



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado

Protocolo
"Capacidad Funcional y Resiliencia
en el Adulto Mayor
para un Envejecimiento Saludable"

Presenta:
Francisco Javier Arroyo Cruz

Para Obtener el Grado de
Maestría en Enfermería

Junio, 2020.

Comisión que Aprobó de la Tesis

**Título: Capacidad Funcional y Resiliencia en el Adulto Mayor para un
Envejecimiento Saludable**

DCE. María Claudia Morales Rodríguez
Presidente

MCE. Rosa María Teresa Tlalpan Hernández
Secretario

DCE. Gudelia Nájera Gutiérrez
Vocal 1

MC. Irma Vera Sánchez
Vocal 2

DCE. María Claudia Morales Rodríguez
Directora de Tesis

MCE. Erika Pérez Noriega
Directora

DCE. Francisco Javier Báez Hernández
Secretario de Investigación y Estudios de
Posgrado

Dedicatoria

Este estudio está dedicado a María Marcela Cruz Gutiérrez, mi madre. Quien me ha dado la mayor lección de la vida. Gracias por todo tu apoyo brindado y por darme motivos para seguir adelante. Te amo infinitamente mamá.

Agradecimientos

En primer lugar, quiero agradecer a mi tutora, la DCE María Claudia Morales Rodríguez, quien con sus conocimientos y apoyo me guio a través de cada una de las etapas de este proyecto para alcanzar los resultados que buscaba.

También quiero agradecer a todos los doctores y maestros de la maestría en enfermería por brindarme todos los recursos y herramientas que fueron necesarios para llevar a cabo el proceso de investigación. No hubiese podido arribar a estos resultados de no haber sido por su incondicional ayuda.

Por último, quiero agradecer a mi familia y a todos mis compañeros, por apoyarme aún, cuando mis ánimos decaían. En especial, quiero mencionar a mi madre y hermanos, que siempre estuvieron ahí para darme palabras de apoyo y un abrazo reconfortante para renovar energías.

Muchas gracias a todos.

Resumen

Nombre: Francisco Javier Arroyo Cruz
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Título: Capacidad Funcional y Resiliencia en el Adulto Mayor para un Envejecimiento Saludable.
Número de páginas: 45
Área de Estudio: Educación para la promoción de la salud.

Fecha de Graduación: 17-11-2020

Candidato para el Grado de
Maestría en Ciencias de Enfermería

Introducción: La población de adultos mayores está aumentando de forma notable en todo el mundo, el propósito de este estudio fue; Determinar la relación entre la capacidad funcional y la resiliencia del AM, desde la perspectiva teórica del modelo de promoción de la salud de Nola J. Pender.

Material y métodos: Estudio descriptivo, correlacional y de alcance transversal, se incluyeron a los adultos mayores asistentes a una institución geriátrica de la ciudad de Puebla, la muestra estuvo conformada por 30 adultos mayores, para medir las variables se utilizaron los instrumentos; Índice de Barthel, para medir la capacidad funcional, el instrumento de resiliencia de Wagnild y Young y el instrumento de envejecimiento saludable de Thiamwong, los cuales presentaron una confiabilidad aceptable.

Resultados: Gran parte de la muestra estuvo conformada por el género femenino, con respecto a la resiliencia, la muestra en general presentó un resultado alto, para capacidad funcional el resultado pone a la población en el parámetro de dependencia moderada y en cuestión de envejecimiento saludable demostraron tener una puntuación alta. Al buscar la relación entre las variables capacidad funcional y envejecimiento saludable, la relación resultó positiva, con un tamaño de efecto bajo ($r=.35$), la cual resultó estadísticamente significativa ($p = .036$), al buscar la relación entre resiliencia y envejecimiento saludable, se encontró relación positiva, con un tamaño de efecto medio ($r=.56$), la cual resultó estadísticamente significativa ($p = .001$).

Conclusión: Las dos hipótesis planteadas en el estudio se sustentan, tanto la relación entre resiliencia y envejecimiento saludable como capacidad funcional y envejecimiento saludable.

Tabla de Contenido

	Página
Capítulo I	
Introducción	1
1.1 Planteamiento del Problema	1
1.2 Propósito	4
1.3 Marco Teórico	4
1.4 Estudios Relacionados	9
1.4.1 Capacidad Funcional	9
1.4.2 Resiliencia	11
1.4.3 Síntesis de Estudios relacionados	12
1.5 Definición de Términos	12
1.6 Hipótesis	13
Capítulo II	
Metodología	14
2.1 Diseño de Estudio	14
2.2 Población	14
2.3 Muestreo y Muestra	14
2.4 Criterios de Selección	14
2.5 Instrumentos de Medición	15
2.6 Procedimiento	17
2.7 Ética del estudio	18
2.8 Estrategias de Análisis Estadístico	19
Capítulo III	
Resultados de prueba piloto	21

	Página
3.1 Características Demográficas de los Participantes	20
3.2 Consistencia Interna de los Instrumentos	22
3.3 Prueba de Normalidad de los Instrumentos	23
3.4 Prueba de Hipótesis	24
Capítulo IV	
Discusión	25
Conclusión	28
Referencias	29
Apéndices	33

Lista de Apéndices

	Página
Apéndice A. Consentimiento Informado	33
Apéndice B. Cédula de Datos de Identificación del Paciente	34
Apéndice C. Índice de Barthel	35
Apéndice D. Escala de Resiliencia	36
Apéndice E. Instrumento de Envejecimiento Saludable	37

Lista de Tablas

	Página
Tabla 1. Distribución de la Muestra de Variables Categóricas	21
Tabla 2. Características de la Muestra de la Población de Estudio	22
Tabla 3. Consistencia Interna de los Instrumentos	22
Tabla 4. Índices de los Instrumentos de Resiliencia, Índice de Barthel y Envejecimiento Saludable	23
Tabla 5. Normalidad de Instrumentos	22
Tabla 6. Prueba de Hipótesis 1	23
Tabla 7. Prueba de Hipótesis 2	23

Lista de Figuras

	Página
Figura 1. Modelo de Promoción de la Salud de Pender	7
Figura 2. Ubicación del Problema en la Teoría	8
Figura 3. Estructura Conceptual Teórico Empírica	9

Capítulo I

Introducción

1.1 Planteamiento del problema

La población de Adultos Mayores (AM), está aumentando de forma notable en todo el mundo; de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015), se define a los AM como las personas de 60 años y más; estadísticas del año 2015 indicaron, que la población mundial de los adultos mayores oscilaba en los 901 millones de personas y se estima que para el año 2050 esta cifra se duplicará.

En el contexto nacional, de acuerdo al Consejo Nacional de Población (CONAPO), en el año 2017 habitaban 12 millones 973 mil 411 personas de 60 y más años de edad, de los cuales 53.9% eran mujeres y 46.1 hombres, gran parte de los AM se concentra en la zona centro de la República Mexicana, específicamente en el Estado de Puebla, el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), reportó que en el año 2015 habitaban 514,436 AM que representaban el 8.9% de la población total del Estado, de éstos el 75% presentaba alguna discapacidad motriz y el 24% utilizaba accesorios para poder caminar.

A propósito de lo anterior se puede considerar el concepto de Capacidad Funcional (CF) del adulto mayor, la cual se define como la competencia que tienen estas personas para realizar sus actividades básicas de la vida diaria (ABVD) sin la necesidad de supervisión o de ayuda; además, se relaciona con la habilidad para ejecutar tareas en su contexto, o para relacionarse con el entorno, las cuales implican un grado de complejidad (Paredes, Yarce y Aguirre, 2017). La CF usualmente es medida en el campo físico evaluando la capacidad

para realizar las ABVD, que hacen referencia a comer, bañarse, vestirse, arreglarse, uso del retrete, trasladarse, deambular y subir y bajar escaleras (D' Hyver, 2017).

No obstante, en la actualidad es necesario una indagación más amplia de la CF, no sólo la dimensión física, sino también aspectos psicológicos y cognitivos como la resiliencia, la cual es comprendida como el dominio de recursos personales y factores contextuales que permiten un afrontamiento exitoso y el logro de una adaptación positiva ante los diferentes estresores que aparecen a lo largo de la vida, por lo que es importante dentro del proceso de envejecimiento saludable (Caycho et al., 2018).

La OMS (2015), define al envejecimiento como un proceso fisiológico que comienza en la concepción y que ocasiona cambios y transformaciones característicos durante el ciclo de la vida. Estos cambios se manifiestan en pérdidas del estado de salud y condicionantes de su deterioro, lo cual lleva al adulto mayor a situaciones de incapacidad funcional, tales como inmovilidad, inestabilidad y deterioro intelectual (Laguado, Camargo, Campo y Martín 2017). En este sentido, se puede considerar el concepto de envejecimiento saludable (ES), hasta el momento, este término se ha utilizado para referirse a un estado positivo y libre de enfermedades. Sin embargo, con el envejecimiento, la mayoría de los problemas de salud son el resultado, no sólo de la presencia de enfermedades crónicas que coexisten en un mismo sujeto, sino de la interacción de estas con el propio proceso de envejecimiento, y dicha interacción genera como resultado una modificación en la capacidad funcional que finalmente repercute en sus hábitos de vida.

Es por ello, que la Organización Mundial de la Salud en su Informe Mundial sobre Envejecimiento y Salud amplió el concepto de Envejecimiento Saludable al proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez. Con este

nuevo concepto, envejecer de manera saludable no significa envejecer sin enfermedades. Envejecer de manera saludable significa ser capaz de hacer durante el máximo tiempo posible las cosas a las que damos valor (OPS, 2015).

En la literatura científica reciente sobre las variables CF y resiliencia en los AM, se observa predominio del género femenino, en cuestión de CF, las ABVD son condicionadas a la pérdida de independencia (Paredes et al., 2017). Asimismo, se reporta una alta resiliencia en AM practicantes de ejercicio, que viven con sus familias y que muestran ser independientes (Mazo, Balbe, de Medeiros, Namam, Ferreira y Benedetti 2016).

Sin embargo, hasta este momento no se han encontrado estudios que relacionen estos conceptos, lo que conlleva a suponer un vacío en el conocimiento acerca de este tema. Por lo cual resulta relevante que el profesional de enfermería genere conocimientos mediante investigación científica, que expliquen la interacción de estas variables y el envejecimiento saludable, lo que requiere de un abordaje disciplinar guiado por un modelo propio, el Modelo de Promoción de la Salud (MPS) de Pender, Murdaugh y Parsons (2015), puede ser el ideal para comprender este fenómeno de estudio; debido a las relaciones entre los factores personales y la conducta promotora de salud. Nola J. Pender, refiere que la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano. Este modelo busca lograr una conducta promotora de salud, la cual se logra particularmente cuando se integra en un envejecimiento saludable, dando como resultado una mejor salud, una mayor capacidad funcional y una mayor resiliencia en los AM.

El panorama expuesto anteriormente expone al cuidado de la salud del adulto mayor como un reto para los profesionales de enfermería, dado el incremento de la esperanza de vida; así como la disminución de la capacidad física que afecta a esta población, lo que

hace evidente la necesidad de realizar investigación para construir conocimiento que favorezca al cuidado, que permita diseñar en un futuro, intervenciones que consideren la CF y la resiliencia, como factores que contribuyen a promover conductas saludables enfocadas a desarrollar un envejecimiento saludable.

1.2 Propósito

Esta investigación tiene como propósito conocer la relación entre la capacidad funcional y la resiliencia, con el envejecimiento saludable del AM, desde la perspectiva teórica del Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender.

1.3 Marco Teórico

1.3.1 Modelo de Promoción de la Salud (MPS).

El modelo que sustentará el estudio es el de Promoción de la Salud de Nola J. Pender (Pender et al., 2015), el cual se describe como una teoría de enfermería que integra varios modelos, como la teoría cognitiva social de Bandura, que postula la importancia de los procesos cognitivos para el cambio de conducta. También incluye el modelo de valoración de expectativas de la motivación, que fue descrito por Feather (1992), el cual afirma que la conducta es racional. Por último, se relaciona con el modelo de creencias en la salud de Becker, pero a diferencia de éste, el MPS, no utiliza el miedo o la amenaza como fuente de motivación para generar la conducta saludable.

El MPS pretende ilustrar la naturaleza multifacética de las personas en su interacción con el entorno, cuando intentan alcanzar el estado deseado de salud; enfatiza el nexo entre características personales y experiencias, conocimientos, creencias y aspectos situacionales vinculados con los comportamientos o conductas de salud que se pretenden lograr (Aristizábal, Blanco, Sánchez, y Ostiguín, 2011).

Los constructos y conceptos que Nola J. Pender postula en su modelo de promoción de la salud, son los siguientes; en el primer constructo se encuentran las características y experiencias individuales; de éste se desprende el concepto de conducta previa relacionada que hace referencia a que el comportamiento anterior tiene efectos directos e indirectos en la probabilidad de comportamientos que promuevan la salud. El siguiente concepto son los factores personales: biológicos, psicológicos y socioculturales; los factores biológicos incluyen variables como la edad, índice de masa corporal (IMC), el estado menopáusicos, la capacidad funcional, la agilidad de la fuerza o el equilibrio. Los factores psicológicos pueden incluir variables como la autoestima, la automotivación, y el estado de salud percibido, entre otros factores psicológicos como la resiliencia. Los factores socioculturales incluyen variables como raza, etnia, aculturación, educación y estatus socioeconómico (Pender et al., 2015).

En el segundo constructo están las condiciones y afectos específicos de la conducta, que a la vez comprende diferentes conceptos, uno de los cuales corresponde a beneficios percibidos de la acción, estos beneficios pueden ser intrínsecos o extrínsecos; los intrínsecos incluyen un mayor estado de alerta y disminución de los sistemas de fatiga, los extrínsecos incluyen recompensas monetarias o interacciones sociales posibles como resultado de la participación en el comportamiento.

El siguiente concepto es, barreras percibidas a la acción; éstas afectan las intenciones de participar en un comportamiento particular y la ejecución real del comportamiento. El tercer concepto de este constructo es la autoeficacia percibida, esta no se refiere a la habilidad que uno tiene, sino a los juicios de lo que uno puede hacer con cualquier habilidad que posea. El siguiente concepto es el afecto relacionado con la actividad, indica

que los estados de sentimiento subjetivo se producen antes, durante y después de una actividad, en función de las propiedades de estímulo asociadas con el evento de comportamiento. Otro concepto es influencias interpersonales (familia, parejas, cuidadores) normas de apoyo, modelos; y finalmente el concepto influencias situacionales: opciones, características de la demanda, estéticas (Pender et al, 2015).

El tercer y último constructo es resultado conductual, del cual se desarrollan tres conceptos, el primero es compromiso con un plan de acción, que va a impulsar al individuo a través del comportamiento, el segundo concepto es demandas y preferencias contrapuestas inmediatas, se refiere a comportamientos alternativos que afectan la conciencia como posibles cursos de acción. El último concepto de este constructo es la conducta promotora de la salud, la autora manifiesta que el comportamiento que promueve la salud es el punto final o el resultado de la acción en el modelo de promoción de la salud, sin embargo, se dirige también hacia el logro de resultados de salud positivos para la persona, en este estudio se exteriorizará en el envejecimiento saludable (Figura 1).

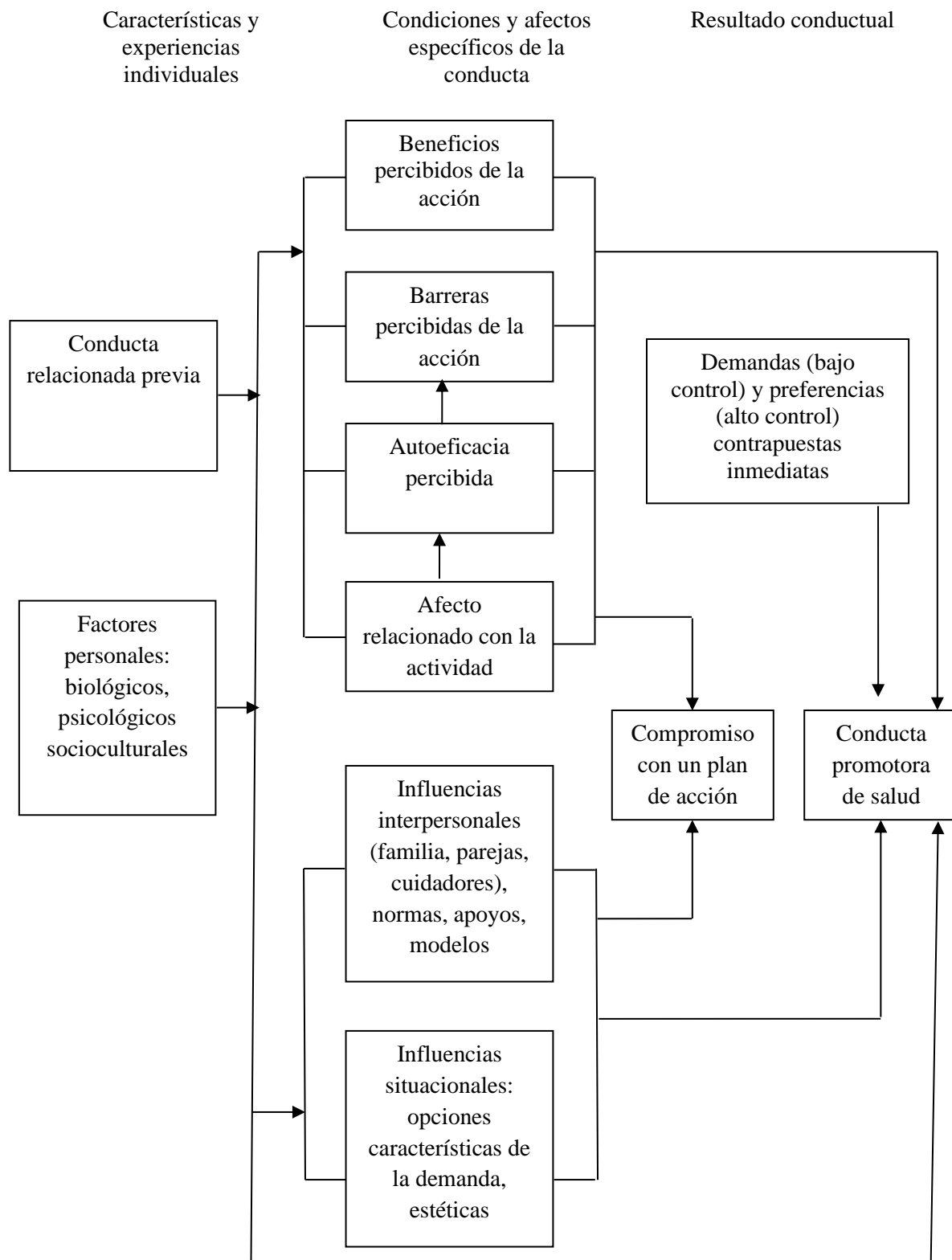


Figura 1. Modelo de Promoción de la Salud (Pender et al., 2015)

1.3.2 Ubicación del problema en la teoría.

El proyecto se sitúa en el Modelo de Promoción de la Salud (MPS) de Nola J. Pender, se utilizará el primer constructo, características y experiencias individuales, en el concepto factores personales biológicos; para este estudio se utilizará el concepto de capacidad funcional, y en los factores personales psicológicos se abordará la resiliencia. En el tercer constructo resultado conductual, el concepto conducta promotora de salud se describe en este estudio como el envejecimiento saludable (Figura 2).

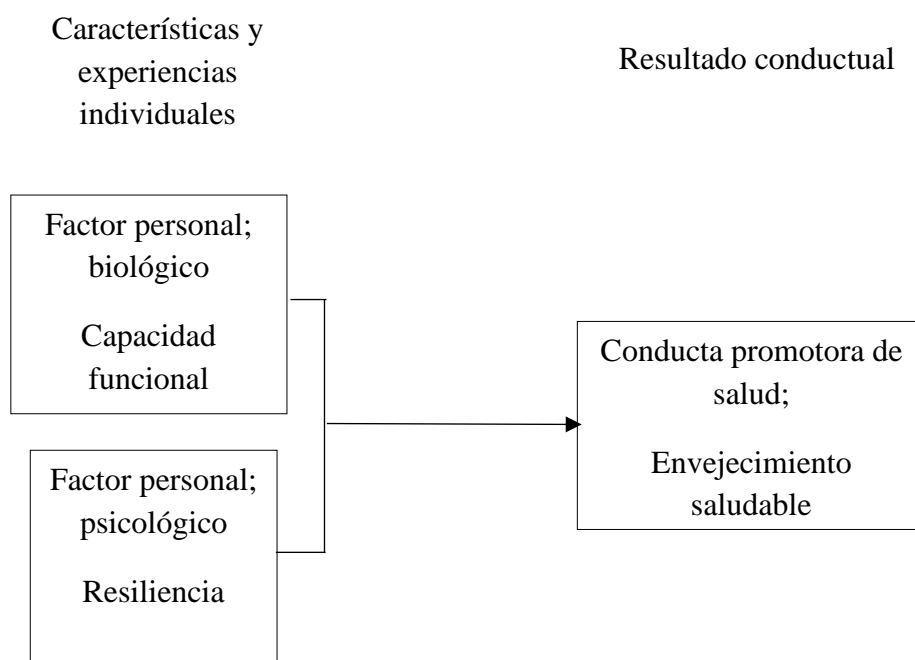


Figura 2. Ubicación del problema en la teoría

La figura 3 esquematiza la estructura conceptual teórico empírica que muestra los conceptos derivados del modelo propuesto. Se presentan los constructos, conceptos e indicadores empíricos para cada una de las variables.

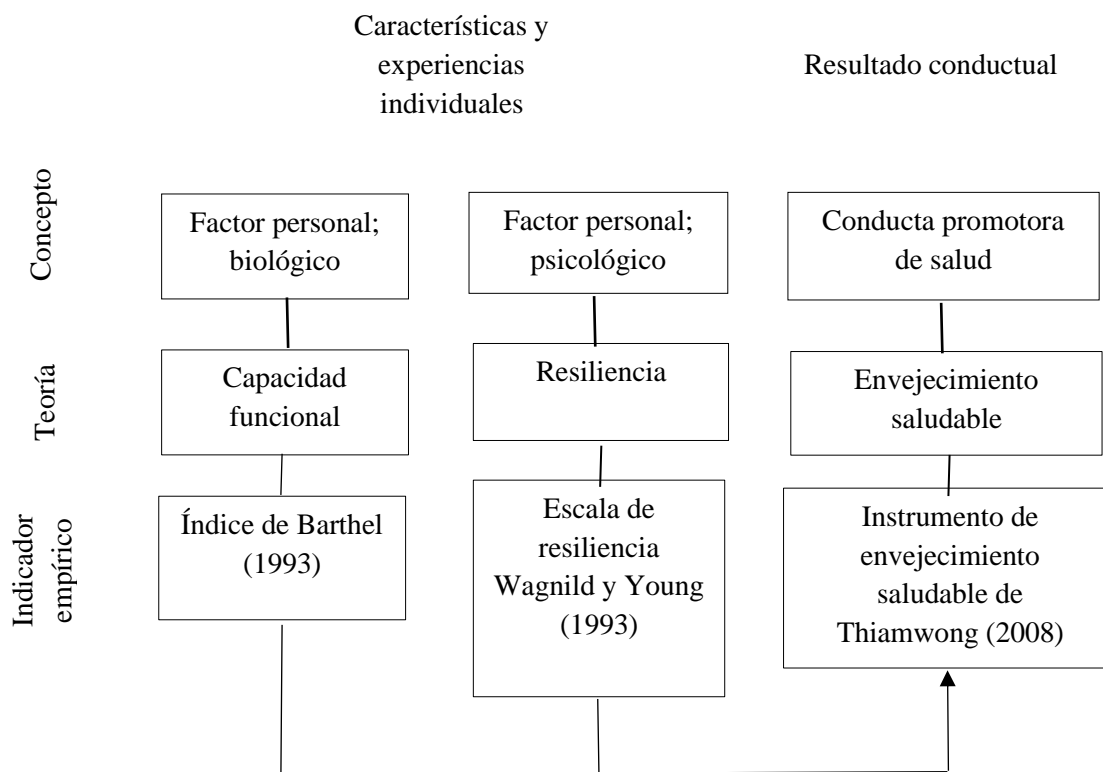


Figura 3. Estructura Conceptual Teórico Empírica

1.4 Estudios Relacionados

Para este estudio se realizó una revisión de la literatura con la finalidad de encontrar fundamentos en los temas involucrados, la búsqueda está dividida por conceptos a causa de la ausencia de estudios directamente relacionados, en primer lugar, la capacidad funcional y en segundo lugar la resiliencia en el AM.

1.4.1 Capacidad funcional.

Herazo et al. (2017), realizaron un estudio comparativo, el cual tuvo como propósito estimar las diferencias en la calidad de vida, capacidad funcional y condición física en adultos mayores que residían en una institución, en comparación con aquellos que vivían en sus hogares, el estudio se realizó en 113 AM de instituciones y 132 en su hogar, los autores encontraron que el género femenino fue predominante con un 57%. En relación

con la capacidad funcional encontraron diferencias, en la institución fue de (49.5 ± 30.4) , en el hogar fue de (75.4 ± 25.6) , la diferencia resultó significativa ($p=.003$). Asimismo, la dependencia funcional en los AM que residen en su hogar fue de (123.4 ± 4.8) y en los institucionalizados (112.3 ± 20.1) , diferencia significativa ($p=.000$).

Paredes, et al. (2017), realizaron un estudio de tipo correlacional, el propósito fue analizar la relación de factores sociodemográficos y condiciones de salud en la capacidad funcional del AM, la muestra estuvo conformada por 391 AM a quienes se evaluó su estado funcional, se determinó que variables como el género masculino ($OR=2.72$; $IC95\%$ 1.51-4.93) y dependencia económica ($OR=1.41$; $IC95\%$ 1.26-4.40) estuvieron asociadas con un nivel de funcionalidad dependiente. A pesar de no encontrarse una relación estadísticamente significativa ($p >.05$), la edad parece tener una asociación “dosis-respuesta” en la que a mayor edad mayor riesgo de dependencia funcional ($p <.05$).

Laguado, et al. (2017) realizaron un estudio descriptivo, retrospectivo, el objetivo del estudio fue determinar la capacidad funcional y grado de dependencia en el AM institucionalizado, en una población de 60 adultos mayores, los autores encontraron en la valoración funcional que predominó el género masculino con dependencia leve (26.66%) y como independiente un 25% del género femenino. La valoración del grado de autonomía en el género masculino evidencia un grado de autonomía 1, con un 30% con respecto al género femenino, que tiene un grado de autonomía 3, con el 16.66%, sin significación estadística ($p >.05$).

Bejines, et al. (2015) realizaron un estudio transversal, descriptivo, el propósito del estudio fue realizar un diagnóstico de la capacidad funcional del adulto mayor residente de casas hogar al sur de Jalisco, la muestra fue de 111 AM, utilizando la Escala de Barthel,

encontraron que de los AM del estudio, 72.1% mostraron algún grado de dependencia. El promedio de edad fue de 81 años, 27.9% mostró independencia total, 28.8% dependencia leve, 14.4% moderada, 18% severa y 10.8% total. Estadísticamente no hubo diferencia significativa según el sexo ($P=.36$).

1.4.2 Resiliencia.

Mazo, et al. (2016). Realizaron un estudio de tipo transversal, descriptivo, el objetivo fue evaluar el nivel de resiliencia en practicantes y no practicantes de ejercicio de edad avanzada, el estudio incluyó a 85 practicantes y 79 no practicantes de ejercicio. Los autores encontraron que el nivel medio de la resiliencia entre los grupos estudiados fue de 149.74 ± 14.15 puntos para ancianos practicantes de ejercicio y de 147.92 ± 13.63 puntos para ancianos no practicantes de ejercicio. Por lo tanto, a pesar de la puntuación media en referencia al nivel de resiliencia de los practicantes de ejercicio presentaron más alta en comparación con los no practicantes, esta diferencia no mostró significancia ($p \geq .05$).

Hayat, Khan y Sadia (2016) realizaron un estudio correlacional, el propósito del estudio fue conocer la capacidad de resiliencia, la sabiduría y la satisfacción con la vida entre los AM que viven con sus familias y los que viven en residencias de ancianos. Se realizó en 212 personas, de los cuales 124 vivían con sus familias y 88 que vivían en residencias de ancianos, la resiliencia fue significativa y positivamente relacionada ($p < .05$) con la satisfacción de vida para los participantes que vivían en su vivienda.

Cortés, Flores, Gómez, Reyes y Romero (2012) realizaron un estudio correlacional de corte transversal, el propósito fue relacionar la capacidad de resiliencia en adultos mayores autovalentes, la muestra fue de 176 AM de entre 65 y 85 años que cumplieran con los criterios de funcionalidad autovalente. Los autores encontraron que, del total de la muestra,

el 82.4% de los adultos mayores autovalentes encuestados poseían una alta capacidad de resiliencia (n=145) y un 17% tenían una mediana capacidad de resiliencia (n=30), la capacidad de resiliencia depende significativamente de la situación de pareja ($p=0.002$) y el estado de ánimo ($p=.001$), los autores concluyen que los adultos mayores presentan una alta capacidad de afrontar los problemas, lo que conlleva a un “envejecimiento exitoso”.

1.4.3 Síntesis de estudios relacionados.

Con base en los datos obtenidos de la literatura que se revisó en esta investigación, es posible argumentar que, en las investigaciones sobre CF y resiliencia, en las muestras de estudio predomina el género femenino. El estado emocional interfiere de manera positiva o negativa en la capacidad funcional de los AM; entonces, el proceso de envejecimiento se ve condicionado a la pérdida de independencia (Paredes et al., 2017; Laguado et al., 2017; y Bejines et al., 2015). Los AM que viven en casa y son apoyados por sus familias mostraron ser más resilientes (Hayat et al., 2016; y Cortés, et al. 2012).

1.5 Definición operacional de términos

Capacidad Funcional; capacidad que permite al AM ser y hacer lo que es importante para él, y se compone de la capacidad intrínseca y extrínseca de la persona; la capacidad intrínseca se entiende como la combinación de todas las capacidades básicas de la vida diaria y mentales con las que cuenta el AM. La capacidad extrínseca comprende todos los factores del mundo exterior que forman el contexto de vida de una persona; como es el hogar, la comunidad y la sociedad en general. Este concepto será medido con el índice de Barthel (Mahoney y Barthel, 1965), ver Apéndice C.

Resiliencia; la resiliencia se denomina, el proceso mediante el cual los AM realizan una integración positiva a pesar de las dificultades y limitaciones que se producen en la vejez,

los cambios biopsicosociales y los deterioros. Este concepto será medido con la escala de resiliencia de Wagnild y Young (1993), ver Apéndice D.

Envejecimiento Saludable; el concepto de envejecimiento saludable hace referencia a una conducta que involucra factores físicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, como la autosuficiencia de vida, aceptación del envejecimiento, control del estrés, tener relaciones sociales y de apoyo, mérito y buenas acciones, práctica de autocuidado y la consciencia de sí mismo, mantenerse físicamente activo, permanecer cognitivamente activo y por último la participación social, esta variable se medirá con el instrumento de envejecimiento saludable de Thiamwong (2008), ver Apéndice E.

1.6 Hipótesis

Si la capacidad funcional se relaciona con el envejecimiento saludable, entonces las personas con mayor capacidad funcional tendrán un mayor envejecimiento saludable.

Si la resiliencia se relaciona con el envejecimiento saludable, entonces las personas con mayor resiliencia tendrán un mayor envejecimiento saludable.

Capítulo II

Metodología

En este apartado se describe el diseño de estudio, la población, muestreo, muestra, criterios de selección, instrumentos, procedimientos, consideraciones éticas y plan de análisis estadístico.

2.1 Diseño del Estudio

El diseño de este estudio será de tipo cuantitativo, transversal, de alcance correlacional (Grove y Grey, 2019).

2.2 Población

La población estará conformada por AM de ambos sexos, de 60 y más años que asistan a una institución pública para adultos mayores en la ciudad de Puebla.

2.3 Muestreo y Muestra

Para la selección de los AM, el muestreo será no probabilístico, por conveniencia, la muestra se calculó mediante el paquete estadístico nQuery Advisor, con un nivel de significancia de .05, una potencia estadística del 95% y una magnitud del efecto de 0.30, más un 10 de atrición, obteniendo una muestra de 150 AM.

2.4 Criterios de Selección

2.4.1 Criterios de inclusión.

Adultos de ambos sexos, de 60 años en adelante que estén de acuerdo en participar en el estudio y firmen el consentimiento informado.

2.4.2 Criterios de exclusión.

Adultos mayores que tengan problemas de memoria como demencia senil, enfermedad de Alzheimer, lo cual se verificará mediante la escala minimental.

2.4.3 Criterios de eliminación.

Se eliminará a las personas que decidan retirarse durante la aplicación.

2.5 Instrumentos de medición

Para la recolección de datos se utilizará la prueba minimalista como un filtro, posteriormente, una cédula de datos de identificación, el índice de Barthel, la escala de resiliencia y el instrumento de envejecimiento saludable.

2.5.2 Cédula de datos.

Para medir las características personales de los AM se utilizará una cédula de datos de identificación (CDIAM) creada por Arroyo y Morales (2019), contiene información relacionada con la edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación y enfermedades de tipo agudo o crónico que padece (Apéndice B).

2.5.3 Índice de Barthel.

El índice de Barthel (IB) de 1995, es un instrumento que mide la capacidad de una persona para realizar diez actividades de la vida diaria (ABVD) consideradas como básicas, obteniéndose una estimación cuantitativa de su grado de independencia, esta escala mide la capacidad para comer, trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal, uso del retrete, bañarse/ ducharse, desplazarse, subir y bajar escaleras, vestirse y desvestirse, control de heces y control de orina. Los valores asignados a cada actividad se basan en el tiempo y cantidad de ayuda física requerida si el paciente no puede realizar dicha actividad. El IB ha sido ampliamente utilizado en adultos mayores, ha presentado buena fiabilidad interobservador, índices de Kappa entre 0.47 y 1.00, y con respecto a la fiabilidad intraobservador ha obtenido índices de Kappa entre 0.84 y 0.97. En cuanto a la evaluación

de la consistencia interna, han reportado un alfa de Cronbach de 0.86-0.92 (Barrero, García y Ojeda, 2005).

El rango de valores está entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos, cuanto más cerca está del 0 el paciente presenta más dependencia, por el contrario, cuanto más cerca está de 100 es indicativo de independencia. El IB se interpreta de la siguiente manera; de 0 a 20 dependencia total, de 21 a 60 dependencia severa, de 61 a 90 dependencia moderada, de 91 a 99 dependencia escasa y cuando el resultado es 100 el resultado es independencia total (Apéndice C).

2.5.4 Escala de Resiliencia de Wagnild y Young.

La resiliencia será medida por la escala de resiliencia de Wagnild y Young (1988) y fue revisada por los mismos autores en 1993. Está compuesta de 25 ítems distribuidos en 5 dimensiones: la satisfacción personal (16, 21, 22 y 25), ecuanimidad (7, 8, 11 y 12), sentirse bien solo, (5, 3 y 19), confianza en sí mismo (6, 9, 10, 13, 17, 18 y 24), y la perseverancia (1, 2, 4, 14, 15, 20 y 23). Un ejemplo de reactivo es: siento orgullo de haber realizado cosas en mi vida. Las opciones de respuesta corresponden a una escala tipo Likert, que van desde 1 (en desacuerdo) a 7 (de acuerdo). Con un puntaje mínimo de 25 y máximo de 175. A mayor puntaje, mayor resiliencia. La escala ha presentado confiabilidad interna aceptable, alfa de Cronbach de .89 (Apéndice D).

2.5.5 Instrumento de Envejecimiento Saludable de Thiamwong.

El envejecimiento saludable será medido con el instrumento de Thiamwong (2008), este consta de 35 ítems en una escala tipo Likert de 5 puntos, donde 1 = en absoluto, 2 = menos probable, 3 = no está seguro, 4 = más probable y 5 = absolutamente sí. El rango de la

escala va desde 35 a 175, donde las puntuaciones más altas indican mayor envejecimiento saludable.

Este instrumento consta de nueve factores, autosuficiencia de vida (22, 23, 24, 25, 26), aceptación del envejecimiento (20, 21), control del estrés (31, 32, 33, 34, 35), tener relaciones sociales y de apoyo (12, 13, 14, 15), mérito y buenas acciones (27, 28, 29, 30), práctica de autocuidado y la consciencia de sí mismo (16, 17, 18, 19), mantenerse físicamente activo (2, 3, 4, 5), permanecer cognitivamente activo (1, 6, 7, 8) y por último la participación social (9, 10, 11). La consistencia interna del instrumento es aceptable con un alfa de Cronbach de 0.96 (Apéndice E).

2.6 Procedimiento

Para la recolección de datos se solicitará la aprobación de la Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado de la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP), al obtener la aprobación, se buscará la autorización del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores ubicado en la ciudad de Puebla, al obtener las aprobaciones correspondientes se procederá a realizar la recolección de los datos, a cada adulto mayor se le explicará el objetivo del estudio invitándolo a participar, comentando el anonimato y confidencialidad de la información a obtener, una vez que haya aceptado se entregará el consentimiento informado (Apéndice A), se les mencionará que de no participar no habrá repercusiones, de igual manera que si ha comenzado la recolección de datos y quiere retirarse, no habrá ninguna consecuencia.

Cuando se obtenga el consentimiento, se procederán a aplicar los instrumentos en el orden siguiente: lo primero que se hará será la aplicación del Mini Mental como un filtro, la finalidad será conocer los problemas de demencia de las personas, si el resultado no es

considerado bueno, no se podrá continuar con los siguientes instrumentos, si está dentro de parámetros normales, se procederá a la aplicación de cédula de datos personales, el índice de Barthel, instrumento de resiliencia y por último el instrumento de envejecimiento saludable, los instrumentos se realizarán a lápiz y papel, al finalizar la aplicación de instrumentos se darán las gracias a los participantes por parte del investigador.

2.7 Ética del Estudio

El presente proyecto tiene como fundamento ético el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Diario Oficial de la Federación [DOF], 2014) que brinda artículos que serán utilizados para este estudio. De acuerdo con lo anterior se considera lo estipulado en el Título Segundo, Capítulo 1, Artículo 13, donde se declara que toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio deberá prevalecer, el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Con base en el Artículo 14, fracciones V, VI, VII y VIII, se contará con el consentimiento informado por escrito de los AM (Apéndice A). La investigación será realizada por un profesional de la salud Licenciado en Enfermería, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano. Se contará con el dictamen favorable de las comisiones de investigación y ética, el estudio se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular del Instituto.

En el Artículo 16 se especifica que en las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice, así también de acuerdo con el Artículo 17, Fracción II, este estudio de investigación no representa riesgo para el adulto mayor, ya que sólo responderá encuestas.

En el Artículo 21, Fracción I, II, III, IV, VI, VII y VIII, para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación conocerá la justificación y los objetivos de investigación, conocerá los procedimientos a realizarse, los riesgos y beneficios, tendrán la garantía de recibir respuesta a cualquier duda y aclaración que surja durante el procedimiento, se especificará que tiene la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, y por último, la seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad. El Artículo 22, Fracción II, el consentimiento informado será formulado por escrito, será revisado y aprobado por la comisión de ética de la institución.

El Artículo 58, Fracción II en este artículo se hace énfasis en que los resultados de la investigación no sean utilizados en perjuicio de los individuos participantes.

2.8 Estrategias de Análisis Estadístico

El análisis estadístico se llevará a cabo mediante el programa SPSS versión 25, el análisis de la cédula de datos sociodemográficos se realizará mediante el uso de estadística descriptiva, mediante tablas de frecuencia y porcentajes para las variables categóricas, y medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas, posteriormente se probará la consistencia interna de los instrumentos por medio del alfa de Cronbach para verificar la confiabilidad.

Para el análisis de los instrumentos de evaluación de cada variable se utilizará estadística inferencial, se utilizará la prueba de Kolmogorov Smirnov para determinar la distribución de los datos, en el caso de que la distribución de los datos sea una curva normal, se utilizará estadística paramétrica, mediante la correlación de Pearson, en caso

contrario se utilizará estadística no paramétrica utilizando la correlación de Spearman, para probar o disprobar las hipótesis planteadas. Se realizará la contrastación de éstas para conocer el nivel de correlación entre las variables.

Capítulo III

Resultados de prueba piloto

En este capítulo se describen los resultados del estudio en el siguiente orden:

- a) Características demográficas de los participantes. b) Consistencia interna de los instrumentos. c) Prueba de normalidad de los instrumentos. d) Pruebas de hipótesis.

3.1 Características Demográficas de los Participantes

Tabla 1

Distribución de frecuencias de variables categóricas

Variable	<i>f</i>	%
Sexo		
Hombre	9	30.0
Mujer	21	70.0
Estado civil		
Soltero	10	33.4
Separado	1	3.3
Casado	8	26.6
Divorciado	1	3.3
Viudo	10	33.4
Tiene hijos		
Sí	29	96.7
No	1	3.3
Lugar de residencia		
En casa con familia	20	66.7
En casa solo	10	33.3
Ocupación		
Hogar	27	90.0
Empleado	3	10.0
Enfermedades		
Diabetes	2	6.6
HTA	5	16.7
HTA y Diabetes	5	16.7
Ninguna	15	50.0
Otra	3	10.0

Nota: Cédula de datos de identificación (CDIAM) (Arroyo y Morales, 2019)

n=30

Del total de los participantes (30), el 70% (n = 21) fueron mujeres, el 76.4 % (n=22) refirió no tener pareja. El 96.7% (n = 29) refirió tener hijos, el 33.3% (n = 10) vive en casa

solo, cabe resaltar que el 90% de la muestra estudiada ($n = 27$) no cuenta con empleo y se dedica a estar en casa. En cuestión de enfermedades, el 50% de los adultos mayores ($n = 15$) comentó no tener enfermedades crónicas.

Tabla 2
Características de la muestra de la población de estudio

Variable	\bar{X}	DE	Mdn	Valor Mínimo	Valor Máximo
Edad	69.7	6.2	69	60	85
Años de estudio	8.73	4.2	8.5	0	17

Nota: \bar{X} Media = Promedio aritmético; Mdn = Mediana; DE = Desviación estándar $n=30$

3.2 Consistencia Interna de los Instrumentos

Tabla 3
Consistencia interna de instrumentos

Instrumento	Reactivos	alfa de Cronbach
Índice de Barthel	10	.73
Escala de resiliencia de Wagnild y Young	25	.88
Instrumento de Envejecimiento saludable de Thiamwong	35	.83

Nota: Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (1988), Instrumento de Envejecimiento Saludable de Thiamwong et al. (2008) y el Índice de Barthel (Mahoney y Barthel, 1993) $n=30$

En la tabla 3 se presenta la consistencia interna de los instrumentos utilizados en el presente estudio. El índice de Barthel, la escala de Resiliencia de Wagnild y Young y el instrumento de Envejecimiento Saludable. Los tres instrumentos utilizados en el estudio se consideran con una consistencia interna aceptable (Grove y Gray, 2019).

Tabla 4
Índices de los instrumentos Escala de Resiliencia de Wagnild y Young, Instrumento de Envejecimiento Saludable y el Índice de Barthel

Instrumento	\bar{X}	DE	Valor Mínimo	Valor Máximo
Índice de Barthel	89.3	9.8	65.0	100.0
Escala de resiliencia de Wagnild y Young	88.4	9.9	91.6	98.6
Instrumento de Envejecimiento saludable de Thiamwong	87.6	8.0	63.5	98.5

Nota: \bar{X} Media = Promedio aritmético; DE = Desviación estándar

n=30

Se obtuvieron los índices de los instrumentos, para realizar los estadísticos correspondientes, en el instrumento de Barthel la media fue de 89.3, lo que, de acuerdo con los puntos de corte para evaluar la escala, sitúa a la población en dependencia moderada. La media de los resultados del instrumento de resiliencia ubica a la población en un punto de resiliencia alta, y el envejecimiento saludable, se considera un puntaje alto de acuerdo con el rango del instrumento, lo que indica mayor envejecimiento saludable (Tabla 4).

3.3 Prueba de Normalidad de los Instrumentos

Tabla 5
Normalidad de los instrumentos

Instrumento	\bar{X}	DE	Valor Mínimo	Valor Máximo	SW	P
Índice de Barthel	89.3	9.8	65	100	.82	.000
Escala de Resiliencia de Wagnild y Young	157.6	14.9	106	173	.71	.000
Instrumento de Envejecimiento Saludable de Thiamwong	157.7	11.1	124	173	.85	.001

Nota: Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (1988), Instrumento de Envejecimiento saludable de Thiamwong et al. (2008) y el Índice de Barthel (Mahoney y Barthel, 1993) n=30

Para la prueba de normalidad de los instrumentos, se realizó la prueba de Shapiro Wilk, ya que la muestra es menor a 50 personas, en los resultados, de los tres instrumentos se

obtuvieron distribuciones con una $p < .05$, lo que rechaza la normalidad de los datos, por lo que se proceden a realizar los análisis con pruebas no paramétricas (Tabla 5).

3.4 Prueba de Hipótesis

3.4.1 Hipótesis 1.

Tabla 6

Prueba de hipótesis 1

Instrumento	Índice de Barthel	Envejecimiento Saludable
Índice de Barthel	1	
Instrumento de Envejecimiento saludable de Thiamwong	.35	1

*Nota: * $p < .05$. ** $p < .01$.* $n=30$

Para sustentar la hipótesis, se realizó la prueba de correlación de Spearman entre la capacidad funcional y el envejecimiento saludable, la relación resultó positiva, con un tamaño de efecto medio ($r=.35$), siendo estadísticamente significativa ($p=.036$).

3.4.2 Hipótesis 2.

Tabla 7

Prueba de hipótesis 2

Instrumento	Resiliencia	Envejecimiento Saludable
Resiliencia	1	
Instrumento de Envejecimiento Saludable de Thiamwong	.56	1

*Nota: * $p < .05$. ** $p < .01$.* $n=30$

Para sustentar la hipótesis se realizó la prueba de correlación de Spearman, al obtener resultados de la relación entre la resiliencia y el envejecimiento saludable, la relación resultó positiva, con un tamaño de efecto medio ($r=.56$), resultando estadísticamente significativa ($p=.001$).

Capítulo IV

Discusión

El propósito de esta investigación fue conocer la relación entre la capacidad funcional y la resiliencia con el envejecimiento saludable del AM, desde la perspectiva teórica del modelo de promoción de la salud de Nola J. Pender.

Se examinó a una muestra de adultos mayores de ambos sexos con una característica en común (asisten a una institución para adultos mayores en la ciudad de Puebla).

Los principales hallazgos fueron: a) La mayor parte de la muestra fueron mujeres, tal como lo presentaron los estudios de Herazo, et al. (2017), esto puede deberse a que a nivel nacional según lo reportado por INEGI en la población de adultos mayores la mayoría son mujeres. Sucede lo contrario a Laguado, et al. (2017), donde predominó el género masculino. b) la mitad de la muestra encuestada mencionó estar aparentemente sano, esto, a pesar de lo que menciona la (OMS, 2015), quien en su comunicado sobre envejecimiento menciona que la gran mayoría de adultos mayores padecen enfermedades crónicas, esto puede deberse a que la muestra estudiada en el presente estudio acude a una institución, donde realizan distintas actividades de recreación y ejercicio.

c) Al obtener evidencia sobre la confiabilidad de los instrumentos utilizados, todos se encontraron con un nivel de confiabilidad aceptable de acuerdo con lo estipulado en Grove y Gray (2019), estos resultados fueron similares a lo encontrado por Barrero, García y Ojeda (2005) y Thiamwong (2008), una posible causa de esto es que estos estudios fueron realizados en personas adultas mayores con características similares.

d) Los resultados de la variable Capacidad Funcional colocan a las personas encuestadas en dependencia moderada, tal como lo mencionan Paredes et al.(2017); Laguado et al.(2017)

y Bejines et al. (2015), en sus estudios comentan que la adultez mayor condiciona a las personas a la pérdida de independencia, esto puede deberse a que el instrumento utilizado propone la independencia con una calificación perfecta, de otro modo, la persona tiene algún grado de dependencia.

Los resultados obtenidos de la variable de Resiliencia, coloca a la muestra con una resiliencia elevada, esto mismo sucede en los estudios de Hayat et al.(2016) y Cortés, et al. (2012), los autores mencionan que esto sucede cuando las personas viven en casa con sus familias y muestran ser independientes, esta situación podría explicarse con los resultados, la resiliencia fue elevada y, que la mayoría vive en casa con su familia.

El Modelo de Promoción de la Salud (Pender, et al. 2015), menciona que los factores personales biológicos tienen relación con la conducta promotora de la salud, lo cual se reafirma con el presente estudio al obtener una correlación entre capacidad funcional y envejecimiento saludable con un tamaño de efecto medio, resultando estadísticamente significativo. Este modelo también menciona que los factores personales psicológicos tienen relación con la conducta promotora de salud, este supuesto también se sustenta al buscar la relación entre resiliencia y envejecimiento saludable, con un tamaño de efecto medio resultando estadísticamente significativo.

El estudio presentó limitaciones que pudieron haber afectado una explicación más contundente en la relación de las variables de la teoría propuesta. Primero, el diseño transversal representa una limitante al no poder explicar más allá de un momento dado la relación de los factores propuestos en el modelo, Segundo, el tamaño de la muestra no es lo suficientemente grande, sin embargo, se han encontrado resultados significativos, que

contribuyeron a no rechazar las hipótesis del estudio a través de la correlación de las variables seleccionadas.

Tercero, el muestreo del estudio fue no probabilístico, lo que imposibilita la generalización de los resultados a toda la población de adultos mayores, sin embargo, se considera pueda ser útil para estudios comparativos y replica en poblaciones con características y condiciones similares; así, se podría dar explicaciones más amplias sobre las variables que se toman en el presente estudio.

De acuerdo con los hallazgos de esta investigación y las fortalezas metodológicas, se proponen las siguientes recomendaciones:

- a) Realizar estudios similares en adultos mayores institucionalizados, ya que, de acuerdo con diferentes autores, es un factor importante que puede modificar las variables.
- b) Realizar estudios con un diseño de estudio de alcance longitudinal.
- c) Dar continuidad a los resultados obtenidos para realizar intervenciones de enfermería y así generar conductas promotoras de salud en la población estudiada.
- d) Diseñar estudios de intervención con un equipo interdisciplinario que contribuyan a mejorar la práctica de autocuidado.
- e) Realizar estudios con enfoque cualitativo para comprender con otro paradigma el desarrollo y las contradicciones del autocuidado.
- f) Realizar estudios similares con un muestreo probabilístico aleatorizado con la finalidad de generalizar la información a la población en general.

Conclusión

Las dos hipótesis planteadas en el estudio se sustentan, tanto la relación entre resiliencia y envejecimiento saludable como capacidad funcional y envejecimiento saludable.

Referencias

Aristizábal, G. P., Blanco, D. M., Sánchez, A., y Ostiguín, R. M. (diciembre, 2011). El modelo de Promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su

- comprensión. *Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*, 8(4). Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v8n4/v8n4a3.pdf>
- Barrero, C. L., García, S., y Ojeda, A. (2005). Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. *Plasticidad y restauración neurológica*, 4(1-2), 80-85.
- Bejines, M., Velasco, R., García, L., Barajas, A., Aguilar, L. M. y Rodríguez, M. L. (2015). Valoración de la capacidad funcional del adulto mayor residente en casa hogar. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 23(1), 9-15.
- Caycho T., Ventura, J., García, C. H., Tomás, J.M., Domínguez, J., Daniel, L. y Arias, W. L. (2018). Evidencias psicométricas de una medida breve de resiliencia en adultos mayores peruanos no institucionalizados. *Psichosocial intervention*, 27(2), 73-79. doi: <https://doi.org/10.5093/pi2018a6>
- Consejo Nacional de Población (CONAPO). (2017). *Análisis prospectivo de la población de 60 años en adelante*. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/201801/An_lisis_prospectivo_de_la_poblaci_n_de_60_a_os_en_adelante.pdf
- Cortés, J. E., Flores, P. E., Gómez, C. A., Reyes, K. S. y Romero, L. A. (2012). Resiliencia y su relación con los estilos de vida de los adultos mayores autovalentes. *Ciencia y Enfermería*, 18(3), 73-81.
- D' Hyver, C. (junio, 2017). Valoración geriátrica integral. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 60(3), 38-54.

- Diario Oficial de la Federación (DOF). (2014). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. Recuperado de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Feather N. T. (1982). *Expectations and actions: Expectancy-value models in psychology*. Estados Unidos: LEA.
- Grove, S. y Gray, J. (7ª ed.). (2019). *Investigación en Enfermería. Desarrollo de la práctica enfermera basada en evidencia*. España: Elsevier.
- Hayat, S. Z., Khan, S. y Sadia, R. (2016). Resilience, Wisdom, and Life Satisfaction in Elderly Living with Families and in Old-Age Homes. *Pakistan Journal of Psychological Research*, 31(2), 475-494.
- Herazo, Y., Quintero, M. V., Pinillos, Y., García, F., Núñez, N. y Suarez, D. (2017). Calidad de vida, funcionalidad y condición física en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados. *Revista latinoamericana de hipertensión*, 12(5), 174-181.
- Instituto Nacional para las Personas Adultas Mayores (INAPAM). (2015). *Perfil, demográfico, epidemiológico y social de la población adulta mayor en el país, una propuesta de política pública*. Recuperado de <http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/918/1/images/ADULTOS%20MAYORES%20POR%20ESTADO%20CD1.pdf>
- Laguado, E., Camargo, K., Campo, E. y Martín, M. (2017). Funcionalidad y grado de dependencia en adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar. *Gerokomos*, 28(3), 135-141.
- Mahoney, F. I., y Barthel, D. (1965). Functional evaluation: The Bartherl Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 56-61.

- Mazo, G., Balbe, G., de Medeiros, P. A., Namam M., Ferreira, E. y Benedetti, T. R. (2016). Level of resilience in non-practicing and practicing physical exercise in elderly. *Motricidade*, 12(4), 4-14. doi: <https://doi.org/10.6063/motricidade.6138>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=C9712986A14175D6EB46BCABC914CF4B?sequence=1
- Organización Panamericana de Salud (OPS). (2015). *Envejecimiento saludable*. Recuperado de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13634:healthy-aging&Itemid=42449&lang=es
- Paredes, Y., Yarce, E. y Aguirre, D. (2017). Funcionalidad y factores asociados en el adulto mayor de la ciudad de san Juan del Pasto, Colombia. *Revista Ciencias de la Salud. Bogotá, Colombia*, 16 (1), 114-128. Doi: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6494>
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L. y Parsons, M. A. (7a ed.). (2015), *Health Promotion in Nursing Practice*. Estados Unidos: Pearson.
- Thiamwong, L., Maneesriwongul, W., Malathum, P., Jitapunkul, S., Vorapongsathorn, T., y Stewart, A. L. (2008). Development and Psychometric Testing of the Healthy Aging Instrument. *Thai Journal of Nursing Research*, 12(4), 285-296.
- Wagnild, G. y Young, H. (1993). Development and psicometric evaluation of the resilience scale. *Journal of nursing measurement*, 1(2), 165-177.



Apéndice A

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de enfermería
Secretaría de Investigación y
Estudios de Posgrado



Consentimiento informado

Por medio de este documento el Lic. Francisco Javier Arroyo Cruz solicita mi autorización para participar en la investigación denominada: Capacidad funcional y resiliencia en el adulto mayor para un envejecimiento saludable, cuyo objetivo es obtener evidencia sobre la capacidad funcional y resiliencia del AM, así como determinar su relación con el envejecimiento saludable. Me ha informado de los propósitos, objetivos, procedimientos de intervención y evaluación que se llevarán a cabo en esta investigación y los posibles riesgos que se puedan generar de ella.

Adicionalmente se me informó que:

- Mi participación en esta investigación es completamente libre y voluntaria, estoy en libertad de retirarme de ella en cualquier momento.
- No recibiré beneficio personal de ninguna clase por la participación en este proyecto de investigación. Sin embargo, se espera que los resultados obtenidos permitirán mejorar los procesos de evaluación de pacientes con condiciones clínicas similares a las mías.
- Toda la información obtenida y los resultados de la investigación serán tratados confidencialmente. Esta información será archivada en papel y medio electrónico. El archivo del estudio se guardará en la Benemérita Universidad Autónoma Puebla bajo la responsabilidad del investigador.
- La información en este proyecto de investigación es llevada al anonimato. Hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad de manera libre y espontánea.
- El presente estudio no representa riesgo para mi persona, ya que sólo contestaré cuestionarios. He sido informado y todas mis dudas han sido aclaradas, por lo que acepto participar en el estudio.

En caso de dudas puedo comunicarme con el Lic. Arroyo al teléfono 7971232436.

Nombre y firma del participante

Nombre y firma del investigador

Nombre y firma del 1er testigo

Nombre y firma del 2º testigo



Apéndice B
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado



Cédula de Datos de Identificación del Adulto Mayor (CDIAM, Arroyo y Morales, 2019)

Instrucciones: Lea cuidadosamente y conteste cada pregunta escribiendo en las líneas la respuesta o ponga una equis de acuerdo a su caso.

1. Edad: _____ años cumplidos

2. Sexo: Masculino _____ Femenino _____

3. Estado Civil: Soltero___ Separado___ Casado___
Divorciado___ Viudo___ Unión libre___

4. Tiene hijos: Si_____ No_____

5. Lugar de residencia: En casa con familia _____
En casa solo/a _____
En una institución _____

6. Escolaridad: _____ años de estudio

7. Enfermedades que padece (agudas y crónicas)



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado



Apéndice C

Índice de Barthel (Mahoney y Barthel, 1993)

Instrucciones: De acuerdo con los parámetros puntúe la información obtenida de la persona o del cuidador principal

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Comer	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, pan, etc. pero es capaz de comer solo.	5
	- Dependiente: necesita ser alimentado por otra persona.	0
Lavarse (baño)	- Independiente: además, entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente: Necesita algún tipo de ayuda o supervisión	0
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
Arreglarse (aseo)	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	- Dependiente	0
Deposición (valórese la Semana Anterior)	- Continencia normal	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	- Incontinencia	0
Micción (valórese la Semana Anterior)	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
	- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	- Incontinencia	0
Usar el retrete	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	10
	- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	- Dependiente	0
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	- Dependiente	0
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	- Dependiente	0
Escalones	- Independiente para bajar y subir escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	- Dependiente	0



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado



Apéndice D

Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (1988)

Instrucciones: Por favor conteste todas las preguntas que se presentan a continuación, no existen respuestas buenas o malas. Marque con una X donde usted crea conveniente de acuerdo con su respuesta, la información que usted proporcione es estrictamente confidencial y anónima. El puntaje es: 1 significa en desacuerdo y un máximo de acuerdo es 7

Factor	Puntaje						
	1	2	3	4	5	6	7
1.Cuando planeo algo lo realizo	1	2	3	4	5	6	7
2.Generalmente me las arreglo de una manera u otra	1	2	3	4	5	6	7
3.Dependo más de mí mismo que de otras personas	1	2	3	4	5	6	7
4.Es importante para mí mantenerme interesado en las cosas	1	2	3	4	5	6	7
5.Puedo estar solo si tengo que hacerlo	1	2	3	4	5	6	7
6.Me siento orgulloso de haber logrado cosas en mi vida	1	2	3	4	5	6	7
7.Usualmente veo las cosas a largo plazo	1	2	3	4	5	6	7
8.Soy amigo de mí mismo	1	2	3	4	5	6	7
9.Siento que puedo manejar varias cosas al mismo tiempo	1	2	3	4	5	6	7
10.Soy decidido/a	1	2	3	4	5	6	7
11.Rara vez me pregunto cuál es la finalidad de todo	1	2	3	4	5	6	7
12.Tomo las cosas una por una	1	2	3	4	5	6	7
13.Puedo enfrentar las dificultades porque las he experimentado anteriormente	1	2	3	4	5	6	7
14.Tengo autodisciplina	1	2	3	4	5	6	7

15.Me mantengo interesado/a en las cosas	1	2	3	4	5	6	7
16.Por lo general, encuentro algo de qué reírme	1	2	3	4	5	6	7
17.El creer en mí mismo/a me permite atravesar momentos difíciles	1	2	3	4	5	6	7
18.En una emergencia soy una persona en quien se puede confiar	1	2	3	4	5	6	7
19.Generalmente puedo ver una situación de varias maneras	1	2	3	4	5	6	7
20.Algunas veces me obligo a hacer cosas, aunque no quiera	1	2	3	4	5	6	7
21.Mi vida tiene significado	1	2	3	4	5	6	7
22.No me lamento de las cosas por las que no puedo hacer nada	1	2	3	4	5	6	7
23.Cuando estoy en una situación difícil generalmente encuentro una salida	1	2	3	4	5	6	7
24.Tengo la energía suficiente para hacer lo que debo hacer	1	2	3	4	5	6	7
25.Acepto que hay personas a las que yo no les agrado	1	2	3	4	5	6	7



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
 Facultad de Enfermería
 Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado

Apéndice E



Instrumento de Envejecimiento Saludable (Thiamwong, 2008)

Instrucciones: Por favor conteste todas las preguntas que se presentan a continuación, no existen respuestas buenas o malas. Marque con una X donde usted crea conveniente de acuerdo con su respuesta, la información que usted proporcione es estrictamente confidencial y anónima

El puntaje es el siguiente: 1.- En absoluto 2.- Menos probable 3.- No estoy seguro
4.- Más probable 5.- Absolutamente sí.

Ítem	1	2	3	4	5
1.- Cada día trato de hacer todas mis actividades.	1	2	3	4	5
2.- Si no hago nada, me siento aburrido.	1	2	3	4	5
3.- Si no hago nada me siento débil.	1	2	3	4	5
4.- Hago muchas cosas cada día.	1	2	3	4	5
5.- Me siento bien cuando estoy haciendo las actividades diarias.	1	2	3	4	5
6.- Me gusta pensar en cosas que hacer.	1	2	3	4	5
7.- Estoy mentalmente activo para evitar el olvido.	1	2	3	4	5
8.- Estoy mentalmente activo al trabajar con números.	1	2	3	4	5
9.- Participo en actividades de la comunidad.	1	2	3	4	5
10.- Me gusta ayudar a mi comunidad en eventos.	1	2	3	4	5
11.- Convenzo a mis vecinos a participar en eventos de la comunidad.	1	2	3	4	5
12.- Mi familia y yo nos ayudamos mutuamente.	1	2	3	4	5
13.- Mi familia y yo hablamos todos los días.	1	2	3	4	5
14.- Mis vecinos y yo nos ayudamos mutuamente.	1	2	3	4	5
15.- Mis vecinos y yo hablamos con frecuencia.	1	2	3	4	5
16.- No estoy preocupado porque soy más viejo.	1	2	3	4	5
17.- Continúo cuidando de mí cuando estoy enfermo.	1	2	3	4	5
18.- Tengo cuidado de mi dieta y la vida.	1	2	3	4	5
19.- Yo cuido de mi salud.	1	2	3	4	5
20.- Acepto que me estoy haciendo viejo.	1	2	3	4	5
21.- Acepto que no soy capaz de hacer las cosas que solía hacer.	1	2	3	4	5
22.- Todo lo que tengo es suficiente para mí.	1	2	3	4	5
23.- Soy muy cuidadoso con mi dinero.	1	2	3	4	5
24.- Tengo suficiente dinero para mantenerme a mí mismo.	1	2	3	4	5
25.- Yo vivo simplemente.	1	2	3	4	5
26.- Gasto dinero sólo en lo esencial.	1	2	3	4	5
27.- Puedo hacer un mérito siempre que puedo.	1	2	3	4	5
28.- Siempre hago un mérito y doy a los demás cuando tengo la oportunidad.	1	2	3	4	5
29.- Siempre hago buenas obras.	1	2	3	4	5
30.- Ayudo a otras personas sin esperar nada a cambio.	1	2	3	4	5
31.- No me preocupo sin motivos.	1	2	3	4	5
32.- Puedo hablar con alguien cuando tengo un problema.	1	2	3	4	5

33.- No me preocupa el futuro.	1	2	3	4	5
34.- No me preocupo por problemas que no puedo resolver.	1	2	3	4	5
35.- Soy capaz de dejar ir cuando algo me molesta.	1	2	3	4	5