



HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 1 IMSS

CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

CAPACIDAD FUNCIONAL EN ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA Y SU RELACIÓN CON LA SATISFACCIÓN CON LA VIDA EN ADULTOS MAYORES USUARIOS DE LA UMF 1, DELEGACIÓN AGUASCALIENTES.

TESIS

PRESENTADA POR

Ricardo de Jesús Domínguez Pech

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

ASESOR

Dra. Evelyn Patricia Larraga Benavente

COASESOR

Dra. Sarahí Estrella Maldonado Paredes

AGUASCALIENTES, AGS., ENERO DE 2020



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES



AGUASCALIENTES, AGS. A ENERO 2020

CARTA DE APROBACION DE TRABAJO DE TESIS

**COMITÉ DE INVESTIGACION Y ETICA EN INVESTIGACION EN SALUD 101
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1, AGUASCALIENTES**

**DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD
P R E S E N T E**

Por medio de la presente le informo que el Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes:

DR. RICARDO DE JESÚS DOMINGUEZ PECH

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

**"CAPACIDAD FUNCIONAL EN ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA Y SU
RELACIÓN CON LA SATISFACCIÓN CON LA VIDA EN ADULTOS MAYORES
USUARIOS DE LA UMF 1, DELEGACIÓN AGUASCALIENTES"**

Número de Registro: **R-2020-101-001** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS**

El Dr. Ricardo de Jesús Domínguez Pech asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconvenientes para que proceda a la impresión definitiva ante el comité que usted preside, para que sean realizados los trámites correspondientes a su especialidad. Sin otro particular, agradezco la atención que sirva a la presente, quedando a sus órdenes para cualquier aclaración.

ATENTAMENTE:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Evelyn Patricia Larraga'.

Dra. Evelyn Patricia Larraga



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES



AGUASCALIENTES, AGS. A ENERO 2020

DR. JORGE PRIETO MACIAS
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD
P R E S E N T E

Por medio de la presente le informo que el Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes:

DR. RICARDO DE JESÚS DOMINGUEZ PECH

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

**"CAPACIDAD FUNCIONAL EN ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA Y SU
RELACIÓN CON LA SATISFACCIÓN CON LA VIDA EN ADULTOS MAYORES
USUARIOS DE LA UMF 1, DELEGACIÓN AGUASCALIENTES"**

Número de Registro: **R-2020-101-001** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS**

El Dr. Ricardo de Jesús Domínguez Pech asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, cumpliendo con la normatividad de investigación vigente en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sin otro particular, agradezco a usted su atención, enviándole un cordial saludo.

ATENTAMENTE:

A handwritten signature in blue ink, reading 'Carlos Alberto Prado Aguilar'.

Dr. Carlos Alberto Prado Aguilar
Coordinador auxiliar medico de investigación en salud



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES**

**RICARDO DE JESÚS DOMÍNGUEZ PECH
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T E**

Por medio de la presente se le informa que en cumplimiento de lo establecido en el Reglamento General de Docencia en el Capítulo XVI y una vez que su trabajo de tesis titulado:

**“CAPACIDAD FUNCIONAL EN ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA Y SU
RELACIÓN CON LA SATISFACCIÓN CON LA VIDA EN ADULTOS MAYORES USUARIOS DE
LA UMF 1, DELEGACIÓN AGUASCALIENTES”**

Ha sido revisado y aprobado por su tutor y consejo académico, se autoriza continuar con los trámites de titulación para obtener el grado de:
Especialista en Medicina Familiar

Sin otro particular por el momento me despido enviando a usted un cordial saludo.

**A T E N T A M E N T E
“SE LUMEN PROFERRE”**

Aguascalientes, Ags., a 19 de Febrero de 2020.

**DR. JORGE PRIETO MACÍAS
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD**

AGRADECIMIENTOS

Al Instituto Mexicano del Seguro Social y a la Universidad Autónoma de Aguascalientes por ser base en mi formación como especialista.

A mi asesora la Dra. Evelyn Patricia Larraga Benavente por su apoyo paso a paso en este proceso.

A mi coasesora la Dra. Sarahí Estrella Maldonado Paredes por orientarme y apoyarme.

A mis amigos verdaderos que siempre están.

ÍNDICE GENERAL

1. INTRODUCCIÓN	7
1.1 ANTECEDENTES	9
2. MARCO TEÓRICO	13
2.1 CAPACIDAD FUNCIONAL	13
2.2. ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA	14
2.3. SATISFACCION EN LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES	15
2.4. TEORÍA DEL ENVEJECIMIENTO EXITOSO	17
2.5. MARCO CONCEPTUAL	18
3. JUSTIFICACIÓN	18
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	21
5. OBJETIVOS	23
5.1. OBJETIVO GENERAL	23
5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
6. HIPÓTESIS DE TRABAJO	23
7. MATERIAL Y MÉTODOS	24
7.1 TIPO DE ESTUDIO	24
7.2 UNIVERSO DE TRABAJO	24
7.4 MUESTRA	24
7.5. DEFINICIÓN OPERACIONAL Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES (ANEXO)	25
7.6 PROCEDIMIENTOS	25
7.6.1. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	25
7.6.1.2. DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO	25

7.7. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN.....	27
7.6.2. LOGÍSTICA.	29
7.7. PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	29
8. ASPECTOS ÉTICOS.....	31
9. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD	32
9.1. RECURSOS HUMANOS, TECNOLÓGICOS Y MATERIALES.....	32
9.2. FINANCIAMIENTO.....	32
9.3. FACTIBILIDAD.....	32
10. RESULTADOS	33
11. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	44
12. CONCLUSIONES	46
13. REFERENCIAS	47
ANEXO A. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE INVESTIGACION.....	49
ANEXO B. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	51
ANEXO C: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	52
ANEXO D. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	55

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	33
Caracterización de los pacientes adultos mayores, según las variables epidemiológicas de tiempo, lugar y persona	
Tabla 2.	34
Frecuencia por sexo de los pacientes adultos mayores de la UMF 1, delegación Aguascalientes.	
Tabla 3.	34
Porcentaje por estado civil de los pacientes adultos mayores de la UMF 1, delegación Aguascalientes.	
Tabla 4.	35
Frecuencia de escolaridad de los pacientes adultos mayores de la UMF 1, delegación Aguascalientes.	
Tabla 5.	36
Frecuencia por ocupación de los pacientes adultos mayores de la UMF 1, delegación Aguascalientes	
Tabla 6.	36
Frecuencia de comorbilidades en los pacientes adultos mayores de la UMF 1, delegación Aguascalientes.	
Tabla 7.	37
Descripción de la capacidad para comer en los pacientes adultos mayores usuarios de la UMF 1, delegación Aguascalientes	
Tabla 8.	38
Descripción de la capacidad para trasladarse entre silla y cama en los pacientes adultos mayores usuarios de la UMF 1, Aguascalientes	
Tabla 9.	38
Descripción de la capacidad para Aseo persona en los pacientes adultos mayor usuarios de la UMF 1, delegación Aguascalientes.	

Tabla 10. 38
 Descripción de la capacidad para uso de retrete en los pacientes adultos mayores usuarios de la UMF 1, Aguascalientes

Tabla 11. 39
 Descripción de la capacidad para bañarse/ ducharse en los pacientes adultos mayores usuarios de la UMF 1, delegación Aguascalientes

Tabla 12. 39
 Descripción de la capacidad para desplazarse en los pacientes adultos mayores usuarios de la UMF 1, delegación Aguascalientes.

Tabla 13. 39
 Descripción de la capacidad para subir y bajar escaleras en los pacientes adultos mayores usuarios de la UMF 1, delegación Aguascalientes.

Tabla 14. 40
 Descripción de la capacidad para vestirse y desvestirse en los pacientes adultos mayores usuarios de la UMF 1, Aguascalientes

Tabla 15. 40
 Descripción de la capacidad para control de heces en los pacientes adultos mayores usuarios de la UMF 1, delegación Aguascalientes

Tabla 16. 40
 Descripción de la capacidad para control de orina en los pacientes adultos mayores usuarios de la UMF 1

Tabla 17. 41
 Índice de Barthel. Frecuencia en el nivel de incapacidad funcional de las AVD de los pacientes adultos mayores de la UMF 1.

Tabla 18. 42
 Descripción de frecuencias del nivel de satisfacción con la vida de los pacientes adultos mayores de la UMF 1

RESUMEN

Antecedentes: La capacidad funcional en el adulto mayor valorada principalmente a través de las actividades básicas de la vida diaria es un tema de relevancia actualmente ya que con el creciente envejecimiento poblacional, el alargamiento de la esperanza de vida y con ello de las enfermedades crónicas presupone la pérdida de la independencia y con ello la pérdida de la autonomía, el autocuidado, aumento en los casos de depresión y con esto una disminución en la percepción de la satisfacción con la vida. **Objetivo:** Determinar el nivel de capacidad funcional en las actividades básicas de la vida diaria y su relación con la satisfacción con la vida en adultos mayores usuarios de la UMF 1, Delegación Aguascalientes. utilizando el índice de Barthel que valora diez funciones básicas (aseo, arreglo, baño, vestido, uso de W.C, movilidad, continencia de esfínteres, deambulaci3n, subir y bajar escaleras y alimentaci3n), y la escala de satisfacci3n con la vida que consta de 5 ítems que valoran la satisfacci3n vital en general. **Material y métodos:** Descriptivo transversal con el propósito de describir el nivel capacidad funcional en actividades básicas de la vida diaria y su relaci3n con la satisfacci3n con la vida en adultos mayores usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No.1, Delegaci3n Aguascalientes. **Resultados:** de 302 pacientes adultos mayores de 65-75 años, 55.3% mujeres con edad media de 70 años, en su mayoría casados, con nivel de escolaridad primaria, cuyas comorbilidades principales fueron Hipertensi3n Arterial Sistémica (87.75) y Diabetes Mellitus tipo 2 (56.29%). Se obtuvo un índice de Barthel para la capacidad funcional obteniendo 95.36% con incapacidad ligera en las actividades de la vida diaria y grado de satisfacci3n moderado para el total de la poblaci3n. Se obtuvo una correlaci3n de $Pearson = 0.034$. **Conclusi3n:** No existe correlaci3n estadísticamente significativa entre las variables capacidad funcional y satisfacci3n por la vida.

ABSTRACT

Background: The functional capacity in the elderly, valued mainly through the basic activities of daily life, is a matter of relevance nowadays, as with the increasing population aging, the lengthening of life expectancy and with it of chronic diseases presupposes the loss of independence and with it the loss of autonomy, self-care, increase in cases of depression and with this a decrease in the perception of satisfaction with life. **Objective:** To determine the level of functional capacity in the basic activities of daily life and its relationship with life satisfaction in older adults' users of the UMF 1, Delegation Aguascalientes. using the Barthel index that assesses ten basic functions (grooming, arrangement, bathing, dressing, use of WC, mobility, continence of sphincters, wandering, going up and down stairs and food), and the scale of life satisfaction that consists of 5 items that value life satisfaction in general. **Material and methods:** Cross-sectional descriptive with the purpose of describing the level of functional capacity in basic activities of daily life and its relationship with life satisfaction in older adults' users of the Family Medicine Unit No.1, Aguascalientes Delegation. **Results:** of 302 adult patients over 65-75 years, 55.3% women with a mean age of 70 years, mostly married, with primary school level, whose main comorbidities were Systemic Arterial Hypertension (87.75) and Type 2 Diabetes Mellitus (56.29%). A Barthel index for functional capacity was obtained, obtaining 95.36% with slight disability in activities of daily living and moderate degree of satisfaction for the total population. A Pearson correlation = 0.034 was obtained. **Conclusion:** There is no statistically significant correlation between the variable's functional capacity and life satisfaction.

1. INTRODUCCIÓN

En Aguascalientes la población de adultos mayores de 61 años a más es de 110,589 (INEGI); en la Unidad de Medicina Familiar No. 1 se cuenta con una población adscrita de 152,733 de los cuales 123,045 son usuarios activos de los servicios. La Unidad cuenta con un total de 61,189 adultos mayores entre hombres y mujeres y de 65 a 79 años un total de 11,585 adultos mayores entre hombres y mujeres (Red local período Enero-junio 2019). Como se ha propuesto, el envejecimiento es un proceso de acelerado crecimiento y proporcionalmente en América Latina y el Caribe. Entre los años 1975 y 2000, la población de 60 años y más se incrementó de un 6,5% al 8,2%. Las proyecciones para el año 2025 son del 15% y para el 2050 del 24%, es decir, una tasa de crecimiento del 2,4% en el periodo 2025-2050 (1).

La salud del anciano como mejor se mide es en términos de función (OMS), considerándose como uno de los mejores indicadores de salud la capacidad funcional en la prevalencia de enfermedades. La prevalencia de incapacidad funcional aumenta con la edad, siendo ésta más elevada en los mayores de 75 años, en las mujeres que, en los varones, en los viudos que en los casados y en personas con menor nivel de escolarización (2).

La satisfacción en el adulto mayor ha tenido varias direcciones de estudios; se ha analizado la satisfacción como causa de diferentes variables de salud, y en otros se ha estudiado como una consecuencia de estas (3). Por tanto, es importante comprender el concepto de satisfacción vital más allá de la realización de logros en el pasado, sino también como estados psíquicos presentes que involucran aspectos físicos y de realización de actividades en esta población.

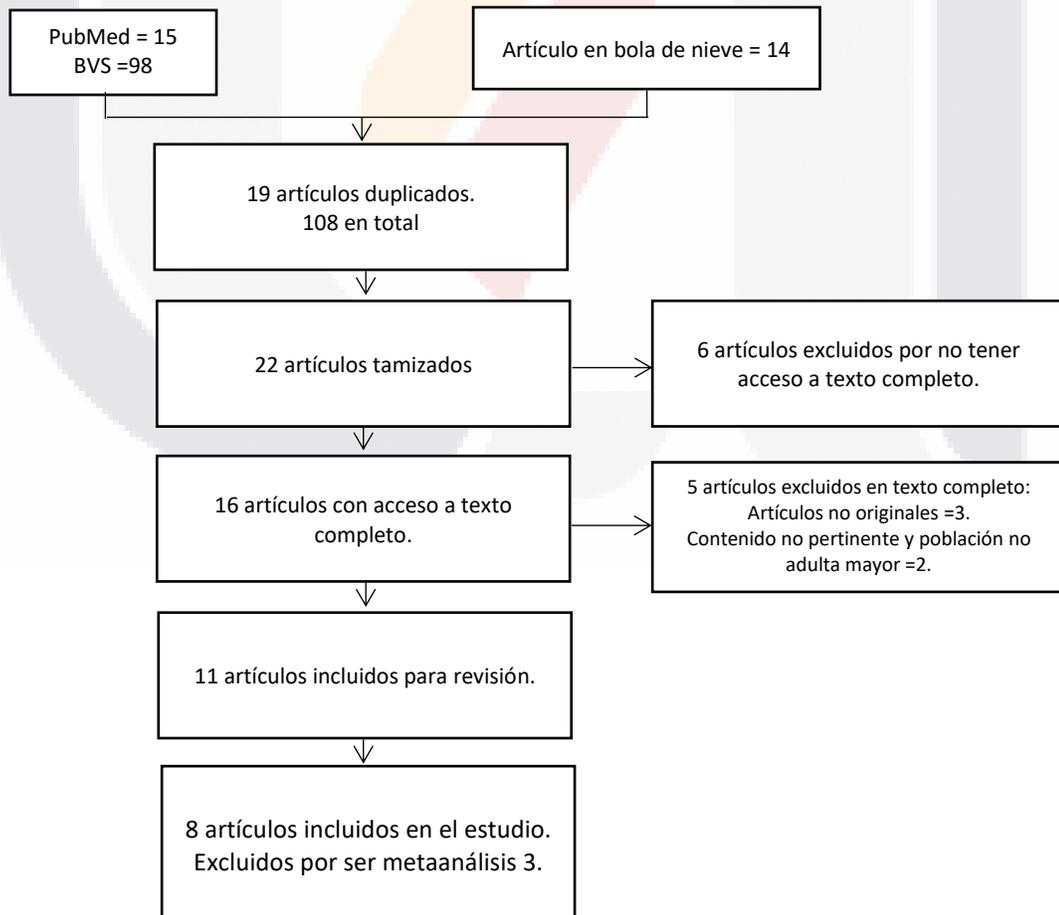
Por lo tanto, es importante enfocarse en la calidad de vida que nos muestra su estrecha vinculación con el funcionamiento de la sociedad, las normas y los valores sociales que el individuo debe asumir; pero sobre todo su vinculación con las aspiraciones y el nivel de satisfacción respecto a los dominios más importantes donde la persona desarrolla su vida; en otras palabras, con la construcción que el propio individuo hace de su bienestar personal (1).

El problema identificado radica en la tendencia del envejecimiento poblacional que ha aumentado en los últimos años, el aumento de las enfermedades crónicas y por consiguiente insatisfacción de la capacidad funcional que limita al anciano a su independencia y a llevar una vida de calidad.



1.1 Antecedentes.

Se realizó una búsqueda sistematizada de la información con los descriptores Satisfacción/ Satisfaction, Actividades básicas de la vida diaria/ Activities of daily living, adulto mayor, Aged en las siguientes bases de datos: **PubMed** con la siguiente sintaxis: ((satisfaction[Title]) AND activities of daily living[Title]) AND Aged[Title] con resultado de cero artículos, ((satisfaction[Title]) AND activities of daily living[Title]) AND Aged[Title/Abstract] encontrando 2 artículos, (satisfaction[Title]) AND activities of daily living[Title]. **BVS** con la sintaxis (tw:(adulto mayor)) AND (tw:(actividades básicas de la vida diaria)) AND (tw:(satisfacción)), se identificaron en total 127 artículos, de los cuales se eligieron 16, se analizaron por título y resumen seleccionando por pertinencia 11. A continuación se describe el Diagrama Cochrane de los cuales se mencionan 8 artículos en nuestro documento solamente de los cuales fueron seleccionaron 6 artículos incluidos en este trabajo por pertinencia. Se realizó búsqueda por bola de nieve seleccionando 2 artículos pertinentes en este trabajo.



1.1.1 Antecedentes científicos.

Pincus et.al. (1989), realizó un estudio descriptivo en 263 pacientes con artritis reumatoide de una clínica de artritis reumatoide en estados unidos, con el objetivo determinar la capacidad funcional de éstos mediante las actividades básicas de la vida diaria y el grado de discapacidad, con el cuestionario de evaluación de la salud (HAQ); sin embargo, además de establecer el nivel de capacidad funcional les era de interés agregar si con este nivel de capacidad funcional estaban satisfechos o insatisfechos por lo que agregaron este rubro en la versión modificada de este instrumento, el cual incluye 8 actividades básicas de la vida diaria. Evaluando que tan capaz se siente de realizarlas sin ayuda y explorar otras áreas como su estado en los 6 meses previos y su necesidad de ayuda. Las conclusiones de este estudio fueron que para la realización de las actividades básicas de la vida diaria sin ninguna dificultad el nivel de satisfacción osciló en más del 90%, para alguna dificultad satisfacción del 50%, mucha dificultad 20% y para los pacientes totalmente dependientes no se registró satisfacción en general (1).

Requena et al. (2009), Realizaron un estudio de tipo descriptivo. Con el objetivo de determinar la relación entre la funcionalidad del adulto mayor con el grado de satisfacción del mismo; se utilizó una muestra de 340 adultos mayores en una edad media de 71 años, a los cuales se les aplicaron 5 escalas entre las que destacaban la escala de satisfacción vital con vida que consta de 5 ítems con 7 posibles respuestas tipo Likert y la subescala de la forma física para establecer el grado de funcionalidad. En lo que se refiere a las variables de funcionalidad se vio una correlación negativa entre la satisfacción en los grupos etarios, la autonomía en las actividades básicas de la vida diaria se correlaciona de manera positiva con la satisfacción vital en los grupos etarios 60-64, 65-69 y 70-74 ($r=0.240$, $p<0.001$; $r=0.370$, $p <0.001$; $r 0.278$, $p<0.05$) Conclusiones de este estudio en cuanto a la funcionalidad del aspecto físico y de actividades básicas es que la autonomía es donde los grupos etarios mayores muestran relación inversa con la satisfacción, o sea mejor satisfacción cuanto más dependiente, ya que a mayor edad aceptan mejor la ayuda (2).

Lara Jaque R., et al. (2010), realizaron un estudio cuantitativo correlacional. Se tomó una muestra de 137 personas adultas mayores inscritas en primer nivel de atención en una comunidad de Chile; en las cuales se aplicó el índice de Barthel para evaluar las actividades

básicas de la vida diaria (ABVD), entre otros cuestionarios para determinar además el nivel de depresión y el estado mental. Concluyen que efectivamente el deterioro de las ABVD se ven mermados con la edad y que deben crearse estrategias para aumentar la autonomía y dependencia del adulto mayor para garantizar una mejor calidad de vida y satisfacción (3).

Ramírez Pérez, et. Al (2012). Realizaron un estudio descriptivo en el cual se entrevistó a 122 personas mayores de 60 años, en los cuales se administró un cuestionario de Satisfacción Vital SWLS; este instrumento es una medida global acerca del grado percibido de satisfacción, el cual cuenta con 5 reactivos con 7 posibles respuestas que van desde fuertemente en desacuerdo y fuertemente de acuerdo. Con una confiabilidad de alfa de Cronbach aceptable que oscila entre 0.89 y 0.79. Además de un segundo cuestionario que incluye las características sociodemográficas que pudieran parecer determinantes para la satisfacción, como el tener pareja, el apoyo de los hijos, las creencias religiosas, el ingreso total familiar, la situación en el hogar; finalmente concluyeron que no hay mucha variación en la satisfacción de acuerdo con los factores sociodemográficos, ni si quiera el tener o no pareja. Las limitaciones que tiene este estudio, es que, aunque utilice un instrumento validado para la satisfacción, no evalúa parte de la capacidad funcional como lo son las actividades de la vida diaria quedando limitado el estudio. (4).

Rodríguez Díaz, T. et. al. (2014), realizaron un estudio descriptivo transversal realizado en población cautiva de instituciones de Madrid; se estudiaron 303 pacientes adultos mayores a los cuales se les aplicaron varios instrumentos para establecer la relación entre la capacidad funcional y la percepción de bienestar; se utilizó el índice de Barthel para establecer la dependencia en las actividades básicas de la vida diaria, así como la escala de Yesavage para depresión, el cuestionario abreviado de Pfeiffer para establecer deterioro cognitivo, cuestionario para establecer ansiedad y por último el cuestionario de satisfacción con la vida. Con respecto a la satisfacción con la vida, personas más satisfechas muestran menos niveles de depresión y ansiedad, pero parece ser que no hay una relación negativa con la capacidad reducida para llevar a cabo las ABVD, parece haber mayor asociación con la salud general, la autoestima y la sensación de preocupación. En general, las conclusiones fueron que a mayores niveles de dependencia corresponden a mayor

sintomatología ansiosa y depresiva, menor grado de satisfacción vital y, en usual, mayor ansiedad ante la muerte (5).

Bernal reyes, N., et.al. (2015), realizaron un estudio cuantitativo prospectivo de adultos mayores operados de catarata en un hospital de Cuba, donde el objetivo general era evaluar la satisfacción con la calidad de vida y específicamente con las actividades básicas de la vida diaria posterior a la mejora de la agudeza visual, se tomó una muestra de 245 paciente adultos mayores en los cuales se aplicó el cuestionario de índice de Katz para evaluar las actividades básicas de la vida diaria y una escala de satisfacción que iba en función de las siguientes opciones de respuesta: totalmente satisfecho = pacientes que referían no problemas, insatisfecho = pacientes que referían grandes problema, muy insatisfecho = problemas muy serios. El índice de satisfacción se aplicó antes y después de la cirugía teniendo como resultados cambio importante en la percepción de aumento en la calidad y satisfacción en las ABVD con un resultado pre-cirugía en las ABVD 64% y post 90.61%, en la satisfacción prequirúrgica con percepción muy buena o buena apenas el 19.5% y en el postquirúrgico percibida como buena y muy buena alcanzando un porcentaje de 97.95%; se demostró que después de la cirugía se mostró menos dependencia al realizar actividades básicas de la vida diaria, lo que se tradujo en mayor satisfacción, que se traduce en una relación positiva con de capacidad funcional y satisfacción en pacientes mayores de 65 años, como conclusión general de este artículo mencionan que la satisfacción varía en función de la percepción del estado de salud (6).

Alvarado San Román, et.al., (2017). Realizaron un estudio analítico transversal desarrollado en una comunidad de Chile con una muestra de adultos mayores de 20.351, y se midió la satisfacción con la vida con un pregunta incluida en la escala de Cantril (Overall Life Satisfaction) modificada, que se ajusta a una escala de 1 a 10 puntos para la medición de percepción que tiene la persona de su vida actual; La pregunta fue: considerando todas las cosas, ¿Cuán satisfecho está usted con su vida en este momento? donde 1 significa que usted está “completamente insatisfecho” y 10 significa que está “completamente satisfecho”, ¿Dónde se ubica usted? Las conclusiones de este estudio fueron que, efectivamente, para los adultos mayores, la dimensión más importante para explicar su satisfacción vital es la salud, pero, específicamente, la autopercepción que tienen de ella. En los resultados se concluyó que la calidad de vida se relaciona dependiendo de las

variables analizadas, las mujeres tienen mejor satisfacción con la calidad de vida, los hombres que tienen pareja y trabajo registran mejor percepción. También existe mayor percepción de satisfacción los adultos mayores que tienen mayor percepción del estado de salud, se hace referencia a la relación que hay entre la capacidad funcional y la satisfacción con la vida, de tal manera que pacientes con mayor número de incapacidades funcionales, presentan menores puntuaciones con lo que respecta a calidad de vida (7).

Acosta L. (2018), realizó un estudio descriptivo en el cual se analizó la variable de satisfacción vital en adultos mayores en una comunidad de Argentina, tomando una muestra de 400 adultos mayores tomados de un censo nominal; donde se utilizó la encuesta de Escala de satisfacción desarrollada por Diener; ésta escala mide la satisfacción con la vida a través de 5 preguntas con una posibilidad de respuestas en escala de Likert, dentro de las cuales se incluye la dificultad para realizar las actividades de la vida diaria, así como otras variables importantes como la autopercepción de salud, memoria, depresión en el último año. Las variables relacionadas con una menor satisfacción vital fueron: no convivir en pareja; presentar deficiencia visual y/o auditiva; autopercepción de salud negativa; presentar diagnóstico de depresión en el último año y presentar dificultad en las actividades básicas de la vida diaria para hombres y mujeres (8).

2. MARCO TEÓRICO.

2.1 CAPACIDAD FUNCIONAL

La capacidad funcional en adultos mayores está relacionada con la condición de un individuo en el que desarrolla actividades cotidianas normales sin fatiga y de forma segura e independiente. Su pérdida se asocia con el aumento de riesgo de caídas y la institucionalización. Muchos adultos mayores mantienen una buena capacidad funcional y presentan altos niveles de bienestar a pesar de tener una o más enfermedades (17).

La salud del anciano como mejor se mide es en términos de función de acuerdo con la (OMS), considerándose como uno de los mejores indicadores de salud: la capacidad funcional en la prevalencia de enfermedades (19).

La prevalencia de incapacidad funcional aumenta con la edad, siendo ésta más elevada en los mayores de 75 años, en las mujeres que, en los varones, en los viudos que en los casados y en personas con menor nivel de escolarización. El envejecimiento en la mayoría de las veces se asocia con mayor riesgo de enfermedad, teniendo en cuenta los grandes cambios sociales y las pérdidas personales que con frecuencia experimentan en la segunda mitad de la vida, por lo que se podría pensar que se trata de un período de deterioro y sufrimiento inevitables, donde se encamina dependiendo de cada persona a la dependencia. (13)

La capacidad funcional representa el núcleo fundamental para poder planificar cuidados de larga duración dirigidos a las personas mayores, debiendo ser valorada en cualquier estudio que pretenda conocer la situación socio sanitario y las necesidades de servicios de una población. Su valoración tiene como objetivo cualificar y cuantificar la capacidad para la realización de las actividades de la vida diaria como por ejemplo vestirse, comer y asearse o instrumentales como hacer compras, preparar comida y limpiar la casa (19).

El problema identificado radica en la tendencia del envejecimiento poblacional que ha aumentado en los últimos años, el aumento de las enfermedades crónicas y por consecuente insatisfacción de la capacidad funcional que limita al anciano a su independencia y a llevar una vida de calidad.

2.2. ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA

Las Actividades básicas de la Vida diaria (ABVD) se caracterizan por ser universales y por su gran especialidad, así como por ser poco influenciables socioculturalmente. Estas influyen en las tareas que capacitan para el cuidado personal. Se caracterizan por ser universales, estar ligadas a la supervivencia y mantenimiento personal, a las necesidades básicas, estar dirigidas a uno mismo y suponer un mínimo esfuerzo cognitivo, automatizándose su ejecución tempranamente (alrededor de los 6 años), con el fin de lograr la independencia personal. Habitualmente dentro de las ABVD se incluyen la alimentación, el aseo, baño, vestido, movilidad personal, sueño y descanso. No obstante, conviene reconocer el hecho de que las actividades relacionadas con la supervivencia son actividades dependientes de cada cultura y tiempo, que regula el modo para llevarlas a cabo adecuadamente. Además de poseer una función social básica, puesto que son indispensables para ser admitido y reconocido como un miembro perteneciente a una determinada comunidad. Es decir, constituyen el soporte mínimo para que se dé una integración social básica, permitiendo a cada sujeto realizar actividades que lo incorporan a lo social y, a la vez, se conforman en insignias que permiten reconocer a un individuo como perteneciente a una determinada cultura y sociedad (13).

Las actividades de la vida diaria están relacionadas con el logro de la independencia personal y la autonomía. En este sentido, se entiende que la independencia personal es la capacidad del individuo para satisfacer sus necesidades básicas, o realizar las actividades básicas de la vida diaria. En cambio, el término autonomía incluye además la independencia económica y la capacidad para tomar decisiones y obrar de acuerdo con las normas y creencias propias. De este modo, la situación de dependencia puede ser definida como el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayuda importantes para realizar las actividades básicas de la vida diaria (13)(14).

2.3. SATISFACCION EN LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

La satisfacción es un estado mental, siendo la apreciación valorativa de algo, es un constructo psicológico relevante y al mismo tiempo es considerada un elemento esencial de la dimensión subjetiva del envejecimiento (9).

Se ha identificado como uno de los indicadores subjetivos más importantes del envejecimiento saludable o exitoso, de la calidad de vida y de la salud mental en la vejez (10).

La satisfacción vital ha sido definida como una valoración global que realizamos las personas sobre nuestras vidas, comparando las metas alcanzadas con las expectativas previas (8). Tales evaluaciones se pueden centrar en todo el ciclo vital, aludiendo al pasado, al presente y al futuro (12)(13). Al estudiar la satisfacción con la vida se han examinado diferentes aspectos: las variables sociodemográficas (15)(16), las características individuales (8).

El estado de salud también es uno de los predictores más importantes del bienestar de las personas mayores (10) facilitando o limitando las posibilidades de las personas a un envejecimiento exitoso. Teniendo en cuenta que la vejez está frecuentemente asociada a una mayor probabilidad de presentar problemas de salud y deterioro de la capacidad funcional (13)(14), el deterioro de la salud es un factor de gran relevancia que afecta en gran medida el bienestar de los adultos mayores. Sin embargo, existen varios estudios sobre las tendencias del bienestar subjetivo a lo largo de la vida indican que en muchos países la satisfacción general con la vida en realidad aumenta en la vejez. Hay distintas explicaciones posibles para esta conclusión, pero es probable que se deba en parte al potencial de recuperación, adaptación y crecimiento psicosocial en la edad avanzada. Sin embargo, estas tendencias no son universales, a que existe disparidad y características personales que hacen que el envejecimiento sea un proceso heterogéneo y en algunos países las personas mayores presentan un nivel inferior de satisfacción con la vida que los adultos más jóvenes. Este dato pone de relieve la influencia de las características del entorno para hacer posible o no que las personas vivan la vejez de manera positiva (OMS).

Satisfacción vital. La satisfacción con la vida es una pieza clave para el bienestar. El bienestar se refiere al estado del individuo en el que se encuentran satisfechas necesidades, tanto objetivas como subjetivas. La satisfacción vital, se define como el juicio

global que una persona hace de su calidad de vida, de acuerdo con criterios escogidos por ella misma, rigen las perspectivas a largo plazo y se comparan aspectos varios de la propia vida, con estándares y expectativas que el individuo se planteará previamente (25).

La satisfacción tiene que ver y puede valorarse por medio de la autopercepción de bienestar y para medirlo se valoran los grados de satisfacción e insatisfacción, teorías propuestas por Campbell, 1986. Posteriormente en estudios y cuestionarios modificados empleados por Andrews y Withey; asumiendo que la evaluación de la calidad de vida de una persona involucra tanto una evaluación cognitiva como un grado de sentimiento positivo y negativo.

Parte de la satisfacción para alcanzar los mejores niveles de ésta es el cumplimiento de la autorrealización o el ser, que se traduce en las acciones del individuo, a través de la adquisición y el ejercicio de rasgos valiosos y de habilidades. Estudios longitudinales encuentran que la gente tiende a adaptarse a las condiciones con las que vive ya sea por cambios en la capacidad funcional incluyendo sus actividades básicas de la vida diaria (en las personas mayores se observa un incremento pequeño en la satisfacción, aunque no en la felicidad). Se podría concluir que esto refleja un proceso de adaptación de la gente (24)(25).

La satisfacción vital puede medirse a través del concepto del concepto de bienestar Subjetivo propuesto por Diener (1984), el cual se ha definido como un constructo constituido por un componente cognitivo y dos afectivos; supone preguntarle directamente a la persona qué tan satisfecha con la vida está (el componente cognitivo) y en qué grado ha experimentado una serie de estados afectivos durante un periodo determinado, que posteriormente se agrupan en niveles de afecto positivo y negativo (los dos componentes afectivos) (30).

2.4. TEORÍA DEL ENVEJECIMIENTO EXITOSO.

Según Havighurst (1961), existen dos teorías que explican el envejecimiento exitoso en el cual incluye la satisfacción con la vida. Se toma solamente la Teoría de la Actividad la cual propone que el mantenimiento de las actividades cotidianas a lo largo de la vida, y hasta el envejecimiento el mayor tiempo que sea posible tienen una relación positiva con la

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

satisfacción con la vida; es decir, las personas que viven más años libres de discapacidad, que se mantienen realizando sus actividades físicas y sociales, mantenían un estado de bienestar mayor comparado con las que habían perdido independencia. El envejecimiento saludable a través de esta teoría de la actividad plantea que mientras más activos se encuentran los adultos mayores, demuestran mayor nivel de satisfacción y se adaptan mejor a los cambios propios de la tercera edad (29).

2.5. MARCO CONCEPTUAL.

La **capacidad funcional** comprende los atributos relacionados con la salud que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella. Se compone de la capacidad intrínseca de la persona (combinación de todas las capacidades físicas y mentales con las que cuenta una persona), las características del entorno que afectan esa capacidad y las interacciones entre la persona y esas características (17).

Actividades de la vida diaria son las actividades básicas necesarias para la vida diaria, como bañarse o ducharse, vestirse, comer, acostarse o levantarse de la cama o sentarse y levantarse de una silla, ir al baño y moverse dentro de la casa (17).

Persona adulta mayor es una persona cuya edad ha superado la esperanza de vida media al nacer (17). Persona entre los 65 y 79 años (18).

Envejecimiento es el resultado de los efectos de la acumulación de gran variedad de daños moleculares y celulares que se producen con el tiempo (17).

Satisfacción es la experiencia individual de una sensación de plenitud con relación a una necesidad o deseo y la cualidad o estado de estar satisfecho (17).

3. JUSTIFICACIÓN

La tendencia mundial, nacional y regional es hacia el envejecimiento poblacional acelerado y con ello el insuficiente desarrollo humano integral de las personas adultas mayores en México; ya que representan uno de los grupos vulnerables y en los cuales los principales

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

efectos del acelerado deterioro natural de la salud son la disminución de la motricidad y la pérdida de capacidades cognitivas, lo que impacta en la dependencia funcional que las personas adultas mayores presentan con terceros. Se da, además, una disminución de la calidad de vida (Programa Nacional Gerontológico 2016-2018) y en la satisfacción.

Las personas adultas mayores que pierden su independencia aumentan la cifra de comorbilidades, aumentando las visitas a los servicios de salud y medicamentos, siendo este el segundo problema más importante con un porcentaje del 37.3%, sin contar las personas que por se padecen una discapacidad. Además, solo por el hecho de pertenecer a este grupo etario hace que los problemas económicos y de trabajo se representen en un 65%, y aumenta si el paciente no es independiente (Programa Nacional Gerontológico 2016-2018).

La satisfacción en el adulto mayor ha tenido varias direcciones de estudios; se ha analizado la satisfacción como causa de diferentes variables de salud, y en otros se ha estudiado como una consecuencia de estas (26). Por tanto, es importante comprender el concepto de satisfacción vital más allá de la realización de logros en el pasado, sino también como estados psíquicos presentes que involucran aspectos físicos y de realización de actividades en esta población.

Los posibles mecanismos y vías causales que explicarían la relación entre la satisfacción vital y el estado de salud, como lo menciona Enkvist 2011, se debe poner especial énfasis en reconocer y tratar oportunamente los factores que afectan la satisfacción de vida de los adultos mayores y, que pueden ser motivo importante para enfocar la atención médica en estos para aumentar la percepción de bienestar. Debe buscarse además el aliviar los síntomas y poner cuidado en los factores personales que pueden ser modificables para aumentarla, siendo el conjunto de esto la llave en el cuidado de los adultos mayores para lograr una mejor funcionalidad en la sociedad.

El conocimiento e información que se obtendrá a partir de este proyecto permitirá conocer el grado de capacidad funcional en el adulto mayor y como percibe la satisfacción con la vida a partir de ello, lo que debería ser de gran utilidad en el proceso de toma de decisiones clínicas (2).

Por lo tanto, es importante enfocarse en la calidad de vida que nos muestra su estrecha vinculación con el funcionamiento de la sociedad, las normas y los valores sociales que el individuo debe asumir; pero sobre todo su vinculación con las aspiraciones y el nivel de satisfacción respecto a los dominios más importantes donde la persona desarrolla su vida; en otras palabras, con la construcción que el propio individuo hace de su bienestar personal (20). Por lo que al obtener los resultados serán útiles para identificar a la población geriátrica con factores de riesgo y en los cuales se pueda mejorar su satisfacción hacia su capacidad funcional.



4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Magnitud, frecuencia y distribución. La Organización Mundial de la salud estima que entre el 2000 y el 2050, el porcentaje de personas mayores de 65 años se multiplicará. Calculándose una cifra que ronda en torno a los 2000 millones de personas, frente a los aproximadamente 605 millones, que actualmente forman dicho colectivo; aumenta la probabilidad de que padezcan enfermedades crónicas como el Alzheimer o la demencia, además de otros deterioros propios de la edad, los cuales hacen que los sujetos puedan ser altamente dependientes (17)(20). México representa uno de los países con más alto porcentaje representado en promedio por el 52.2% de personas mayores a partir de los 65 años con una limitación funcional para realizar una o más de las cinco actividades básicas de la vida diaria que se consideran más relevantes; varios estudios sobre las tendencias del bienestar subjetivo a lo largo de la vida indican que en muchos países la satisfacción general con la vida en realidad aumenta en la vejez, sin embargo, como se trata de un proceso heterogéneo este dato pone de relieve la influencia de las características del entorno para hacer posible o no que las personas vivan la vejez de manera positiva o con más satisfacción (17).

En Aguascalientes la población de adultos mayores de 61 años a más es de 110,589 (INEGI); en la Unidad de Medicina Familiar No. 1 se cuenta con una población adscrita de 152,733 de los cuales 123,045 son usuarios activos de los servicios.

La Unidad cuenta con un total de 61,189 adultos mayores entre hombres y mujeres y de 65 a 79 años un total de 11,585 adultos mayores entre hombres y mujeres (Red local período Enero-junio 2019).

Descripción de la naturaleza del problema:

Posterior a una búsqueda sistematizada de la información se registraron varios estudios relacionados con la satisfacción vital del adulto mayor, por lo tanto este estudio se encuentra en un estado del arte nivel 1 donde se describen frecuencias y distribución.

La satisfacción con la vida del adulto mayor es abordada en su mayoría de manera global, evaluando diferentes rubros de la calidad de vida (6), donde la satisfacción se ve mediada por factores sociodemográficos, y otros toman en cuenta y como principal factor las actividades básicas de la vida diaria como parte fundamental en la percepción de alta satisfacción con la vida(8)(7), por tal motivo se decide hacer esta investigación para obtener información específica de la satisfacción con el deterioro de las actividades básicas de la vida diaria, como describe Pincus (1989), donde si hace una relación positiva entre el nivel de satisfacción y la capacidad funcional en actividades básicas de la vida diaria en paciente con artritis reumatoide.

La mayoría de los estudios que involucran satisfacción con la vida en el adulto mayor (3)(4)(6) ponen de manifiesto que ante una mejor percepción de salud e independencia se relaciona con una mejor percepción de bienestar subjetivo.

Con tal panorama surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el nivel de capacidad funcional en las actividades básicas de la vida diaria y su relación con la satisfacción con la vida pacientes adultos mayores de la UMF 1 de la Delegación Aguascalientes?

5. OBJETIVOS.

5.1. OBJETIVO GENERAL.

Determinar el nivel de capacidad funcional en las actividades básicas de la vida diaria y su relación con la satisfacción con la vida en adultos mayores usuarios de la UMF 1, Delegación Aguascalientes.

5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Caracterizar a los pacientes adultos mayores, según las variables epidemiológicas de tiempo, lugar y persona.
2. Describir la capacidad para comer en los pacientes adultos mayores usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No.1.
3. Describir la capacidad de trasladarse entre las sillas y la cama en los pacientes adultos mayores usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No.1.
4. Describir la capacidad de aseo personal en los pacientes adultos mayores usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No.1.
5. Describir la capacidad de usar retrete en los pacientes adultos mayores usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No.1.
6. Describir la satisfacción con la vida en pacientes adultos mayores usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No.1.
7. Describir la satisfacción con la vida en pacientes adultos mayores usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No.1.

6. HIPÓTESIS DE TRABAJO.

No hay hipótesis ya que se trata de un trabajo con un diseño de tipo descriptivo.

7. MATERIAL Y MÉTODOS.

7.1 TIPO DE ESTUDIO.

Descriptivo transversal con el propósito de describir el nivel capacidad funcional en actividades básicas de la vida diaria y su relación con la satisfacción con la vida en adultos mayores usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No.1, Delegación Aguascalientes.

7.2 UNIVERSO DE TRABAJO.

7.2.1. UNIVERSO.

Adultos mayores adscritos a primer nivel de atención en la Unidad de Medicina Familiar No.1 del Instituto Mexicano del Seguro Social en el período 2018-2019.

7.2.2 POBLACIÓN EN ESTUDIO.

Adultos mayores usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No.1.

7.2.3 UNIDAD DE ANÁLISIS

Adulto mayor usuario de la Unidad de Medicina Familiar No.1 IMSS, delegación Aguascalientes.

7.2.4. UNIDAD DE OBSERVACIÓN.

Adulto mayor usuario de la Unidad de Medicina Familiar No.1

7.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN.

7.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Paciente adulto mayor de 65 a 75 años usuarios de UMF

7.3.2 CRITERIOS NO INCLUSIÓN.

Paciente adulto mayor con deterioro cognitivo que les impida comprender el cuestionario comprobado por previa aplicación de cuestionario abreviado de mini mental.

Paciente adulto mayor con deprivación sensorial auditiva.

Paciente adulto mayor que no deseen contestar el cuestionario.

Paciente adulto mayor que no firme el consentimiento informado.

7.3.3 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

Paciente que se demuestre deterioro cognitivo previa aplicación del cuestionario abreviado de mini mental.

Pacientes adultos mayores que no terminen el cuestionario.

7.4 MUESTRA.

7.4.1 MARCO MUESTRAL.

Paciente adulto mayor de 65 a 75 años usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No.1 en el período enero 2020 a febrero 2020.

7.4.3 TIPO DE MUESTREO.

Se realizó un muestreo por conveniencia donde se seleccionó a los pacientes adultos mayores usuarios en la unidad de medicina familiar No.1.

7.4.4 TAMAÑO DE MUESTRA.

Se calculó a partir del tamaño de la población de adultos mayores usuarios de la unidad de medicina familiar No.1 en el rango de edad seleccionado a partir del descriptor de adulto mayor, la cual es de 11585 incluyendo hombres y mujeres, se calculó a través de la fórmula $n = Z^2_a N p q / e^2 (N-1) + Z^2_a N p q$, con un nivel de confianza de 95% y con un margen de error del 5% dando como resultado 372 para tamaño de muestra.

7.5. DEFINICIÓN OPERACIONAL Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES (ANEXO).

7.6 PROCEDIMIENTOS

7.6.1. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Se aplicó previo a recolectar los datos sociodemográficos el examen abreviado de minimal para corroborar que los pacientes fueran capaces de contestar los instrumentos que se aplicaron.

7.6.1.2. DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO.

Índice de Barthel. un instrumento que mide la capacidad de una persona para realizar diez actividades de la vida diaria (AVD), consideradas como básicas, obteniéndose una estimación cuantitativa de su grado de independencia, esto en su versión original.

<p>Comer</p>	<p>0 = Incapaz 5 = Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc. 10 = Independiente (la comida está al alcance de la mano)</p>
<p>Trasladarse entre la silla y la cama</p>	<p>0 = Incapaz, no se mantiene sentado 5 = Necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado 10 = Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal) 15 = Independiente</p>

Aseo personal	<p>0 = Necesita ayuda con el aseo personal</p> <p>5 = Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse</p>
Uso del retrete	<p>0 = Dependiente</p> <p>5 = Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo</p> <p>10 = Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)</p>
Bañarse/Ducharse	<p>0 = Dependiente</p> <p>5 = Independiente para bañarse o ducharse</p>
Desplazarse	<p>0 = Inmóvil</p> <p>5 = Independiente en silla de ruedas en 50 m</p> <p>10 = Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)</p> <p>15 = Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador</p>
Subir y bajar escaleras	<p>0 = Incapaz</p> <p>5 = Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta</p> <p>10 = Independiente para subir y bajar</p>
Vestirse y desvestirse	<p>0 = Dependiente</p> <p>5 = Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda</p> <p>10 = Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.</p>
Control de heces	<p>0 = Incontinente (o necesita que le suministren enema)</p> <p>5 = Accidente excepcional (uno/semana)</p> <p>10 = Continente</p>

<p>Control de orina</p>	<p>0 = Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa</p> <p>5 = Accidente excepcional (máximo uno/24 horas)</p> <p>10 = Continente, durante al menos 7 días</p>
<p>Total = 0-100 puntos (0-90 si usan silla de ruedas).</p> <p>Severa < 45 puntos.</p> <p>Grave 45-59 puntos.</p> <p>Moderada: 60-80 puntos.</p> <p>Ligera 80-100 puntos.</p>	

Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS). Consta de cinco ítems que evalúan la satisfacción con la vida a través del juicio global que hacen las personas sobre esta. La cual presenta los reactivos de la siguiente manera:

- a. “En la mayoría de los aspectos mi vida es como quiero que sea”
- b. “Hasta ahora he conseguido de la vida las cosas que considero importantes”
- c. “Estoy satisfecho con mi vida”
- d. “Si pudiera vivir mi vida otra vez, la repetiría tal y como ha sido”
- e. “Las circunstancias de mi vida son buenas”

Los valores de respuesta oscilan entre 1 y 5, donde 1 es “totalmente en desacuerdo” y 5 es “totalmente de acuerdo”. La puntuación total va de 5 (baja satisfacción) a 25 (alta satisfacción).

7.7. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN

- Se abordó a los pacientes Adultos mayores de 65 a 75 años, que no presentaron deterioro cognitivo y privación sensorial auditiva.
- Se les dio a conocer el objetivo de la investigación y en qué consistía el instrumento que se aplicó.
- Se solicitó la firma del consentimiento informado al participante.
- Se cuantificó el puntaje en actividades básicas de la vida diaria y posteriormente se otorgó una copia del instrumento de satisfacción con la vida al paciente para que lo conteste, previa explicación de cada una de las dimensiones para clarificar el llenado de éste.

Se aplicó el índice de Barthel en el cual se eligió un puntaje y se determinó el nivel de dependencia según el puntaje siguiente:

- Total = 0-100 puntos (0-90 si usan silla de ruedas).
- Severa < 45 puntos.
- Grave 45-59 puntos.
- Moderada: 60-80 puntos.
- Ligera 80-100 puntos.

Posterior a establecer este puntaje se procedió a aplicar la escala de satisfacción con la vida la cual puntúa según escala de Likert con 5 opciones de respuesta: totalmente en desacuerdo (1 punto), muy en desacuerdo (2 puntos), ni en acuerdo ni en desacuerdo (3 puntos), muy de acuerdo (4 puntos), totalmente de acuerdo (5 puntos), así para cada uno de los 5 ítems que conforman la escala. Establece el nivel de satisfacción con la vida según el puntaje total la cual va de 5 (baja satisfacción = efecto negativo) a 25 (alta satisfacción) efecto positivo. Con el fin en el análisis estadístico de nuestros resultados encontrar la relación de este efecto con las actividades básicas de la vida.

7.6.1.3 CARACTERISTICAS DE LOS INSTRUMENTOS

El **índice de Barthel** en cuanto a la evaluación de la consistencia interna, se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.86-0.92. Menciona la validez de constructo donde se realizaron varias correlaciones de la que destaca divulga la validez correlacional entre 0.73 y 0.77 con un índice de la Capacidad motora para 976 pacientes con accidente vascular cerebral. Un análisis factorial identificó dos factores que relacionan la movilidad y del cuidado personal. Este instrumento es ampliamente conocido como uno de los más sensibles para evaluar las actividades básicas de la vida diaria.

La **escala de satisfacción con la vida** adaptada en población mexicana (Michoacán), es una escala de un solo factor, y ha mostrado alta consistencia interna con valores de alfa de Cronbach, que oscilan entre .89 y .79. Se han obtenido correlaciones negativas de la escala con el afecto negativo, ansiedad y depresión, y por otro lado correlaciones positivas con otras medidas de bienestar.

Se realizó la validez de contenido por medio de 4 expertos psicólogos lo cuales consideraron que los ítems (en castellano originalmente) no necesitaban cambio de redacción. La validez de constructo se realizó por medio de análisis factorial de una sola variable latente, y en donde se obtuvo una adecuada bondad de ajuste $GFI=0.9$ $CFI=0.9$ ($\geq .90$) $SRMR=0.17$ ($\leq .08$) $RMSEA=0.024$ ($\leq .06$). Por lo tanto, presenta buenas propiedades psicométricas (30).

Además, de acuerdo con Diener, el bienestar puede ser explicado por diversas teorías, una de ellas es la universalista, donde la satisfacción se alcanza gracias al logro de los objetivos o cuando se satisfacen las necesidades básicas. (30)

7.6.2. LOGÍSTICA.

Se dio a conocer a la directora de la unidad de medicina Familiar No.1 el objetivo general de nuestro estudio así como el instrumento y carta de consentimiento con el número de registro de autorización del Comité Local de Investigación solicitándole; durante el mes de Enero 2020 se captaron a los adultos mayores usuarios dándoles a conocer el objetivo general donde se les aplicó la versión abreviada del mini mental, además de considerar que no tuvieran deprivación sensorial auditiva, previa autorización por ellos a participar en el estudio.

- Se les dio a conocer el objetivo de la investigación y en que consistía el instrumento utilizado.
- Se solicitó la firma del consentimiento informado al participante.
- Se le aplicaron los instrumentos descritos anteriormente en entrevista cara a cara en un lugar privado y confidencial de la unidad en consultorio.

La aplicación del mini mental abreviado fue de 5 a 10 minutos y para el índice de Barthel y la escala de satisfacción con la vida el tiempo de respuesta fue de respuesta de 8 minutos ya que entre los dos suman 15 ítems con evaluación rápida y sistemática. Finalmente, al completar el número de la muestra se vaciaron los datos recolectados en hojas Excel para su procesamiento de datos y análisis estadístico.

7.7. PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.

7.7.1. Plan de procesamiento de datos.

Se hizo a partir de la captura de éstos a través de una base de datos generada en Excel Office; el diseño de la plantilla se realizó con una tabla en donde cada fila correspondió a un ítem del instrumento y cada columna a la información de cada una de las participantes. Se analizó en el programa SPSSv21.

Se utilizaron medidas de tendencia central: Edad, escolaridad, sexo que se analizaron con media (edad media, escolaridad media, promedio de hombres y mujeres en porcentajes).

Estado civil, ocupación y enfermedades crónicas se agruparon en frecuencia y moda.

No se utilizaron medidas de dispersión como desviación estándar ni varianzas.

Para identificar la relación entre el nivel de capacidad con actividades básicas de la vida diaria y la satisfacción con la vida se realizó a través de la correlación de Pearson que comprende valores entre el -1 y el +1. Así, dependiendo de su valor, tendrá un significado u otro. Si el coeficiente de correlación de Pearson es igual a 1 o a -1, podemos considerar que la correlación que existe entre las variables estudiadas es perfecta. Si el coeficiente es igual a 0, sólo podemos afirmar que no hay relación lineal entre las variables.

8. ASPECTOS ÉTICOS.

Este proyecto se apegó al reglamento de la Ley Federal de Salud en materia de investigación en seres humanos en su Título primero, como disposiciones generales en materia de investigación para la salud. Considerando además el Título segundo de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, que en disposición al artículo 13 establece que todo sujeto incluido en el estudio prevalecerá el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar; se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice. Para este estudio se considera como una investigación sin riesgo ya que no se realizará 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, con lo anterior se obtuvo una carta de consentimiento informado (21). **(ANEXO).**

9. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

9.1. RECURSOS HUMANOS, TECNOLÓGICOS Y MATERIALES.

Recursos humanos medico tesista/ asesor	2	0
Encuestadores	2	4000
Computadora personal laptop del medico tesista	1	15000
internet	1	500
Acceso a base de datos	1	0
Paquetes estadísticos SPSSv21	1	0
impresora	1	3500
Hojas blancas , lapices	400,20	200
Copias del instrumento y consentimiento informado	800	400
	total	23,600

9.2. FINANCIAMIENTO.

Los gastos generados para el protocolo fueron cubiertos en su totalidad por el tesista el cual tiene un costo de \$23,600.

9.3. FACTIBILIDAD.

El estudio de investigación que planteamos fue factible debido a que consiste solo en obtención de información en adultos mayores usuarios de la UMF No.1 Delegación Aguascalientes.

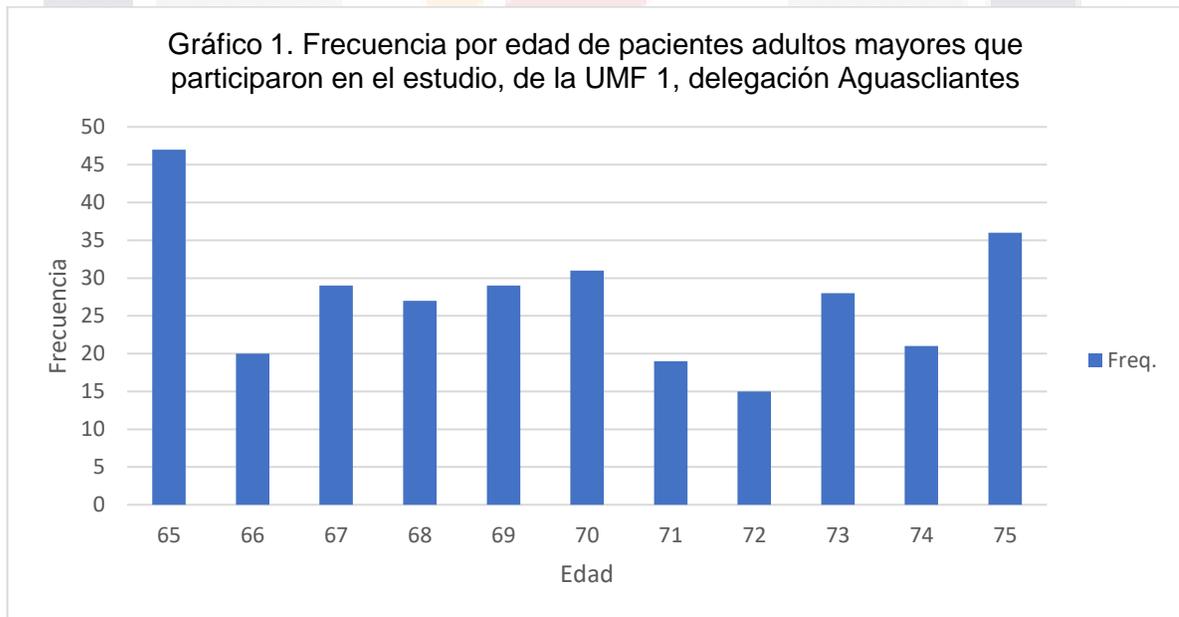
10. RESULTADOS

10.1 Caracterización de los pacientes adultos mayores, según las variables epidemiológicas de tiempo, lugar y persona.

Tabla 1. Frecuencia de edad de los pacientes adultos mayores de la UMF 1, delegación Aguascalientes.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
65	47	15.56
66	20	6.62
67	29	9.6
68	27	8.94
69	29	9.6
70	31	10.26
71	19	6.29
72	15	4.97
73	28	9.27
74	21	6.95
75	36	11.92
Edad Media: 69.70		
Total	302	100

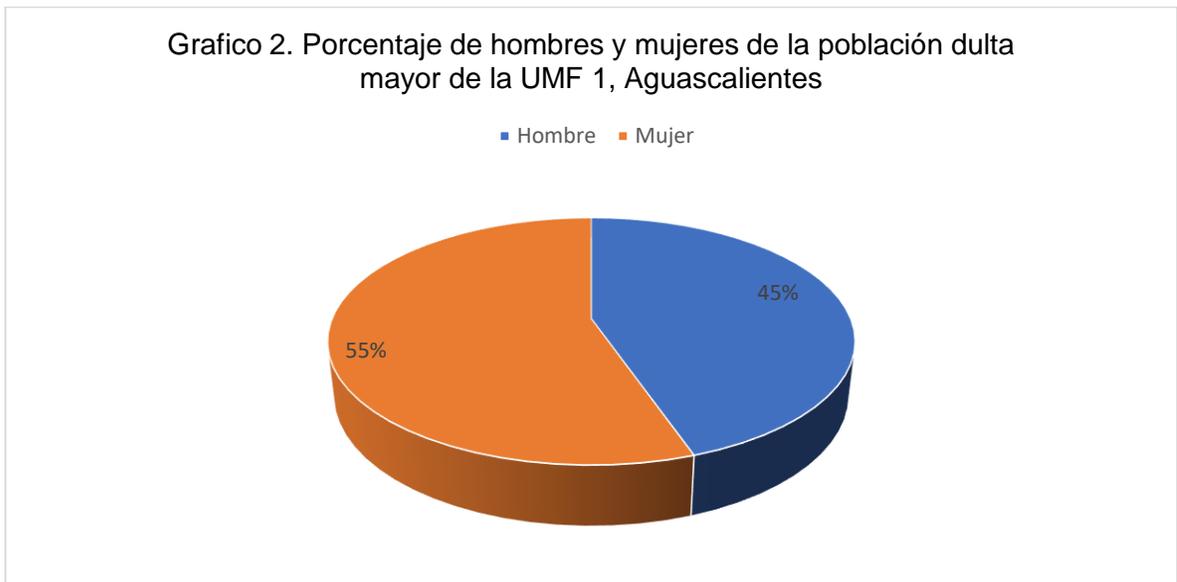
Fuente: Entrevista cara a cara del paciente adulto mayor



Fuente: Entrevista cara a cara del paciente adulto mayor

Tabla 2. Frecuencia por sexo de los pacientes adultos mayores de la UMF 1, delegación Aguascalientes.		
Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	135	44.7
Mujer	167	55.3
Total	302	100

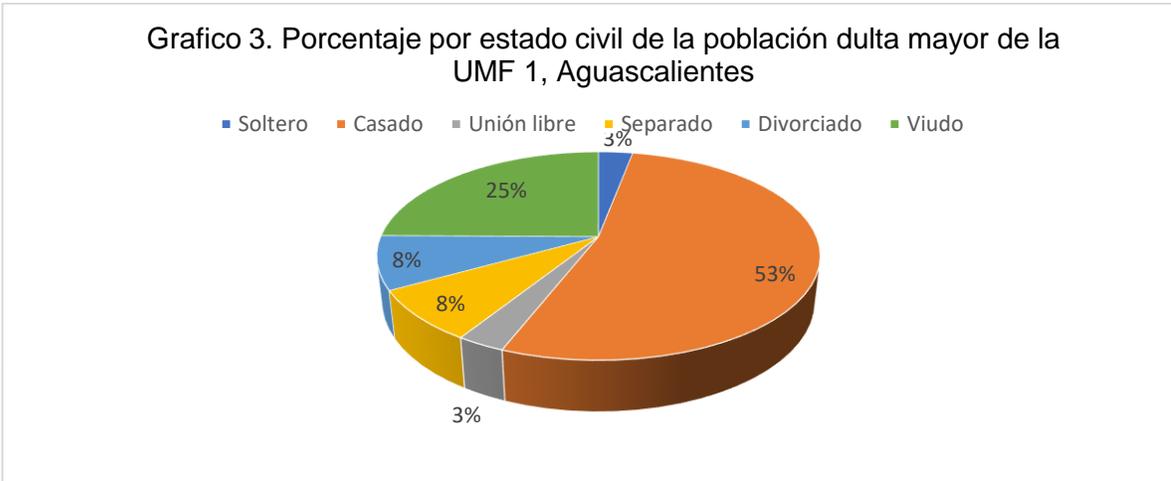
Fuente: Entrevista cara a cara del paciente adulto mayor



Fuente: Entrevista cara a cara del paciente adulto mayor

Tabla 3. Porcentaje por estado civil de los pacientes adultos mayores de la UMF 1, delegación Aguascalientes.		
Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	9	2.98
Casado	160	52.98
Unión libre	9	2.98
Separado	24	7.95
Divorciado	25	8.28
Viudo	75	24.83
Total	302	100

Fuente: Entrevista cara a cara del paciente adulto mayor

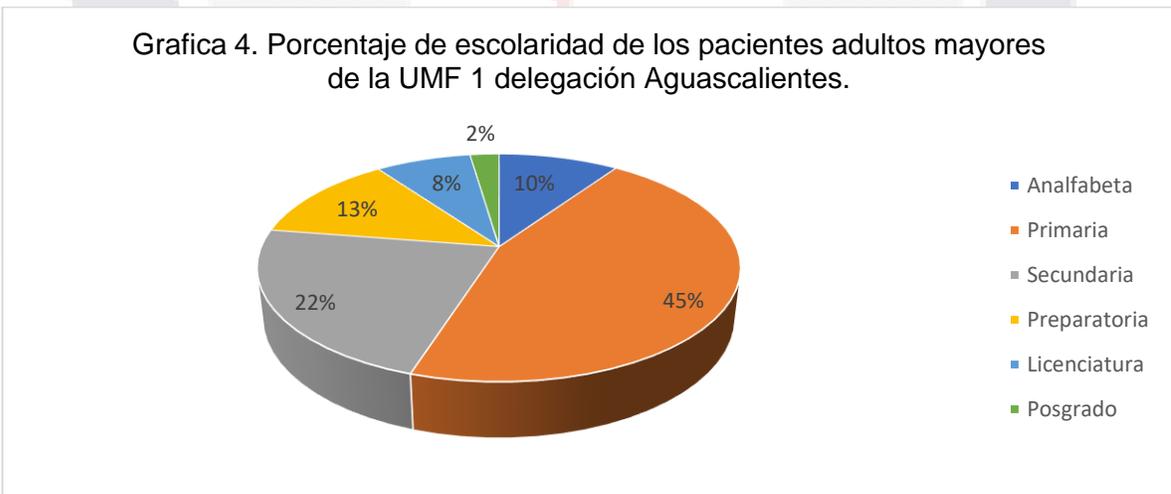


Fuente: Entrevista cara a cara del paciente adulto mayor

Tabla 4. Frecuencia de escolaridad de los pacientes adultos mayores de la UMF 1, delegación Aguascalientes.

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeta	29	9.6
Primaria	137	45.36
Secundaria	68	22.52
Preparatoria	38	12.58
Licenciatura	23	7.62
Posgrado	7	2.32
Total	302	100

Fuente: Entrevista cara a cara del paciente adulto mayor

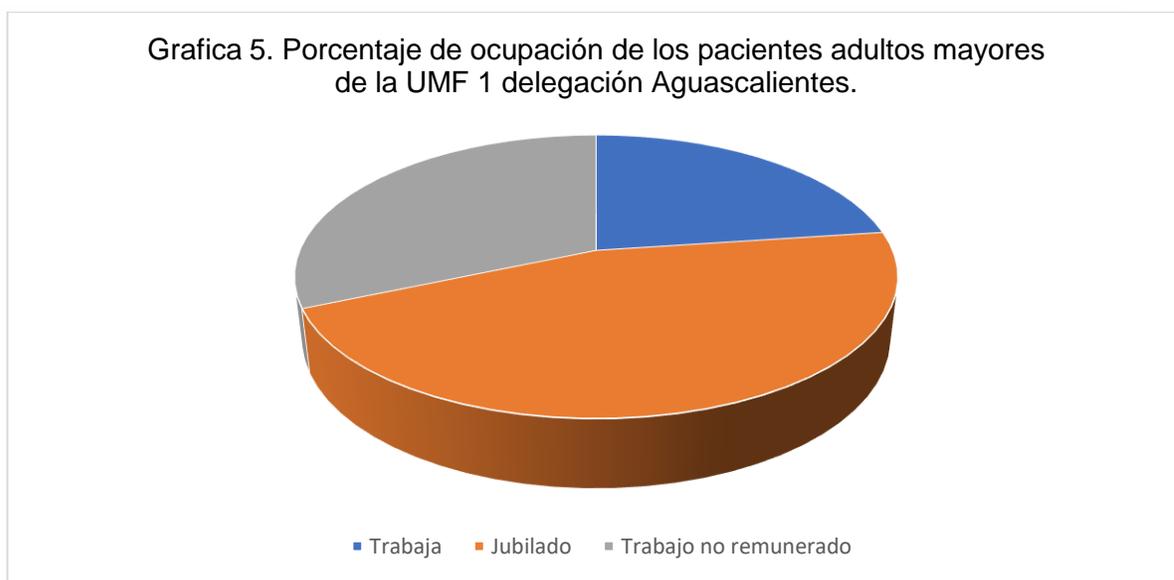


Fuente: Entrevista cara a cara del paciente adulto mayor

Tabla 5. Frecuencia por ocupación de los pacientes adultos mayores de la UMF 1, delegación Aguascalientes.

Ocupación	Frecuencia	Porcentajes
Trabaja	69	22.85
Jubilado	138	45.7
Trabajo no remunerado	95	31.46
Total	302	100

Fuente: Entrevista cara a cara del paciente adulto mayor

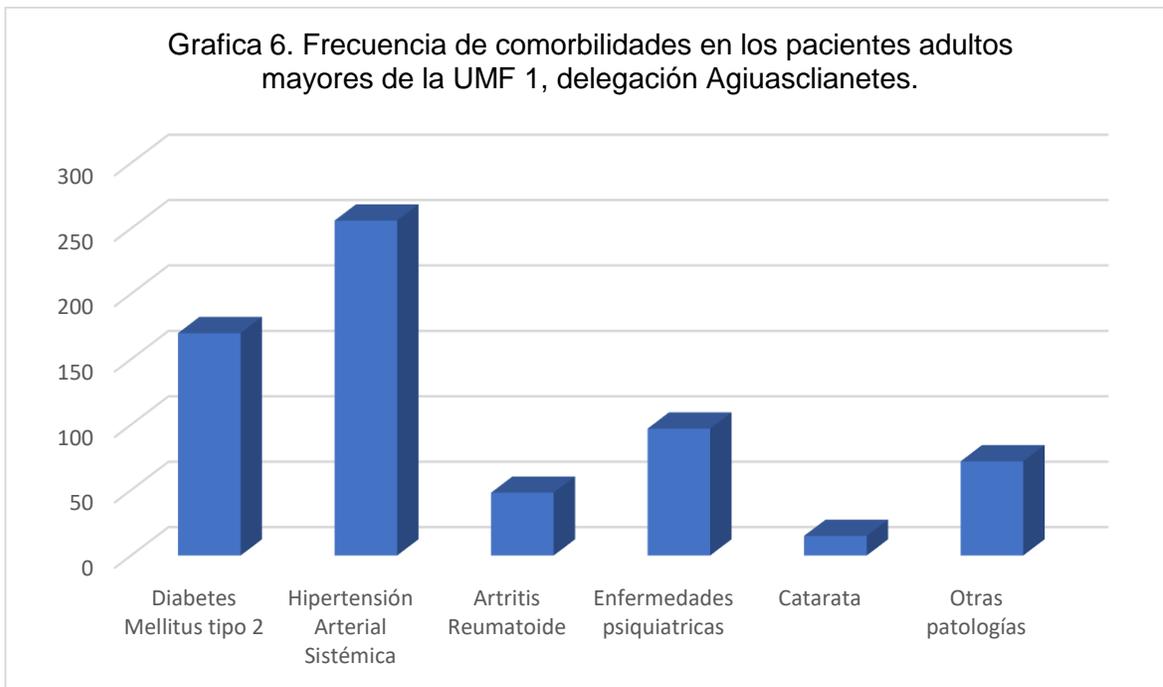


Fuente: Entrevista cara a cara del paciente adulto mayor

Tabla 6. Frecuencia de comorbilidades en los pacientes adultos mayores de la UMF 1, delegación Aguascalientes.

Enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
Diabetes Mellitus tipo 2	170	56.29
Hipertensión Arterial Sistémica	256	87.75
Artritis Reumatoide	48	15.89
Enfermedades psiquiátricas	97	32.12
Catarata	15	4.97
Otras patologías	72	23.84

Fuente: Entrevista cara a cara del paciente adulto mayor



Fuente: Entrevista cara a cara del paciente adulto mayor

10.2 Descripción de la capacidad para comer en los pacientes adultos mayores usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No.1.

Tabla 7. Descripción de la capacidad para comer en los pacientes adultos mayores usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No.1.

Comer	Puntuación	Frecuencia	Porcentaje
Incapaz	0	0	0
Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.	5	6	1.99
Independiente (la comida está al alcance de la mano)	10	296	98.01
Total		302	100

Fuente: Entrevista cara a cara del paciente adulto mayor

10.3 Descripción de la capacidad de trasladarse entre las sillas y la cama en los pacientes adultos mayores usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No.1.

Tabla 8. Descripción de la capacidad para trasladarse entre silla y cama en los pacientes adultos mayores usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No.1.

Trasladarse entre la silla y la cama	Puntuación	Frecuencia	Porcentaje
Incapaz	0	1	0.33
Necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado	5	3	0.99
Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)	10	15	4.97
Independiente	15	283	93.71
Total		302	100

Fuente: Entrevista cara a cara del paciente adulto mayor

10.4 Descripción de la capacidad de aseo personal en los pacientes adultos mayores usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No.1.

Tabla 9. Descripción de la capacidad para Aseo personal en los pacientes adultos mayores usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No.1.

Aseo personal	Puntuación	Frecuencia	Porcentaje
Necesita ayuda con el aseo personal	0	4	1
Independientemente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse	5	298	99
Total		302	100

Fuente: Entrevista cara a cara del paciente adulto mayor

10.5 Descripción de la capacidad de usar retrete en los pacientes adultos mayores usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No.1.

Tabla 10. Descripción de la capacidad para uso de retrete en los pacientes adultos mayores usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No.1.

Uso del retrete	Puntuación	Frecuencia	Porcentaje
Dependiente	0	7	2.32
Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo	5	294	97.35
Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)	10	1	0.33
Total		302	100

Fuente: Entrevista cara a cara del paciente adulto mayor

10.6 Descripción de la capacidad de bañarse / ducharse en los pacientes adultos mayores usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No.1.

Tabla 11. Descripción de la capacidad para bañarse/ ducharse en los pacientes adultos mayores usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No.1.			
Bañarse/Ducharse	Puntuación	Frecuencia	Porcentaje
Dependiente	0	6	1.99
Independiente	5	296	98.01
Total		302	100

Fuente: Entrevista cara a cara del paciente adulto mayor

10.7 Descripción de la capacidad de desplazarse escaleras en los pacientes adultos mayores usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No.1.

Tabla 12. Descripción de la capacidad para desplazarse en los pacientes adultos mayores usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No.1.			
Desplazarse	Puntuación	Frecuencia	Porcentaje
Inmóvil	0	11	3.64
Independiente en silla de ruedas en 50 m	5	27	8.94
Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)	10	262	86.75
Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador	15	2	0.66
Total		302	100

Fuente: Entrevista cara a cara del paciente adulto mayor

10.8 Descripción de la capacidad de subir y bajar escaleras en los pacientes adultos mayores usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No.1.

Tabla 13. Descripción de la capacidad para subir y bajar escaleras en los pacientes adultos mayores usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No.1.			
Subir y bajar escaleras	Puntuación	Frecuencia	Porcentaje
Incapaz	0	12	3.97
Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta	5	97	32.12
Independiente para subir y bajar	10	193	63.91
Total		302	100

Fuente: Entrevista cara a cara del paciente adulto mayor

10.9 Descripción de la capacidad de vestirse y desvestirse en los pacientes adultos mayores usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No.1.

Tabla 14. Descripción de la capacidad para vestirse y desvestirse en los pacientes adultos mayores usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No.1.

Vestirse y desvestirse	Puntuación	Frecuencia	Porcentaje
Dependiente	0	2	0.66
Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda	5	7	2.32
Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.	10	293	96.36
Total		302	100

Fuente: Entrevista cara a cara del paciente adulto mayor

10.10 Descripción de la capacidad de control de heces en los pacientes adultos mayores usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No.1.

Tabla 15. Descripción de la capacidad para control de heces en los pacientes adultos mayores usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No.1.

Control de heces	Puntuación	Frecuencia	Porcentaje
Incontinente (o necesita que le suministren enema)	0	1	0.33
Accidente excepcional (uno/semana)	5	19	6.29
Continente	10	282	93.38
Total		302	100

Fuente: Entrevista cara a cara del paciente adulto mayor

10.11 Descripción de la capacidad de control de orina en los pacientes adultos mayores usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No.1.

Tabla 16. Descripción de la capacidad para control de orina en los pacientes adultos mayores usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No.1.

Control de orina	Puntuación	Frecuencia	Porcentaje
Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa	0	6	1.99
Accidente excepcional (máximo uno/24 horas)	5	76	25.17
Continente, durante al menos 7 días.	10	220	72.85
Total		302	100

Fuente: Entrevista cara a cara del paciente adulto mayor

Fuente: Entrevista cara a cara del paciente adulto mayor

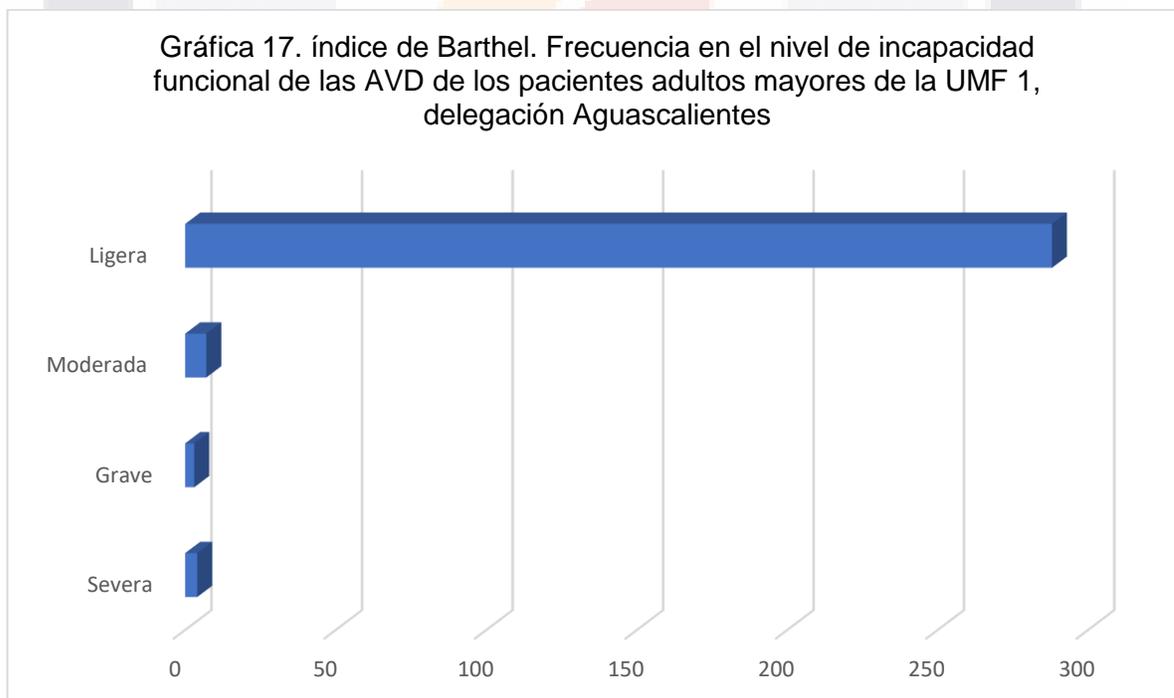
10.12 Descripción de la frecuencia obtenida del nivel de capacidad funcional de las actividades de la vida diaria (AVD) en los pacientes adultos mayores de la UMF 1, delegación Aguascalientes mediante el índice de Barthel.

Tabla 17. índice de Barthel. Frecuencia en el nivel de incapacidad funcional de las AVD de los pacientes adultos mayores de la UMF 1, delegación Aguascalientes

Clasificación	Índice de Barthel	
	Puntuación	Frecuencia
Severa	<45	4
Grave	45-59	3
Moderada	60-79	7
Ligera	80-100	288

*AVD: Actividades de la vida diaria

Fuente: Entrevista cara a cara del paciente adulto mayor



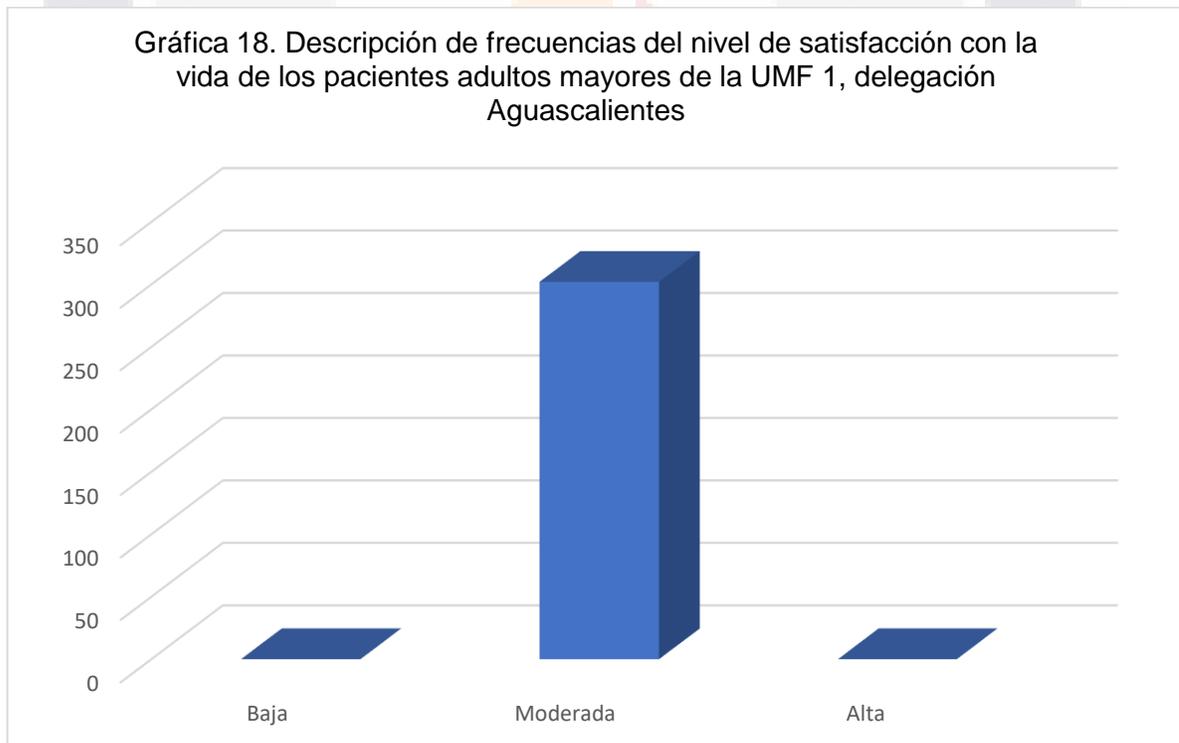
*AVD: Actividades de la vida diaria

Fuente: Entrevista cara a cara del paciente adulto mayor

10.13 Descripción del nivel de satisfacción con la vida en pacientes adultos mayores usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No.1. IMSS delegación Aguascalientes

Tabla 18. Descripción de frecuencias del nivel de satisfacción con la vida de los pacientes adultos mayores de la UMF 1, delegación Aguascalientes		
Nivel de satisfacción con la vida	Puntuación	Frecuencia
Baja	5	0
	10 a 15	28
Moderada	15 a 20	291
Alta	25	0

Fuente: Entrevista cara a cara del paciente adulto mayor



Fuente: Entrevista cara a cara del paciente adulto mayor

10.14 Correlación del nivel de capacidad con actividades básicas de la vida diaria y la satisfacción con la vida en pacientes adultos mayores usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No.1.

Se realizó a través de la correlación de Pearson entre las variables del nivel de capacidad con actividades básicas de la vida diaria y satisfacción con la vida y obteniendo como resultado **$P= 0.034$** , obteniendo un coeficiente cercano a 0, lo que permite afirmar que existe mínima relación lineal entre las variables, ya que los valores cercanos a 0 representan que no existe relación lineal entre las variables.



11. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

De la población de adultos mayores de la UMF1, delegación Aguascalientes, fueron entrevistados 302 pacientes, observando las siguientes características: mujeres (55.3 %), con una edad media de 69.70. Casados (52.98%), Viudos (24.83), en su mayoría con un nivel de escolaridad de primaria (45.36%), Jubilados (45.7%). Comorbilidades: Hipertensión Arterial Sistémica (87.75%), Diabetes Mellitus (56.29%), Enfermedades psiquiátricas (trastorno de ansiedad y/o depresión en su mayoría) (32.12%), Catarata (4.97%), otras patologías (23.84%).

Una vez aplicado el índice de Barthel: instrumento para valorar el nivel de capacidad funcional en las actividades de la vida diaria se observó que en su gran mayoría con un 95.36% de la población entrevistada tiene una capacidad funcional de 80 a 100 puntos del índice de Barthel, lo que significa que presentan una incapacidad ligera para realizar sus actividades de la vida diaria, o bien son independientes en las 10 actividades evaluadas.

Dentro de las actividades de la vida diaria en donde se observó que existe limitación para realizarlas fue en el uso del retrete, observando un porcentaje de 97.35% de pacientes que necesitan alguna ayuda, pero pueden hacer algo solos, en el desplazamiento también se observó limitación, el 86.75% anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal). Las demás áreas que mide este instrumento fueron calificadas con el máximo puntaje de capacidad, por lo que se refleja en las puntuaciones tan altas que se obtuvieron en la mayoría de los pacientes (95.36%).

El resultado final obtenido del índice de Barthel, es una incapacidad ligera para el 95.36% de la población, llama la atención que solo 14 paciente presentan incapacidad de moderada a severa, esto probablemente se debe a que el total de la muestra comparte características individuales y sociodemográficas similares, además de que las entrevistas fueron realizadas en un rango de edad de 65-75 años, dejando a un lado a los mayores de 75 años cuya prevalencia de incapacidad

funcional suele ser mayor; tal como se describe en la literatura (13). Otra situación que debe ser considerada como importante es que las entrevistas fueron realizadas dentro de las instalaciones de la UMF 1, lo que refleja que se trata de pacientes con capacidad funcional importante, ya que aquellos con incapacidad o dependencia total de sus familiares es poco frecuente que acudan a valoración a la UMF.

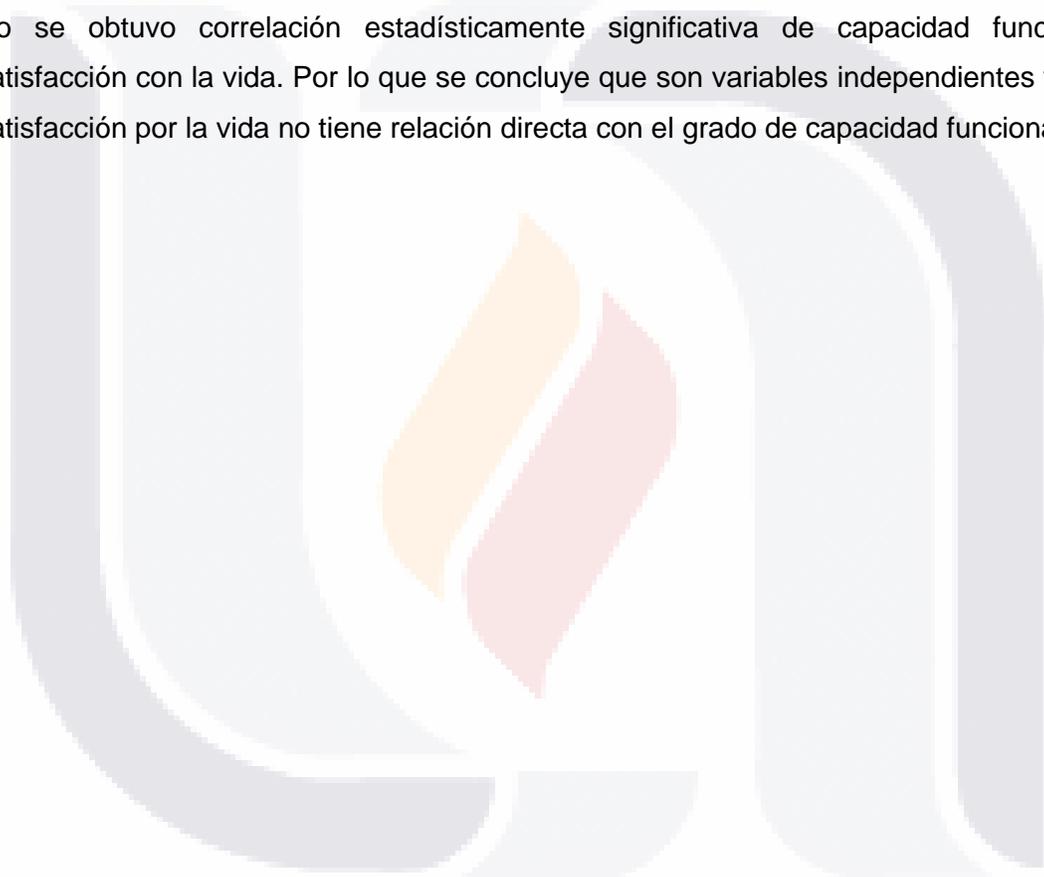
En cuanto a la satisfacción, medida con la escala de satisfacción con la vida, el total de la población respondió sentirse con una satisfacción moderada, con 10 a 15 puntos 28 personas adultos mayores, y de 15 a 20 puntos el resto de la población, 291 paciente adultos mayores (96.35%).

La aplicación de ambas escalas: índice de Barthel para capacidad funcional y la escala de capacidad funcional refleja que manera independiente que existe incapacidad ligera en las actividades de la vida diaria en los pacientes adultos mayores entrevistados, con una satisfacción moderada, pero que al ser correlacionadas mediante Pearson se obtuvo $P=0.034$, lo que afirma que existe una mínima relación lineal entre estas variables, por lo que se considera que no existe dicha correlación significativamente significativa entre las variables capacidad funcional y satisfacción con la vida.

12. CONCLUSIONES

El presente estudio de investigación se realizó para conocer el nivel de capacidad funcional en las actividades básicas de la vida diaria y su relación con la satisfacción con la vida mediante la aplicación del índice de Barthel y la Escala de Satisfacción con la vida encontrando que la población adulta mayor en la UMF 1 delegación Aguascalientes tiene un nivel de incapacidad ligera en el 95.36% y un nivel de satisfacción moderado.

No se obtuvo correlación estadísticamente significativa de capacidad funcional y satisfacción con la vida. Por lo que se concluye que son variables independientes y que la satisfacción por la vida no tiene relación directa con el grado de capacidad funcional.



13. REFERENCIAS

1. Pincus Theodore, et. Al. Assessment of patient satisfaction in activities of daily living using a modified stanford health assessment questionnaire arthritis and Rheumatism, Vol. 26, No. 11 (November 1983).
2. Requena Hernández (2009). Satisfacción con la vida en relación con la funcionalidad de las personas mayores activas. *Actas Esp Psiquiatr*; 37(2): pp 61-67.
3. Lara Jaque, R. Actividades básicas de la vida diaria en personas mayores y factores asociados. *Rev Chil Salud Pública* Vol 14 (2-4): 291-310, 2010.
4. Ramírez Pérez. (2012) Factores asociados a la satisfacción vital en adultos mayores de 60 años. *Revista de la Universidad Boliviana*. 11(33) p 407-427.
5. Rodríguez Díaz, María Teresa, et. Al. Dependencia funcional y bienestar en personas mayores institucionalizadas. Madrid, España. 2014, Vol.23N.1-2.
6. Bernal Reyes, N. et. Al. Actividades de la vida diaria y calidad de vida en adultos mayores operados de catarata. *Rev Mex Oftalmología*. 2015;89(3): 141-149.
7. Alvarado San Román (2017). Factores Asociados al Bienestar subjetivo en los adultos mayores. *Testo Contexto Enferm*. 26(2) p 1-10.
8. Acosta LD. Factores asociados a la satisfacción vital en una muestra representativa de personas mayores de Argentina. *Hacia Promoc. Salud*. 2019; 24 (1): 56-69. DOI: 10.17151/hpsal.2019.24.1.6.
9. Magee, C.A., Miller, L.M, & Haven, P. C. L (2012). Personality trait change and life satisfaction in adults: The roles of age and hedonic balance. *Personality and Individual Differences*, 55(6), 694-698 doi: <http://dx.org/10.1016/j.paid.2013.05.022>.
10. Bowling, A. (1990). Associations with life satisfaction among very elderly people living in a deprived part of inner London. *Social Science & Medine*, 31(9), 1003-1011.
11. Pavot, W., Diener, E. Colvin, C. R. & Sandvik E. (1991). Further validation of the satisfaction with life scale: Evidence for the cross-method convergence of well-being measures *Journal of Personality Assessment*, 57(1), 149-161. doi:10.1207/s15327752jpa5701_17.
12. Diener, E. Oishi. S., & Lucas, R. E. (2003). Personality, culture and subjective well-being Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology*, 54(1), 403-425. Doi:10.1146/annurev.psych.54.101601.145056
13. Krause, N. (2004). Lifetime trauma, emotional support, and life satisfaction among older adults. *Gerontologist*, 44(5), 615-623.

14. Ramirez, Sau-Lyn. (2012). Factores asociados a la satisfacción vital en adultos mayores de 60 años. Revista de la Universidad Bolivariana, Volumen 11(33), 2012 407-427.
15. Ayis, S., Gooberman Hill, R, Bowling. A., & Ebrahim, S. (2006). Predicting catastrophic decline in mobility among older people. Age and Ageing, 35(4), 382-387. Doi:10.1093/ageing/af004.
13. Romero Ayuso (2007). Actividades de la vida diaria. Anales de Psicología, 23(2), 264-271.
16. Martorell (2003). Capítulo 21. Actividades básicas de la vida diaria o cuidado personal. MASSON, S.A, 319- 324.
17. OMS. Informe Mundial sobre el envejecimiento y la Salud. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf?sequence=1.
18. Descriptores en ciencias de la salud. <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>
19. J. Espejo Espejo, et.al. Capacidad funcional en mayores de 60 años y factores sociosanitarios asociados (proyecto ANCO). Revista de atención primaria. Vol. 20. Núm. 1. páginas 3-11 (junio 1997).
20. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores sociodemográficos para América latina y el Caribe [Internet]. Santiago: CELADE; 2009. [cited Texto Contexto Enferm, 2017; 26(2):e5460015 9/10 2015 Aug 02]. Available from: <http://repositorio.cepal.org/handle/11362/1350>.
21. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html> para aspectos éticos.
22. Manual OPS para la elaboración de protocolos de investigación.
23. Programa estatal de población Aguascalientes 2017-2022.
24. INEGI <https://www.inegi.org.mx/>
25. Enkvist A, Ekstrom H, Elmstahl S. What factors affect life satisfaction (LS) among the oldest-old? Arch Gerontol Geriatr. 2012; 54:140–5.
26. Castillo-Carniglia, et.al. Factores asociados a satisfacción vital en una cohorte de adultos mayores de Santiago de Chile. Gac Sanit. 2012;26(5):414-420.
27. Andrews, F. & Withey, S. (1976). Social indicators of well being. Americans' perceptions of life quality. Plenum Press: N.Y. Best, C., & Cummins, R.A. (2000).

28. Campbell, A., Converse, P. E., & Rodgers, W. L. (1976). The quality of American life: Perceptions, evaluations, and satisfactions. New York: Russell Sage Foundation.

29. Havighurst R. J. Successful Aging. Genet. Psychol. Monogr., 1961, 56, 1-13.

30. Padrós, F., Gutiérrez, C. Y. & Medina, M. A. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) de Diener en población de Michoacán (México). Avances en Psicología Latinoamericana, 33(2), 221-230. doi: dx.doi.org/10.12804/apl33.02.2015.04.



ANEXO A. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE INVESTIGACION

ACTIVIDADES	MARZ O ABRIL 2018	MAY O JUNI O 2018	JULIO AGOST O 2018	SEP T OCT 2018	NOV DIC 201 8	ENE FEB 201 9	MARZ O ABRIL 2019	MAY O JUNI O 2019	JULIO AGOST O 2019	SEP T OCT 2019	NOV DIC 201 9	ENE FEB 202 0
-------------	----------------------------	-------------------------------	--------------------------	-------------------------	------------------------	------------------------	----------------------------	-------------------------------	--------------------------	-------------------------	------------------------	------------------------

Acopio de Bibliografía.													
Revisión de literatura.													
Hacer Planteamiento .													
Revisión de Planteamiento													
Hacer Marco Teórico y Conceptual													
Revisión de Marco Teórico y Conceptual													
Diseño y Revisión Protocolo													
Registro de Protocolo ante el Comité de Investigación.													
Aprobación de Protocolo													
Trabajo de Campo, aplicación de encuestas.													
Acopio y Captura de Datos.													
Análisis e Interpretación de Resultados													
Hacer Discusiones y Conclusiones.													
Revisión de la investigación													
Autorización.													
Elaboración de tesis.													
Difusión de resultados.													

ANEXO B. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	CAPACIDAD FUNCIONAL EN ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA Y SU RELACIÓN CON LA SATISFACCIÓN CON LA VIDA EN ADULTOS MAYORES USUARIOS DE LA UMF 1, DELEGACIÓN AGUASCALIENTES.
Lugar y fecha:	Aguascalientes Ags.
Número de registro:	R-2020-101-001
Justificación y objetivo del estudio:	Se me ha explicado que es necesaria la realización del estudio. Con el Objetivo general: Determinar el nivel de capacidad funcional en las actividades básicas de la vida diaria y su relación con la satisfacción con la vida en adultos mayores usuarios de la UMF 1, Delegación Aguascalientes. Con el fin de conocer la capacidad funcional que adulto mayor con base en las actividades de las actividades básicas de la diaria y como percibe su satisfacción con la vida en relación a éstas, para posteriormente buscar estrategias de mejora en la calidad de vida de esta población.
Procedimientos:	Se me ha explicado ampliamente en que consiste el estudio que se realiza y que consiste en la aplicación de dos cuestionarios el primero que explora la capacidad funcional en las actividades básicas de la vida diaria con el índice de Barthel y la satisfacción con la vida de acuerdo con mi estado actual. Por lo anterior, declaro que se me ha informado ampliamente sobre los inconvenientes y beneficios de mi participación en este proyecto y la forma adecuada de llenado. Se me solicita la firma aval en el consentimiento informado. Se me explican riesgos y beneficios de mi aportación.
Posibles riesgos y molestias:	No existen riesgos potenciales de la aplicación de la encuesta, solo la molestia de proveer unos minutos para contestar las preguntas que se me solicitan.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Recibiré beneficio personal en este estudio de personal al participar en este estudio ya que se determinara el nivel de actividades básicas de la vida diaria, más que la satisfacción personal en pacientes usuarios adultos mayores de mi unidad.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El investigador principal y asociado se han comprometido a darme la información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mí, así como responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que se le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos, los beneficios o cualquier asunto relacionado con la investigación
Participación o retiro:	Se puede retirar cuando usted lo considere necesario. entiendo que mi participación es voluntaria y conservo el derecho de retirarme del proyecto en el momento que yo lo considere pertinente
Privacidad y confidencialidad:	Los datos otorgados durante la investigación serán confidenciales y no se identificara públicamente ya que será manejado de manera anónima. No se dará a conocer mi identidad, la cual siempre será protegida
En caso de colección de material biológico (si aplica)	
	<input type="checkbox"/> No autorizo que se tome la muestra <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio <input type="checkbox"/> Su autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	
Beneficios al término del estudio:	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador principal:	Investigador principal: Dra. Evelyn Patricia Larraga Benavente Lugar de trabajo: Unidad de Medicina Familiar No. 1 Domicilio: José María Chávez 1202 esquina con Jardín del estudiante Fraccionamiento Linda Vista Teléfono celular: 449 143 66 16 e- mail: wenche83@hotmail.com .
Investigador asociado:	Investigador asociado (Coasesor) : Dra. Sarahi Estrella Maldonado Paredes Unidad de Adscripción y Lugar de trabajo: Unidad de Medicina Familiar Número 11 .Domicilio: Avenida Mariano Hidalgo No. 510 Morelos Infonavit C.P 20264 Aguascalientes. Teléfono: 4499777048 Correo electrónico: acane16@hotmail.com . Teléfono celular: 449 245 1077. Medico tesista Dr. Ricardo de Jesús Domínguez Pech Unidad de Adscripción y Lugar de trabajo: Hospital General de Zona No.1. Domicilio: José María Chávez # 1202. Colonia Lindavista. Aguascalientes, Aguascalientes. CP 20270. Correo electrónico: rich.dp8413@gmail.com Teléfono celular: 22 22 62 38 51
Colaboradores:	
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:	Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx
Nombre y firma del sujeto	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1	Testigo 2
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio. *En caso de contar con patrocinador externo, el protocolo deberá ser evaluado por la Comisión Nacional de Investigación científica Clave: 2810-009-013	

ANEXO C: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Características sociodemográficas.	
1.- Fecha de nacimiento: /__ / __ / ____ / DD MM AAAA	
2.- Sexo: /__ / 1. Hombre. 2. Mujer.	
3.-Estado civil: /__ / 1. Soltera(o). 2. Casada(o). 3. Unión libre. 4. Separada(o). 5. Divorciada(o). 6. Viuda(o).	
4.-Escolaridad: /__ / 1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Preparatoria 5. Licenciatura. 6. Posgrado	
5.-Ocupación: /__ / 1. Trabaja 2. Jubilado 3. Trabajo no remunerado _____	
6.-Enfermedades crónicas: /__ // __ // __ // __ // __ // __ // __ // __ / 1. Diabetes mellitus. 2. Hipertensión arterial sistémica. 3. Artrosis o artritis reumatoide. 4. Ansiedad y/o depresión. 5. Cataratas. 7. Otra.	
ÍNDICE DE BAARTHEL	
7.- Comer	0 = Incapaz 5 = Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc. 10 = Independiente (la comida está al alcance de la mano)
8.-Trasladarse entre la silla y la cama	0 = Incapaz, no se mantiene sentado 5 = Necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado 10 = Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal) 15 = Independiente

9.-Aseo personal	0 = Necesita ayuda con el aseo personal 5 = Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse
10.-Uso del retrete	0 = Dependiente 5 = Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo 10 = Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)
11.-Bañarse/Ducharse	0 = Dependiente 5 = Independiente para bañarse o ducharse
12.-Desplazarse	0 = Inmóvil 5 = Independiente en silla de ruedas en 50 m 10 = Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal) 15 = Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador
13.-Subir y bajar escaleras	0 = Incapaz 5 = Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta 10 = Independiente para subir y bajar
14.-Vestirse y desvestirse	0 = Dependiente 5 = Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda 10 = Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.
15.-Control de heces	0 = Incontinente (o necesita que le suministren enema) 5 = Accidente excepcional (uno/semana) 10 = Continente

16.-Control de orina	<p>0 = Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa</p> <p>5 = Accidente excepcional (máximo uno/24 horas)</p> <p>10 = Continente, durante al menos 7 días</p>
Total = 0-100 puntos (0-90 si usan silla de ruedas).	
TOTAL:	

ESCALA DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA					
	Totalmente en desacuerdo	Muy desacuerdo	Ni de acuerdo ni desacuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
17. En la mayoría de los aspectos mi vida es como quiero que sea					
18. Hasta ahora he conseguido de la vida las cosas que considero importantes					
19.-. Estoy satisfecho con mi vida					
20.- Si pudiera vivir mi vida otra vez, la repetiría tal y como ha sido					
21.- Las circunstancias de mi vida son buenas					
TOTAL:					

ANEXO D. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	ESCALA DE MEDICIÓN	ITEMS	INDICES
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	Conjunto de características biológicas, socioeconómicas y culturales que están presentes en la población en estudio	Características sociales: relaciones definidas entre los individuos que las componen	Edad	Número de años cumplidos.	Cuantitativa ordinal.	1.- Fecha de nacimiento	Número de años con fecha de nacimiento.
			Género	Conjunto de características sociales, culturales, políticas, jurídicas y económicas asignadas socialmente en función del sexo de nacimiento y aprendidas durante el proceso de socialización. El género determina lo que es esperado, permitido y valorado en una mujer o en un hombre en un contexto determinado.	Cualitativa nominal	2.- Sexo:	1. Hombre 2. Mujer
			Estado civil	Situación de hecho de las personas de 12 años y más, en relación con las leyes y costumbres matrimoniales del país.	Cualitativa nominal	3.-Estado civil:	1. Soltera(o). 2. Casada(o). 3. Unión libre. 4. Separada(o). 5. Divorciada(o). 6. Viuda(o).
			Nivel de escolaridad	Último grado aprobado en el ciclo de instrucción más avanzado que declare haber cursado la persona en el Sistema Educativo Nacional.	Cualitativa nominal	4.-Escolaridad:	1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Preparatoria 5. Licenciatura. 6. Posgrado
			Ocupación	Tipo de trabajo, oficio o tarea específica que desarrolló la persona ocupada en su trabajo principal, en la semana de referencia. Si la persona tuvo más de una ocupación, se considera la que declare como principal.	Cualitativa nominal	5.-Ocupación:	1. Trabaja 2. Jubilado 3. Trabajo no remunerado
			Enfermedades crónicas	Afecciones de larga duración y por lo general, de progresión lenta.	Cualitativa nominal	6.- Enfermedades crónicas:	1. Diabetes mellitus. 2. Hipertensión arterial sistémica. 3. Artrosis o artritis reumatoide. 4. Ansiedad y/o depresión. 5.Cataratas. 7. Otra.

<p>ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA</p>	<p>Capacidad funcional. atributos que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella. Se compone de la capacidad intrínseca de la persona (combinación de todas las capacidades físicas y mentales con las que cuenta una persona), las características del entorno que afectan esa capacidad y las interacciones entre la persona y esas características.</p> <p>Actividades básicas de la vida diaria. Son las actividades básicas necesarias para la vida diaria, como bañarse o ducharse, vestirse, comer, acostarse o levantarse de la cama o sentarse y levantarse de una silla, ir al baño y moverse dentro de la casa.</p>	<p>Actividades que realiza el adulto mayor de manera cotidiana e independiente.</p>	Comer				Comer 0 = Incapaz 5 = Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc. 10 = Independiente (la comida está al alcance de la mano)
			Trasladarse entre la silla y la cama	Evaluación de la capacidad para comer incapaz, con o sin ayuda	Ordinal	Comer	Trasladarse entre la silla y la cama 0 = Incapaz, no se mantiene sentado 5 = Necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado 10 = Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)
			Aseo personal	Evaluación de la capacidad de trasladarse entre la silla y la cama incapaz, con o sin ayuda	Ordinal	Trasladarse entre la silla y la cama	Aseo personal 15 = Independiente 0 = Necesita ayuda con el aseo personal 5 = Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse
			Uso del retrete	Evaluación de la capacidad del aseo personal con o sin ayuda	Ordinal	Aseo personal	Uso del retrete 0 = Dependiente 5 = Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo
			Bañarse	Evaluación de la capacidad para el uso del retrete dependiente o independiente	Ordinal	Uso del retrete	10 = Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)
			Desplazarse	Evaluación de la capacidad de Bañarse dependiente o independiente	Ordinal	Bañarse	Bañarse/Ducharse 0 = Dependiente 5 = Independiente para bañarse o ducharse
			Subir y bajar escaleras	Evaluación de la capacidad de desplazarse inmóvil, incapaz, con o sin ayuda	ordinal	Desplazarse	Desplazarse 0 = Inmóvil 5 = Independiente en silla de ruedas en 50 m 10 = Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)
			Vestirse y desvestirse	Evaluación de la capacidad de subir y bajar escaleras con o sin ayuda	Ordinal	Subir y bajar escaleras	15 = Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador
			Continencia de heces y orina	Evaluación de la capacidad de vestirse dependiente, con o sin ayuda	Ordinal	Vestirse y desvestirse	Subir y bajar escaleras 0 = Incapaz 5 = Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta
				Evaluar la capacidad de control de heces incontinente, accidente o continencia	Ordinal	Continencia de heces y orina	10 = Independiente para subir y bajar Vestirse y desvestirse 0 = Dependiente 5 = Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda 10 = Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc. Control de heces 0 = Incontinente (o necesita que le suministren enema)

							5 = Accidente excepcional (uno/semana) 10 = Continente Control de orina 0 = Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa 5 = Accidente excepcional (máximo uno/24 horas) 10 = Continente, durante al menos 7 días
ESCALA DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA	Satisfacción con la vida: La satisfacción vital puede medirse a través del concepto de bienestar subjetivo propuesto por Diener (1984),	Satisfacción con la vida	17. En la mayoría de los aspectos mi vida es como quiero que sea 18. Hasta ahora he conseguido de la vida las cosas que considero importantes 19.-. Estoy satisfecho con mi vida 20.- Si pudiera vivir mi vida otra vez, la repetiría tal y como ha sido 21.- Las circunstancias de mi vida son buenas	un componente cognitivo y dos afectivos; supone preguntarle directamente a la persona qué tan satisfecha con la vida está (el componente cognitivo) y en qué grado ha experimentado una serie de estados afectivos durante un periodo determinado, que posteriormente se agrupan en niveles de afecto positivo y negativo (los dos componentes afectivos)	ordinal	17. En la mayoría de los aspectos mi vida es como quiero que sea 18. Hasta ahora he conseguido de la vida las cosas que considero importantes 19.-. Estoy satisfecho con mi vida 20.- Si pudiera vivir mi vida otra vez, la repetiría tal y como ha sido 21.- Las circunstancias de mi vida son buenas	Totalmente en desacuerdo Muy en desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo Muy de acuerdo Totalmente de acuerdo