



UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
ESCUELA SUPERIOR DE TLAHUELILPAN
LICENCIATURA EN ENFERMERIA



**“NIVEL DE ADAPTACIÓN DEL ADULTO MAYOR Y SU CAPACIDAD
FUNCIONAL EN LA CASA DE DIA DE TEPATEPEC”**

TESIS
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA

PRESENTADO POR:
PLESS SANTILLAN SANCHEZ CRISTAL YUTZIL

DIRECTOR DE TESIS:
D.C.E. LOPEZ NOLASCO BENJAMIN

COORDIRECTORES DE TESIS:
M.C.E. MAYA SANCHEZ ARIANA

TLAHUELILPAN DE OCAMPO, HIDALGO; DICIEMBRE 2019



UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
ESCUELA SUPERIOR DE TLAHUELILPAN
LICENCIATURA EN ENFERMERIA



**“NIVEL DE ADAPTACIÓN DEL ADULTO MAYOR Y SU
CAPACIDAD FUNCIONAL EN LA CASA DE DIA DE TEPATEPEC”**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA

PRESENTA:

PLESS SANTILLAN SANCHEZ CRISTAL YUTZIL

DIRECTOR DE TESIS:

D.C.E. LOPEZ NOLASCO BENJAMIN

COORDIRECTORES DE TESIS:

M.C.E. MAYA SANCHEZ ARIANA

SINODALES:

PRESIDENTE	M. C. E. CLAUDIA ATALA TREJO GARCIA	_____
SECRETARIO	DRA. EDITH ARACELI CANO ESTRADA	_____
VOCAL	D. C. E. LOPEZ NOLASCO BENJAMIN	_____
SUPLENTE	M. C. E. GABRIELA MALDONADO MUÑIZ	_____

TLAHUELILPAN DE OCAMPO, HIDALGO; DICIEMBRE DE 2019

I. TITULO

**“NIVEL DE ADAPTACIÓN DEL ADULTO MAYOR Y SU CAPACIDAD
FUNCIONAL EN LA CASA DE DIA DE TEPATEPEC”**

DEDICATORIAS

A Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mis padres por haberme apoyado en todo momento, por los ejemplos de perseverancia y constancia que los caracteriza y que me han infundido siempre, por los consejos, valores y motivaciones constantes que me han permitido ser una persona de bien, pero más que nada por su amor incondicional.

A mis maestros D.C.E. Benjamín López Nolasco por su gran apoyo y motivación para la culminación de nuestros estudios profesionales y para la elaboración de esta tesis; a la M.C.E Ariana Maya Sánchez por su apoyo ofrecido en este trabajo y a la D.C.S. Gabriela Maldonado Muñiz por su tiempo compartido y por impulsar el desarrollo de nuestra formación profesional.

A mi hermosa Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo la cual llevo en el corazón y que me dio todo mientras abría sus puertas del conocimiento para mí. A mi maravillosa carrera de Enfermería nido de muchos que como yo eligieron esta extraordinaria carrera y que con mucho orgullo, amor, pasión y respeto representaré.

AGRADECIMIENTOS

Doy gracias a Dios por ser el creador y divino maestro que rige la existencia y me permite ser parte del universo a través de la vida, por darme las fuerzas en estos 4 años para lograr el objetivo de ser profesional.

Gracias a mis padres por apoyarme en cada decisión y proyecto porque no ha sido sencillo el camino hasta ahora, pero gracias a sus aportes, a su amor, a su inmensa bondad y apoyo, lo complicado de lograr esta meta se ha notado menos. Les agradezco, y hago presente mi gran afecto hacia ustedes.

La vida es hermosa, y una de las principales características de esta hermosura es que la podemos compartir y disfrutar con quienes amamos. Podemos ayudar y guiar a muchas personas si ellas lo permiten, pero también podemos ser ayudados y guiados durante nuestra vida; por esto mismo, mediante estos agradecimientos de tesis, quiero exaltar la labor de todos mis docentes, todos aquellos que estuvieron presentes durante toda o la mayor parte de la realización y el desarrollo de esta tesis, gracias a aquellos que con respeto y decencia realizaron aportes a esta, gracias a todos.

El desarrollo de esta tesis no la puedo catalogar como algo fácil, pero lo que si puedo hacer, es afirmar que durante todo este tiempo pude disfrutar de cada momento, que cada investigación, proceso y proyectos que se realizaron dentro de esta, lo disfrute mucho, y no fue porque simplemente me dispuse a que así fuera, fue porque mis amigos siempre estuvieron ahí, fue porque la vida misma me demostró que de las cosas y actos que yo realice, serán los mismos que harán conmigo.

Siembra una buena y sincera amistad, y muy probablemente el tiempo te permitirá disfrutar de una agradable cosecha.

INDICE

I. TITULO.....	III
DEDICATORIAS.....	IV
AGRADECIMIENTOS.....	V
INDICE DE TABLAS.....	IX
INDICE DE FIGURAS.....	X
II.RESUMEN.....	11
III. ABSTRACT.....	12
IV. INTRODUCCIÓN.....	13
V. JUSTIFICACION	14
VI. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	18
VII. MARCO TEORICO CONCEPTUAL.....	19
7.1. Adulto mayor	19
7.2. Nivel de adaptación.....	19
7.3. La capacidad funcional.....	19
7.4. Modelo o teoría de enfermería	20
7.4.1. El Modelo De Adaptación De Callista Roy	20
7.5. Relación entre lo que se va a estudiar y el modelo.....	24
7.5.2. Relación Del Nivel De Adaptación Y Capacidad Funcional Con El	24
Modelo De Adaptación De Sor Callista Roy	24
VIII. HIPOTESIS	26
IX. OBJETIVOS	27
9.1. General	27
9.2 Específicos.....	27
X. METODOLOGIA.....	28
10.1. Tipo de estudio.....	28
10.2. Diseño metodológico	28

10.3. Límites de tiempo y espacio	28
10.4. Universo	28
10.5. Muestra	29
10.5.1. Cálculo de la muestra finita	29
10.6. Criterios de selección	29
10.6.1. Inclusión.....	29
10.6.2. Exclusión	29
10.6.3. Eliminación	29
10.7. Variables	29
10.8. Instrumento	30
10.8.1. Índice de Barthel.....	30
10.8.2. Nivel de adaptación	12
10.9. Procedimiento	13
10.10. Análisis estadístico	13
10.10.1. Estadística descriptiva.....	13
10.11. Recursos	14
10.11.1. Humanos	14
10.11.2. Materiales.....	14
10.11.3. Financieros.....	14
10.12. Cronograma de actividades	14
10.13. Difusión	14
XI. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES	15
11.1 Reglamento De La Ley General De Salud En Materia De Investigación Para La Salud.....	15
11.2 Declaración De Helsinki De La Asociación Médica Mundial	19
Recomendaciones Para Guiar A Los Médicos En La Investigación Biomédica En Personas.....	19

XII. RESULTADOS	22
XIII. DISCUSION	35
XIV. CONCLUSIONES	36
XV. RECOMENDACIONES	37
XVI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	38
XVII. ANEXOS Y APENDICES	42

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Variables Sociodemográficas	22
Tabla 2 Frecuencia y porcentaje en el Modo Fisiológico.....	23
Tabla 3 Frecuencia y Porcentaje en el Modo Autoconcepto	26
Tabla 4 Frecuencia y Porcentaje en el Modo Interdependencia	28
Tabla 5 Frecuencia y Porcentaje en Desempeño del Rol	30
Tabla 6 Resultado del instrumento de Nivel de Adaptación	31
Tabla 7 Frecuencia y Porcentaje del instrumento, Índice de Barthel.....	32
Tabla 8 Resultados del instrumento de Índice de Barthel	33
Tabla 9 Estadística inferencial.....	34

INDICE DE FIGURAS

Ilustración Modelo de Adaptación de Callista Roy 1	23
Ilustración Modelo de Adaptación 2	25

II.RESUMEN

"Nivel de adaptación del adulto mayor y su capacidad funcional de la casa de día de tepatepec"

Introducción: El aumento de la esperanza de vida, como consecuencia de la estabilidad y el bienestar alcanzado, ha ocasionado un cambio radical en las pirámides demográficas, produciendo una transformación global; por lo que, el estudio de los adultos mayores se convierte en una prioridad. La búsqueda de la adaptación a los ambientes cambiantes está determinada, en gran medida, por la capacidad para la variación de cada individuo.

Objetivos: Determinar el nivel de adaptación y la capacidad funcional del adulto mayor en la Casa de Día de Tepatepec.

Material y métodos: La investigación es de tipo cuantitativo y transversal aplicada en 31 adultos mayores, la información fue recolectada con el instrumento denominado "Nivel de adaptación", que mide los modos fisiológico, autoconcepto, interdependencia y desempeño de rol, con una confiabilidad de >0.85 Kuder Richardson y el "Índice de Barthel", que mide la capacidad de la persona para la realización de diez actividades básicas de la vida diaria con una confiabilidad de $0.86 - 0.92$ alpha de Cronbach.

Resultados: El Nivel de adaptación en donde se incluye el modo fisiológico, modo autoconcepto, modo interdependencia y modo función del rol se encuentran integrados. Mientras que en la capacidad funcional nos arrojó que 10 adultos mayores presentan dependencia leve, por lo que 21 adultos mayores son independientes, esto determina que son autónomos en sus propias actividades.

Palabras clave: adulto mayor, nivel adaptación, capacidad funcional.

III. ABSTRACT

"Level of adaptation of the elderly adult and its functional capacity of the house of day of tepatepec"

Introduction: The increase in life expectancy, as a consequence of the stability and well-being achieved, has caused a radical change in the demographic pyramids, producing a global transformation; therefore, the study of the elderly becomes a Priority.

The search for adaptation to changing environments is determined, to a large extent, by the capacity for variation of each individual.

Objectives: Determine the level of adaptation and functional capacity of the elderly in the "Casa de Dia de Tepatepec".

Material and methods: The research is of quantitative and cross type applied in 31 older adults, the information was collected with the instrument called "level of adaptation", which measures the physiological, self-concept, interdependence and role performance modes, with a reliability of > 0.85 Kuder Richardson and the "indice de Barthel ", which measures the capacity of the person to perform ten basic activities of daily life with a reliability of $0.86 - 0.92$ Cronbach alpha.

Results: The adaptation level where the physiological mode, self-concept mode, interdependence mode and role mode are included are integrated. While the functional capacity does not show that 10 older adults have mild dependence, so that 21 older adults are independent, this determines that they are autonomous of their own activities.

Keywords: Elderly, adaptation level, functional capacity.

IV. INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, el mundo ha sufrido el fenómeno denominado “encanecimiento mundial”. Con la mejoría en la calidad de vida, la salud y los servicios, aunada al descenso de la natalidad y la mortalidad y al aumento en la esperanza de vida, se tiende a una transición demográfica en la que las pirámides poblacionales se invierten y por consiguiente se mezclan múltiples problemas de salud, sociales, funcionales y económicos. Al respecto, México ocupa el undécimo lugar de los países más poblados y el séptimo lugar entre aquellos con envejecimiento acelerado: solo tomará 19 años duplicar la población de adultos mayores.¹

A medida que las personas envejecen, su calidad de vida se ve determinada en gran medida por su capacidad para mantener la autonomía y la independencia, las relaciones personales, las creencias personales y la relación que las personas tengan con el entorno.²

Es de importancia detectar a quienes están en riesgo de perder su capacidad funcional por ello se elabora el presente estudio en donde mediante la conceptualización de Roy en su Modelo de Adaptación se describe que la naturaleza holística del modelo es útil en la investigación de la relación existente entre los procesos de adaptación físicos y fisiológicos.

El nivel de adaptación se observa en los comportamientos de la persona como respuesta a estímulos de tipo focal, contextual y residual, los cuales pasan por un proceso donde actúan los mecanismos de afrontamiento.

El proceso de envejecimiento se acompaña de disminución de las funciones generales del organismo es por esto que se decide analizar el nivel de adaptación y la capacidad funcional de los adultos mayores de la Casa de Día de Tepatepec.³

V. JUSTIFICACION

Debido al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de fecundidad, la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países.⁴

La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que entre 2015 y 2050, el porcentaje de los habitantes del planeta mayores de 60 años casi se duplicará, pasando del 12% al 22%.

- Para 2020, el número de personas de 60 años o más será superior al de niños menores de cinco años.
- En 2050, el 80% de las personas mayores vivirá en países de ingresos bajos y medianos.
- La pauta de envejecimiento de la población es mucho más rápida que en el pasado.
- Todos los países se enfrentan a retos importantes para garantizar que sus sistemas sanitarios y sociales estén preparados para afrontar ese cambio demográfico.⁵

Las poblaciones de todo el mundo están envejeciendo rápidamente. Entre 2000 y 2050, la proporción de la población mundial de 60 años y más se duplicará, del 11% al 22%. Se prevé que el número absoluto de personas de 60 años o más aumentará de 900 millones en 2015, a 1400 millones para 2030 y a 2100 millones para 2050, y podría llegar a 3200 millones en 2100. En 2050, las personas de 60 años o más representarán un 34% de la población de Europa, un 25% de América Latina y el Caribe y Asia, y aunque África tiene la estructura demográfica más joven entre todas las regiones principales, en términos absolutos el número de personas de 60 años o más aumentará de 46 millones en 2015 a 147 millones en 2050.⁶

Los adultos mayores mexicanos pasaron de ser el 6.2% del total de la población en 2010, al 7.2% en 2015, agregó el INEGI en un comunicado, con lo que se confirma que México está volviéndose un país de personas mayores. La edad

mediana en México es de 27 años, de acuerdo con los datos oficiales del Instituto. Los factores del envejecimiento de la población son que “la pirámide poblacional sigue la tendencia de reducir su base, mientras que continúa el crecimiento tanto en el centro como en la parte alta”, informó el Instituto Nacional de Geografía y Estadística en su comunicado. Según la CONAPO, para 2050 habrá 150 millones 837,517 mexicanos y la esperanza de vida promedio será de 79.42 años; ésta, que actualmente es de 77.4 años para las mujeres y 71.7 para los hombres, aumentará a 81.6 y 77.3 años, respectivamente. Con respecto a la vejez, se estima que la razón de dependencia a nivel nacional será de 10 personas de 65 o más años por cada 100 en edades laborales.⁷

México en 50 años ha alcanzado un alto porcentaje de personas envejecidas, se espera que para finales de 2019 existan, según el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), 13 millones 900 mil personas mayores de 60 años. Actualmente 6 de cada 10 personas mayores son mujeres, haciendo evidente una feminización del envejecimiento, con una esperanza de vida en promedio de 75 años: 78 años para mujeres y 73 años para los hombres.⁸ De manera lenta, pero inevitable, la población en Hidalgo crece en adultos mayores. Hoy, de acuerdo con las cifras del Inegi, 7 de cada 100 personas en el estado tiene 65 años o más, pero las proyecciones indican que en el año 2030 ese porcentaje crecerá a 10.4 por ciento, lo que obliga a estar al pendiente de las necesidades de los adultos mayores.⁹

ESTUDIOS PREVIOS

Saavedra, Acero, en el trabajo titulado “la autonomía funcional del adulto mayor “el caso del adulto mayor en Tunja.” En el 2015, La funcionalidad medida con el Test BARTHEL, que evalúa la capacidad de realizar las actividades de la vida diaria de manera independiente para los casos antes del programa se encontró el 8,25% con grado de dependencia leve el 27, 7% independientes 72%, controles dependencia leve 12,7% independiente 82,7%.⁴

Dosil Maceiras Iglesias Souto P Ares Taboada E Dosil Díaz C Real Deus J, que lleva por título usuarios de servicios sociales comunitarios (salud y centros de día)

para Personas mayores. En el 2016, Los resultados obtenidos indican que un porcentaje considerable de usuarios del servicio de ayuda a domicilio eran personas sin problemas importantes de dependencia, que estaban en buenas condiciones tanto a nivel físico como cognitivo y disponían de una red social informal amplia y comprometida. Por su parte, los que acudían a centros de día presentaban mayores niveles de dependencia, sobre todo a nivel instrumental, mientras que la capacidad para llevar a cabo las actividades básicas estaba preservada en más de la mitad de los casos. Por lo tanto, se ha encontrado un desajuste entre las necesidades de un número importante de usuarios de estos servicios y la respuesta que se les ofrece desde los mismos.¹⁰

Silva Correa C, Cobos R, Castillo J, Landazábal O, que tiene por título El entrenamiento de la fuerza desde un enfoque funcional en el envejecimiento del musculo esquelético: Una revisión de literatura. En el 2016, afirma que es de suma importancia el conocimiento sobre las particularidades musculares (morfológicas y neuromusculares) necesarias en la implementación de las diferentes modalidades de entrenamiento. Las adaptaciones proporcionadas por el sistema de entrenamiento reactivo, muestra mayores beneficios funcionales para los adultos mayores, cotejado con las modalidades de entrenamiento tradicional y de potencia.¹¹

Ordóñez Castillo, Ángel Benigno, Toledo Miranda, Lisseth Xiomara, que lleva por título “Valoración de la capacidad funcional y factores asociados en adultos mayores de los asilos de la ciudad de Loja” del 2017. Donde se efectuó un estudio descriptivo transversal con 69 adultos mayores, utilizando una encuesta y el índice de Barthel. Encontrándose el mayor porcentaje con dependencia leve en un 45%. Y solo un 20,3% son independientes.¹²

Solórzano Aparicio, Mary Luz, Velazco Huaranga, Lessly Karol, Carrera Luis, Tanya Gyna que tiene por título “Dependencia física y deterioro cognitivo en los adultos mayores de la casa hogar “misioneros de amor”, Chacacayo, 2016”. Se halló relación entre la edad y el deterioro cognitivo ($p=0.001$), entre la edad y la dependencia física ($p = 0.03$) y entre el género y el deterioro cognitivo ($p = 0.038$).

Se concluyó que no existe relación entre la dependencia física y el deterioro cognitivo en los adultos mayores de una casa hogar. ¹³

El envejecimiento en cada persona está determinado por las condiciones sociales, económicas, ambientales, nutricionales y culturales en las que viven los seres humanos.¹⁴

Con el aumento de la expectativa de vida, son más las personas que logran arribar a esta etapa; sin embargo, no son pocos los que cuando lo hacen se quejan de las limitaciones que comienzan a experimentar. Es conocido que en el envejecimiento ocurren cambios morfológicos, psicológicos y funcionales, lo que requiere de un proceso de adaptación del individuo a los mismos.

Actualmente son muchas las personas, organizaciones y países que se dedican al estudio de las características de la longevidad, porque no solo se quiere que las personas vivan más, sino que lo hagan en condiciones físicas, mentales y sociales adecuadas, que les permitan una funcionalidad acorde a las premisas de un envejecimiento satisfactorio. ¹⁵

VI. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La funcionalidad del adulto mayor es la capacidad de enfrentar el proceso de cambio con un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal. A medida que las personas envejecen, su calidad de vida se ve determinada en gran medida por su capacidad para mantener la autonomía y la independencia, las relaciones personales, las creencias personales y la relación que las personas tengan con el entorno.²

En el adulto mayor, el mejor indicador de salud es su estado funcional, ya que es vulnerable y susceptible a presentar complicaciones con impacto negativo en sus actividades básicas de la vida diaria (comer, trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal, uso del retrete, bañarse/ ducharse, desplazarse, subir y bajar escaleras, vestirse y desvestirse, control de heces, control de orina).¹⁶

Las naciones en desarrollo no escapan a este fenómeno, lo que significa que enfrentan las consecuencias del envejecimiento en un contexto más complicado, en el cual se mezclan múltiples problemas de salud, sociales, funcionales y económicos.

Estos problemas de salud condicionantes del deterioro funcional en los adultos mayores de no ser tratados pueden conducir a situaciones de incapacidad severa como: inmovilidad, inestabilidad y deterioro intelectual que ponen al individuo en riesgo de iatrogenia.¹

Por ello nos planteamos la siguiente pregunta:

¿Cuál es el nivel de adaptación y su capacidad funcional del adulto mayor de la Casa de Día de Tepatepec?

VII. MARCO TEORICO CONCEPTUAL

7.1. Adulto mayor

El envejecimiento es un fenómeno presente a lo largo del ciclo vital desde el mismo proceso de la concepción hasta la muerte. Sin embargo, a pesar de ser un fenómeno natural conocido por todos los seres humanos, es difícil de aceptar como una realidad innata del ser humano.¹⁷

En México se considera Adulto Mayor 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.

En los hogares mexicanos el 62.1% de hombres adultos mayores son jefes de familia, mientras que el 37.9% son mujeres.¹⁸

7.2. Nivel de adaptación

El nivel de adaptación representa la condición de los procesos de vida descritos en los tres niveles: integrado, compensatorio y comprometido, la presencia de limitaciones en la ejecución de estos tres niveles representa un serio problema para el adulto mayor pues son un indicador de riesgo para la salud del individuo. El nivel de adaptación de una persona es “un punto que cambia constantemente y está compuesto por estímulos focales, contextuales y residuales que representan el estándar de la gama de estímulos con el que la persona puede reaccionar por medio de respuestas normales de adaptación”.

7.3. La capacidad funcional

La capacidad funcional se define como la facultad presente en una persona, para realizar las actividades de la vida diaria, sin necesidad de supervisión, es decir, la capacidad de ejecutar tareas y desempeñar roles en la cotidianidad, dentro de un amplio rango de complejidad. La capacidad funcional está estrechamente ligada al concepto de autonomía, definida como el grado en que hombres y mujeres pueden funcionar como desean hacerlo, esto implica, tomar las propias

decisiones, asumir las propias responsabilidades y por tanto reorientar las propias acciones.

La funcionalidad del adulto mayor es la capacidad de enfrentar el proceso de cambio con un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal. Es de importancia detectar a quienes están en riesgo de perder su capacidad funcional y actuar a nivel de prevención primaria antes de que se produzca la discapacidad.²

7.4. Modelo o teoría de enfermería

7.4.1. El Modelo De Adaptación De Callista Roy

Fue elaborado en 1964 a partir del trabajo de Harry Helson en psicofísica, además de combinar la definición de sistemas que hace Rapoport y que considera a la persona como un sistema adaptativo. Roy define el metaparadigma enfermero de esta forma:

- **Persona:** Ser biopsicosocial, en constante interacción con el entorno cambiante, que usa mecanismos innatos y adquiridos para afrontar los cambios y adaptarse a ellos en los cuatro modos adaptativos: fisiológicos,
- **Autoimagen,** dominio del rol e interdependencia. Es el receptor de los cuidados enfermeros, desempeñando un papel activo en dichos cuidados.
- **Entorno:** Todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan al desarrollo y a la conducta de las personas y los grupos.
- **Salud:** Proceso de ser y llegar a ser una persona integrada y total; es la meta de la conducta de una persona y la capacidad de ésta de ser un organismo adaptativo.
- **Enfermería:** Es requerida cuando una persona gasta más energía en el afrontamiento, dejando muy poca energía disponible para el logro de las metas de supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio.

La meta de la enfermería es ayudar a la persona a adaptarse en los cuatro modos, ya sea en la salud o en la enfermedad.

Los modos adaptativos son categorías de conductas para adaptarse a los estímulos:

1. Función fisiológica: Implica las necesidades básicas del organismo y las formas de adaptación. Incluye los patrones de oxigenación, nutrición, eliminación, actividad y descanso, integridad de la piel, sentidos, líquidos y electrolitos y la función neurológica y endocrina.
2. Autoconcepto: Se refiere a las creencias y los sentimientos acerca de uno mismo. Abarca la identidad física (incluye la sensación y la imagen corporal), la identidad personal (incluye la autocoherencia y la autoideal) y la identidad moral y ética (incluye la autoobservación y la autoevaluación).
3. Función de Rol: Implica conductas de razón de la posición de la persona en la sociedad; depende de cómo una persona interactúa con otras en una situación concreta. Puede clasificarse como primario (edad, sexo), secundario (marido, mujer) y terciario (rol temporal de un particular).
4. Interdependencia: Implica la relación de la persona con sus allegados y los sistemas de apoyo. Persigue el equilibrio entre las conductas dependientes (búsqueda de ayuda, atención y afecto) y conductas independientes (tener iniciativa y obtener satisfacción en el trabajo). Satisface las necesidades de la persona de amor, educación y afecto.

Dentro de los modos adaptativos están los mecanismos de afrontamiento, que son dos:

- Regulador: controla los procesos internos relacionados con las necesidades fisiológicas.
- Cognitivo: regula el autoconcepto, la función del rol y la interdependencia.

El modelo de Callista Roy es determinado como una teoría de sistema con un análisis significativo de las interacciones. Contiene cinco elementos esenciales:

- Paciente: lo define como la persona que recibe los cuidados.
- Meta: que el paciente se adapte al cambio.
- Salud: proceso de llegar a ser una persona integrada y total.

- Entorno: Condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan el desarrollo y la conducta de la persona.

- Dirección de las actividades: la facilitación a la adaptación.

Todos los elementos están relacionados entre sí. Los sistemas, los mecanismos de afrontación y los modos de adaptación son utilizados para tratar estos elementos. Para Roy, los sistemas son un conjunto de componentes organizados, relacionados para formar un todo; son más que la suma de sus partes, reacciona como un todo e interactúan con otros sistemas del entorno.

El paciente es un sistema abierto y adaptativo, que aplica un ciclo de retroacción de entrada, procesamiento y salida:

- Entrada: Son los estímulos que puedan llegar desde el entorno o desde el interior de la persona. Se clasifican en focales (afectan a la persona inmediatamente), contextuales (todos los demás estímulos que están presentes) y residuales (inespecíficos, tales como ciencias culturales o actitudes ante la enfermedad).

- Procesamiento: Hace uso de los procesos (mecanismos de control que una persona utiliza como sistema de adaptación) y los efectores (hacen referencia a la función fisiológica, el autoconcepto y la función de rol incluidos en la adaptación).

- Salida: Se refiere a las conductas de las personas, y se dividen en respuestas adaptativas (aquellas que promueven la integridad de la persona; logran las metas de la supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio), y en respuestas ineficaces (aquellas que no fomentan el logro de las metas).

Las respuestas proporcionan, la retroacción del sistema. De este modo, el nivel de adaptación es un punto en continua modificación, constituido por estímulos focales, contextuales y residuales que representan la entrada al sistema propio de cada persona con respecto a las respuestas adaptativas del sistema (que son las salidas). Por último, Callista Roy define seis pasos en el proceso de enfermería:

1. Valoración de las conductas.

2. Estímulos que afectan a esas conductas.

3. Elaboración de un diagnóstico de enfermería sobre la situación adaptativa de la persona.

4. Establecimiento de objetivos que favorezcan la adaptación.
5. Intervenciones de enfermería (intentar manipular los estímulos para lograr la adaptación).
6. Evaluación (mediante la manipulación de los estímulos del paciente, la enfermera incrementa la interacción de la persona con el entorno, promoviendo con ello la salud).¹⁹

EL SISTEMA HUMANO

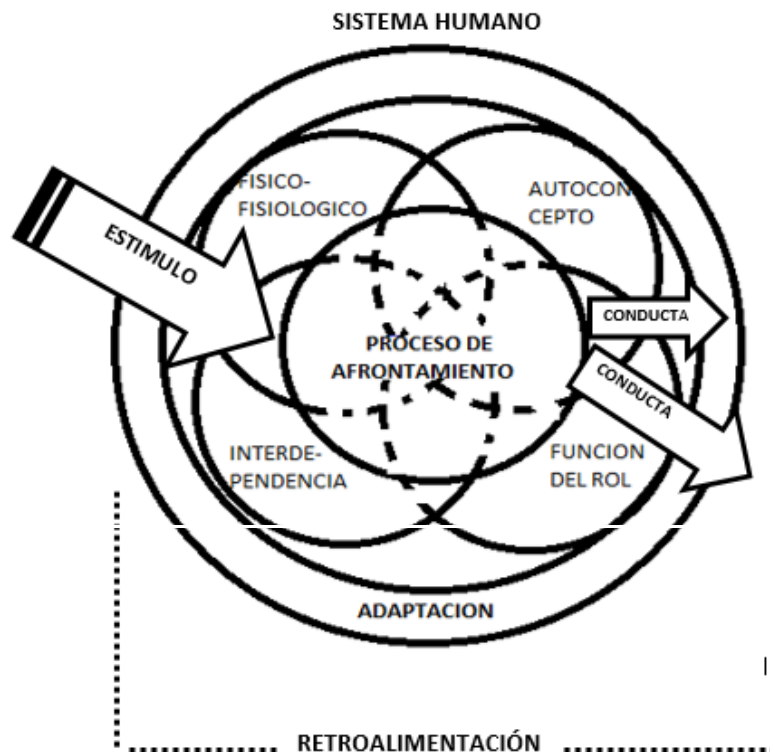


Ilustración Modelo de Adaptación de Callista Roy 1

Fuente: Martha R.A. Ann M. T. Modelos y Teorías en Enfermería, Octava Edición, España: Editorial EL SERVIER MOSBY; 2015, Callista Roy, PP: 293-313.

7.5. Relación entre lo que se va a estudiar y el modelo

7.5.2. Relación Del Nivel De Adaptación Y Capacidad Funcional Con El Modelo De Adaptación De Sor Callista Roy

La siguiente investigación se sustentó con Roy ya que refiere a las personas como un todo, con partes que funcionan con una sola unidad para un propósito que es conseguir la integridad fisiológica, psicológica y social.

El estímulo es un factor que provoca una respuesta y pueden surgir tanto en el entorno interno como en el externo. El estímulo focal son los que se presentan al individuo y esto se debe a que la capacidad funcional puede o no comprometer la calidad de vida del individuo.

Las reacciones ante los estímulos se llevan a cabo por medio de los modos de adaptación. El modo de adaptación fisiológico-físico se centra en la manera en que los seres humanos reaccionan ante su entorno, esto repercute en la capacidad funcional ya que llega a ser una gran limitante para la realización de las actividades diarias y esto aumenta la necesidad de ayuda.

El modo de auto concepto del grupo es un conjunto de creencias y sentimientos que el individuo tiene de sí mismo en un momento determinado, en los adultos mayores la visualización que el individuo tiene sobre su persona es errónea y cree que todas las personas lo tienen en un concepto de debilidad por no poder valerse por sí solo.

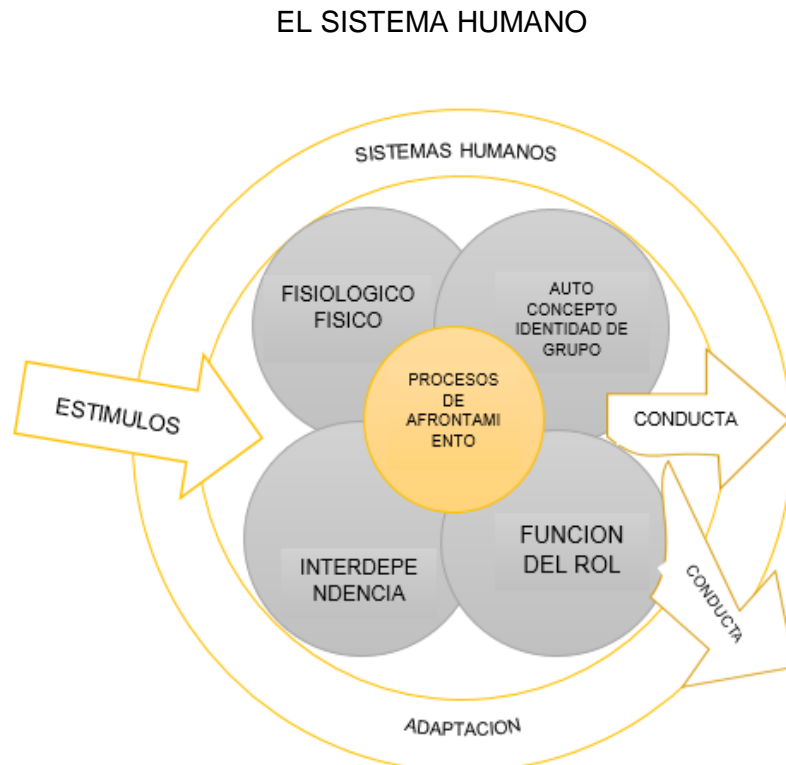
El modo de adaptación de la función del rol describe las experiencias que se tienen de cómo actuará un individuo frente a otro. Algunos individuos desempeñan papeles primarios, secundarios y terciarios, que se llevan a cabo por el comportamiento instrumental y al tener deficiencias en la capacidad funcional provocan un déficit en la realización de actividades y deberes que hacía cotidianamente.

El modo interdependencia se explica como la autoimagen y el dominio del papel social de cada individuo que interacciona con las personas de su entorno, ejerciendo y recibiendo influencias. El hombre hasta el fin de sus días, está sujeto a los numerosos y cambiantes estímulos del medio a los que habrá de responder continuamente para adaptarse a cada nueva situación, ya que la no reacción

ante los mismos implicará un desajuste en su nivel de salud o una pérdida de la misma.

La capacidad para responder persigue la búsqueda de situaciones de equilibrio y, en definitiva, de la adaptación continua al entorno, tanto desde el punto de vista biológico como desde la perspectiva del desempeño de roles en un sistema tan artificioso como es el social.

La variabilidad hace que las personas puedan responder de muy diferentes maneras ante un mismo estímulo del medio, de forma que, debido a la capacidad de respuestas dadas por el hombre ante el mismo estímulo, se facilita la consecución de diferentes grados de equilibrio para la adaptación.



Fuente: Santillán SCY (2016).

VIII. HIPOTESIS

Hi El adulto mayor de la casa día de Tepatepec se encuentra en un nivel de adaptación comprometido y en el nivel de dependencia grave.

Ha El adulto mayor de la casa día de Tepatepec se encuentra en un nivel de adaptación compensado y en el nivel de dependencia moderado.

Ho El adulto mayor de la casa día de Tepatepec se encuentra en un nivel de adaptación integrado y en el nivel de dependencia leve.

IX. OBJETIVOS

9.1. General

- Analizar el nivel de adaptación del adulto mayor y la capacidad funcional en la Casa de Día de Tepatepec.

9.2 Específicos

- Medir el nivel de adaptación y la capacidad funcional del adulto mayor de 60 y más.
- Relacionar el nivel de adaptación y la capacidad funcional del adulto mayor de 60 y más.
- Analizar el número de adultos mayores con dependencia en la capacidad funcional.

X. METODOLOGIA

10.1. Tipo de estudio

Este estudio tiene un enfoque cuantitativo ya que se realizó una recolección de datos y se fundamentó con la medición, los cuales se vieron reflejados en números y se realizó de forma objetiva, mediante el Índice de Barthel y el instrumento que mide el Nivel de adaptación. Además de que tiene un alcance descriptivo puesto que buscamos especificar propiedades, características, rasgos importantes de un fenómeno y se centran en medir con la mayor precisión posible.

20

10.2. Diseño metodológico

La investigación es de corte transversal, puesto que está diseñado para medir la prevalencia de un resultado, en una población definida y en un punto específico de tiempo y no involucran seguimiento. No experimental ya que, no se realizó ninguna intervención a la población y se basa fundamentalmente en la observación de fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para después analizarlos. Prospectivo porque va de presente a futuro. Y prolectivo ya que la información que se recolecto fue mediante instrumentos y se hizo de forma directa con la población.²⁰

10.3. Límites de tiempo y espacio

Nuestro trabajo lo realizamos en la casa de Día de Tepatepec Hidalgo donde se reúnen adultos mayores los días lunes, miércoles y viernes en un horario de 4:00 pm- 6:00pm en donde pueden realizar diversas actividades tales como canto, baile de salón, pintura y practicar Tai Chi.

Comenzamos a asistir al lugar el día viernes 04 de agosto 2017 para realizar nuestro trabajo de investigación en el cual realizamos 6 sesiones.

10.4. Universo

El universo estuvo conformado por 35 adultos mayores de 60 años y más que acuden a la Casa de Día De Tepatepec Municipio de Francisco I. Madero Hidalgo

que asisten los días lunes, martes y miércoles así mismo que estuvieron de acuerdo con la participación de dicha investigación.

10.5. Muestra

10.5.1. Cálculo de la muestra finita

La muestra es probabilística, ya que todos los elementos de la población tuvieron la misma posibilidad de ser elegidos para nuestro trabajo.

Se determinó una población finita puesto que el tamaño es medible.²¹ (Ver apéndice número 5)

10.6. Criterios de selección

10.6.1. Inclusión

Adultos mayores de la Casa de Día de Tepatepec que cumplan con las siguientes características:

- Que presenten disponibilidad de tiempo
- Adultos mayores que firmen el consentimiento informado
- Personas de 60 años y más que se encontraran en la casa de día de Tepatepec.

10.6.2. Exclusión

Adultos mayores de la Casa de Día de Tepatepec que cumplan con las siguientes características:

- Personas que no firmaran el consentimiento informado.
- Personas que no aceptaron someterse al estudio.

10.6.3. Eliminación

Adultos mayores de la Casa de Día de Tepatepec que cumplan con las siguientes características:

- Que deserten de las sesiones.

10.7. Variables

Una variable es en principio un concepto que determina una cualidad de un objeto, es un atributo que puede variar de una o más maneras y que sintetiza conceptualmente lo que se quiere conocer acerca del objeto de investigación.²² (Ver apéndice número 6)

10.8. Instrumento

10.8.1. Índice de Barthel

Nuestro instrumento es llamado índice de Barthel el cual mide la autonomía para realizar las actividades de la vida diaria este instrumento se le puede aplicar a cualquier tipo de población, pero en especial a los adultos mayores ya que abarca el tema de movimiento musculo - esquelético. Se trata de un cuestionario heteroadministrado con 10 ítems tipo Likert. El rango de posibles valores del Índice de Barthel está entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos. A menor Puntuación, más dependencia; y a mayor puntuación, más independencia. Además, el Índice Barthel puede usarse asignando puntuaciones con intervalos de 1 punto entre las categorías – las posibles puntuaciones para las actividades son 0, 1, 2, o 3 puntos – resultando un rango global entre 0 y 20. Los puntos de corte sugeridos por algunos autores para facilitar la interpretación son:

- | | |
|---------------------------|-----------------------------|
| •0-20 dependencia total | •61-90 dependencia moderada |
| •21-60 dependencia severa | •91-99 dependencia |

Confiabilidad

El Índice de Barthel resultó con buena fiabilidad interobservador, índices de Kappa entre 0.47 y 1.00, y con respecto a la confiabilidad intraobservador se obtuvieron índices de Kappa entre 0.84 y 0.97. En cuanto a la evaluación de la consistencia interna, se obtuvo un alfa de Cron Bach de 0.86-0.92.

Validez

Wade y Hower realizaron una evaluación de la validez del Índice de Barthel en 572 pacientes con accidente cerebrovascular agudo mediante la comparación con un índice de motricidad, obteniendo correlaciones significativas entre 0,73 y 0,77.

Objetividad

El Índice de Barthel es capaz de detectar un progreso o deterioro en ciertos niveles del estado funcional, aunque su capacidad para detectar cambios en situaciones extremas es limitada, esto es, si un paciente consciente obtiene una puntuación de 0 en el Índice de Barthel y espontáneamente cae en un estado inconsciente (por tanto, en un mayor nivel de dependencia), el Índice de Barthel no cambia.²³

10.8.2. Nivel de adaptación

Las dimensiones que mide son los modos: fisiológicos, auto concepto, interdependencia y desempeño del rol: indicadores son: integrado, compensatorio y comprometido.

El instrumento tiene un apartado de datos generales, donde se indaga las variables descriptivas, posteriormente cada apartado pertenece a un modo de adaptación y describen las instrucciones para el llenado.

El apartado II es del modo fisiológico, consta de 42 ítems con opciones de respuestas dicotómicas (Si y No), el valor máximo es de 1 y el mínimo es de 0, el intervalo de la escala es de 0-24, las categorías de calificación son tres: comprometido, compensatorio e integrado; 40 ítems tienen un sentido negativo y dos son positivos, se utilizó una guía de observación para la exploración física.

El apartado III tiene la intención de medir el modo auto concepto; consta de 35 ítems, los cuales 15 son sentido negativo y 20 en sentido positivo, las opciones de respuestas son Si y No, donde el valor mínimo es de 0 y el máximo es de 1, con un intervalo de 0-35; las categorías de calificación son tres: comprometido, compensatorio e integrado.

El apartado IV mide el nivel de adaptación del modo interdependencia. Las preguntas son en sentido positivo o negativo y las respuestas son de tipo dicotómicas (Si y No), el valor máximo es de 1 y el mínimo es de 0. En total son 18 preguntas, con un intervalo de 0-18; las categorías de calificación son tres: comprometido, compensatorio e integrado.

El apartado V mide el nivel de adaptación en desempeño del rol. Consta de 18 ítems, los cuales 2 son en sentido negativo y 16 en positivo; las respuestas son con dos opciones Sí y No. El intervalo de 0-18; las categorías de calificación son tres: comprometido, compensatorio e integrado

Para la validez de constructo se fundamentó en los conceptos del Modelo de Adaptación de Roy. En la validez de contenido se revisaron varios instrumentos para conocer como ha sido medida la variable por otros investigadores, se elaboró un universo de ítems posibles para medir el nivel de adaptación mediante los

modos adaptativos, en la validez de criterio se consulta a investigadores familiarizados con los conceptos del modelo y con las características biológicas, psicológicas y sociales del adulto mayor residente de una casa hogar, por su recomendación se eliminaron ítems.

El cálculo de confiabilidad del instrumento se realizó con el Kuder Richardos (KR20), en el programa Excel, con ayuda de un estadista; el resultado en el modo fisiológico es de 0.87, en el modelo auto concepto 0.88, en el modo de interdependencia es de 0.97 y en el modo desempeño del rol es de 0.96.²⁴

10.9. Procedimiento

- a) Se realizaron trámites correspondientes para el reporte de investigación
- b) Reunimos a los adultos mayores, se explicó el plan a realizar y se hizo entrega del consentimiento informado
- c) Se explicó detalladamente las actividades que se realizarían a los adultos mayores
- d) Realizamos la aplicación del instrumento del Nivel de adaptación
- e) Realizamos la aplicación del Instrumento del Índice de Barthel
- f) Se llevó a cabo la recolección de datos
- g) Hicimos la evaluación y valoración de la capacidad funcional y el nivel de adaptación de los adultos mayores
- h) Redactamos los resultados

10.10. Análisis estadístico

10.10.1. Estadística descriptiva

Para fines de este trabajo se utilizó el programa IBM SPSS Statistics 25.0 que significa Statistical Package for the Social Sciences y traducido al español es “Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales”, es un programa estadístico informático, que facilita la recolección de información obtenido de instrumentos que se utilizan mediante una base de datos y posteriormente se puede representar mediante tablas y gráficas.

10.11. Recursos

10.11.1. Humanos

Investigadores:

- Cristal Yutzil Santillán Sánchez

Asesores:

- D.C.E. Benjamín López Nolasco
- M.C.E. Ariana Maya Sánchez

10.11.2. Materiales

Los recursos materiales son los bienes tangibles que podemos utilizar para el logro de objetivos. (Ver apéndice 7)

10.11.3. Financieros

Los recursos financieros son el efectivo y el conjunto de activos financieros que tienen un grado de liquidez. (Ver apéndice 7)

10.12. Cronograma de actividades

El cronograma es un registro pormenorizado del proceso que se ha de seguir para llegar a un fin preestablecido. (Ver apéndice 8)

10.13. Difusión

El presente trabajo fue difundido en el XVIII Congreso Nacional de Medicina y Enfermería, en la Ciudad de Puerto Vallarta, Jalisco. Durante los días 4, 5 y 6 en el mes de mayo del 2018. Acreditado por el consejo CEA.

XI. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES

11.1 Reglamento De La Ley General De Salud En Materia De Investigación Para La Salud

TITULO PRIMERO

CAPITULO UNICO

ARTICULO 1o.- Este Ordenamiento tiene por objeto proveer, en la esfera administrativa, al cumplimiento de la Ley General de Salud en lo referente a la investigación para la salud en los sectores público, social y privado. Es de aplicación en todo el territorio nacional y sus disposiciones son de orden público e interés social.

ARTICULO 3o.- La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

- I. Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos;
- II. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social;
- III. A la prevención y control de los problemas de salud;
- V. Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud.

TITULO SEGUNDO

De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos

CAPITULO I

Disposiciones Comunes

ARTÍCULO 13.-En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

ARTÍCULO 14.- La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

- I. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen;
- II.- Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos.
- III.- Se deberá realizar sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo;
- IV.- Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predecibles;
- V.- Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este Reglamento señala;
- VI.- Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este Reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación;
- VII. Contará con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación, Ética y la de Bioseguridad, en su caso, y
- VIII. Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud y, en su caso, de la Secretaría, de conformidad con los artículos 31, 62, 69, 71, 73, y 88 de este Reglamento.

ARTÍCULO 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

ARTÍCULO 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o

tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías;

I.- Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta;

II. Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes decíuales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 MI. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, entre otros, y

III.- Investigación con riesgo mayor que el mínimo: Son aquéllas en que las probabilidades de afectar al sujeto son significativas, entre las que se consideran: estudios radiológicos y con microondas, ensayos con los medicamentos y modalidades que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, ensayos con nuevos dispositivos, estudios que incluyan procedimientos quirúrgicos, extracción

de sangre 2% del volumen circulante en neonatos, amniocentesis y otras técnicas invasoras o procedimientos mayores, los que empleen métodos aleatorios de asignación a esquemas terapéuticos y los que tengan control con placebos, entre otros.

ARTÍCULO 18.- El investigador principal suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño a la salud del sujeto en quien se realice la investigación. Asimismo, será suspendida de inmediato cuando el sujeto de investigación así lo manifieste.

ARTÍCULO 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

ARTÍCULO 22.- El consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá reunirse los siguientes requisitos:

- I. Será elaborado por el investigador principal, indicando la información señalada en el artículo anterior y de acuerdo a la norma técnica que emita la Secretaría;
- II.- Será revisado y, en su caso, aprobado por la Comisión de Ética de la institución de atención a la salud;
- III.- Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación;
- IV. Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso. Si el sujeto de investigación no supiere firmar, imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe, y
- V. Se extenderá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal.

11.2 Declaración De Helsinki De La Asociación Médica Mundial

Recomendaciones Para Guiar A Los Médicos En La Investigación Biomédica En Personas

Es misión del médico salvaguardar la salud de las personas. Su conocimiento y conciencia están dedicados al cumplimiento de esta misión. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico a la aseveración: «La salud de mi paciente será mi empeño principal», y el Código internacional de Ética Médica declara que «cuando un médico proporcione una asistencia médica que pudiera tener un efecto de debilitamiento del estado físico y mental del paciente el médico deberá actuar únicamente en interés del paciente». La finalidad de la investigación biomédica que implica a personas debe ser la de mejorar los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y profilácticos y el conocimiento de la etiología y patogénesis de la enfermedad.

En la práctica médica actual, la mayoría de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos o profilácticos implican riesgos. Esto rige especialmente en la investigación biomédica.

El progreso médico se basa en la investigación que, en última instancia, debe apoyarse en parte en la experimentación realizada en personas. En el campo de la investigación biomédica, debe efectuarse una diferenciación fundamental entre la investigación médica en la cual el objetivo es esencialmente diagnóstico o terapéutico para los pacientes y la investigación médica cuyo objetivo esencial es puramente científico y que carece de utilidad diagnóstica o terapéutica directa para la persona que participa en la investigación.

Deben adoptarse precauciones especiales en la realización de investigaciones que puedan afectar al medio ambiente, y debe respetarse el bienestar de los animales utilizados en la investigación. Puesto que es esencial que los resultados de las pruebas de laboratorio se apliquen a seres humanos para obtener nuevos conocimientos científicos y ayudar a la humanidad enferma, la Asociación Médica Mundial ha preparado las siguientes recomendaciones como guía para todo médico que realice investigaciones biomédicas en personas. Esta guía debería

revisarse en el futuro. Debe destacarse que las normas tal como se describen constituyen únicamente una guía para los médicos de todo el mundo. Los médicos no quedan exonerados de las responsabilidades penales, civiles y éticas que recogen las leyes de sus propios países.

I. Principios básicos

1. La investigación biomédica que implica a personas debe concordar con los principios científicos aceptados universalmente y debe basarse en una experimentación animal y de laboratorio suficiente y en un conocimiento minucioso de la literatura científica.

2. El diseño y la realización de cualquier procedimiento experimental que implique a personas debe formularse claramente en un protocolo experimental que debe presentarse a la consideración, comentario y guía de un comité nombrado especialmente, independientemente del investigador y del promotor, siempre que este comité independiente actúe conforme a las leyes y ordenamientos del país en el que se realice el estudio experimental.

3. La investigación biomédica que implica a seres humanos debe ser realizada únicamente por personas científicamente cualificadas y bajo la supervisión de un facultativo clínicamente competente. La responsabilidad con respecto a las personas debe recaer siempre en el facultativo médicamente cualificado y nunca en las personas que participan en la investigación, por mucho que éstas hayan otorgado su consentimiento.

4. La investigación biomédica que implica a personas no puede llevarse a cabo lícitamente a menos que la importancia del objetivo guarde proporción con el riesgo inherente para las personas.

6. Debe respetarse siempre el derecho de las personas a salvaguardar su integridad. Deben adoptarse todas las precauciones necesarias para respetar la intimidad de las personas y reducir al mínimo el impacto del estudio sobre su integridad física y mental y su personalidad.

8. En la publicación de los resultados de su investigación, el médico está obligado a preservar la exactitud de los resultados obtenidos. Los informes sobre experimentos que no estén en consonancia con los principios expuestos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.
9. En toda investigación en personas, cada posible participante debe ser informado suficientemente de los objetivos, métodos, beneficios y posibles riesgos previstos y las molestias que el estudio podría acarrear. Las personas deben ser informadas de que son libres de no participar en el estudio y de revocar en todo momento su consentimiento a la participación. Seguidamente, el médico debe obtener el consentimiento informado otorgado libremente por las personas, preferiblemente por escrito.
10. En el momento de obtener el consentimiento informado para participar en el proyecto de investigación, el médico debe obrar con especial cautela si las personas mantienen con él una relación de dependencia o si existe la posibilidad de que consientan bajo coacción. En este caso, el consentimiento informado debe ser obtenido por un médico no comprometido en la investigación y completamente independiente con respecto a esta relación oficial.
11. En el caso de incompetencia legal, el consentimiento informado debe ser otorgado por el tutor legal en conformidad con la legislación nacional. Si una incapacidad física o mental imposibilita obtener el consentimiento informado, o si la persona es menor de edad, en conformidad con la legislación nacional la autorización del pariente responsable sustituye a la de la persona. Siempre y cuando el niño menor de edad pueda de hecho otorgar un consentimiento, debe obtenerse el consentimiento del menor además del consentimiento de su tutor legal.
12. El protocolo experimental debe incluir siempre una declaración de las consideraciones éticas implicadas y debe indicar que se cumplen los principios enunciados en la presente Declaración.

XII. RESULTADOS

En el presente capítulo se muestran los resultados obtenidos de la aplicación de los instrumentos ya mencionados, que fueron realizados a una población de 31 adultos mayores, pertenecientes a la Casa de Día de la comunidad de Tepatepec, municipio de Francisco I. Madero, Hidalgo.

Tabla 1 Variables Sociodemográficas

Edad	<i>f</i>	%
60-65	3	9.7
66-70	9	29.0
71-75	6	19.4
76-80	4	12.9
81 y mas	9	29.0
Parentesco	<i>f</i>	%
Hijos	23	74.2
Nietos	1	3.2
Hermanos (as)	6	19.4
Vecinos	1	3.2
Visitantes	<i>f</i>	%
1-9	24	77.4
10-19	5	16.1
20-30	2	6.5
Diagnostico Medico	<i>f</i>	%
Hipertensión	7	22.6
Diabetes Mellitus	8	25.8
Artritis	5	16.1
Tiroides	1	3.2
Otro	10	32.3
Total	31	100

Fuentes: Variables Sociodemográficas

n= 31

En la tabla número 1 se puede observar que predomina con un 29% los adultos mayores de 66 a 70 años, así como los que tiene entre 81 y más con un 29% mientras que existen 3 adultos mayores de 66 a 70 es decir el 9.7% siendo este la mínima cantidad.

Mientras que en el parentesco podemos observar que existe el 74.2% que equivale a 23 personas que son visitadas por sus hijos mientras que el 3.2% hace referencia a que 1 adulto mayor es visitado por sus vecinos.

En cuanto a los visitantes se observa que el 77.4% es decir 24 adultos mayores son visitados por 1 a 9 familiares y con el 6.5% teniendo a 2 adultos mayores los visitan de 20 a 30 personas.

De acuerdo al diagnóstico médico existe un 22.6% de adultos mayores que están diagnosticados con Hipertensión es decir 7 adultos mayores, mientras que predomina con un 32.3% y con una frecuencia de 10 adultos mayores que tienen otro tipo de enfermedades.

NIVEL DE ADAPTACIÓN EN SUS CUATRO MODOS

Tabla 2 Frecuencia y porcentaje en el Modo Fisiológico

Variable	<i>f</i>	%
Usted fuma		
Si	25	80
No	6	19
Siente sus piernas más frías que el resto del cuerpo		
Si	8	25.8
No	23	74.2
Siente sus manos más frías que el resto del cuerpo		
Si	11	35.5
No	20	64.5
Se siente cansado		
Si	25	80.6
No	6	19.4
Presenta dolor en el pecho		
Si	6	19.4
No	25	80.6
Presenta dificultad para hacer esfuerzo		
Si	17	54.8
No	14	45.2
Presenta dificultad para respirar sin realizar esfuerzo		
Si	8	25.8
No	23	74.2
Presenta nauseas		
Si	2	6.5
No	29	93.5
Le da más hambre de lo usual		
Si	4	12.9
No	27	87.1
Presenta vomito		
Si	2	6.5
No	29	93.5

Variable	<i>f</i>	%
Presenta disminución del apetito		
Si	7	22.6
No	24	77.4
Deja de comer todos los alimentos en todo el día		
Si	1	3.2
No	30	96.8
Le disgustan los alimentos que le preparan		
Si	10	32.3
No	21	67.7
Presenta agruras		
Si	15	48.4
No	16	51.6
Se siente lleno poco después de iniciar la comida		
Si	9	29.0
No	22	71.0
Presenta dificultad para masticar los alimentos		
Si	16	51.6
No	15	48.4
Presenta dificultad para pasar los alimentos		
Si	8	25.8
No	23	74.2
Presenta dolor abdominal		
Si	4	12.9
No	27	87.1
Toma suplementos alimenticios		
Si	3	9.7
No	28	90.3
Ingiere carne de cerdo		
Si	18	58.1
No	13	41.9
Ingiere dulces o chocolates		
Si	16	51.6
No	15	48.4
Se siente agotado o cansado desde que se levanta		
Si	13	41.9
No	18	58.1
Presenta dificultad para dormir		
Si	18	58.1
No	13	41.9
Toma siestas durante el día		
Si	12	38.7
No	19	61.3
Presenta interrupciones del sueño		
Si	22	71.0
No	9	29.0

Variable	<i>f</i>	%
Requiere de medicamentos para dormir		
Si	4	12.9
No	27	87.1
Presenta dificultades para evacuar		
Si	10	32.3
No	21	67.7
Evacua heces de consistencia muy dura		
Si	9	29.0
No	22	71.0
Evacua heces de consistencia muy blanda		
Si	22	71.0
No	9	29.0
Evacua heces de consistencia semilíquida		
Si	1	3.2
No	30	96.8
Presenta problemas para orinar		
Si	3	9.7
No	28	90.3
Presenta aumento de la temperatura		
Si	2	6.5
No	29	93.5
Presenta heridas en la piel		
Si	1	3.2
No	30	96.8
Presenta sed más de lo usual		
Si	1	3.2
No	30	96.8
Suda excesivamente		
Si	4	12.9
No	27	87.1
Se observa hinchado		
Si	2	6.5
No	29	93.5
Ingiere agua natural		
Si	25	80.6
No	6	19.4
Ingiere otro tipo de líquidos		
Si	24	77.4
No	7	22.6
Presenta problemas para ver		
Si	18	58.1
No	13	41.9
Presenta problemas para oír		
Si	20	64.5
No	11	35.5

Variable	<i>f</i>	%
Presenta problemas para percibir olores		
Si	3	9.7
No	28	90.3
Presenta problemas para percibir sabores		
Si	7	22.6
No	24	77.4
Total	31	100
Fuente: Modo Fisiológico		n=31

Tabla 3 Frecuencia y Porcentaje en el Modo Autoconcepto

Variable	<i>f</i>	%
Le interesa lo que digan los demás de usted		
Si	9	29.0
No	22	71.0
Le afecta lo que dice su familia		
Si	16	51.6
No	15	48.4
Cree que tiene gran valor		
Si	29	93.5
No	2	6.5
Se le dificulta tomar decisiones		
Si	16	51.6
No	15	48.4
Le da trabajo acostumbrarse a algo nuevo		
Si	25	80.6
No	6	19.4
Es complicada su vida		
Si	9	29.0
No	22	71.0
Le gustaría cambiar algo de su persona		
Si	16	51.6
No	15	48.4
Está a gusto con su hogar		
Si	29	93.5
No	2	6.5
Cree que es una persona muy desarreglada		
Si	4	12.9
No	27	87.1
Se siente pasado de peso		
Si	6	19.4
No	25	80.6
Acostumbra a decir mentiras		
Si	5	16.1

No	26	83.9
Variable	<i>f</i>	%
Tiene confianza con los demás		
Si	28	90.3
No	3	9.7
Le gusta relacionarse con los demás		
Si	28	90.3
No	3	9.7
Es valioso para usted mantener la vida		
Si	31	100.0
No	0	0
Lo aceptan las personas del sexo opuesto		
Si	31	100.0
No	0	0
Se cuida físicamente		
Si	21	67.7
No	10	32.3
Se siente afectado por su familia		
Si	14	45.2
No	17	54.8
Le gusta estar siempre arreglado y limpio		
Si	29	93.5
No	2	6.5
Es amistoso		
Si	29	93.5
No	2	6.5
Considera que tiene buena salud		
Si	12	38.7
No	19	61.3
Es una persona alegre		
Si	28	90.3
No	3	9.7
Se siente contento con lo que tiene		
Si	30	96.8
No	1	3.2
Cuando se propone algo lo logra		
Si	29	93.5
No	2	6.5
Usted es tranquilo		
Si	30	96.8
No	1	3.2
Es inteligente		
Si	31	100.0
No	0	0
Se siente contento con lo que tiene		
Si	27	87.1

No	4	12.9
Variable	<i>f</i>	%
Tiene dominio sobre sí mismo		
Si	26	83.9
No	5	16.1
Le gusta la opinión que tiene su familia sobre usted		
Si	25	80.6
No	6	19.4
Las personas que conoce tienen confianza con usted		
Si	30	96.8
No	1	3.2
Se porta de una manera cortés con los que le rodean		
Si	29	93.5
No	2	6.5
Le gusta la manera en que se comporta con los que le rodean		
Si	31	100.0
No	0	0
Hace generalmente lo que es debido		
Si	31	100.0
No	0	0
Total	31	100

Fuente: Modo Autoconcepto

n=31

Tabla 4 Frecuencia y Porcentaje en el Modo Interdependencia

Variable	<i>f</i>	%
Considera que ha tenido amor en su vida		
Si	31	100.0
No	0	0
Considera que las personas que lo aman le demuestran su amor		
Si	28	90.3
No	3	9.7
Le demuestran amor buscándolo y "estando al pendiente de usted"		
Si	28	90.3
No	3	9.7
Le demuestran amor dándole dinero		
Si	16	51.6
No	15	48.4
Considera que ha dado amor en su vida		
Si	29	93.5
No	2	6.5
Usted demuestra amor a las personas que ama		
Si	30	96.8
No	1	3.2
Realiza actividades de distracción con las personas que ama		

Si	21	67.7
No	10	32.3
Variable	<i>f</i>	%
Se siente a gusto en relación con las normas o costumbres morales que participa las personas que ama		
Si	30	96.8
No	1	3.2
Cree que las personas que ama se sienten a gusto con usted práctica sus normas o costumbres morales		
Si	28	90.3
No	3	9.7
Considera que, las personas que ama se sienten comprometidas a ayudarlo en situaciones que usted lo necesita		
Si	28	90.3
No	3	9.7
Se siente aceptado por sus compañeros		
Si	31	100.0
No	0	0
Considera que su opinión es respetada por sus compañeros		
Si	29	93.5
No	2	6.5
Comparte los valores del grupo		
Si	30	96.8
No	1	3.2
Su grupo concuerda con sus valores		
Si	27	87.1
No	4	12.9
Se siente comprometido a participar en las actividades de la casa		
Si	25	80.6
No	6	19.4
Percibe que sus compañeros muestran compromiso con usted cuando es necesario		
Si	25	80.6
No	6	19.4
Considera que el servicio que le proporciona las personas que lo apoyan en su tratamiento es útil		
Si	29	93.5
No	2	6.5
Considera que el servicio que le proporcionan en esta institución es útil		
Si	30	96.8
No	1	3.2
Total	31	100
Fuente: Modo interdependencia		n=31

Tabla 5 Frecuencia y Porcentaje en Desempeño del Rol

Variable	<i>f</i>	%
Siente deseos de tener un ejemplo		
Si	19	61.3
No	12	38.7
Suele deprimirse ante decepciones o discusiones que se presentan		
Si	23	74.2
No	8	25.8
Acepta ayuda de otras personas		
Si	6	19.4
No	25	80.6
Tiene relaciones amistosas fuera del círculo familiar		
Si	25	80.6
No	6	14.6
Realiza actividades adecuadas para el beneficio de su salud		
Si	21	67.7
No	10	32.3
Acepta que hay actividades que ya no puede realizar		
Si	24	77.4
No	7	22.6
Se siente preparado para la muerte		
Si	13	41.9
No	18	58.1
Se siente satisfecho con las actividades que realiza dentro de la casa hogar		
Si	25	80.6
No	6	19.4
Toma sus medicamentos como le indica el medico		
Si	26	83.9
No	5	16.1
Ingiera la dieta indicada		
Si	21	67.7
No	10	32.3
Se baña		
Si	29	93.5
No	2	6.5
Se cambia de ropa a diario		
Si	23	74.2
No	8	25.8
Mantiene relación con Dios		
Si	29	93.5
No	2	6.5
Es una persona religiosa		
Si	27	87.1
No	8	12.9

Se siente satisfecho de su relación con Dios		
Si	26	83.9
No	5	16.1
Variable	<i>f</i>	%
Está a gusto con su vida religiosa		
Si	28	90.3
No	3	9.7
Quisiera que fuera parte importante de su vida diaria		
Si	31	100
No	0	0
Realiza ejercicio físico		
Si	14	45.2
No	17	54.8
Total	31	100

Fuente: Desempeño del Rol

n=31

Tabla 6 Resultado del Nivel de Adaptación del instrumento de Nivel de Adaptación
Modo Fisiológico

Indicadores	<i>f</i>	%
Integrado	16	51.62
Compensado	14	45.16
Comprometido	1	3.22
Modo Autoconcepto		
Indicadores	<i>f</i>	%
Integrado	30	96.78
Compensado	1	3.22
Comprometido	0	0
Modo interdependencia		
Indicadores	<i>f</i>	%
Integrado	30	96.78
Compensado	1	3.22
Comprometido	0	0
Modo Función del Rol		
Indicadores	<i>f</i>	%
Integrado	23	74.20
Compensado	8	25.80
Comprometido	0	0
Total	31	100

Fuente: Nivel de Adaptación

n=31

En la tabla de resultados del nivel de adaptación se muestra, dentro del modo fisiológico una disminución de los adultos mayores de 3.22% con una frecuencia

de 1 en el nivel comprometido, mientras que el 51.62% se encuentra en un nivel integrado con una frecuencia de 16.

Dentro del modo Auto concepto e Interdependencia se incluyeron a los adultos mayores que manifestaron una aceptación de los cambios que han presentado tanto físicamente como en su persona, de igual manera expresaron satisfacción por las relaciones que practican con los integrantes de su familia, teniendo como resultado el 96.78% con una frecuencia de 30 en el nivel integrado; por ultimo en el modo función del Rol los adultos mayores puede diferenciar las actividades que pueden realizar de las que no obteniendo un 74.20% con una frecuencia de 23 en el nivel integrado.

Tabla 7 Frecuencia y Porcentaje del instrumento, Índice de Barthel

Variable	<i>f</i>	%
Comer		
Necesita ayuda	7	22.6
Totalmente	24	77.4
Lavarse		
Dependiente	6	19.4
Independiente	25	80.6
Vestirse		
Dependiente	2	6.5
Ayuda	5	16.1
Independiente	24	77.4
Arreglarse		
Dependiente	7	22.6
Independiente	24	77.4
Deposición		
Accidente	10	32.3
Continencia	21	67.7
Micción		
Incontinente	1	3.2
Accidente	4	19.4
Continencia	24	77.4
Uso de retrete		
Dependiente	1	3.2
Ayuda	5	16.1
Independiente	26	80.6
Traslado		
Dependiente	1	3.2
Gran ayuda	2	6.5

Mínima independiente	12	38.7
	16	51.6
Deambular		
Dependiente	2	6.5
Independiente	1	3.2
Supervisión independiente	12	38.7
	16	51.6
Escalones		
Dependiente	2	6.5
Supervisión	16	51.6
Independiente	13	41.9
Total	31	100

Fuente: Índice de Barthel n=31

Tabla 8 Resultados del instrumento de Índice de Barthel

Escalas de valoración	<i>f</i>	%
Severo	2	6.45
Grave	1	3.22
Moderado	7	22.58
Ligera	21	67.75
Total	31	100

Fuente: Índice de Barthel n=31

En la tabla de los resultados del Índice de Barthel se describe que los adultos mayores se valoran en ligero con una frecuencia de 21 y un porcentaje de 67.75% como máximo mientras que, en la valoración de grave, existe un porcentaje de 3.22% con una frecuencia de 1 como mínimo.

Tabla 9 Estadística inferencial

		Correlaciones	
		Final Barthel	Final Adaptación
Final Barthel	Correlación de Pearson	1	-,772**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	31	31
Final Adaptación	Correlación de Pearson	-,772**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	31	31
**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).			

Respecto al análisis de la relación existente entre Nivel de Adaptación y Capacidad Funcional, no se encontraron relaciones estadísticamente significativas, lo cual significa que una persona con una adaptación integrado puede tener o no una capacidad funcional ligera, o, por el contrario, una persona con capacidad funcional ligera puede estar con una adaptación integrada o no estarlo.

XIII. DISCUSION

Gómez J.D. (noviembre 2015) En su estudio “capacidad funcional del adulto mayor según la escala de Barthel en hogar geriátrico Santa Sofía de Tenjo, dulce atardecer y renacer de Bogotá”. El mayor porcentaje corresponde al grado de dependencia leve con un 58% el cual predominó las personas mayores de 80 años representado por el 20% de la población total, entendiendo estos resultados como personas con una capacidad funcional que los hace autónomos de sus propias actividades. Encontrando similitud a nuestro estudio ya que fueron evaluados 31 adultos mayores en donde el 32.24% (10 adultos mayores) presentan dependencia leve, por lo que el 67.75% (21 adultos mayores) son independientes para realizar las actividades de la vida diaria.²⁵

Loredo M.T (septiembre 2016). En su estudio Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. El 19.8% de los adultos mayores encuestados presentaba dependencia leve. Encontrando similitud a nuestro estudio ya que la mayoría de sus pacientes no presenta dependencia, habiendo una similitud que del 100% (31 adultos) de la muestra el 32.25% (10 personas) presentan dependencia leve, por lo que el 67.75% (21 adultos) son independientes para realizar las actividades de la vida diaria.²⁶

Bejines M en su estudio llamado Valoración de la capacidad funcional del adulto mayor residente en casa hogar en la ciudad de Guadalajara Jalisco. El 27.9% mostró independencia total, 28.8% dependencia leve, 14.4% moderada, 18% severa y 10.8% total. Encontrando similitud a nuestro estudio ya que la mayoría de sus pacientes no presenta dependencia, habiendo una similitud que del 100% (31 adultos) de la muestra el 32.25% (10 personas) presentan dependencia leve, por lo que el 67.75% (21 adultos) son independientes para realizar las actividades de la vida diaria.²⁷

XIV. CONCLUSIONES

El Índice de Barthel es útil para valorar la discapacidad funcional en las actividades básicas de la vida diaria. Mientras que el Nivel de adaptación nos ayuda a verificar las decadencias que presentan los adultos mayores en las actividades que realizan a diario.

Los datos arrojados en este trabajo nos muestran que los adultos mayores si pueden realizar sus actividades normalmente y sin ayuda, el único defecto es que para realizarlas tardan un poco más, puesto que influyen enfermedades y la fuerza en sus miembros pélvicos.

Al medir la capacidad funcional nos arroja que predominan los adultos mayores independientes, en donde se determina que son autónomos de sus propias actividades.

Aunado a esto, expresan sentirse felices pues siguen siendo capaces de hacer cosas que ellos no imaginaban al tener esta edad. Y siempre se toman un tiempo considerable para reunirse con sus amistades y poder realizar manualidades.

Sin embargo, se encuentran integrados en los cuatro modos que evalúa el Nivel de Adaptación, los cuales son: Modo interdependencia, modo fisiológico, modo autoconcepto y modo función del rol.

XV. RECOMENDACIONES

Con base en los resultados obtenidos se recomienda realizar seguimiento de la intervención en un año o 6 meses para ver cómo se encuentra la población.

Efectuar réplicas del estudio que permitan desarrollar nuevas investigaciones.

Realizar estudios con diseño cualitativo con la finalidad de profundizar en la temática establecida

Utilizar los instrumentos Índice de Barthel y Nivel de Adaptación para cultivar el acervo del conocimiento de enfermería

Efectuar intervenciones de enfermería para mejorar la autonomía y la capacidad funcional de los adultos mayores.

Es importante seguir la investigación para poder identificar de manera certera nuevos factores de riesgo que estén asociados a la capacidad funcional en la población de adultos mayores en relación con su nivel de adaptación.

La educación a la sociedad de acuerdo a los cambios que se ven suscitados a las etapas que el ser humano pasa, es de suma importancia puesto que podrían aprender a convivir e integrar de forma versátil a los adultos mayores con el objetivo de que lleguen a ser socialmente más activos y que puedan lograr un envejecimiento exitoso.

XVI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Medina J, Humberto J, Correo M. Envejecimiento de la población y necesidad de la intervención interdisciplinaria. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2015 [cited 2018 Apr 24];23(1):1–2. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2015/eim151a.pdf>
2. Monroy A, Contreras M, García M, García M, Cárdenas L, Rivero L, et al. Estatus funcional de adultos mayores de Tláhuac, Ciudad de México. Enfermería Universitaria [Internet]. 2016 Jan [cited 2018 Apr 24];13(1):25–30. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S166570631600021X>
3. Leite M, Castioni D, Kirchner R, Hildebrandt L. Capacidad funcional y nivel cognitivo de adultos mayores residentes en una comunidad en el sur de Brasil [Internet]. vol. 14. Murcia, editor. Vol. 14, Enfermería Global. Brasil: Servicio de Publicaciones, Universidad de Murcia; 2015 [cited 2018 Apr 24]. 1–11p. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000100001
4. Castelblanco Y, Galvis L. LA AUTONOMIA FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR “EL CASO DEL ADULTO MAYOR EN TUNJA.” ACTIVIDAD FÍSICA Y DESARROLLO HUMANO [Internet]. 2017 [cited 2017 Feb 26];7(1). Available from: http://revistas.unipamplona.edu.co/ojs_viceinves/index.php/AFDH/article/view/2269
5. OMS. Envejecimiento y salud. Journal of Chemical Information and Modeling [Internet]. 2018 [cited 2019 Jul 2];53(9):1689–99. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
6. Organización Mundial de la Salud. Acción multisectorial para un envejecimiento saludable basado en el ciclo de vida: proyecto de estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud [Internet]. 22 de abril 2016 2016 p. 1–43. Available from: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_17-sp.pdf

7. Expansion. Los adultos mayores ganan terreno en la población: Inegi | Expansión [Internet]. 8 de diciembre de 2015. 2015. p. 9–10. Available from: http://expansion.mx/economia/2015/12/08/los-adultos-mayores-ganan-terreno-en-la-poblacion-inegi?internal_source=PLAYLIST
8. Mayores IN de las PA. Envejecimiento y vejez | Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores | Gobierno | gob.mx [Internet]. 05 de marzo de 2019. [cited 2019 Jul 2]. Available from: <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/envejecimiento-y-vejez?idiom=es>
9. Criterio. Crece presencia de ancianos en la entidad, reporta Inegi - Criterio Hidalgo [Internet]. Septiembre 29, 2016. [cited 2019 Jul 2]. Available from: <https://www.criteriohidalgo.com/noticias/hidalgo-ujul/crece-presencia-de-ancianos-en-la-entidad-reporta-inegi>
10. Dosil A, Iglesias P, Taboada E, Dosil C, Real J. USUARIOS DE SERVICIOS SOCIALES COMUNITARIOS (SAD Y CENTROS DE DÍA) PARA PERSONAS MAYORES. International Journal of Developmental and Educational Psychology Revista INFAD de Psicología [Internet]. 2016 Dec 21 [cited 2017 Feb 27];5(1):299. Available from: <http://www.infad.eu/RevistaINFAD/OJS/index.php/IJODAEP/article/view/686>
11. Silva C, Cobos R, Castillo J, Landazabal O. El entrenamiento de la fuerza desde un enfoque funcional en el envejecimiento del musculoesquelético: Una revisión de literatura. SANUS VIVENTIUM. 2016;1(1).
12. Toledo L. Valoración de la capacidad funcional y factores asociados en adultos mayores de los asilos de la ciudad de Loja. UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA ÁREA DE LA SALUD HUMANA CARRERA [Internet]. 2017 [cited 2017 Feb 27];1:43–8. Available from: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/17922>
13. Velazco L, Carrera T. Dependencia física y deterioro cognitivo en los adultos mayores de la casa hogar “misioneros de amor”, Chacabuco, 2016. Universidad Peruana Unión [Internet]. 2017 [cited 2017 Feb 27];1:23–34. Available from: <http://repositorio.upeu.edu.pe/handle/UPEU/415>
14. Proyecto T, Proyecto A, Cuidado G. Adaptación del Adulto Mayor

- Institucionalizado según la teoría de Callista Roy. [cited 2019 Jul 2]; Available from: <http://media.utp.edu.co/vicerrectoria-de-investigaciones/archivos/PONENCIA - ADAPTACION DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO.pdf>
15. Clara L, Hechavarría R, Elvia D, Fernández Á, Dania L, Bron MD, et al. La atención al Adulto mayor : un reto para la medicina contemporánea Senior Adult Care : A Challenge For Contemporary Medicine. Revista Cubana de Medicina General Integral [Internet]. 2015 [cited 2019 Jul 2];31(3):346–52. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252015000300009&script=sci_arttext&lng=pt
 16. Jiménez B, Baillet L, Ávalos F, Campos L. Dependencia funcional y percepción de apoyo familiar en el adulto mayor. Atención Familiar [Internet]. 2016 Oct 1 [cited 2019 Jun 22];23(4):129–33. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S140588711630147X>
 17. AMAGÁMS. Análisis del concepto de envejecimiento. GEROKOMOS [Internet]. 2014;1:57–62. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf>
 18. PENSIONISSSTE. Día del Adulto Mayor | PENSIONISSSTE | Gobierno | gob.mx [Internet]. Gobierno de México. [cited 2019 Jun 22]. Available from: <https://www.gob.mx/pensionissste/articulos/dia-del-adulto-mayor-123010?idiom=es>
 19. Higgins P. Teoría del final tranquilo de la vida. Modelos y teorías en enfermería. 2011. 754–762 p.
 20. Roberto H, Carlos F, Pilar B. Metodología de la investigación [Internet]. SEXTA EDIC. McGraw-Hill, editor. MEXICO D.F.: Interamericana; 2014. 350–630 p. Available from: <https://www.iberlibro.com/servlet/BookDetailsPL?bi=22238854334>
 21. Herrera M, Docente C, De Pediatría P, Roosevelt H. FORMULA PARA CÁLCULO DE LA MUESTRA POBLACIONES FINITAS [Internet]. [cited 2019 Jul 2]. Available from: <http://www.berrie.dds.nl/calcss.htm> Referencia: <http://www.bioestadistico.com/>

22. Montes de Oca L, Morales P, LMHI. Variables [Internet]. EcuRed. [cited 2019 Jul 2]. Available from: <https://www.ecured.cu/Variables>
23. Barrero L, García S, et al. Otras secciones de este sitio: Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación Plasticidad y Restauración Neurológica Plasticidad y Restauración Neurológica Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial p. Plast & Rest Neurol NUEVOS HORIZONTES [Internet]. 2005 [cited 2018 Mar 1];4(4):81–5. Available from: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-doc/indice_de_barthel.pdf
24. Maldonado G, Garcia M, Salvador M, Camacho Y. Educacion para la salud y adaptacion del adulto mayor. 1st ed. Española A, editor. Colima: 2013; 2013. 60 p.
25. David G. Capacidad funcional del adulto mayor según la escala de Barthel en hogar geriátrico Santa Sofía de Tenjo, dulce atardecer y renacer de Bogota. 2015;1:1–70. Available from: <http://repository.udca.edu.co:8080/jspui/bitstream/11158/457/1/Capacidad funcional.pdf>
26. Loredó M, Gallegos R, Xequé A, Palomé G, Juárez A, Loredó M, et al. Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. Enfermería Universitaria [Internet]. 2016 Jul [cited 2018 Apr 21];13(3):159–65. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1665706316300197>
27. Bejines M, Velasco R, Garcia L, Barajas A, Aguilar L, Rodriguez M. Valoración de la capacidad funcional del adulto mayor residente en casa hogar. Revista de enfermería del instituto Mexicano de Seguridad Social. 2015;23(1):9–15.

XVII. ANEXOS Y APENDICES

Anexo Número 1 INSTRUMENTO PARA MEDIR EL
NIVEL DE ADAPTACIÓN



Universidad Autónoma Del Estado de Hidalgo
Escuela Superior de Tlahuelilpan
Licenciatura en Enfermería



INSTRUMENTO: Nivel de Adaptación.

No _____

Fecha: ____/____/____

Objetivo: identificar el nivel de adaptación de los adultos mayores en los modos fisiológico: físico, auto concepto o identidad de grupo, desempeño y/o función del rol.

Se garantiza que la información que usted proporcione será tratada confidencialmente y solo será utilizada por los fines de este estudio. Usted tiene derecho a solicitar sus resultados individuales.

De ante mano se agradece su participación.

I.- DATOS GENERALES:

Instrucciones: conteste en los espacios lo que se le pide o subraya la opción de respuesta según corresponda o más se acerque a su situación.

1. Edad _____ (años cumplidos).

2. Género:

a) Masculino.

b) Femenino.

3. Escolaridad (total de años cursados después del preescolar y sin contar los repetidos): _____

4. Tiempo de residencia en el asilo _____ años _____ meses.

5. Número de familiares que lo visitan _____

6. Parentesco _____

7. Diagnostico medico: _____

II MODO FISIOLÓGICO

Instrucciones: Coloque una X en el cuadro de SI o NO, según corresponda a su situación.

OXIGENACION	SI	NO
1. Usted fuma	1	0
2. Siente sus piernas más frías que el resto del cuerpo	1	0
3. Siente sus manos más frías que el resto del cuerpo	1	0
4. Se siente cansado	1	0
5. Presenta dolor de pecho	1	0
6. Presenta dificultad para hacer esfuerzo	1	0
7. Presenta dificultad para respirar sin realizar esfuerzo	1	0
NUTRICION	SI	NO
8. Presenta nauseas	1	0
9. Le da hambre más de lo usual	1	0
10. Presenta vomito	1	0
11. Presenta disminución del apetito	1	0
12. Deja de comer todos los alimentos en todo el día	1	0
13. Le disgustan los alimentos que le preparan	1	0
14. Presenta agruras	1	0
15. Se siente lleno poco después de iniciar la comida	1	0
16. Presenta dificultad para masticar los alimentos	1	0
17. Presenta dificultad para pasar los medicamentos	1	0
18. Presenta dolor abdominal	1	0
Cuánto: _____		
19. Toma suplementos alimenticios	1	0
Especifique: _____		
20. Ingiere carne de cerdo	1	0
21. Ingiere dulces o chocolates	1	0
ACTIVIDAD – DESCANSO	SI	NO
22. Se siente agotado o cansado desde que se levanta	1	0
23. Presenta dificultad para dormir	1	0
24. Toma siestas durante el día	1	0
ACTIVIDAD –DESCANSO	SI	NO
25. Presenta interrupciones de sueño	1	0
26. Requiere de medicamento para dormir	1	0
ELIMINACION	SI	NO
27. Presenta dificultad para evacuar	1	0
28. Evacua heces de consistencia muy dura	1	0
29. Evacua heces de consistencia blanda	1	0
30. Evacua heces de consistencia semilíquida	1	0
31. Presenta problemas para orinar	1	0
Cuales: _____		
PROTECCION	SI	NO
32. Presenta aumento de la temperatura	1	0
33. Presenta heridas en la piel	1	0
Dónde: _____		

LIQUIDOS Y ELECTROLITOS		
34. Presenta sed más de lo usual	1	0
35. Suda excesivamente Cuánto: _____	1	0
36. Se observa hinchado	1	0
37. Ingiera agua natural Cuántos vasos al día _____	1	0
38. Ingiera otro tipo de líquidos Cuales: _____	1	0
SENTIDOS	SI	NO
39. Presenta problemas para ver	1	0
40. Presenta problemas para oír	1	0
41. Presenta problemas para percibir olores	1	0
42. Presenta problemas para percibir sabores	1	0

III. MODO AUTOCONCEPTO

Instrucciones: Coloque una X en el cuadro de SI o NO, según corresponda su situación.

PREGUNTA	SI	NO
1. Le interesa lo que digan los demás de usted	1	0
2. Le afecta lo que dice su familia	1	0
3. Cree que tiene gran valor	0	1
4. Se le dificulta tomar decisiones	1	0
5. Le da trabajo acostumbrarse a algo nuevo	1	0
6. Es complicada su vida	1	0
7. Le gustaría cambiar algo de su persona	1	0
PREGUNTA	SI	NO
8. Está a gusto con su hogar	0	1
9. Cree que es una persona muy desarreglada	1	0
10. Se siente pasado de peso	1	0
11. Acostumbra a decir mentiras	1	0
12. Tiene confianza con los demás	0	1
13. Le gusta relacionarse con los demás	0	1
14. Es valioso para usted mantener la vida	0	1
15. Lo aceptan las personas del sexo opuesto	0	1
16. Se cuida físicamente	0	1
17. Se siente afectado por su familia	0	1
18. Le gusta estar siempre arreglado y limpio	0	1
19. Es amistoso	0	1
20. Considera que tiene buena salud	0	1
21. Es una persona alegre	0	1
22. Se siente contento con lo que tiene	0	1

23.Cuando se propone lo logra	0	1
24.Usted es tranquilo	0	1
25.Es inteligente	0	1
26.Se siente contento con lo que tiene	0	1
27.Tiene dominio sobre sí mismo	0	1
28.Le gusta la opinión que tiene su familia sobre usted	0	1
29.Las personas que conoce tienen confianza con usted	0	1
30.Se porta de una manera cortés con lo que le rodean	0	1
31.Le gusta la manera en que se comporta con los que le rodean	0	1
32.Hace generalmente lo que es debido	0	1

IV MODO INTERDEPENDENCIA

Instrucciones: Coloque una X en el cuadro de SI o NO, según corresponda a su situación.

PERSONAS SIGNIFICATIVAS	SI	NO
1.Concidera que ha tenido amor en su vida	0	1
2.Considera que las personas que o aman le demuestran su amor	0	1
3.Le demuestran amor buscándolo y “estando al pendiente de usted”	0	1
4.Le demuestran amor dándole dinero	0	1
5.Concidera que ha dado amor en su vida	0	1
6.usted demuestra amor a las personas que ama	0	1
7.Realiza actividades de distracción con las personas que ama	0	1
8. Se siente a gusto en relación con las normas o costumbres morales que participan las personas que ama	0	1
PERSONAS SIGNIFICATIVAS	SI	NO
9.Cree que las personas que ama se sienten a gusto como usted práctica sus normas o costumbres morales	0	1
10.Concidera que las personas que ama se sienten comprometidas a ayudarlo (a) en situaciones que usted lo necesite	0	1
SISTEMAS DE SOPORTE	SI	NO
11.Se siente aceptado por sus compañeros	0	1
12.Concidera que su opinión es respetada por sus compañeros	0	1
13.Comparte los valores del grupo	0	1
14.Su grupo concuerda con sus valores	0	1
15.Se siente comprometido a participar en las actividades de la casa	0	1
16.Percibe que sus compañeros muestran compromiso con usted cuando es necesario	0	1
17.Concidera que el servicio que le proporciona las personas que lo apoyan en su tratamiento es útil	0	1
18.Considera que el servicio que lo proporciona en esta institución es útil	0	1

V. DESEMPEÑO DEL ROL

Instrucciones: coloque una X en el cuadro de SI o NO, según corresponda a su situación.

1.Siente deseos de tener un ejemplo	1	0
2.Suele deprimirse ante decepciones o discusiones que se presentan	1	0
3.Acepta ayuda de otras personas	0	1
4.Tiene relaciones amistosas fuera del círculo familiar	0	1
5.Realiza actividades adecuadas para el beneficio de su salud	0	1
PREGUNTA	0	1
6.Acepta que hay actividades que ya no puede realizar	0	1
7.Se siente preparado para la muerte	0	1
8.Se siente satisfecho con las actividades que realiza dentro de la casa hogar	0	1
9.Toma sus medicamentos como lo indica el medico	0	1
10.Ingiere la dieta indicada	0	1
11.Se baña	0	1
12.Se cambia de ropa diario	0	1
13.Mantiene relación con Dios	0	1
14.Es una persona religiosa	0	1
15.Se siente satisfecho de su relación con Dios	0	1
16.Está a gusto con su vida religiosa	0	1
17.Quisiera que fuera parte importante de su vida diaria	0	1
18.Se realiza ejercicio físico	0	1
Cuanto tiempo: _____		

Comentarios: _____

Elaborado por: M.C.M. María de Lourdes García Campos y L.E. Gabriela Maldonado Muñiz.
Escalas de calificación: sentido negativo

Tabla No. 1 Escala de categorías de calificación del instrumento: nivel de adaptación.

Modo adaptativo	Indicador	Calificación
Fisiológico	Integrado	<15
Intervalo de 0-42 puntos	Compensado	15-28

	Comprometido	20-42
De auto concepto	Integrado	<12
Intervalo 0-35 puntos	Compensado	12-23
	Comprometido	24-35
De interdependencia	Integrado	<7
Intervalo 0-18 puntos	Compensado	7-12
	Comprometido	13-18
Desempeño del rol	Integrado	<7
Intervalo 0-18 puntos	Compensado	7-12
	Comprometido	13-18

Anexo Numero 2 INDICE DE BARTHEL

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	PUNTAJE
Comer	Independiente: Capaz de comer por sí solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona	10
	Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla... pero es capaz de comer sólo/a	5
	Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona	0
Lavado (Baño)	Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin que una persona supervise	5
	Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión	0
Vestido	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda	10
	Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable	5
	Dependiente. Necesita ayuda para las mismas	0
Arreglo	Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna, los complementos necesarios pueden ser provistos por alguna persona	5
	Dependiente. Necesita alguna ayuda	0
Deposición	Continente. No presenta episodios de incontinencia	10
	Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas ---o supositorios.	5
	Incontinente. Más de un episodio semanal	0
Micción	Continente. No presenta episodios. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por si solo/a (Botella, sonda, orinal).	10
	Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24 horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas o de otros dispositivos.	5
	Incontinente. Más de un episodio en 24 horas	0
Ir al retrete	Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona	10
	Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda; es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo/a.	5
	Dependiente. Incapaz de acceder a él o de	0

	utilizarlo sin ayuda mayor	
Transferencia (Traslado cama/ sillón)	Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.	15
	Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.	10
	Gran ayuda. Precisa ayuda de una persona fuerte o entrenada.	5
	Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado	0
Deambulación	Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda supervisión. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto un andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo/a.	15
	Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador.	10
	Independiente en silla de ruedas. No requiere ayuda ni supervisión	5
	Dependiente	0
Subir y bajar escaleras	Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión de otra persona.	10
	Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisión.	5
	Dependiente. Es incapaz de salvar escalones	0

La incapacidad funcional se valora como:	✓ Severa: <45 puntos	✓ Moderada: 60 – 80 puntos	Puntuación total:
	✓ Grave: 45 – 59 puntos	✓ Ligera: 80 – 100 puntos	



Apéndice Numero 1 SOLICITUD DE PRIMER ASESOR

UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
ESCUELA SUPERIOR DE TLAHUELILPAN
LICENCIATURA EN ENFERMERIA

Tlahuelilpan Hidalgo a 23 de Febrero de 2017

ASUNTO: Solicitud de primer asesor
M.C.E Benjamín López Nolasco
Coordinador del área de enfermería

PRESENTE:

Por medio del presente, le reiteraos un cordial saludo y a su vez nos permitimos solicitar su apoyo como primer asesor, el desarrollo de nuestro protocolo de investigación, en el que se pretende abordar la problemática: ADAPTACION HACIA EL PROCESO DE LA VEJEZ.

Reconociendo su conocimiento y la contribución a la investigación, que usted realiza en el proceso de vida del adulto mayor, relacionado a la ciencia de enfermería.

Razón por la cual esperamos contar con su apoyo. Sin más por el momento nos despedimos esperando una pronta y favorable respuesta.



M.C.E Benjamín López Nolasco



Cristal Yutzil Santillán Sánchez

ATENTAMENTE



Ivette Sánchez López

Apéndice Numero 2 SOLICITUD DE AUTORIZACION PARA LA CASA DE DIA DE



Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo
Escuela Superior de Tlahuelilpan

Tlahuelilpan University Campus

ESTI/302/2017.

Juana Garcia Correa
Encargada de la casa de Dia
de Tepatepec Hgo.

P R E S E N T E.

Asunto: Solicitud de Autorización.

A través de este conducto reciba un cordial saludo, así mismo tengo a bien solicitar a usted autorización para que las alumnas de Séptimo Semestre Ivette Sánchez López, Cristal Yutzil Santillán Sánchez y Alejandra Geraldine Sánchez Chávez, alumnas del programa educativo de la Licenciatura en Enfermería Realicen su protocolo de investigación Titulado "Nivel de adaptación del adulto mayor y su capacidad funcional de la casa de Día de Tepatepec Hgo" con la finalidad de determinar el nivel de adaptación aplicando un instrumento de medición con preguntas dicotómicas.

Las alumnas antes mencionadas están bajo la asesoría de los: M.C.E. Benjamín López Nolasco me reitero de usted como su más atento y seguro servidor esperando contar con su valioso apoyo.

21 de agosto 2017
Recibo original
Juana Gonzalez Correa
Juana Gonzalez

ATENTAMENTE
"AMOR, ORDEN Y PROGRESO"

Tlahuelilpan, Hgo., a 04 de Agosto del 2017

M.C.E. Benjamín López Nolasco.
Coordinador de la licenciatura en enfermería



Ex Hacienda de San Servando S/N
Col. Centro
Tlahuelilpan, Hidalgo, México; C.P. 42780
Teléfono: 52 (771) 71 720 00 Ext. 5500, 5501
esc_sup_tlahuelilpan@uaeh.edu.mx

www.uaeh.edu.mx

TEPATEPEC

Apéndice Numero 3 ACEPTACION DE SOLICITUD POR LA CASA DE DIA DE TEPATEPEC

ESTI/302/2017

Tepatepec a 16 de Octubre del año 2017

Asuntó: Aceptación de Solicitud.

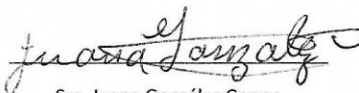
PRESENTE:

Mtro. Benjamín López Nolasco

Por medio de este documento manifesté mi aprobación y consentimiento para la aplicación de los instrumentos "Índice de Barthel" y "Nivel de adaptación", para el protocolo que tiene por nombre "NIVEL DE ADAPTACIÓN DEL ADULTO MAYOR Y SU CAPACIDAD FUNCIONAL DE LA CASA DE DIA DE TEPATEPEC" que se realizara por parte de las alumnas Cristal Yutzil Santillán Sánchez, Ivette Sánchez López y Alejandra Geraldine Sánchez Chávez de la Licenciatura de Enfermería, pertenecientes a la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Campus Tlahuelilpan .

Aprovecho la oportunidad para expresarle mi consideración y estima personal.

ATENTAMENTE



Sra. Juana González Correa

Directora



Apéndice Numero 4 CARTA DE CONCENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO ESCUELA SUPERIOR DE TLAHUERLILPAN LICENCIATURA EN ENFERMERÍA



CARTA DE CONCENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente hago constar que estoy informada (o) de la realización del proyecto de investigación denominado: “NIVEL DE ADAPTACION DEL ADULTO MAYOR Y SU CAPACIDAD FUNCIONAL DE LA CASA DE DIA DE TEPATEPEC HGO”. En la cual mi participación es enteramente voluntaria además de que puedo negarme a declinar mi participación hacia el estudio en el momento en que considere pertinente.

Estoy consciente de que toda la información obtenida por parte de la investigación, así como mi nombre y aspectos que me identifiquen se mantendrán de manera confidencial y que ninguna de esta información será difundida.

De igual forma se me ha explicado el propósito de dicha investigación y se me informo que el tipo de investigación es de riesgo mínimo y que consistirá en la aplicación de dos encuestas las cuales evaluarán diferentes aspectos como nivel de adaptación y su capacidad funcional del adulto mayor.

Con fecha de _____, habiendo comprendido lo anterior y una vez que se aclararon las dudas que surgieron respecto a mi participación en el proyecto, acepto estudiar en el proyecto “Nivel de adaptación del adulto mayor y su capacidad funcional de la casa de día de Tepatepec Hgo”

Participante

Nombre y firma

Investigadores

Testigo

Apéndice Número 5 MUESTRA

Formula Para Cálculo De La Muestra Poblaciones Finitas

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

N = Total de la población (35)

Z α = 1.96 al cuadrado (95%)

p = proporción esperada (5% = 0.05)

q = 1 – p (1-0.05 = 0.95)

d = precisión (5%).

$$n = \frac{35 * 1.96^2 * 0.05 * 0.95}{0.05^2 * (35 - 1) + 1.96^2 * 0.05 * 0.95} = 33$$

Apéndice Numero 6 VARIABLES

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de Medición	Prueba estadística
Adaptación (Variable dependiente)	Dicho de un ser vivo: Acomodarse a las condiciones de su entorno.	Representa la condición de los procesos de vida descrito en los tres niveles integrado, compensatorio y comprometido. (Construir el concepto con las propias palabras)	Fisiológico	Integrado <15 Compensado 15-28 Comprometido 20-42	Ordinal	Pearson
			De auto concepto	Integrado <12 Compensado 12-23 Comprometido 24-35		
			De interdependencia	Integrado <7 Compensado 7-12 Comprometido 13-18		
			Desempeño del rol	Integrado <7 Compensado 7-12 Comprometido 13-18		
Capacidad	Conjunto de acciones que	La capacidad de ejecutar tareas y desempeñar roles en la cotidianidad		⇒ Severa: <45 puntos ⇒ Grave: 45 – 59 puntos ⇒ Moderada: 60 –	Ordinal	Pearson

funcional (Variable independiente)	implica tomar propias decisiones y asumir propias responsabilidades.	dentro de un amplio rango de complejidad. Los cuales se dividen en severa, grave, moderada y ligera		80 puntos ⇒ Ligera: 80 – 100 puntos		
---------------------------------------	----------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------	--	----------------------------------------	--	--

Apéndice Numero 7 RECURSOS MATERIALES Y FINANCIEROS

2 Laptop	\$35,000
Tablet	\$3,000
Internet	\$5,000
Pasajes a la Casa de Día de Tepatepec	\$800
Comida	\$900
Copias	\$500
Lapiceros	\$200
Impresiones	\$1,200
Engargolado	\$300
Engrapadora	\$50
Discos	\$50
Memoria USB	\$500
Libros de investigación	\$3,000
Encuadernado	\$500
Empastados	\$1,330
TOTAL	\$52,330

Apéndice Numero 8 CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	TIEMPO ESTIMADO											
	2017								2018			
	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembr	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
Diseño del proyecto												
Elección del tema												
Planteamiento del Problema												
Formulación de los objetivos												
Justificación												
Fundamento teórico												
Instrumentos a utilizar												
Cronograma y recursos												
Revisión de congruencia entre apartados												
Consolidación del fundamento teórico												
Elaboración de Hipótesis												
Desarrollo y diseño del tipo metodológico												
Desarrollo de variables												
Aplicación de Consentimiento informado												
Aplicación del instrumento Nivel de adaptación												
Aplicación del instrumento Índice de Barthel												
Análisis de instrumentos												
Resultados en tablas												
Revisión de congruencia entre apartados												
Discusión												
Presentación y difusión del reporte de												

Apéndice Numero 9 IMÁGENES

