicación			
1. Se responsabiliza con su medicación y puede controlarla	Sí	No	
2. Cumple estrictamente con el tratamiento indicado	Sí	A veces	No
3. Solo toma medicamentos que le indica su médico	Sí	A veces	No
4. Si necesita algún medicamento lo consulta primero	Sí	A veces	No
G. Control y Salud			
1. Tiene control y puede responsabilizarse con su salud	Sí	No	
2. Controla su peso o sabe cuánto debe pesar	Sí	A veces	No
3. Conoce la frecuencia de sus consultas y asiste a ellas	Si	A veces	No
4. Se realiza autochequeos periódicos en la casa.	Sí	A veces	No
H. Adicciones o Hábitos tóxicos			
1. Puede mantenerse sin ningún hábito tóxico	Sí	No	
2. Puede controlar la cantidad del tóxico que consume	Sí	A veces	No
3. Tiene un hábito tóxico, pero intenta deshacerse de él	Sí	A veces	No
4. Tiene más de un hábito, pero intenta dejarlos	Sí	A veces	No

Anexo 2. Índice de Barthel

Instrucciones: Este cuestionario sirve para conocer su grado de dependencia e independencia. Por favor conteste las preguntas que a continuación se presenta.

Índice de Barthel	Puntuación
Función a evaluar	
Comer	
independiente: capaz de comer por si solo y en un tiempo razonable	10
Necesita ayuda: para comer la carne o el pan, pero es capaz de comer solo	5
Dependiente: Necesita ser alimentado por otra persona	0
Lavarse (bañarse)	
Independiente: Capaz de lavarse entero sin estar una persona presente.	5
Dependiente: Necesita ayuda o supervisión	0
Vestirse	
Independiente: Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda	10
Necesita ayuda: Realiza solo al menos la mitad de las tareas	5
Dependiente	0
Aseo personal, arreglarse	
Independiente: Realiza todas las actividades personales sin ayuda.	5
Dependiente: Necesita alguna ayuda.	0
Deposición	
Continente: Ningún episodio de incontinencia.	10
Accidente ocasional: menos de una vez por semana o necesita ayuda. Enemas o supositorios.	5
Incontinente.	0
Micción (se evalúa la semana anterior)	
Continente: Ningún episodio de incontinencia	10
Incontinencia ocasional: máximo un episodio de incontinencia en 24 horas	5
Incontinente.	0
Ir al retrete.	
Independiente: entra y sale solo, y no necesita ayuda de otra persona.	10
Necesita ayuda: Capaz de manejarse con una pequeña ayuda, capaz de usar el cuarto de baño. Pueda limpiarse solo.	5

Dependiente: incapaz de manejarse sin ayuda.	0
Traslado sillón-cama (transferencia).	
Independiente: No precisa ayuda.	15
Mínima ayuda: Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física	10
Gran ayuda: precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada	5
Dependiente: Necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de mantener sentado	0
Deambulaci3n	
Independiente: puede andar 50 m. o su equivalente en casa sin ayuda ni supervisi3n de otra persona. Puede usar ayudas instrumentales (bast3n, muleta), excepto andador. Si utiliza pr3tesis, es capaz de ponerla y quitarla.	15
Necesita ayuda: Necesita supervisi3n o una pequea ayuda f3sica por parte de otra persona. Precisa utilizar andador	10
independiente (en silla de ruedas): en 50m No requiere ayuda ni supervisi3n	5
Dependiente	0
USO DE ESCALERAS	
Independiente: Capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisi3n.	10
Necesita ayuda: precisa ayuda o supervisi3n.	5
Dependiente: Incapaz de salvar escalones	0

XIII. Apéndices

Apéndice 1. Operacionalización de la variable Autocuidado

Variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores empíricos
Autocuidado	Independiente Cualitativa	El Autocuidado se define como las acciones que asumen las personas en beneficio de su propia salud, sin supervisión médica formal, son las prácticas de personas y familias a través de las cuales se promueven conductas positivas de salud para prevenir enfermedades (Sillas y Jordán, 2011, pág. 68).	Se medirá con el instrumento Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor (Test de CYPAC-AM).	8 categorías A-H Cada categoría está conformada por 4 ítems (32 ítems) el ítem 1 (2 incisos) y los ítems 2,3 y 4 (3 incisos).

Apéndice 2. Operacionalización de la variable Actividades de la vida diaria

Variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores empíricos
Actividades de la vida diaria (AVD)	Dependiente Cualitativa	Las ABVD, se pueden definir como las actividades primarias encaminadas al autocuidado y movilidad de los individuos, que ofrecen autonomía e independencia para vivir sin precisar ayuda continua de otros (Meléndez, et al., 2011).	Se medirá con el instrumento el Índice de Barthel	Consta de 10 ítems.

Apéndice 3. Operacionalización de las variables sociodemográficas

Variable	Tipo.	Concepto	Escala de medición	Estadístico.
Edad	Numérica Cuantitativa	La edad es un concepto lineal y que implica cambios continuos en las personas, pero a la vez supone formas de acceder o perdida de derecho a recursos, así como la aparición de enfermedades o discapacidades (Rodríguez, 2018, pág. 88)	Años cumplidos que tiene una persona en el momento de la colecta de datos	Media, desviación estándar.
Género	Categoría, Dicotómica Nominal cualitativa	El género se refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres (OMS, 2020, párrafo 1)	1=Femenino 2=Masculino	Frecuencia (<i>f</i>) y porcentaje (%)
Estado Civil	Categoría, Dicotómica Nominal cualitativa	El estado civil es la calidad de un individuo, en cuanto le habilita para ejercer ciertos derechos o contraer ciertas obligaciones civiles (Goldenberg, 2017, pág. 300)	1= soltero (a) 2=casado (a) 3=divorciado (a) 4=viudo (a)	Frecuencia (<i>f</i>) y porcentaje (%)
Escolaridad	Categoría, Dicotómica Nominal cualitativa	Se denomina escolarización al acto y el resultado de escolarizar: hacer que los niños accedan a la escuela para recibir la enseñanza	1=sin estudios 2=primaria 3=secundaria 4=preparatoria 5=licenciatura	Frecuencia (<i>f</i>) y porcentaje (%)

		obligatoria (Pérez y Gardey, 2018).		
Ocupación	Categoría, Dicotómica Nominal cualitativa	La ocupación se define como aquella actividad con sentido en la que la persona participa cotidianamente y que puede ser nombrada por la cultura (Álvarez y cols, 2010).	1=ama de casa 2=comerciante 3=profesionista 4=jubilado/pensionado 5=ninguna	Frecuencia (f) y porcentaje (%)
Religión	Categoría, Dicotómica Nominal cualitativa	Para Tylor (2009) la definición de religión era la creencia en seres sobrenaturales, ésta debe haberse encontrado de manera patente en los fenómenos a los que los seres humanos no encontraban respuesta y les adjudicaban ciertas características sobrenaturales como el alma y los espíritus (Camarena y tunal,2009, pág. 3).	1=católica 2=cristiana 3=testigo de Jehová	Frecuencia (f) y porcentaje (%)
Nivel socioeconómico	Categoría, Dicotómica Nominal Cualitativa	Se refiere como la posición de un individuo/hogar dentro de una estructura social jerárquica (Vera-Romero, Vera Romero, 2013, pág. 1-5)	A/B= 205 C+= 166 a 204 C=136 a 165 C-=112 a 135 D+=90 a 111 D=48 a 89 E=0 a 47	Frecuencia (f) y porcentaje (%)
Padece alguna enfermedad crónica	Categoría, Dicotómica Nominal Cualitativa.	En medicina se aplica para las enfermedades largas o dolencias habituales, es decir, invariablemente está asociado a la duración	1=sí 2=no	Frecuencia (f) y porcentaje (%)

Especifique la enfermedad crónica	Categoría, Dicotómica cualitativa	prolongada de un padecimiento (Castañeda, 2006, p. 163).	1=diabetes mellitus 2=hipertensión arterial 3=E. isquémica del c 4=EPOC	Frecuencia (<i>f</i>) y porcentaje (%)
Ha sido hospitalizado	Dicotómica Cualitativa	Ingreso de una persona enferma o herida en un hospital para su examen, diagnóstico, tratamiento y curación por parte del personal médico (Oxford, 2020)	1=sí 2=no	Frecuencia (<i>f</i>) y porcentaje (%)

Apéndice 4. Cronograma de actividades.

Actividad	2020					2021									
	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	
Tema / Coherencia metodológica / objetivos	X	X													
Justificación, planteamiento del problema	X	X	X												
Búsqueda sistemática	X	X	X												
Marco teórico			X	X											
Material y métodos				X	X										
Consideraciones éticas y legales				X	X										
Referencias bibliográficas				X	X	X									
Anexos y apéndices				X	X	X									
Evaluación y aprobación del protocolo por el Comité de Investigación y el Comité de ética en investigación						X	X	X							
Presentación de cartel en evento científico							X	X	X	X	X				
Prueba piloto							X	X							
Colecta, captura y gestión de datos								X	X						
Elaboración de tablas									X	X					
Elaboración de resultados, discusión, conclusión y sugerencias										X	X	X			
Defensa de tesis y obtención de título													X	X	

Nota: A= Agosto, S= Septiembre, O=Octubre, N=Noviembre, D=Diciembre, E=Enero, F=Febrero, M=Marzo, A=Abril, M=Mayo, J=Junio, J=Julio.

Apéndice 5. Hoja de Consentimiento informado



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Facultad de Enfermería

Consentimiento Informado



Yo _____ doy mi consentimiento para participar en la investigación titulada “Relacion de la capacidad de autocuidado y Actividades de la vida diaria en adultos mayores de Morelia” ya que se me ha informado que se trata de un estudio de bajo riesgo cuya participación consiste en que el PLESS Victor Gutierrez Calvillo me aplique una serie de preguntas que se relacionan con la Capacidad de autocuidado y AVD.

Esta investigación tiene por objetivo Analizar la relación de la capacidad de autocuidado y actividades de la vida diaria en adultos mayores de Morelia y se aplicara el instrumento llamado el Indice de Barthel y capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor (CYPAC-AM). Por lo que solicitamos nos conteste la encuesta que solo durara 20 minutos. Aunque el estudio no los beneficiara, me proporcionara informacion para realizar el protocolo.

El estudio y su metodología han sido aprobados por las personas adecuadas como el director del Modulo 10 “Tenencia Morelos” y la encargada del orden de la colonia Juarez de Morelia, Michoacán. Los métodos comprenden 1) responder a un cuestionario de las AVD y Capacidad de autocuidado en el adulto mayor, 2) comprende una ficha de datos demograficos.

Si durante la aplicación del instrumento tiene alguna duda, puede preguntar con toda la confianza, si decide no continuar, no se le pedira ningun tipo de remuneración y esto no

afectara la atención que usted esta recibiendo. Su participación sera voluntaria y solo serán utilizados con fines académicos.

Además, este estudio va ser con toda confidencialidad y se utilizaran algunos principios como son el de autonomía, principio de beneficencia y principio de justicia.

La participación en este trabajo no tiene costo, ya que los gastos son cubiertos por los estudiantes. Si decide participar solicitamos firme el presente C.I. para cualquier duda estamos a sus ordenes.

Firma del participante

Apéndice 6 Hoja de colecta de datos



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo Facultad de Enfermería



Relación de la capacidad de autocuidado y las Actividades de la vida diaria en adultos mayores de morelia

Objetivo: Analizar la relación de la capacidad de autocuidado y actividades de la vida diaria en adultos mayores de Morelia.

Parte I. Datos sociodemográficos

Antes de iniciar el cuestionario podría contestar las siguientes preguntas que a continuación se le formularán

Edad: _____ **Sexo:** Hombre Mujer **Estado civil:** soltero (a)
 Casado (a) divorciado (a) viudo (a) **Escolaridad:** sin estudios
 Primaria secundaria preparatoria licenciatura **Ocupación:** ama de casa
 comerciante profesionalista jubilado/pensionado
 Ninguna **Religión:** católica cristiana testigo de jehová
Nivel socioeconómico: alto medio bajo **padece alguna enfermedad:**
 Si no **especifique cual:** DM HA EIC EPOC
Hospitalizado: si no
¿Con quién vive?: pareja familia solo
¿De quién depende económicamente? De nadie pareja familia

Cuestionario para la aplicación de la regla AMAI 2018 y tabla de clasificación.

1. Pensando en el jefe o jefa del hogar ¿Cuál fue el ultimo año de estudios que aprobó en la escuela?

Respuesta	Puntos
Sin instrucción	0
Preescolar	0
Primaria incompleta	10
Primaria completa	22
Secundaria incompleta	23
Secundaria completa	31
Preparatoria incompleta	35
Preparatoria completa	43
Licenciatura incompleta	59
Licenciatura completa	73

Postgrado

101

2. ¿Cuántos baños completos con regadera y W.C. (excusado) hay en esta vivienda?

Respuesta	Puntos
0	0
1	24
2 o mas	47

3. ¿Cuántos automóviles o camionetas tienen en su hogar, incluyendo camionetas cerradas, o con cabina o caja?

Respuesta	Puntos
0	0
1	18
2 o mas	37

4. Sin tomar en cuenta la conexión móvil que pudiera tener desde algún celular ¿este hogar cuenta con internet?

Respuesta	Puntos
No tiene	0
Si tiene	31

5. De todas las personas de 14 años o mas que viven en el hogar ¿Cuántas trabajaron en el último mes?

Respuesta	Puntos
0	0
1	15
2	31
3	46
4 o mas	61

6. En esta vivienda ¿Cuántos cuartos se usan para dormir, sin contar pasillos?

Respuesta	Puntos
0	0
1	6
2	12
3	17
4 o mas	23

Parte II

Instrucciones: Este cuestionario sirve para conocer el grado de capacidad y percepción del adulto mayor. Por favor conteste las preguntas que a continuación se presentan.

Formulario de aplicación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor (CYPAC-AM).

A. Actividad Física.			
1. Puede movilizarse sin ayuda	Sí	No	
2. Participa en el círculo de abuelos	Sí	A veces	No
3. Practica ejercicios físicos sistemáticamente (nadar, correr, montar bicicleta, asistir al gimnasio, u otros)	Sí	A veces	No
4. Camina 10 cuadras (1km) diario y/o sube es	Sí	A veces	No
B. Alimentación.			
1. Prepara sus alimentos y/o se alimenta sin ayuda	Sí	No	
2. Tiene establecido un horario fijo para comer	Sí	A veces	No
3. Prefiere los alimentos salcochados que fritos	Sí	A veces	No
4. Ingiere la dieta indicada, aunque no le guste	Sí	A veces	No
C. Eliminación.			
1. Puede controlar sus esfínteres y eliminar sin ayuda	Sí	No	
2. Tiene un patrón intestinal diario con horario regular	Sí	A veces	No
3. Tiene como hábito observar sus deposiciones	Sí	A veces	No
4. Tiene como hábito ingerir agua entre las comidas (Más de 6 vasos al día comenzando por la mañana al levantarse)	Sí	A veces	No
D. Descanso y Sueño.			
1. Puede controlar su período de descanso y sueño	Sí	No	
2. Tiene hábito de descansar sin dormir después de comer	Sí	A veces	No
3. Tiene el hábito de irse a la cama a un horario fijo	Sí	A veces	No
4. Procura dormir las horas necesarias diarias (5 horas diariamente sin necesidad de medicamentos)	Sí	A veces	No
E. Higiene y Confort			
1. Puede mantener su higiene y confort sin ayuda	Sí	No	
2. Se baña diariamente, y a un horario establecido	Sí	A veces	No
3. Acostumbra bañarse con agua tibia	Sí	A veces	No
4. Usa una toallita independiente para secarse los pies	Sí	A veces	No
F. Medicación			
1. Se responsabiliza con su medicación y puede controlarla	Sí	No	
2. Cumple estrictamente con el tratamiento indicado	Sí	A veces	No
3. Solo toma medicamentos que le indica su médico	Sí	A veces	No
4. Si necesita algún medicamento lo consulta primero	Sí	A veces	No
G. Control y Salud			
1. Tiene control y puede responsabilizarse con su salud	Sí	No	
2. Controla su peso o sabe cuánto debe pesar	Sí	A veces	No
3. Conoce la frecuencia de sus consultas y asiste a ellas	Si	A veces	No

4. Se realiza autochequeos periódicos en la casa.	Sí	A veces	No
H. Adicciones o Hábitos tóxicos			
1. Puede mantenerse sin ningún hábito tóxico	Sí	No	
2. Puede controlar la cantidad del tóxico que consume	Sí	A veces	No
3. Tiene un hábito tóxico, pero intenta deshacerse de él	Sí	A veces	No
4. Tiene más de un hábito, pero intenta dejarlos	Sí	A veces	No

Parte III. Índice de Barthel

Instrucciones: Este cuestionario sirve para conocer su grado de dependencia e independencia. Por favor conteste las preguntas que a continuación se presenta.

Índice de Barthel	Puntuación
Función a evaluar	
Comer	
Independiente: capaz de comer por si solo y en un tiempo razonable	10
Necesita ayuda: para comer la carne o el pan, pero es capaz de comer solo	5
Dependiente: Necesita ser alimentado por otra persona	0
Lavarse (bañarse)	
Independiente: Capaz de lavarse entero sin estar una persona presente.	5
Dependiente: Necesita ayuda o supervisión	0
Vestirse	
Independiente: Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda	10
Necesita ayuda: Realiza solo al menos la mitad de las tareas	5
Dependiente	0
Aseo personal, arreglarse	
Independiente: Realiza todas las actividades personales sin ayuda.	5
Dependiente: Necesita alguna ayuda.	0
Deposición	
Continente: Ningún episodio de incontinencia.	10
Accidente ocasional: menos de una vez por semana o necesita ayuda. Enemas o supositorios.	5
Incontinente.	0
Micción (se evalúa la semana anterior)	
Continente: Ningún episodio de incontinencia	10
Incontinencia ocasional: máximo un episodio de incontinencia en 24 horas	5
Incontinente.	0
Ir al retrete.	
Independiente: entra y sale solo, y no necesita ayuda de otra persona.	10
Necesita ayuda: Capaz de manejarse con una pequeña ayuda, capaz de usar el cuarto de baño. Pueda limpiarse solo.	5
Dependiente: incapaz de manejarse sin ayuda.	0
Traslado sillón-cama (transferencia).	
Independiente: No precisa ayuda.	15
Mínima ayuda: Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física	10
Gran ayuda: precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada	5

Dependiente: Necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de mantener sentado	0
Deambulaci3n	
Independiente: puede andar 50 m. o su equivalente en casa sin ayuda ni supervisi3n de otra persona. Puede usar ayudas instrumentales (bast3n, muleta), excepto andador. Si utiliza pr3tesis, es capaz de ponerla y quitarla.	15
Necesita ayuda: Necesita supervisi3n o una peque1a ayuda f3sica por parte de otra persona. Precisa utilizar andador	10
independiente (en silla de ruedas): en 50m No requiere ayuda ni supervisi3n	5
Dependiente	0
USO DE ESCALERAS	
Independiente: Capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisi3n.	10
Necesita ayuda: precisa ayuda o supervisi3n.	5
Dependiente: Incapaz de salvar escalones	0

Apéndice 7 Dictámen Comité de Investigación

Universidad Michoacana De San Nicolás De Hidalgo

FACULTAD DE ENFERMERIA


PLESS Víctor Gutiérrez Calvillo
Presente

A través de este conducto se hace de su conocimiento, que el Comité de Investigación de la Facultad de Enfermería, ha realizado la revisión del protocolo titulado "Capacidad de autocuidado y su relación con actividades de la vida diaria en adultos mayores de Morelia" y dictaminó que está **APROBADO** mismo que ha quedado registrado con el número de folio SA-CI-008-2021; por lo tanto usted puede realizar lo conducente.

Sin más por el momento, quedamos de usted.

Atentamente

Morelia, Michoacán. A 22 de marzo del 2021


Dra. María Leticia Rubio García Valenzuela
Coordinadora del Comité de Investigación

C.c.p. Archivo