

UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO

División Académica de Ciencias de la Salud



“Fragilidad y Calidad de Vida en Adultos Mayores que Asisten a Consulta de Especialidad en Hospital General Dr. Daniel Gurria Urgell ISSSTE”

Tesis que para obtener el Grado de Maestro en Enfermería

Presenta:

Abigail Cortez Rasgado

Directoras:

DRA. María Asunción Vicente Ruíz

MTRA. Carmen de la Cruz García

Villahermosa, Tabasco.

Febrero 2020



**UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Jefatura del
Área de Estudios
de Posgrado



Of. No. 0574/DACS/JAEP
19 de octubre de 2020

ASUNTO: Autorización impresión de tesis

C. Abigail Cortez Rasgado
Maestría en Enfermería
Presente

Comunico a Usted, que ha sido autorizada por el Comité Sinodal, integrado por los profesores investigadores Dra. Aralucy Cruz León, M.EM. Rosa Ma. Arriaga Zamora, Dra. María Asunción Vicente Ruiz, Dra. Fabiola Morales Ramón y la M.A.E. Carmen De la Cruz García, impresión de la tesis titulada: **"Fragilidad y Calidad de Vida en Adultos Mayores que Asisten a Consulta de Especialidad en Hospital General Dr. Daniel Gurria Urgell ISSSTE"**, para sustento de su trabajo recepcional de la Maestría en Enfermería, donde fungen como Directores de Tesis la Dra. María Asunción Vicente Ruíz y la M.AE. Carmen de la Cruz García.

Atentamente

UJAT



DACS
DIRECCIÓN

Dra. Mirian Carolina Martínez López
Directora

C.c.p.- Dra. María Asunción Vicente Ruíz.- Director de Tesis
C.c.p.- M.A.E. Carmen de la Cruz García.- Directora de Tesis
C.c.p.- Dra. Aralucy Cruz León.- Sinodal
C.c.p.- M.EM. Rosa Ma. Arriaga Zamora.- sinodal
C.c.p.- Dra. María Asunción Vicente Ruiz.- Sinodal
C.c.p.- Dra. Fabiola Morales Ramón.- Sinodal
C.c.p.- M.A.E. Carmen De la Cruz García.- Sinodal

C.c.p.- Archivo
DC'MCML/MCE'XME/mgcc*



**UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Jefatura del
Área de Estudios
de Posgrado



ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la ciudad de Villahermosa Tabasco, siendo las 8:00 horas del día 14 del mes de octubre de 2020 se reunieron los miembros del Comité Sinodal (Art. 71 Núm. III Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente) de la División Académica de Ciencias de la Salud para examinar la tesis de grado titulada:

"Fragilidad y Calidad de Vida en Adultos Mayores que Asisten a Consulta de Especialidad en Hospital General Dr. Daniel Gurría Urgell ISSSTE."

Presentada por el alumno (a):

Cortez	Rasgado	Abigail
Apellido Paterno	Materno	Nombre (s)
		Con Matrícula

1	8	1	E	5	8	0	1	6
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Aspirante al Grado de:

Maestro en Enfermería

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESIS** en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

COMITÉ SINODAL

Dra. María Asunción Vicente Ruiz
Mtra. Carmen de la Cruz García
Directoras de Tesis

Dra. Aralucy Cruz León

M.EM. Rosa Ma. Arriaga Zamora

Dra. María Asunción Vicente Ruiz

Dra. Fabiola Morales Ramón

Mtra. Carmen de la Cruz García

C.c.p.- Archivo
DC*MCML/OP*XME



**UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



**División
Académica
de Ciencias de
la Salud**

Dirección



Carta de Cesión de Derechos

En la ciudad de Villahermosa Tabasco el día 18 del mes de febrero del año 2020, el que suscribe, Abigail Cortez Rasgado, alumno del programa de la Maestría en Enfermería, con número de matrícula 181E58016 adscrito a la División Académica de Ciencias de la Salud, manifiesta que es autor intelectual del trabajo de tesis titulada: **"Fragilidad y Calidad de Vida en Adultos Mayores que Asisten a Consulta de Especialidad en Hospital General Dr. Daniel Gurria Urgell ISSSTE"**, bajo la Dirección de la Dra. María Asunción Vicente Ruíz y la Mtra. Carmen de la Cruz García, Conforme al Reglamento del Sistema Bibliotecario Capítulo VI Artículo 31. El alumno cede los derechos del trabajo a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para su difusión con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficos o datos del trabajo sin permiso expreso del autor y/o director del trabajo, el que puede ser obtenido a la dirección: abycuco@hotmail.com. Si el permiso se otorga el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.

A la t...
Abigail Cortez Rasgado

Nombre y Firma

**DIVISIÓN ACADÉMICA DE
CIENCIAS DE LA SALUD**



**JEFATURA DEL ÁREA DE
ESTUDIOS DE POSGRADO**

Sello

Dedicatoria

Quiero dedicar esta tesis a mis padres Pablo y Altagracia pues colocaron en mí, las bases de responsabilidad y deseos de superación, su bendición a lo largo de mi vida me protege y me lleva por el camino del bien.

A mi esposo Manuel Alcudia por darme su fortaleza e inspiración. Por creer siempre en mí y decirme a diario que sí podía lograrlo. Este logro también es tuyo, te amo.

A mis hijos Oscar, David y Edgar, ustedes fueron mi mayor inspiración para convertirme en Maestro en Enfermería, los amo profundamente.

A mis nietas Brianita y Romy porque con sus sonrisas y amor me dieron la alegría necesaria para seguir adelante. A su corta edad me han enseñado a encontrar el lado dulce de la vida.

Agradecimientos

Nada se logra en un vacío, lo mismo digo de esta tesis. nunca podría haberla concluido sin la ayuda de Dios, de mi familia, de mis maestros, de mis colegas y amigos.

En primer lugar, debo expresar mi gratitud a Dios. Él ha sido fiel y bueno conmigo, ha contestado mis constantes peticiones de ayuda a través de todo el desarrollo de este proyecto.

Agradezco a mi familia quienes han sido el motor en muchos aspectos de mi desarrollo personal y profesional, y por ser mi apoyo y fortaleza.

Deseo también agradecer a mis Directoras de tesis DCE. Maria Asunción Vicente Ruiz y MSP Carmen de la Cruz García, por sus abundantes y valiosas sugerencias en la construcción de este proyecto, así mismo agradezco mucho a la DCE. Valentina Rivas Acuña por motivarme a la excelencia dejando una influencia perdurable en mi vida.

Agradezco el apoyo invaluable de mis amigas y colegas que me inspiraron a seguir adelante y no desfallecer.

Agradezco también a las autoridades del HG. “Dr. Daniel Gurría Ugell” ISSSTE por permitirme realizar la presente investigación y brindar todo el apoyo necesario para las prácticas de vinculación en la Cd de México.

Resumen

“FRAGILIDAD Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A CONSULTA DE ESPECIALIDAD, EN EL HOSPITAL GENERAL “DR. DANIEL GURRIA URGUEL” ISSSTE”

Autor: Abigail Cortez Rasgado

Directora de Tesis: DCE. María Asunción Vicente Ruíz¹, Dra. Carmen de la Cruz García¹

1. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, División Académica de Ciencias de la Salud

Introducción: El envejecimiento es considerado un fenómeno que va desde que somos concebidos hasta la etapa final del ciclo de la vida la muerte. A pesar de ser un fenómeno natural conocido por todos, es difícil aceptar el envejecimiento como una realidad innata a todo ser humano, el envejecimiento poblacional es un fenómeno global que afecta tanto a países desarrollados como en vías de desarrollo; a nivel mundial en el año 2015 había 901 millones de adultos mayores de 60 años, comparado con la población de este grupo de edad en el 2000 hubo un aumento muy considerable del 48% más, calculado en 607 millones. Se prevé que esta cifra crezca un 56% en el año 2030 y se espera que en el 2050 aumente al doble del (Vinacia et al. 2018). El aumento de la esperanza de vida trae consecuencias como es el aumento de las enfermedades crónicas degenerativas, la fragilidad, la dependencia y por supuesto estas consecuencias influirán significativamente en la calidad de vida de los adultos mayores. **Objetivo:** Evaluar la relación entre fragilidad y calidad de vida en los adultos mayores que acuden a la consulta de especialidad en Hospital General “Dr. Daniel Gurria Urgell” ISSSTE Tabasco. **Material y Método:** Fue un estudio descriptivo, correlacional, la población de estudio fueron los adultos mayores afiliados al ISSSTE que acuden a la consulta de especialidad, la muestra quedo integrada por 160 adultos mayores, el muestreo fue no probabilístico por conveniencia, se captaron todos los adultos mayores que quisieran participar y firmaban el consentimiento informado, no se

incluyeron a los adultos menores de 65 años y que tuvieran daño cognitivo. Se utilizaron tres indicadores empíricos para la colecta de datos, el primero fue la Escala de calidad de vida de FUMAT, seguido de Escala FRAIL, y Escala de Barber. Estos instrumentos se utilizan para la identificación calidad de vida, situaciones de dependencia y fragilidad del paciente, situaciones que lo hace más vulnerable ante problemas de salud. El proyecto fue aprobado por el comité de ética institucional y se baso en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Seres Humanos. **Resultados:** Los datos sociodemográficos se encontró el 51.9% (n=83) son mujeres, el estado civil el 76.3% (n=122) son casadas, de religión católicos en un 56.9% (n=91), de los cuales el 52.5% (n=84) son jubilados, la edad fue en promedio 70 años, el número de hijos fue de 4 y los años de estudio fueron 11 en promedio, la calidad de vida encontrada el 71.3% (n=114) tienen mediana calidad de vida, el 97.5% (n=156) de los adultos mayores tienen riesgo de dependencia, el 53.8% (n=86) son frágiles, se encontró que la fragilidad se relacionó de manera significativa y negativa con la calidad de vida ($r = -.237^{**}$), y la dependencia de igual manera ($r = -.414^{**}$), es decir entre mayor fragilidad, y dependencia menor será la calidad de vida del adulto mayor, hallazgo similares con otras investigaciones tanto mexicanas como latinoamericanas (González 2012). **Conclusión:** Con el paso del tiempo y las nuevas tecnologías, es difícil aceptar que el envejecimiento en algunos de los casos viene acompañado de una cascada de acontecimientos fisiopatológicos que los lleva a síndromes que causan fragilidad y disminución de su calidad de vida, lo ideal es tener un envejecimiento saludable donde el adulto mayor pueda ser capaz de realizar sus actividades de la vida diaria sin complicaciones.

Palabras Claves: Adulto Mayor, Calidad de Vida, Síndromes Geriátricos, Envejecimiento Saludable.

Abstract

“FRAGILITY AND QUALITY OF LIFE IN THE ELDERLY POPULATION THAT ATTENDS TO A SPECIALIST CONSULTATION, IN THE GENERAL HOSPITAL “DR. DANIEL GURRIA URGUEL” ISSSTE”

Autor: Abigail Cortez Rasgado

Director de Tesis: DCE. María Asunción Vicente Ruíz¹, MSP. Carmen de la Cruz García¹

1. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, División Académica de Ciencias de la Salud

Introduction: Aging is considered a phenomenon that goes from the moment we are conceived to the final stage of the life cycle, death. Despite being a natural event known to all, it is difficult to accept decaying as an innate reality to every human being, aging in the general population is a global event that impacts both, undeveloped and developed countries; worldwide in 2015 there were 901 million adults over 60 years of age, compared to the population of this age group in 2000 there was a very considerable increase of 48% more, estimated at 607 million. This figure is expected to grow by 56% in the year 2030 and it is expected that by 2050 it will increase twice as much. The life expectancy growth brings as consequences an increase in the chronic degenerative diseases, fragility, co-dependence, all of these brings an aftermath of bad quality of life for the elderly population. **Objective:** To assess the relationship between fragility and quality of life who attends to a specialists' consultation in the General Hospital “Dr. Daniel Gurría Urgell” ISSSTE Tabasco. **Methods:** The study is a descriptive correlational, the population of study were the elderly affiliated to the ISSSTE who attend a specialist consultation, the sample was made of 160 elderly adults, sampling was not probabilistic by convenience, all of elderly adults who wanted to participate were included also they signed the informed consent, adults under 65 years of age and with cognitive impairment were not included.

Three empirical indicators were used for data collection, the first was the FUMAT Quality of Life Scale, followed by FRAIL Scale, and Barber Scale. These instruments were used for corroboration of the quality of life, co-dependency and fragility of the patient, situations that make it more exposed to health problems. The project was approved by the institutional ethics committee and was based on the Regulations of the General Health Law on Research in Human Beings. **Results:** The sociodemographic information that was found 51.9% (n = 83) are women, the marital status 76.3% (n = 122) are married, of Catholic religion in 56.9% (n = 91), from which 52.5% (n = 84) are retired, the age was on average 70 years, the number of children was 4 and the years of study were 11 on average, the quality of life found 71.3% (n = 114) have medium quality of life, 97.5% (n = 156) of the elderly are at risk of co-dependence, 53.8% (n = 86) are fragile, it was found that fragility was significantly and negatively related to quality of life ($r = -.237^{**}$), and co-dependence in the same way ($r = -.414^{**}$), that is, between greater fragility, and less dependence will be the quality of life of the elderly, a similar finding with other Mexican and Latin American research (González 2012). **Conclusion:** as passage time and new technologies advance, it is difficult to accept that aging in some of the cases concurred by a cascade of pathophysiological events that leads to syndromes that cause fragility and a decrease quality of life, the ideal is to have a Healthy aging where the elderly may be able to perform their daily life activities without complications.

Keywords: Elderly, Quality of life, Geriatric syndromes, Healthy aging.

Tabla de Contenido

	Página
Capítulo 1	
Introducción	
Descripción del Problema	1
Justificación	6
Objetivos	7
General.	7
Específico.	7
Marco Teórico	7
Adulto Mayor.	7
Generalidades del Adulto Mayor.	8
<i>Afecciones comunes asociadas con el envejecimiento</i>	9
<i>Factores que influyen en el envejecimiento saludable</i>	10
Calidad de Vida en los Adultos Mayores	12
Fragilidad en los Adultos Mayores	14
<i>Fisiopatología</i>	14
<i>Sarcopenia</i>	15
<i>Disfunción neuroendocrina</i>	15
<i>Disminución de la hormona del crecimiento</i>	16
<i>Disminución de la testosterona</i>	16

<i>Disminución de los estrógenos</i>	16
<i>Disfunción inmune</i>	16
<i>Factores ambientales.</i>	16
Modelo de Calidad de Vida de Verdugo-Schalock	17
Hipótesis	19
Estudios Relacionados	19
Definición de Términos	23
Capítulo II	
Metodología	
Tipo de Estudio	25
Población y Muestra	25
Criterios de Inclusión	26
Criterios de Exclusión	26
Instrumentos	26
Recolección de Datos	28
Consideraciones Éticas	29
Análisis de los Datos	30
Administración de la Investigación	30
Capítulo III	
Resultados	32
Capítulo IV	
Discusión	40
Conclusiones	45

Recomendaciones	47
Referencias bibliográficas	49
Apéndices	
Apéndice A. Consentimiento Informado	52
Apéndice B. Cédula de Datos Sociodemográficos	53
Apéndice C. Escala de calidad de vida, FUMAT	53
Apéndice D. Escala FRAIL	57
Apéndice E. Cuestionario de Barber	59
Apéndice F. Cronograma de Actividades	60

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

Índice de Tablas

	Página
Confiabilidad Interna de los Instrumentos	32
Características Sociodemográficas de los Participantes	33
Estadística Descriptiva de los datos Sociodemográficos	34
Estadística Descriptiva de la Escala de calidad de vida, FUMAT	34
Clasificación de la Calidad de Vida	35
Índices de las Dimensiones de la Escala de calidad de vida, FUMAT	36
Clasificación de la Fragilidad en Ancianos	37
Clasificación de las Dependencia en Ancianos	37
Factores de Riesgo de Fragilidad	38
Prueba Kolmogorov-Smirnov para Normalidad	38
Correlación de Spearman	39

Capítulo I

Introducción

Planteamiento del Problema

El proceso del envejecimiento es un fenómeno que abarca desde la concepción hasta la muerte. A pesar de ser un fenómeno natural conocido por todos, es difícil aceptar el envejecimiento como una realidad innata a todo ser humano. El envejecimiento de la población actualmente se considera un problema de salud pública tanto a nivel nacional como internacional, y desafortunadamente los gobiernos no están preparados para las consecuencias físicas, mentales, sociales y sanitarias que esto implica (Torres y Castillo Herrera, 2011).

González, Leguía y Díaz (2017), afirman que en el mundo los adultos mayores [AM] van en aumento, actualmente esta población representa el 13.5% total de la población mundial.

La Organización Mundial de la Salud en 2015 citado por Vinacia en 2018, sustenta que el envejecimiento poblacional es un fenómeno global que afecta tanto a países desarrollados como en vías de desarrollo. Se estima que en el año 2015 había 901 millones de adultos mayores de 60 años, un aumento muy considerable del 48% más de la población que había en el 2000, calculado en 607 millones. Se prevé que esta cifra crezca un 56% en el año 2030 y se espera que en el 2050 aumente al doble del tamaño reportado en 2015, aproximadamente a 2.1 mil millones (Vinacia et al. 2018).

El crecimiento de la población está cambiando a nivel mundial con la disminución de las tasas de fecundidad y el aumento la sobrevivencia de los adultos mayores. Se espera que para el 2020 la cantidad de menores de 5 años sea igual a la cantidad de personas mayores de 65 años, cumpliendo la transición epidemiológica y que de tener una pirámide

poblacional mundial ahora tengamos un barril poblacional, donde se igualan la cúspide y la base. Las medidas higiénicas, así como las campañas de vacunación y prevención, las campañas contra la mortalidad materno-infantil y el control de las enfermedades infecciosas asociadas han producido un aumento de la expectativa de vida, y han provocado el envejecimiento de la población (OMS, 2014).

En México, las personas mayores son consideradas todavía como un grupo en situación de vulnerabilidad, debido a las características biopsicosociales que presentan, ya que, además de los cambios inherentes a la edad, experimentan fragilidad, la cual se manifiesta por disminución acentuada en la eficiencia de la respuesta funcional de los órganos y sistemas ante los cambios o riesgos, lo que propicia alteraciones físicas, y complicaciones ante enfermedades agudas y crónicas. En general, los ancianos frágiles cursan con enfermedades crónicas descontroladas como: dislipidemias, hipertensión arterial, diabetes mellitus entre otras, por lo cual se les describe como ancianos enfermizos, débiles y dependientes en actividades básicas de la vida diaria como son vestido, alimentación, higiene, deambulación etc.

En un estudio citado por Bahr (2016), señala que, dentro de la población considerada de AM, los “ancianos de riesgo” o “frágiles” son aquellos que, por su situación física, psíquica, funcional o social, se encuentran en un estado inestable, de forma que tienen gran probabilidad de caer en una situación de dependencia o institucionalización. Este estado se traduciría en el individuo en un aumento del riesgo de incapacidad, una pérdida de la resistencia y una mayor vulnerabilidad a eventos adversos, manifestada por mayor morbilidad y mortalidad.

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] en su perfil demográfico, epidemiológico y social de la población adulta mayor mexicana, estima que este grupo

etario paso de ser el 6.2% del total de la población en 2010, al 7.2% en 2015, para el año 2020 se prevé que sobrepase del 10%. Esto confirma que México está volviéndose un país de personas adultas mayores. El aumento de la esperanza que es de 77 años para las mujeres y 72 para los hombres, este proceso conlleva la manifestación de enfermedades crónicas no transmisibles, cuya atención y control es un reto para los gobiernos, las instituciones y la sociedad quienes deberán proponer políticas públicas acordes para la atención de este grupo etario (INEGI, 2015).

Tabasco ocupa el lugar número 26 en el proceso de envejecimiento poblacional del país, el cual continúa en incremento, en el año 2010 había 17 adultos mayores por cada 100 jóvenes, 19 en 2013 y para el año 2030 se estima que habrá casi 41 adultos mayores por cada 100 jóvenes (INEGI, 2015).

Desde el principio de los tiempos, las personas tienen un interés en vivir cada vez más años. El desarrollo de la ciencia y la tecnología lo va haciendo posible, a la par que permite llegar a edades avanzadas con mejor estado de salud y bienestar, todo esto nos hace pensar que se pretenda tengan una mejor calidad de vida (Galván, Díaz, Navarro, Sansó, y Carrasco, 2017).

En adición, el alto crecimiento de la población envejecida está asociado con incremento en la prevalencia de enfermedades crónicas y de síndromes geriátricos lo que tendrá como resultado la fragilidad del adulto mayor, esta condición se caracteriza por pérdida de peso, cansancio físico continuo, fuerza disminuida, velocidad de la marcha lenta y baja actividad física.

La fragilidad supone la pérdida excesiva de masa magra corporal, también llamada sarcopenia, como resultado de la interacción entre múltiples factores, tales como: genéticos, procesos de envejecimiento, enfermedades no transmisibles, medio ambiente, estilo de

vida, estado de nutrición, los cuales exponen a los AM a tener un riesgo muy elevado de sufrir dificultades que pueden afectar la salud a corto, mediano y largo plazo. Entre los riesgos y complicaciones se encuentran, hospitalización, depresión, pérdida de la seguridad, caídas polifarmacia, pérdida de movilidad, discapacidad y muerte. esto conlleva al aumento del riesgo de institucionalización con las consecuentes repercusiones socioeconómicas, individuales y familiares (González, 2017).

El reto en el abordaje en las investigaciones sobre el envejecimiento es entender no solo las condiciones asociadas a las enfermedades, sino también los factores psicológicos, cognitivos y sociales, los cuales podrían contribuir a un proceso que influya de manera positiva en la vejez al aumentar el bienestar y las fortalezas personales, que se verán reflejado en la calidad de vida (González, 2017).

En consecuencia, surge el interés de conocer la calidad de vida con la que están viviendo estas personas ya que presentan afectaciones significativas en la funcionabilidad psicosocial y cognitiva, que afecta en gran medida la percepción de la calidad de vida que viven los adultos mayores. Cuando la percepción de la calidad es inadecuada se puede visualizar a la disminución de la autonomía que imposibilita al adulto mayor para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, hasta la disminución de la armonía psicosocial que lo lleva a niveles de insatisfacción de sus necesidades del desarrollo en su ciclo vital.

Una valoración cuidadosa de la persona mayor permitirá conocer su estado de salud, fragilidad y/o riesgo de fragilidad, lo que posibilitará el desarrollo de intervenciones de enfermería y equipo multidisciplinario de manera óptima y oportuna para mejorar la calidad de vida de los AM.

Se entiende la calidad de vida, como un constructo multidimensional, el cual consiste en la forma en la que las personas perciben su posición en la sociedad en la que viven, en relación con sus metas, expectativas, intereses y estilo de vida, por lo que al estudiar la calidad de vida se trata de abarcar la salud física y psicológica del sujeto, el grado de autonomía, las relaciones sociales, las creencias y valores personales y la relación con el entorno (Vinacia, 2018).

Para la disciplina de enfermería, es un reto conocer el impacto que tiene la fragilidad en la calidad de vida de los AM, esto permitirá establecer las bases para que futuras investigaciones realicen las intervenciones necesarias para mejorar la percepción de los adultos mayores de su posición en la sociedad y generar cambios en las conductas de manera individual o en las actitudes familiares y sociales, que disminuyan en gran medida la aparición de la fragilidad en etapas tempranas, estas intervenciones pueden ser programas de ejercicios físicos regulares lo cual permitirá mantener un estado de salud favorable que fomente la autonomía, así mismo es importante señalar que se debe fomentar la generación de las redes de apoyo para el adulto mayor, de tal manera que permita sentirse incluido en la sociedad, esto permitirá a largo plazo que el AM tenga una mejor calidad de vida.

De acuerdo con la problemática planteada surge el interés de conocer ¿Cuál es la relación de la fragilidad con la calidad de vida de los adultos mayores que asisten a la consulta de especialidad en el Hospital General “Dr. Daniel Gurria Ugell” del ISSSTE Delegación Tabasco?

Justificación

El Hospital General de segundo nivel Gral. “Dr. Daniel Gurria Urgell” cuenta con 18 consultorios donde se brinda consulta de diversas especialidades, y donde acuden de manera cotidiana una gran parte de los adultos mayores que asisten a consulta médica, en ellos se puede observar evidentes síntomas de deterioro en la salud física y emocional, como son fragilidad, pérdida de autonomía y dependencia con las repercusiones a la calidad de vida. Sin embargo, es frecuente que, en la práctica cotidiana, los profesionales de la salud dirijan su atención y recursos al manejo de las enfermedades, es decir a la parte biológica, sin tener en cuenta el contexto psicológico donde se originan estos cambios que afectan la calidad de vida, pudiendo ser prevenidas desde el primer nivel de atención.

El presente estudio está diseñado para que con los resultados obtenidos se puedan crear programas con intervenciones de enfermería donde podrán intervenir utilizando todas las herramientas necesarias para mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

En el ISSSTE, a nivel nacional y estatal, son escasas las investigaciones que expliquen cómo se relaciona o afecta la fragilidad en la calidad de vida, conocimiento que permitirá a futuras investigaciones desarrollar intervenciones para fortalecer e impulsar un cuidado de la salud. Permitirá al personal de enfermería en los tres niveles de atención promover un envejecimiento exitoso.

Objetivos

General. Evaluar la relación entre fragilidad y calidad de vida en los adultos mayores que acuden a la consulta de especialidad en Hospital General “Dr. Daniel Gurria Urgell” ISSSTE Tabasco.

Específicos.

1. Describir las características sociodemográficas de la muestra estudiada.
2. Conocer la calidad de vida de los AM
3. Identificar la fragilidad de los AM de la muestra estudiada.
4. Estimar la presencia de dependencia en las actividades instrumentales de la vida diaria de los adultos mayores.
5. Estimar la relación entre fragilidad, dependencia y calidad de vida en adultos mayores.

Marco Teórico

En la presente investigación se describen los conceptos principales que aluden a los AM, así mismo se presenta los conceptos y proposiciones del instrumento del modelo de calidad de vida de Verdugo-Schalock (FUMAT), que permitirá orientar esta investigación, ya que en la actualidad contamos con instrumentos que permiten la evaluación de la calidad de vida de personas mayores; sin embargo, la mayoría de estos evalúan la calidad de vida relacionada con la salud sin tener en cuenta otros aspectos importantes de la vida de las personas.

Adulto Mayor (AM). La Organización Mundial de la Salud considera como adulto mayor o de edad avanzada a las personas de 60 a 74 años; de 75 a 90 viejas o ancianas, y

las personas que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejas o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad con independencia del grupo a que pertenecen, para las Naciones Unidas, se considera anciano a toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y de 60 para los países en desarrollo. La expresión tercera edad es un término que se refiere a la población de las personas mayores o ancianas. En esta etapa de la vida el sinónimo de vejez y ancianidad viene dado por el deterioro del cuerpo (OMS, 2012).

Generalidades del Adulto Mayor. El envejecimiento de la población es el fenómeno mundial de mayor trascendencia del siglo XXI, el número de personas que en el mundo rebasa la edad de 60 años, aumentó en el siglo XX de 400 millones en la década del 50, a 700 millones en la década del 90; estimándose que para el año 2025 existirán alrededor de 1 200 millones de ancianos. También se ha incrementado el grupo de los "muy viejos", o sea los mayores de 80 años, que en los próximos 30 años constituirán el 30 % de los adultos mayores en los países desarrollados y el 12 % en los llamados en vías de desarrollo.

Existen factores de riesgo para las enfermedades consideradas no transmisibles, las cuales se dividen en cuatro categorías: fisiológicos, como disfunción del sistema inmunitario; médicos, como diabetes o deterioro cognitivo; sociodemográficos y psicológicos, como depresión, enfermedades que aparecen en aproximadamente el 70% de los ancianos y tres o más de ellas en el 35%, contrario a lo que ocurre en los más jóvenes en los que predominan las enfermedades agudas. Ello provoca que los adultos mayores (AM) hagan mayor uso de los servicios sociales y de salud y generen mayores gastos con el empleo de más recursos, siendo necesario una mejor planificación de estos. El bienestar en los ancianos depende de las condiciones de vida que les ofrezca el medio donde se

desenvuelven, exigen la satisfacción de sus crecientes necesidades psicológicas, socioeconómicas, biológicas y funcionales, factores que tienen una indisoluble repercusión en la calidad de vida (Jáuregui, 2012).

La OMS en 2018 sustenta que para comprender el envejecimiento se necesita que todo el personal conozca de esta situación o de estos conceptos que ellos lo definen desde un punto biológico, es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente a la muerte. Aunque estos esos cambios no son lineales ni uniformes, y su vinculación con la edad de una persona en años es más bien relativa. Porque algunos AM disfrutan de una excelente salud y se desenvuelven perfectamente, otros son frágiles y necesitan ayuda considerable. Además de los cambios biológicos propios del envejecimiento, a esto se le asocian otras características propias de la vida cotidiana como la Jubilación, cambios de domicilios y la muerte de su pareja. En la formulación de una respuesta de salud pública al envejecimiento, es importante tener en cuenta no solo los elementos que amortiguan las pérdidas asociadas con la vejez, sino también los que pueden reforzar la recuperación, la adaptación y el crecimiento psicosocial (OMS, 2018).

Afecciones comunes asociadas con el envejecimiento. Entre las afecciones comunes de la vejez cabe citar la pérdida de audición, cataratas y errores de refracción, dolores de espalda y cuello y osteoartritis, neumopatías obstructivas crónicas, diabetes, depresión y demencia. A medida que se envejece aumenta la probabilidad de experimentar varias afecciones al mismo tiempo. La vejez se caracteriza también por la aparición de varios estados de salud complejos que suelen presentarse solo en las últimas etapas de la vida y que no se enmarcan en categorías de morbilidad específicas. Esos estados de salud se

denominan normalmente síndromes geriátricos, pueden ser; fragilidad, incontinencia urinaria, caídas, estados delirantes y úlceras por presión.

Los síndromes geriátricos parecen predecir mejor la muerte que la presencia o el número de enfermedades específicas. Por esta razón se deben realizar investigaciones para realizar las mejores intervenciones posibles de enfermería para mejorar la calidad de vida del AM, y esto a su vez contribuya a que las universidades aumenten el número de especialidades y maestrías orientadas a la atención del AM, para tener personas calificadas y con los mejores conocimientos disponibles (OMS, 2018).

Factores que influyen en el envejecimiento saludable. Aunque algunas de las variaciones en la salud de las personas mayores son genéticas, los entornos físicos y sociales revisten gran importancia, en particular las viviendas, vecindario y comunidades, así como sus características personales, como el sexo, la etnia o el nivel socioeconómico. Estos factores empiezan a influir en el proceso de envejecimiento en una etapa temprana. Los entornos en los que se vive durante la niñez —o incluso en la fase embrionaria— junto con las características personales, tienen efectos a largo plazo en la forma de envejecer. Los entornos también tienen una influencia importante en el establecimiento y mantenimiento de hábitos saludables. El mantenimiento de hábitos saludables a lo largo de la vida, en particular llevar una dieta equilibrada, realizar una actividad física periódica y abstenerse de fumar, contribuye a reducir el riesgo de padecer enfermedades no transmisibles y a mejorar las facultades físicas y mentales. En la vejez mantener esos hábitos es también importante. El mantenimiento de la masa muscular mediante entrenamiento y una buena nutrición pueden ayudar a preservar la función cognitiva, retrasar la dependencia y revertir la fragilidad. Los entornos propicios permiten llevar a cabo las actividades que son importantes para las personas, a pesar de la pérdida de facultades. Edificios y transporte

públicos seguros y accesibles, y lugares por los que sea fácil caminar, son ejemplos de entornos propicios (OMS, 2018).

Dependencia del Adulto Mayor

Los adultos mayores en este periodo experimentan numerosos cambios biopsicosociales que dependen del estilo de vida, del sistema social y familiar e influyen continuamente en las diversas áreas de funcionamiento, favorecen la pérdida de la autonomía que se traduce en la necesidad de depender de otros y deriva en impacto familiar y social. La pérdida constante de capacidades (principalmente relacionadas con el aspecto físico) ha dado lugar a estereotipos respecto al envejecimiento en la cultura occidental, por lo que las personas experimentan cierto temor frente a la llegada de esta etapa que puede llevar incluso al aislamiento social.

Loredo, (2016), en su investigación sobre Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor, refieren que la funcionalidad del adulto mayor alude a las facultades para realizar las actividades de la vida diaria para enfrentar las demandas del ambiente, y vivir de manera independiente. Su evaluación permite conocer el grado de independencia y autonomía. con la pérdida de las habilidades funcionales normales, la persona, los roles y las tareas definidos socialmente se ven afectados y el nivel de socialización del adulto tiende a disminuir, y aparece así el término «discapacidad».

De la Fuente et al. (2010) definen la discapacidad como un estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la pérdida de capacidad física o intelectual, requieren asistencia o ayuda para realizar las actividades de la vida diaria. Estas se operan en funciones principales como vestirse, bañarse, utilizar los servicios o en la disminución de la autonomía para consumir alimentos. Tal situación lleva a que aumente la dependencia

de otros y ocasiona sentimientos de frustración, inutilidad y tristeza por la pérdida de control sobre la vida propia.

Cada adulto mayor vive cambios en sus capacidades físicas, sociales y mentales, lo que altera su calidad de vida y, su percepción de ella.

Calidad de Vida en el Adulto Mayor

Según Vera (2007) la calidad de vida del adulto mayor es “la resultante de la interacción entre las diferentes características de la existencia humana (vivienda, vestido, alimentación, educación y libertades humanas), cada una de las cuales contribuye de diferente manera para permitir un óptimo estado de bienestar, teniendo en cuenta el proceso evolutivo del envejecimiento, las adaptaciones del individuo a su medio biológico y psicosocial cambiante, el cual se da en forma individual y diferente; adaptación que influye en su salud física, fallas en la memoria y el temor, el abandono, la muerte, la dependencia o la invalidez”.

La OMS (2009) define la calidad de vida como “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. El envejecimiento es en sí mismo un proceso cuya calidad está directamente relacionada con la forma como la persona satisface sus necesidades a través de todo su ciclo vital.

Por otra parte, O’Shea (2003) sostiene que “la calidad de vida del adulto mayor es una vida satisfactoria, bienestar subjetivo y psicológico, desarrollo personal y diversas representaciones de lo que constituye una buena vida, y que se debe indagar, preguntando al adulto mayor, sobre cómo da sentido a su propia vida, en el contexto cultural, y de los valores en el que vive, y con relación a sus propios objetivos de vida”.

El concepto de salud que tenga el adulto mayor se relacionará de manera determinante con una valoración subjetiva; es decir, que además de los cambios físicos visibles, este percibe su salud de acuerdo con sus habilidades funcionales, el bienestar psicológico y el soporte social con el que cuente (Gallegos, 2006).

La calidad de vida en la vejez tiene que ver con la seguridad económica y con la inclusión social que se asegura por medio de infraestructuras de apoyo y redes sociales. Todo ello promoverá la participación de las personas de edad como miembros activos de la comunidad, una de cuyas funciones puede ser transmitir sus experiencias a las generaciones más jóvenes, al tiempo que comprenden su estilo de vida y los desafíos que les son propios. Todo ello en una sociedad inmersa en procesos que la llevan también a ella a aprender a envejecer (Tello, 2011).

En esta entidad, es necesario la ampliación de las redes de apoyo e implica necesariamente el apoyo social y familiar a las personas que desean continuar viviendo en la comunidad, como ser cuidados en familia, para que sigan desarrollándose todas sus potencialidades hasta el último momento. Eso conlleva el apoyo material y afectivo a los familiares que, con distintos grados de implicación, participan en la acción de cuidar.

De una forma u otra, los factores sociales e individuales relacionados con el nivel de vida, son los que determinan la calidad de vida de este grupo poblacional, y mejorara en la medida que ellos como un todo funcionen y se integren. La salud y la satisfacción juegan un papel primordial para se pueda lograr una calidad de vida ajustada a la esperanza de vida.

Fragilidad en el Adulto Mayor

Es un término difícil de definir y consensuar, principalmente por tener diferentes conceptualizaciones en su fisiopatología, por no existir un límite preciso biológico, físico-funcional, o clínico entre los estados de buena salud, fragilidad y discapacidad-dependencia y según el ámbito asistencial que se considere. Hoy en día, la mayoría se inclina por considerar una fisiopatología de la fragilidad pluridimensional, con conjunción de diferentes factores influyentes: genéticos, inflamatorios, moleculares, declive celular y orgánico del envejecimiento y enfermedades crónicas. Según Téllez (2016) un AM frágil es aquel que tiene una disminución de las reservas fisiológicas de múltiples sistemas corporales y un mayor riesgo de declinar, lo que lo sitúa en una situación de mayor vulnerabilidad ante perturbaciones externas, y resulta en una mayor probabilidad para presentar episodios adversos de salud (hospitalización, institucionalización, muerte, caídas) y pérdida de función, discapacidad o dependencia.

Fried et al. (2001) elaboró una definición de “fenotipo de fragilidad” que consistía en la presencia de 3 de 5 elementos a evaluar: 1) pérdida no intencionada de ≥ 10 libras (4.530 gramos) en el año precedente, 2) sensación de “estar exhausto” reportado por el paciente, 3) debilidad (medida por la fuerza del cierre de puño) 4) marcha lenta y 5) poca actividad física. Por su parte Abizanda (2010). Refiere que, se considera frágil al anciano que contemple tres o más de las cinco características del síndrome de fragilidad; el fenotipo pre-frágil comprende a los individuos que presentan apenas uno o dos de los componentes anteriormente mencionados; y los ancianos con respuestas negativas o normales a los cinco elementos son considerados no frágiles.

Fisiopatología. El estado de fragilidad es un síndrome clínico-biológico caracterizado por una disminución de la resistencia y de las reservas fisiológicas del adulto

mayor ante situaciones estresantes, a consecuencia del acumulativo desgaste de los sistemas fisiológicos, causando mayor riesgo de sufrir efectos adversos para la salud como son, las caídas, discapacidad, hospitalización, institucionalización y muerte.

Carrillo en 2019 señala que varias alteraciones como Sarcopenia, disfunción neuro endócrina, son relacionadas con la genética, el envejecimiento y las comorbilidades están implicadas en la fisiopatología del síndrome de fragilidad. Los sistemas mayormente implicados son los sistemas musculoesquelético, inmune y el endócrino.

Sarcopenia. La sarcopenia (disminución de la masa muscular relacionada con la edad) parece ser el principal componente del síndrome, y está relacionada con el empobrecimiento de la velocidad de la marcha, la disminución del apretón de mano, el incremento de caídas y la disminución de la capacidad para mantener la temperatura corporal. Es consecuencia, en lo fundamental, de la disfunción neuroendocrina e inmunológica relacionada con el envejecimiento y de factores ambientales, puede ser diagnosticada asociando la talla, el peso corporal, la circunferencia de la pelvis, la fuerza del apretón de mano y los pliegues cutáneos.

Disfunción neuroendocrina. Está demostrado que en el envejecimiento se produce disfunción en el hipotálamo-glándula pituitaria-glándula suprarrenal, expresado por:
Incremento del Cortisol: La secreción de Cortisol aumenta con la edad en ambos sexos. Altos niveles de Cortisol están relacionados con la sarcopenia y con la disminución de la resistencia a enfermedades infecciosas. Las mujeres tienden a tener mayores niveles que los hombres, por lo que son más susceptibles de sufrir de fragilidad. Las variaciones diurnas en los niveles de Cortisol están presentes en mujeres posmenopáusicas frágiles, en quienes, además, los niveles diurnos de Cortisol están significativamente elevados en comparación

con las pacientes no frágiles. Hasta ahora, estos cambios son atribuibles a alteraciones en el eje hipotálamo, hipófisis adrenal asociados al envejecimiento.

Disminución de la hormona del crecimiento. Esta hormona juega un importante papel en el desarrollo y mantenimiento de la masa muscular en todas las edades. En ambos sexos su secreción disminuye en la medida que envejecemos (aunque los hombres mantienen mayores niveles), favoreciendo así el desarrollo de la sarcopenia.

Disminución de la testosterona. En los hombres se produce una gradual declinación en la secreción de testosterona según avanza la edad, debido a una disfunción del eje hipotálamo-pituitario y al fallo testicular. La testosterona ayuda a mantener la masa muscular y la disminución de su secreción contribuye a la sarcopenia.

Disminución de los estrógenos. Los niveles de estrógenos decrecen abruptamente con la menopausia acelerando la pérdida de masa muscular.

Disfunción inmune. El envejecimiento está asociado con un incremento de los niveles de citoquinas catabólicas (como las interleukinas y el factor de necrosis tumoral) y con la declinación de la inmunidad humoral. La testosterona en los hombres limita la producción de citoquinas catabólicas, mientras que los estrógenos pueden aumentarlas, contribuyendo a una mayor incidencia de fragilidad en las mujeres. Hay evidencias de que el dimorfismo del sistema inmune, hacen al hombre más susceptible a la sepsis y a las mujeres más susceptibles a los procesos inflamatorios crónicos y a la pérdida de la masa muscular. La diabetes mellitus acelera la pérdida de la fuerza muscular asociada al envejecimiento, condicionando mayor deterioro de la funcionalidad

Factores ambientales. La baja actividad física y la pobre ingestión de calorías en mujeres, comparadas con los hombres, también las hacen más vulnerables.

Modelo de Calidad de Vida de Verdugo-Schalock (2004)

El modelo de Verdugo-Schalock describe ocho dimensiones de calidad de vida: el bienestar emocional, las relaciones personales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación e inclusión social y derechos.

La Dimensión de Bienestar Emocional que tiene en cuenta los sentimientos como la satisfacción, tanto a nivel personal y vital, el auto concepto de sí mismo, a partir de los sentimientos de seguridad-inseguridad y de capacidad-incapacidad, así como la ausencia de estrés que contiene aspectos relacionados con la motivación, el humor, el comportamiento, la ansiedad y la depresión.

Dimensión de Relaciones Personales a partir de la interacción y el mantenimiento de relaciones de cercanía (participar en actividades, tener amigos estables, buena relación con su familia,) y si manifiesta sentirse querido por las personas importantes a partir de contactos sociales positivos y gratificantes.

Dimensión de bienestar material que contempla aspectos de capacidad económica, ahorros y aspectos materiales suficientes que le permitan de vida confortable, saludable y satisfactoria.

Dimensión de Desarrollo Personal que tenga en cuenta las competencias, habilidades sociales y la utilidad social. El aprovechamiento de oportunidades de desarrollo personal y aprendizaje de nuevas o la posibilidad de integrarse en el mundo laboral con motivación y desarrollo de las competencias personales, la conducta adaptativa y el desarrollo de estrategias de comunicación.

Dimensión de Bienestar Físico desde la atención sanitaria (preventiva, general, a domicilio, hospitalaria, etc.); tiene en cuenta los aspectos de dolor, medicación y

como inciden en su estado de salud y le permiten llevar una actividad normal. El bienestar físico permite desarrollar actividades de la vida diaria desde las capacidades y se ve facilitado con ayuda técnicas si las necesita.

Dimensión de Autodeterminación que se fundamenta en el proyecto de vida personal, en la posibilidad de elegir, de tener opciones. En ella aparecen las metas y valores, las preferencias, objetivos e intereses personales. Estos aspectos facilitan la toma de decisiones y permiten que la persona tenga la opción de defender ideas y opiniones. La autonomía personal, como derecho fundamental que asiste a cada ser, permite organizar la propia vida y tomar decisiones sobre temas de propia incumbencia.

Dimensión de Inclusión Social; valorando si se presenta el rechazo y discriminación por parte de los demás. Podemos valorarlo a partir de saber si la red de apoyo de sus amigos es amplia o limitada, si utiliza entornos de ocio comunitarios. La inclusión puede medirse desde la participación y la accesibilidad que permite romper barreras físicas que dificultan la integración social.

Dimensión de la Defensa de los Derechos; que contempla el derecho a la intimidad y al respeto medible desde el trato recibido en su entorno.

Las dimensiones propuestas han sido ratificadas por un riguroso y extenso análisis de la investigación publicada en los últimos 15 años en el campo de la salud mental, educación, discapacidad, salud y tercera edad.

Hipótesis

A lo largo de esta investigación se pondrán a prueba las siguientes hipótesis de investigación.

Hi. La presencia de fragilidad se relaciona de forma inversa con la calidad de vida de los adultos mayores

Ho. La presencia de fragilidad no se relaciona de forma inversa la calidad de vida de los adultos mayores

Estudios Relacionados. A continuación, se presentan los estudios de investigación que servirán como guías en las variables de interés.

Fragilidad en AM

González, Cardentey, Hernández, Rosales y Jeres Castillo en 2017 realizaron una investigación acerca del comportamiento de la fragilidad en adultos mayores pertenecientes al Policlínico universitario Pedro Borrás Astorga. El estudio fue descriptivo y transversal, de septiembre a noviembre del 2016. La población fueron 127 adultos mayores que asisten a este Policlínico. La muestra estuvo conformada por 112 adultos mayores frágiles pertenecientes a dicha área. Los resultados mostraron que predominó el sexo femenino con 67.9 %, así como el grupo de edad de 65 y más años con 80.4 %. En cuanto a la clasificación de AM frágiles se encontró el 75.9 %, seguido por discapacidad o minusvalía con 17.9 %. En relación con los AM frágiles afectados según el sexo, el 72.2% predominó el femenino.

González, Leguía y Díaz en 2017, realizaron una investigación con el objetivo de identificar la prevalencia y factores asociados al síndrome de fragilidad en adultos mayores

en la consulta de atención primaria de EsSalud, Chiclayo-Perú, fue un estudio descriptivo, prospectivo y transversal, cuya muestra fue de 326 adultos mayores pertenecientes a la zona urbana y distritos periféricos de Chiclayo que acuden a la consulta externa en los policlínicos Naylamp y Chiclayo Oeste. Se les aplicó una ficha de recolección de datos que incluía variables sociodemográficas, presencia de comorbilidad y polifarmacia, y los criterios clínicos del síndrome de fragilidad. Los principales resultados fueron que la prevalencia de fragilidad fue de 17.5% y la de pre-fragilidad, 40.9%. Los criterios clínicos de fragilidad más frecuentes fueron: cansancio auto referido (42.3%) y fuerza de prensión disminuida (32.8%). En el análisis bivariado, se encontró asociación con edad, grado de instrucción, ocupación.

Salazar, Córdoba, Murcia e Higuera (2018) realizaron una investigación sobre el perfil de fragilidad en adultos mayores de una población en un municipio de Colombia, en el periodo de julio a octubre del 2017. El estudio fue descriptivo, observacional, de corte transversal en sujetos de ambos sexos, de edad mayor o igual a 60 años, la muestra de 318 adultos mayores se caracterizó el perfil de fragilidad de acuerdo a los criterios validados por la escala de Fried, en quienes cumplieron los criterios de inclusión, los resultados reportados por los investigadores el 62.8% correspondían a población pre-fragil, el 18.5 % a población frágil y el 18.5 % a población no frágil. Los pre-fragiles presentaron mayor frecuencia de comorbilidad, polifarmacia, caídas, baja escolaridad, baja actividad física, dependencia, depresión, deterioro cognitivo, riesgo de malnutrición y bajo desempeño en pruebas de ejecución física.

Calidad de vida en AM

Vinnacia-Alpi, Munévar, García, Quiceno, Martínez, Martínez, y Reyes, K. en el 2018 realizaron una investigación para conocer las relaciones entre calidad de vida y factores sociodemográficos y de salud en adultos mayores colombianos, fue un estudio descriptivo correlacional, la muestra estuvo conformada 150 adultos mayores de entre 60 y 98 años de edad de los cuales 68 fueron hombres (45.3%) y 82 mujeres (54.7%), respecto a la calidad de vida se encontró que el 54.60% tenía baja calidad de vida.

Santo en (2018) realizó una investigación para conocer la calidad de vida de los adultos mayores que tienen diabetes tipo II, evaluar la percepción de la calidad de vida por pacientes adultos mayores con padecimiento de Diabetes Mellitus tipo II. El estudio cualitativo del tipo investigación-acción participativa en 37 adultos mayores de la Policlínica Universitaria “Luis Enrique de la Paz”, Yara, desde noviembre del 2016 a junio de 2017. La calidad de vida se midió utilizando el cuestionario de WHOQOL-BREF realizando una visita pormenorizada a las viviendas, los principales resultados: Predominó el sexo femenino (75.68%) con una media de edad de 71.24 años. El 27.03% de los adultos mayores eran divorciados o viudos, el 62.16% convivían en familias extensas, el 59.46% convivían en familias funcionales mientras que el 51.35 % convivían en familias con ingresos económicos medios. La comorbilidad fue prevalente a expensas de la hipertensión arterial (67.47%). El tiempo medio de evolución de la enfermedad fue de 11.37 años. La calidad de vida fue auto percibida como deficiente en el 67.57% de los adultos mayores a expensas de la satisfacción con su salud (75.68%). La dependencia de sustancias médicas resultó ser el dominio de mayor puntuación y el que mayor incidencia tuvo en el resultado final de la percepción de la calidad de vida.

Quiroz, Quintana, Flores, Castro, García y Rubio en 2017, realizaron una investigación acerca de la soledad, depresión y calidad de vida en adultos mayores mexicanos. Con el objetivo analizar el efecto independiente de la soledad, edad, presencia o no de enfermedades, presencia o no de pareja y vivir solo o con otros como predictores de depresión y calidad de vida en adultos mayores. La muestra fue de 489 adultos mayores de entre 60 y 97 años ($M = 69.61$, $D.E. = 7.46$ años), captados mediante un muestreo intencional, no probabilístico o dirigidos en sus centros de reunión en los municipios de Cajeme y Navojoa, ambos del estado de Sonora (México). Se utilizó el instrumento WHOQOL-BREF para medir la calidad de vida. Los resultados indican que son las percepciones negativas hacia las vivencias en la etapa de vida de la vejez, en conjunto con la percepción de soledad social y familiar, las dimensiones de soledad que principalmente explican los síntomas de depresión y el deterioro en la calidad de vida, así como una mayor edad, la presencia de enfermedades y la ausencia de una pareja.

Fragilidad y Calidad de Vida AM

González y González en 2012 realizaron una investigación caracterizar el estado de fragilidad en la población de adultos mayores atendida en la Clínica de Medicina Familiar (CMF) “Dr. Ignacio Chávez”, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y relacionarlo con factores sociodemográficos y de salud, así como con calidad de vida. Material y métodos: diseño: estudio transversal y analítico. Población: muestreo no probabilístico por conveniencia en 253 adultos mayores de 60 años o más, los cuales asisten a consulta médica en la CMF “Dr. Ignacio Chávez” del ISSSTE. Los resultados encontrados el número total de pacientes fue de 253, de estos 138 eran mujeres (54.5%) y 115 hombres (45.5%), la media de edad fue de 70.7 años (± 7.7),

con rango de 32 (60 a 92). Respecto a las comorbilidades, más de la mitad (51.8%) presentaron hipertensión arterial, mientras que 65 (25.7%) refirieron ser diabéticos tipo 2. Sólo 9 (3.6%) presentaron algún grado de obesidad, según la Organización Mundial de la Salud (OMS). Los resultados de prevalencia de fragilidad diagnosticada, según criterios de Fried, 16 pacientes (6.3%) no mostraron fragilidad, 125 (49.4%) resultaron prefrágiles y 112 (44.3%) tuvieron diagnóstico de fragilidad. Los criterios que se presentaron con mayor frecuencia fueron la sensación de agotamiento (82.2%) y el bajo nivel de actividad física (73.5%). Al relacionar la presencia de fragilidad con las variables sociodemográficas se consiguió relación con significancia estadística en todos los casos, mientras que con las comorbilidades y el Índice de Masa Corporal (IMC) se obtuvo que los pacientes con IMC normal, así como los que padecían enfermedades articulares presentaron mayor fragilidad. Respecto a la relación entre fragilidad y las dimensiones de calidad de vida se encontró menor calidad de vida en personas que tenían fragilidad.

Definición de Términos

Adulto Mayor. La Organización Mundial de la Salud considera como adulto mayor o de edad avanzada a las personas de 60 a 74 años; de 75 a 90 viejas o ancianas, y las personas que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejas o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 se le llamara de forma indistinta persona de la tercera edad.

Dependencia. Es la situación de una persona que no puede valerse por sí misma, presupone la pérdida de la autonomía y relega el cuidado propio, ya sea a personas o a instituciones

Calidad de Vida. Percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes (OMS, 2009).

Esta será medida con el cuestionario Escala de calidad de vida, FUMAT (Verdugo, Gómez, y Arias, 2009). La Escala FUMAT se construyó para ser aplicada a personas mayores con discapacidad y personas con discapacidad física grave. Evaluación objetiva de la calidad de vida (Bienestar emocional, Bienestar físico, Bienestar material, Relaciones interpersonales, Inclusión social, Desarrollo personal, Autodeterminación y Derechos).

Fragilidad. Pérdida de peso, autonomía, cansancio, fuerza disminuida, velocidad de la marcha lenta y baja actividad física, en resumen la fragilidad supone la pérdida excesiva de masa magra corporal, también llamada sarcopenia, como resultado de la interacción entre múltiples factores, tales como: genéticos, procesos de envejecimiento, enfermedades, medio ambiente, estilo de vida, estado de nutrición, ponen al adulto mayor a tener un riesgo muy elevado de eventos adversos sobre su salud a corto, medio y largo plazo (González, 2017).

Esta variable será medida con la Escala FRAIL. Escala validada, y una de las más sencillas de uso, el cuestionario FRAIL, consta de 5 preguntas sencillas relativas cada una de ellas a un dominio (Fatigabilidad, Resistencia, Deambulacion, Comorbilidad y Pérdida de Peso).

Capítulo II

Metodología

En este capítulo se describe el diseño del estudio, la población, muestreo y muestra, así mismo se explica el procedimiento de selección de los participantes, recolección de la información y la descripción de los instrumentos, se incluyen también las consideraciones éticas y estrategia para análisis de los datos.

Tipo del Estudio

La presente investigación fue de tipo descriptivo, y correlacional porque se tiene como propósito medir el grado de relación que existe entre dos variables, transversal, los datos se tomaron en un momento específico de tiempo y no involucraron seguimiento. Se analizaron la Fragilidad y la Calidad vida en los adultos mayores de 65 años que acuden a consulta de especialidad en el Hospital de segundo nivel “Dr. Daniel Gurria Urgel” perteneciente al ISSSTE, ubicado en la ciudad de Villahermosa Tabasco.

Población, Muestra y Muestreo

La población de estudio fueron los adultos mayores mujeres y hombres de 65 años y más, los cuales son derechohabientes pertenecientes al ISSSTE Tabasco. El muestreo que se utilizó fue, no probabilístico por conveniencia. La muestra fue conformada por 160 adultos mayores que asistieron a consulta médica de especialidad, en el hospital de segundo nivel, Hospital General Dr. “Daniel Gurria Urgell”, en el periodo comprendido del 01 de julio al 30 de julio 2019.

Criterios de Inclusión

Adultos mayores de ambos sexos, que tuviera cumplidos 65 años y más, y que se encuentren en el padrón de derechohabientes del ISSSTE Tabasco. Los cuales acudieron a consulta externa ISSSTE. Este rango de edad se seleccionó de acuerdo con las investigaciones que mencionan que el síndrome de fragilidad se manifiesta a los 80 años, y para poder medir la prefragilidad se toma la edad de 65 años (García, 2012).

Criterios de Exclusión

No se incluirán aquellos de los que no se pueda obtenerse información subrogada de familiares o cuidadores, por presentar deterioro cognitivo (González R. 2012).

Instrumentos

Se utilizarán tres instrumentos en esta investigación y una cédula de datos sociodemográficos, 1) Escala de calidad de vida, FUMAT, 2) Escala FRAIL para determinar la existencia de síndrome de Fragilidad, 3) Cuestionario de Barber.

Cédula de Datos Sociodemográficos. Se preguntará el sexo, edad, estado civil, presencia de enfermedades crónicas degenerativas, años de escolaridad y ocupación con la finalidad de conocer las características de la población a la cual se le aplicarán los instrumentos para relacionar datos estadísticos (Apéndice B).

Escala de calidad de vida, FUMAT. La Escala FUMAT, Se utiliza para evaluar de forma objetiva la calidad de vida de los usuarios de Servicios Sociales, mediante la evaluación objetiva, fue elaborada en 2009 por Verdugo, Gómez, y Arias, se trata de un cuestionario de 57 preguntas de respuesta tipo Likert (desde, 4 Siempre o casi, 3 Frecuente mente, 2 Algunas veces, 1 Nunca o casi nunca).

Los ítems que se responden de manera (desde, 4 Siempre o casi, 3 Frecuente mente, 2 Algunas veces, 1 Nunca o casi nunca) son 1, 4, 6, 9, 10, 11, 14, 15, 20, 22, 25, 28, 33, 36, 38, 39, 40, 41, 42, 44, 47, 49, 50, 53, 54, 56 y 57.

Los ítems que se responden de manera (desde, 1 Siempre o casi, 2 Frecuente mente, 3 Algunas veces, 4 Nunca o casi nunca) son 2, 3, 5, 7, 8, 12, 13, 16, 17, 18, 19, 21, 23, 24, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 37, 43, 45, 46, 48, 51, 52, y 55.

Distribuidas en 8 sub escalas o dimensiones; Bienestar emocional (del ítem 1 al 8), Relaciones interpersonales (del ítem 9 al 14), Bienestar material (del ítem 15 al 21), Desarrollo personal (del ítem 22 al 29), Bienestar físico (del ítem 30 al 35), Autodeterminación (del ítem 36 al 43), Inclusión social (del ítem 44 al 52), y Derechos (del ítem 53 al 57). El objetivo de esta escala es identificar el perfil de calidad de vida de una persona, para poder realizar planes individuales de apoyo y una supervisión más fiable de los progresos y resultados de los planes (Verdugo, Gómez, y Arias, 2009). Está destinada a personas mayores con más de 50 años y personas con discapacidad a partir de los 18 años, ambas usuarios/as de Servicios Sociales. El tiempo de cumplimentación es aproximadamente de 10 minutos. La Escala FUMAT obtuvo un $\alpha=.954$, a mayor puntuación mayor calidad de vida con una mínima puntuación de 57 y una máxima de 228, estas puntuaciones se convierten a índices (Apéndice C).

Escala FRAIL. González y Domingo 2017. Escala validada, y una de las más sencillas de uso, el cuestionario FRAIL, consta de 5 preguntas sencillas relativas cada una de ellas a un dominio (Fatigabilidad, Resistencia, Deambulacion, Comorbilidad y Pérdida de Peso), cada una que se responda de manera positiva vale 1 punto. Al igual que con los criterios de Fried, los pacientes se clasifican frágiles cuando suman 3-5 puntos, pre-frágil (1-2) y robusto (0).

La escala FRAIL en una población afroamericana de mediana edad tardía. Fue elaborada por la Asociación Internacional de Nutrición y Envejecimiento en 2002 (Apéndice D).

Escala de Barber. Este instrumento se utiliza para la identificación de situaciones de dependencia y fragilidad del paciente que lo hace más vulnerable ante problemas de salud. Es una escala que consta de nueve preguntas con dos opciones de respuesta si y no; al no se le dio valor de cero y al sí valor de uno, a mayor puntuación mayor dependencia. Sólo una respuesta afirmativa sugiere la posibilidad de encontrarse ante un anciano de “alto riesgo” (Gaspar y Escayola, 2006). El cuestionario de Barber (CB) se creó y comenzó a utilizarse en Inglaterra al inicio de los años ochenta para detectar a los ancianos con riesgo de dependencia, inicialmente como cuestionario postal, aunque posteriormente ha tenido diversas modificaciones por otros autores, tanto en contenido como en la vía de administración. Es el cuestionario más empleado en España para seleccionar a los ancianos de riesgo en general, aunque originariamente y en su introducción en España se empleaba para detectar a ancianos con riesgo de dependencia y fragilidad según Lesende en 2006 (Apéndice E).

Recolección de Datos

La investigación fue aprobada por el comité de posgrado, se procedió a gestionar los permisos necesarios ante el director del Hospital General de segundo nivel, “Dr. Daniel Gurria Urgell”, ISSSTE, se presentó el objetivo de la investigación, y se elaboró un formato de consentimiento informado, para la autorización por parte de los adultos mayores que participaron en el estudio.

Una vez obtenido el permiso se aplicaron las encuestas, se buscó personal profesional para aplicar las mismas, en este caso concreto se brindó capacitación a una

enfermera sobre los instrumentos, con tres sesiones de una hora durante una semana para que conociera los instrumentos y la manera de aplicarlos, realizando una estructura de las posibles preguntas y respuestas que se les pueda proporcionar al AM o familiar ante una duda, así mismo se le comunica la importancia de la firma de consentimiento informado para cada uno de los participantes.

En el trabajo de campo, la recogida de datos se efectuó en los meses de junio a septiembre 2019. La participación fue con un horario de 8 horas por semana incluyendo sábado, domingo y días festivos.

Consideraciones Éticas.

La investigación se apegó a las disposiciones generales del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 2015). Se consideró lo establecido en el Título Segundo de los Aspectos Éticos de la Investigación en seres humanos, Respecto al Capítulo I, Artículo 13 prevaleció el respeto a su dignidad y bienestar durante la relación con los trabajadores. De acuerdo con el Artículo 14, fracciones I, V, VI, VII y VIII, la investigación se desarrolló conforme a los principios científicos y éticos. Según los Artículos 16, 17 y 18, esta investigación se considera como una investigación con riesgo mínimo, ya que se realizó la encuesta en un ambiente tranquilo; además se suspendió la participación cuando se advirtió un riesgo mayor o por decisión del participante. De acuerdo con los Artículos 20, 21, 22, 23, 57 y 58 Para autorizar la participación de los derechohabientes AM, el investigador principal elaboró el consentimiento informado por escrito, el cual explicará claramente los objetivos, asegurando confidencialidad de la investigación. El Adulto mayor, tuvo la libertad de suspender su participación en el estudio y de retirar su consentimiento de inmediato cuando

así lo solicitará y sin ningún perjuicio. La participación del adulto mayor fue de manera anónima, respetando dignidad y discreción.

Análisis de los Datos

De los datos obtenidos fueron procesados para su análisis en el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 22.0 para Windows. Se utilizó la estadística descriptiva e inferencial utilizando tablas de frecuencia, porcentajes y gráficas. El análisis descriptivo se realizó a través de frecuencias, proporciones, medidas de tendencia central y de variabilidad. Así mismo, se utilizó estadística inferencial para dar respuesta a los objetivos planteados, al correlacionar las variables fragilidad con calidad de vida, también para relacionar la distribución de los datos, para realizar los análisis necesarios para la prueba de la hipótesis planteada.

Administración de la Investigación

Dentro de esta investigación se incluirán los recursos materiales, humanos y financieros estos serán financiados propiamente por quien realiza la investigación. La presente investigación fue realizada por la enfermera especialista Abigail Cortez Rasgado, asesorada por la DCE. María Asunción Vicente Ruíz y la DSP Carmen de la Cruz García como directoras de tesis.

Los recursos materiales están considerados como, artículos de oficina, papelería, equipo de cómputo, pago de transportación terrestre, copias fotostáticas, impresora, teléfono celular, tres bloques de hojas blancas, lapiceros, lápices, sacapuntas, folders, carpetas, tabla de apoyo en la escritura.

En las cuestiones de recursos financieros se invirtió un presupuesto total de \$ 11,190.00 pesos moneda nacional.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

Capítulo III

Resultados

En este capítulo se describen la consistencia interna de los instrumentos, la descripción de las variables sociodemográficas y la clasificación de las variables de interés calidad de vida, fragilidad y funcionalidad del adulto mayor.

Confiabilidad Interna de los Instrumentos

Los coeficientes de confiabilidad (Alpha de Cronbach) obtenidos de los instrumentos se reportan en la Tabla 1, estos resultados son congruentes con los estudios previos citados. Tabla 1

Confiabilidad Interna de los Instrumentos

Instrumento	Reactivos	Coefficiente
Escala de calidad de vida, FUMAT	1-57	.960
Cuestionario de Barber	1-9	.738
Escala FRAIL	1-12	.791

Nota: Escala de calidad de vida, FUMAT, Cuestionario de Barber, Escala FRAIL; ($n=160$)

Para darle respuesta al objetivo uno de describir las características sociodemográficas de la muestra estudiada de los 160 pacientes encuestados se encontró el 51.9% ($n=83$) son mujeres, el estado civil el 76.3% ($n=122$) son casados, de religión católicos en un 56.9% ($n=91$), de los cuales el 52.5% ($n=84$) son jubilados, Ver tabla 2.

Tabla 2

Características Sociodemográficas

VARIABLES DE ESTUDIO	Características	f	%
Sexo	Mujer	83	51.9
	Hombre	77	48.1
Estado Civil	Casado	122	76.3
	Viudo	27	16.9
	Conviviendo en Pareja	4	2.5
	Soltero	4	2.5
	Divorciado	3	1.9
Ocupación	Jubilado	84	52.5
	Labores del Hogar	28	17.5
	Comerciante	15	9.4
	Otros	10	6.3
	Obrero	9	5.6
	Profesionista	8	5.0
	Campesino	6	3.8
Religión	Católico	91	56.9
	Testigo de Jehová	25	15.6
	Adventista	25	15.6
	Cristiana	17	10.6
	Otros	2	1.3

Nota: Cédula de datos sociodemográficos, f= Frecuencia, %= Porcentaje; (n=160)

En la estadística descriptiva se encontró una edad media de edad de 70 años, el número de hijos en promedio es de 4 y los años de estudio fueron 11 en promedio, ver tabla 3.

Tabla 3

Estadística Descriptiva de los datos Sociodemográficos

Variable	Media	Mediana	DE	Mínimo	Máximo
Edad	70.28	69	4.81	63	86
Años de Estudio	10.83	12	6.53	0	22
Número de Hijos	3.96	4	1.35	0	8

Nota: Cédula de datos Sociodemográficos, *DE*= Desviación Estándar; (*n*=160)

Con respecto al objetivo dos de conocer la calidad de vida se utilizó la Escala de calidad de vida, FUMAT; la calidad de vida se encontró una puntuación máxima de 217 con una media de 176 donde el autor refiere que a mayor puntuación mayor calidad de vida. presentando una mínima puntuación de 133 y una máxima de 217, Ver tabla 4.

Tabla 4

Estadística Descriptiva de la Escala de calidad de vida, FUMAT

Variable	Media	Mediana	DE	Mínimo	Máximo
Calidad de Vida	176.02	176	12.63	133	217

Nota: Escala de calidad de vida, FUMAT, *DE*= Desviación Estándar; (*n*=160)

La puntuación general se realizó en categorías donde el 71.3% ($n=114$) presentan mediana calidad de vida, y el 14.4% ($n=23$) en las dos categorías alta y baja calidad de vida, Ver tabla 5.

Tabla 5

Clasificación de la Calidad de Vida

Nivel de Calidad de Vida	<i>f</i>	%
Mediana Calidad de Vida	114	71.3
Alta Calidad de Vida	23	14.4
Baja Calidad de Vida	23	14.4

Las dimensiones de la calidad de vida que mayor puntuación presentaron fueron bienestar material con una media de 67.84, Desarrollo personal con una media de 65.76, la dimensión que menos puntuación presentó fue la de inclusión social con una media de 46.25, Ver tabla 6

Tabla 6

Índices de las Dimensiones de la Escala de calidad de vida, FUMAT

Dimensiones	Media	Mediana	DE	Mínimo	Máximo
Bienestar Material	67.84	69	15.23	0	100
Desarrollo Personal	65.76	57	16.18	0	100
Bienestar Emocional	58.86	58	15.79	0	100
Bienestar Físico	57.14	46	14.46	0	100
Derechos	56	60	20.53	0	100
Relaciones Interpersonales	53.32	53	19.71	0	100
Autodeterminación	47.10	47	21.35	0	100
Inclusión Social	46.25	60	17.26	0	100

Nota: Escala de calidad de vida, FUMAT, DE= Desviación Estándar; (n=160)

Para dar respuesta al objetivo tres conocer la fragilidad de estos adultos mayores con la escala FRAIL se encontró que el 53.8% ($n=86$) son frágiles, el 43.1% ($n=69$) Pre Frágiles y el 3.1% ($n=5$) no tienen Fragilidad ver tabla 7.

Tabla 7

Clasificación de la Fragilidad en Ancianos

VARIABLES DE ESTUDIO	Características	<i>f</i>	%
Clasificación	Frágiles	86	53.8
	Pre-Frágiles	69	43.1
	Robustos	5	3.1

Nota: Escala Frágil, *f*= Frecuencia, %= Porcentaje; ($n=160$)

El Cuestionario de Barber (que busca valorar el riesgo de dependencia en ancianos) donde se responde el objetivo cuatro se encontró que el 97.5% ($n=156$) tienen riesgo de dependencia y el 2.5% ($n=4$) sin riesgo ver tabla 8.

Tabla 8

Clasificación de las Dependencia en Ancianos

Riesgo de Dependencia	Características	<i>f</i>	%
	Con Riesgo	156	97.5
	Sin Riesgo	4	2.5

Nota: Cuestionario de Barber, *f*= Frecuencia, %= Porcentaje; ($n=160$)

Las preguntas que son mayores factores de riesgo de fragilidad del adulto mayor se encontraron que el 79% si tiene dificultades con la vista para realizar sus labores habituales, seguido del 75% si ha estado ingresado en el hospital en el último año, el 46.9% si necesita de alguien que lo ayude a menudo y el 40% si le supone mucha dificultad la conversación porque oye mal, Ver tabla 8.

Tabla 9

Factores de Riesgo de Fragilidad

Ítems	Si		No	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
¿Tiene dificultades con la vista para realizar sus labores habituales?	127	79.4	33	20.6
¿Ha estado ingresado en el hospital en el último año?	120	75	40	25
¿Necesita de alguien que lo ayude a menudo?	75	46.9	85	53.1
¿Le supone mucha dificultad la conversación porque oye mal?	64	40	96	60

Nota: Cuestionario de Barber, *f*= Frecuencia, %= Porcentaje; (*n*=160)

En la tabla 10 se muestra la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, los datos no mostraron una distribución normal, Ver Tabla 10. Lo que permite seleccionar una prueba de correlación de Spearman.

Tabla 10

Prueba Kolmogorov-Smirnov para Normalidad.

Variable	Media	<i>D</i>	Valor de <i>p</i>
Calidad de Vida	176.02	.073	.036
Dependencia	2.69	.184	.000
Fragilidad	2.48	.237	.000

Nota: *D*= prueba de Kolmogórov-Smirnov; *p* valor; (*n*=160)

Para dar respuesta al último objetivo de buscar la relación entre variables, en base a los resultados obtenidos se encontró una relación significativa negativa entre las variables, se realizó un análisis de correlación bivariada, para lo cual se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman. Los resultados se presentan en la Tabla 11 donde se observa que la fragilidad se relacionó de manera inversa y estadísticamente significativa con la calidad de vida ($r = -.237^{**}$, $p=.01$), y la dependencia de igual manera ($r = -.414^{**}$, $p=.01$), es decir entre mayor fragilidad, y dependencia menor será la calidad de vida del adulto mayor.

Tabla 11

Correlación de Spearman

Variables	Calidad de Vida	Fragilidad	Dependencia
Calidad de Vida	1		
Fragilidad	-.237**	1	
Dependencia	-.414**	.336**	1

Nota: ** $p < .01$

Capítulo IV

Discusión

El perfil sociodemográfico de la muestra de AM estudiada la mayoría fueron mujeres representando el 51.9% de la muestra estudiada, predominaron casadas, pensionadas, de religión católica, con una edad promedio de 70 años, con cuatro hijos, 73% correspondió a AM casados, el nivel de estudio se encontró un promedio de 11 años escolares; el 74% corresponde a AM jubilados, estos resultados son similares a lo reportado en un estudio realizado con derechohabientes de una unidad de salud, en el estado de Querétaro, México por Loredo (2016) con una muestra de 116 adultos mayores, de los cuales el 54.3% eran mujeres y el resto hombres. Con respecto al estado civil, el 67.2% estaban casados y el 24.1% eran viudos. En relación a la escolaridad, el 32.8% de los participantes tenían primaria incompleta y el 23.3%, completa; el 20.7% tenían nivel de estudios profesionales. El 86.2% de los participantes profesaban la religión católica. Con respecto a la ocupación, el 60% se dedicaban al hogar; de estos casos, en el 52.6% su fuente de ingresos era la pensión. El 64% de los adultos mayores encuestados vivían con su pareja, y el 23.3% con sus hijos. En este sentido, el hecho de que los participantes hayan sido derechohabientes a una institución de salud muestra los beneficios de contar con servicios que garanticen el acceso a información valiosa sobre prácticas saludables, monitorización médica, educación de enfermería, orientación en el cuidado, entre otros. En población mexicana del estado de Sonora Quiroz et al, en 2017 reportó que la edad fue de 70 años en promedio en su mayoría mujeres.

En países latinos, González et al. en 2017 estudió en población cubana reportó predominio del sexo femenino en un 70%, la edad fue de 65 años. Hallazgos similares fueron publicados por Vinancia et al. en 2018 en población colombiana encontró que los

adultos mayores tenían entre 60-98 años de edad de los cuales más del 50% fueron mujeres. Resultados que son congruentes con las investigaciones anteriores donde mencionan que se está viviendo una etapa de transición donde cada día las cifras de adultos mayores van en aumento como lo reporta la OMS (2015) que actualmente esta población representa el 14% a nivel mundial, para el 2030 se espera un 56% y en el 2050 aumentara al doble que tenía en el 2015, se estima 2.1 mil millones.

El hecho de que las mujeres presenten mayor esperanza de vida resulta imperante en toda América Latina y el Caribe, esto se sustenta en el documento de informe presentado en Redes de apoyo social de las personas mayores en América Latina y el Caribe (2003) donde se estima que las mujeres de esta región equivalen al 60% de la población AM.

El que las mujeres tengan mayor longevidad que los hombres puede interpretarse como una ventaja, pero puede derivar también en condiciones inadecuadas de vida. Las inequidades de género que se acumulan en las etapas anteriores se hacen extremas en esta etapa de vida.

En cuanto a fragilidad se encontró que el 53.8% (n=86) son frágiles, el 43.1% (n=69) Pre Frágiles y el 3.1% (n=5) no tienen Fragilidad. Esta proporción representa un porcentaje similar comparado con un estudio realizado en Colombia en una muestra estudiada por Salazar et al, en el año 2018, el perfil de fragilidad evidenciando una mayor prevalencia de pre fragilidad de un 62.8%, el 18.5 % a población frágil y el 18.5 % a población no frágil. Los pre-frágiles presentaron mayor frecuencia de comorbilidad, polifarmacia, caídas, baja escolaridad, baja actividad física, dependencia y depresión. Por otra parte, en un estudio realizado en el estado de Tabasco, por Quevedo, en la comunidad de Emiliano Zapata Tabasco Se incluyeron 94 adultos mayores, 63% femeninos y 37%

masculinos. La edad media fue $69,4 \pm 7,1$ años. La morbilidad estuvo presente en 85%. Hubo riesgo nutricional elevado en 86.2%. La dependencia básica para la vida diaria fue de 9.6%. La prevalencia del síndrome de fragilidad fue 98%. Como factor asociado se encontró el riesgo nutricional ($p=0.02$). Se puede observar variabilidad en la prevalencia encontrada lo cual puede deberse a la diferencia de características socioculturales de las poblaciones evaluadas.

Con respecto al grado de dependencia que tienen los AM de la muestra estudiada de acuerdo al Cuestionario de Barber (que busca valorar el riesgo de dependencia en ancianos) se encontró que el 97.5% ($n=156$) tienen riesgo de dependencia y el 2.5% ($n=4$) sin riesgo. Las preguntas que son mayores factores de riesgo de fragilidad del adulto mayor se encontraron que el 79% si tiene dificultades con la visión que dificulta para realizar sus labores habituales, seguido del 75% si ha estado ingresado en el hospital en el último año, el 46.9% si necesita de alguien que lo ayude a menudo y el 40% si le supone mucha dificultad la conversación porque oye mal. En un estudio realizado en Chile por Saavedra 2016 donde se busca La funcionalidad medida con el Test BARTHEL, que evalúa la capacidad de realizar las actividades de la vida diaria de manera independiente para los casos antes del programa se encontró el 8.25% con grado de dependencia leve el 27.7% independientes 72%.

Los factores de riesgo identificados de fragilidad del adulto mayor se encontraron que ocho de cada diez no ven adecuadamente complicándoles realizar sus actividades habituales, han estado hospitalizados en un 70%, cuatro de cada diez necesitan de alguien que los apoye y tienen dificultades de entablar una conversación porque tienen disminuida la audición, estos hallazgos son similares a lo reportado por González donde los criterios

clínicos de fragilidad más frecuentes fueron: cansancio auto referido en 42% y fuerza de prensión.

La calidad de vida reportada en este estudio se encontró una media de 176 una puntuación máxima de 217 y un mínimo de 133 donde el autor refiere que a mayor puntuación mayor calidad de vida, la clasificación de la calidad de vida siete de cada diez adultos mayores tienen calidad de vida media, el 14% tienen en las dos categorías alta y baja calidad de vida; resultado similar a lo reportado por Vinancia y Santos en 2018 ambos estudios en población Colombiana donde ambos resultados muestran que perciben baja calidad de vida en 55% y 68%, la calidad de vida en la vejez tiene que ver con la seguridad económica y con la inclusión social que se asegura por medio de infraestructuras de apoyo y redes sociales. Todo ello promoverá la participación de las personas de edad como miembros activos de la comunidad, una de cuyas funciones puede ser transmitir sus experiencias a las generaciones más jóvenes, al tiempo que comprenden su estilo de vida y los desafíos que les son propios. Todo ello en una sociedad inmersa en procesos que la llevan también a ella a aprender a envejecer (Tello, 2011).

La calidad de vida reportada de los adultos mayores presentó una media de 176, una puntuación máxima de 217 y un mínimo de 133, el autor refiere que a mayor puntuación mayor calidad de vida, la clasificación de la calidad de vida siete de cada diez adultos mayores tienen calidad de vida media, el 14% tienen en las dos categorías alta y baja calidad de vida; resultado similar a lo reportado por Vinancia y Santos en 2018 ambos estudios en población Colombiana donde ambos resultados muestran que perciben baja calidad de vida en 55% y 68%, la calidad de vida en la vejez tiene que ver con la seguridad

La aplicación del modelo de Verdugo-Schalock describe ocho dimensiones de calidad de vida el bienestar emocional, las relaciones personales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación e inclusión social y derechos, de acuerdo con los hallazgos encontrados en esta investigación, las dimensiones que mayor puntuaciones mostraron fueron bienestar material con una media de 67.84, está contempla aspectos de capacidad económica, ahorros y aspectos materiales suficientes que le permitan de vida confortable, saludable y satisfactoria que el adulto mayor cuenta con todo estos beneficios, la segunda dimensión fue desarrollo personal con una media de 65.76, donde el AM cuenta con las competencias, habilidades sociales y la utilidad social. Lo que le permite el aprovechamiento de oportunidades de desarrollo personal y aprendizaje de nuevas o la posibilidad de integrarse en el mundo laboral con motivación y desarrollo de las competencias personales, la conducta adaptativa y el desarrollo de estrategias de comunicación, la dimensión con más baja puntuación fue inclusión social con una media de 46.25, en esta dimensión resulta preocupante que el AM no se sienta incluido en la sociedad, podríamos enumerar algunos factores como son las propias limitaciones por las diversas patologías que presentan, disminución de la audición, visión, lentitud en sus movimientos, también porque en la mayoría de los casos se sienten como una carga para su familia. No debe olvidar que los AM tienen derechos de ser incluidos en todos los ámbitos, incluidos las actividades físicas y lúdicas.

Cuando hablamos de inclusión, las redes de apoyo influyen en gran medida para la inclusión de este grupo, ya que influyen en gran medida en la calidad de vida, así mismo la familia como red de apoyo es vital para que el AM se sienta incluido, sin embargo, muchas de las veces el AM es considerado como fuente de tensión familiar por las responsabilidades del cuidado de los mismos.

El desafío para la sociedad es grande porque deben crearse estrategias de oportunidades para el adulto mayor, donde sea valorado e incluido en esta sociedad, y permitir que se desarrollen sus capacidades en los ámbitos de su competencia para que puedan sentirse útiles e incluidos.

De acuerdo con los hallazgos de las correlaciones entre las variables fragilidad y calidad de vida, la fragilidad se relacionó de manera negativa y estadísticamente significativa con la calidad de vida ($r = -.237$, $p=.01$), y con la dependencia de igual manera ($r = -.414$, $p=.01$), es decir a mayor fragilidad y dependencia menor será la calidad de vida de los adultos mayores. Estos resultados son congruentes con González en 2012 en un estudio sobre la fragilidad en población mexicana, encontró menor calidad de vida en personas que tenían fragilidad. Con los datos epidemiológicos y los resultados encontrados de la prevalencia de pacientes pre-frágiles y frágiles aunado a esto la percepción de la calidad de vida, hacen necesario incluir tanto el diagnóstico de fragilidad como el de la percepción subjetiva de la calidad de vida en el marco de la valoración integral del adulto mayor en la consulta externa de cualquiera de los servicios médicos donde se atienda a esta población.

Al ser la fragilidad, la dependencia y la calidad de vida indicadores empíricos específicos, para medirlos se emplearon instrumentos validados con un alto grado de confiabilidad, así los hallazgos de las asociaciones inversas permitieron verificar empíricamente las hipótesis alternas propuestas.

Conclusiones.

El envejecimiento es un fenómeno natural que comprende desde la concepción hasta la muerte, con el paso del tiempo y las nuevas tecnologías la esperanza de vida ha aumentado, sin embargo es difícil aceptar que el envejecimiento en algunos de los casos

viene acompañada de una cascada de acontecimientos fisiopatológicos que los lleva a síndromes que causan fragilidad, dependencia y disminución de su calidad de vida, lo ideal es tener un envejecimiento saludable donde el AM pueda, durante el mayor tiempo posible mantener su independencia y ser capaz de realizar actividades de la vida diaria sin complicaciones.

Es necesario desarrollar programas sociales y redes de apoyo de tal manera que los AM se sienta incluido en la sociedad, de este modo la percepción de calidad de vida será favorable. Esto representa un reto para las políticas gubernamentales y no gubernamentales, especialmente las que corresponden al sector salud.

Se debe trabajar en políticas que lleven a la prevención y educación con programas y estrategias de salud establecidos para todas las etapas de la vida, especialmente en la infancia y adolescencia, ya que es en estas etapas donde los individuos deben establecer hábitos y estilos de vida saludables que aseguren un envejecimiento exitoso. Así mismo crear condiciones para que el adulto joven asegure su independencia económica y buenas condiciones de salud a fin de prepararse para vivir una vejez con calidad de vida.

Actualmente el aumento en la esperanza de vida en años, viene acompañada de las enfermedades no transmisibles, atribuidos a la falta de atención a su salud y a estilos de vida no saludables a lo largo de su existencia. Por lo tanto, el hecho de que la esperanza de vida valla en aumento no significa que mejore su calidad de vida.

En conclusión, este estudio muestra una amplia prevalencia en la fragilidad, presentado por el 54% de la población estudiada, lo cual los limita a realizar sus actividades diarias, entablar conversaciones con las demás personas, y necesitan de alguien tanto para acompañamiento como para asistencia, el 98% tienen riesgo de dependencia.

En los resultados del estudio, donde se evaluó la calidad de vida, el resultado es del 71%, los cuales tienen mediana calidad de vida, y el 14% baja calidad de vida.

Las dimensiones que mayor puntuaron fue bienestar material donde al adulto mayor cuenta con los recursos materiales y económicos para tener un buen estilo de vida, seguido de desarrollo personal donde tiene los atributos para desarrollarse en cualquier ámbito tanto laboral como social.

La correlación de las variables muestra una asociación negativa significativa entre la fragilidad y calidad de vida, al igual que el grado de dependencia con la calidad de vida es decir mientras mayor es la fragilidad y la dependencia del AM, menor será su calidad de vida.

Recomendaciones

En nuestro país las personas adultas mayores son consideradas como un grupo de mayor vulnerabilidad, debido a las características ya estudiadas donde los aspectos, bio psicosociales se acentúan con el incremento de la edad. Las intervenciones oportunas nos permitirán lograr un mayor bienestar en este grupo de edad.

Se propone fomentar hábitos saludables en la población joven para garantizar una calidad de vida en su etapa del adulto mayor en donde el personal de enfermería es protagonista en dicha tarea mediante la promoción de la salud, en la población joven y, por supuesto en la que llega a los 60 años y más.

Es necesario fortalecer y fomentar en el AM, mediante intervenciones las herramientas necesarias para afrontar de manera exitosa esta etapa de la vida, para ello se debe brindar enseñanza, sobre los cambios esperados en su cuerpo, así como la prevención de enfermedades crónicas y agudas, asegurando la protección de los mismos de manera se

mantengan sus funciones en plenitud ya que en esta etapa se tiende a perder la situación de salud y la percepción de calidad de vida que poseen.

Desde la perspectiva de Enfermería para un abordaje integral del adulto mayor, se debe tener un enfoque multidisciplinario que incluye conocer la red de apoyo, fomentando el amor, respeto y humanismo, de tal manera que el AM, se sienta valorado en su ámbito social y por consiguiente se sienta incluido.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

Referencias Bibliográficas

- Abizanda P., Romero L., Luengo C., Sánchez P., Jordan T. J. (2012). *Medicina Geriátrica*. Barcelona: Elsevier. (p. 165-74).
- Alonso G., Sansó Soberat F.J., García C M., Díaz-Canel N., García C.M., Oliva T. (2007). Envejecimiento Poblacional y fragilidad en el adulto mayor. *Revista Cubana de Salud Pública*. v.33 n.1 Ciudad de La Habana ene.-mar. 2007
- Alpi, S. V., Munévar, F. R., García-Rincón, L., Quiceno, J. M., Martínez, O. V., Martínez, A., & Reyes, K. (2018). Relaciones entre calidad de vida y factores sociodemográficos y de salud en adultos mayores colombianos. *Psicología y Salud*, 28(1), 73-83.
- Bahr P, Campos Y. (2016). Asociación entre la fragilidad del anciano y la variedad de la dieta que consume. *Correo Científico Médico*, 18(1), 55-64
- De la Fuente C. (2001). Fundamentos demográficos y biomédicos para una atención sanitaria específica al anciano. editores. *Bases de la Atención Sanitaria al Anciano*. Madrid: Sociedad Española de Medicina Geriátrica; (. p.15-55).
- De la Fuente, T. Quevedo-Tejero, E. Jiménez-Sastré A, et al. Funcionalidad para las actividades de la vida diaria en el adulto mayor de las zonas rurales. *Arch Med Fam*. 2010; 12:1-4.
- Durán A., Valderrama L., Uribe A. F. González A., Molina J. M., (2012). Enfermedad crónica en adultos mayores, *Publicación de: Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Versión impresa* ISSN: 0864-3466.
- Fried L., Tangen C, Walston J, Newman A, Hirsch C, Gottdiener J, et al. (2001). Frailty in older adults' evidence for a phenotype. *Journals Gerontol Ser A Biology Sciece Medic* .
- García B. C. (2012). Evaluación y cuidado del adulto mayor frágil. *Revista médica clínica las condesas*, (23 p 36-41)
- Gonzáles Mehan, M. C., Leguía Cerna, J., & Díaz-Vélez, C. (2017). Prevalencia y factores asociados al síndrome de fragilidad en adultos mayores en la consulta de atención primaria de Es Salud, enero-abril 2015. Chiclayo, Perú. *Horizonte Médico*, 17(3), 35-42.

- González R. Cardentey García J., Hernández Díaz, D., Rosales Álvarez., Jerez Castillo, C., (2017). Fragilidad: prevalencia, características sociodemográficas y de salud, y asociación con calidad de vida en adultos mayores. *Rev AMC*. **2017**;21(4).
- Gutiérrez R. L., Lezama A. (2013). "Propuesta para un plan de acción en envejecimiento y salud", *Serie: Cuadernillos de salud pública. México: Instituto Nacional de Geriátría*.
- Hernández De D.R., Montaña H. M. Zavaleta S.M. (2016). Vulnerabilidad, Protección Y Asistencia Social En El Adulto Mayor En México, (Vol. 6, No. 11,210)
- INEGI informe de población de adultos mayores 2015
- Loredo Figueroa, Gallegos Torres, Xequé Morales, Palomé Vega y A. Juárez-Lira (2018). Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. *Revista universitaria UNAM ENEO*, pp 13(3)
- Lluis Ramos, G. (2016). Prevalencia de la fragilidad en adultos mayores del municipio La Lisa. *Revista Cubana de Medicina Militar*. 2016;45(1)
- Marlés Salazar, M. A., Peñate, C., Nelson, J., Murcia Casa, R. D., & Niño Higuera, D. (2018). Perfil de fragilidad en adultos mayores de una población en Colombia. <https://repositorio.fucsalud.edu.co/handle/001/652>
- Organización Mundial de la Salud. (2002) Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Madrid, 8 a 12 de abril de 2002.
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Repercusión mundial del envejecimiento en la Salud* Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/42/es/index.html>
- Pimienta Izaguirre, O. P., Rodríguez Márquez, O. L., Corrales Hernández, L., Martínez Cruz, M., & Ferreiro Corrales, J. L. (2017). Resultados del Examen Periódico de Salud en el Policlínico Universitario "Pedro Borrás Astorga". *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 33(4), 0-0.
- Quevedo Tejero, E., Zavala González, M., Alonso Benites, J. (2011) Síndrome De Fragilidad En Adultos Mayores No Institucionalizados De Emiliano Zapata, Tabasco, México. *Universitas Médica*, vol. 52, núm. 3, julio-septiembre, 2011, pp. 255-268 Pontificia Universidad Javeriana Bogotá, Colombia

- Quiroz, C. O. A., Quintana, J. T., Flores, R. G., Castro, S. B. E., García, J. J. V., & Rubio, L. R. (2017). Soledad, depresión y calidad de vida en adultos mayores mexicanos. *Psicología y salud*, 27(2), 179-188.
- Santos Fonseca, R. S., Casado Méndez, P. R., Viltres Rodríguez, A., Pérez Pérez, M. L., & Méndez Jiménez, O. (2018). Calidad de vida en pacientes adultos mayores con Diabetes Mellitus tipo II.
- Torres, I., Castillo Herrera, J. (2011). El Envejecimiento humano activo y saludable, un reto para el anciano, la familia, *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas* 2011;30(3):354-359
- Varela Pinedo L., Ortiz Saavedra PJ, Chávez Jimeno H. (2010). Velocidad de la marcha como indicador de fragilidad en adultos mayores de la comunidad en Lima, Perú. *Revista Experimental en Geriátría y Gerontología*. 45(1):22
- Vinancia, S., Fernández, H., Escobar, O., Calle, E., Andrade, I. C., Contreras, F., & Tobón, S. (2006). Calidad de vida y conducta de enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo II. *Suma psicológica*, 13(1), 15-31.

Anexos

Apéndice A

Consentimiento informado



Universidad Juárez Autónoma de Tabasco
 División Académica de Ciencias de la Salud
 Coordinación de estudios de posgrado
 Maestría en Enfermería



Carta de consentimiento informado

Lugar: Hospital General “Dr. Daniel Gurría Urguell” ISSSTE

fecha _____

Nombre del estudio: Fragilidad y Calidad de Vida en Adultos Mayores que asisten a Consulta de Especialidad, en el Hospital General “Dr. Daniel Gurría Urgel” ISSSTE.

Declaro que se me ha informado ampliamente que mi participación consistirá en la valoración mediante instrumentos de valoración geriátrica que debo contestar, así mismo permito a mi familiar contestar en caso que yo no pueda hacerlo.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El Investigador Responsable me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi persona y privacidad serán manejados en forma confidencial

Estando de acuerdo, acepto participar en la investigación.

 Nombre y firma del paciente

 Nombre y firma de investigador

Apéndice B**Cedula de Datos demográficos.**

Responda el siguiente cuestionario de la manera más asertiva posible, marcando de manera adecuada en cada pregunta.

Edad:

Sexo: Masculino ___ Femenino ___

Estado civil:

Soltero ___ Casado ___ Separado ___ Divorciado ___ Viudo ___ Conviviendo en pareja ___

Número de hijos: _____

Años de estudio _____

No sabe leer ni escribir ___ Estudios primarios ___ Estudios secundarios ___ Estudios universitarios ___

Vivienda donde habita es: Propia ___ La están pagando ___ Renta ___ Prestada ___

Vive Solo ___ Si No ___ Enfermedad Crónica ___ Si No ___

Apéndice C

Escala de calidad de vida, FUMAT

(Verdugo, Gómez, y Arias, 2009).

INSTRUCCIONES: A continuación, se presentan una serie de afirmaciones relativas a la calidad de vida de la persona que está evaluando. Por favor, marque la opción de respuesta que MEJOR describa a dicha persona y no deje ninguna cuestión en blanco.

No.	BIENESTAR EMOCIONAL	Siempre o casi	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
1	En general, se muestra satisfecho con su vida	4	3	2	1
2	Manifiesta sentirse inútil.	1	2	3	4
3	Se muestra intranquilo o nervioso.	1	2	3	4
4	Se muestra satisfecho consigo mismo.	4	3	2	1
5	Tiene problemas de comportamiento.	1	2	3	4
6	Se muestra satisfecho con los servicios y los apoyos que recibe.	4	3	2	1
7	Manifiesta sentirse triste o deprimido.	1	2	3	4
8	Muestra sentimientos de incapacidad o inseguridad.	1	2	3	4
	RELACIONES INTERPERSONALES	Siempre o casi	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
9	Realiza actividades que le gustan con otras personas.	4	3	2	1
10	Mantiene una buena relación con los profesionales del servicio al que acude.	4	3	2	1
11	Mantiene una buena relación con sus compañeros del servicio al que acude.	4	3	2	1

12	Carece de familiares cercanos.	1	2	3	4
13	Valora negativamente sus relaciones de amistad.	1	2	3	4
14	manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él.	4	3	2	1
	BIENESTAR MATERIAL	Siempre o casi	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
15	El lugar donde vive es confortable	4	3	2	1
16	Manifiesta no estar satisfecho con su jubilación (o situación laboral actual)	1	2	3	4
17	Se queja de su salario (o pensión)	1	2	3	4
18	El lugar donde vive tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultan alguna de sus actividades	1	2	3	4
19	El servicio al que acude tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultan alguna de sus actividades.	1	2	3	4
20	dispone de las cosas materiales que necesita	4	3	2	1
21	El lugar donde vive necesita reforma para adaptarse a sus necesidades	1	2	3	4
	DESARROLLO PERSONAL	Siempre o casi	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
22	Puede leer información básica para la vida cotidiana (carteles, periódicos, etc.)	4	3	2	1
23	Muestra dificultad para resolver con eficacia los problemas que se le plantean	1	2	3	4
24	Tiene dificultades para expresar información	1	2	3	4
25	En el servicio al que acude le proporcionan información sobre cuestiones que le interesan	4	3	2	1

26	Muestra dificultades para manejar conceptos matemáticos básicos, útiles para la vida cotidiana (sumar, restar, etc.)	1	2	3	4
27	Tiene dificultades para comprender la información que recibe	1	2	3	4
28	Es responsable de la toma de su medicación	4	3	2	1
29	Muestra escasa flexibilidad mental	1	2	3	4
	BIENESTAR FÍSICO	Siempre o casi	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
30	Tiene problemas de movilidad	1	2	3	4
31	Tiene problemas de continencia	1	2	3	4
32	Tiene dificultad para seguir una conversación porque oye mal.	1	2	3	4
33	Su estado de salud le permite salir a la calle	4	3	2	1
34	Tiene problemas para recordar información importante para la vida cotidiana (caras familiares, nombres, etc.)	1	2	3	4
35	Tiene dificultades de visión que le impiden realizar sus tareas habituales	1	2	3	4
	AUTODETERMINACIÓN	Siempre o casi	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
36	Hace planes sobre su futuro	4	3	2	1
37	Muestra dificultades para manejar el dinero de forma autónoma (cheques, alquiler, facturas, ir al banco, etc.)	1	2	3	4
38	Otras personas organizan su vida	4	3	2	1
39	Elige cómo pasar su tiempo libre	4	3	2	1
40	Ha elegido el lugar donde vive actualmente	4	3	2	1

41	Su familia respeta sus decisiones	4	3	2	1
42	Toma decisiones sobre cuestiones cotidianas	4	3	2	1
43	Otras personas toman las decisiones que son importantes para su vida	1	2	3	4
	INCLUSIÓN SOCIAL	Siempre o casi	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
44	Participa en diversas actividades de ocio que le interesan.	4	3	2	1
45	Está excluido en su comunidad	1	2	3	4
46	En el servicio al que acude, tiene dificultad para encontrar apoyos cuando los necesita	1	2	3	4
47	Tiene amigos que le apoyan cuando lo necesita	4	3	2	1
48	Tiene dificultades para relacionarse con otras personas del centro al que acude	1	2	3	4
49	Está integrado con los compañeros del servicio al que acude	4	3	2	1
50	Participa de forma voluntaria en algún programa o actividad del servicio al que acude	4	3	2	1
51	Su red de apoyos no satisface sus necesidades	1	2	3	4
52	Tiene dificultades para participar en su comunidad	1	2	3	4
	DERECHOS	Siempre o casi	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
53	En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos	4	3	2	1
54	Recibe información adecuada y suficiente sobre los tratamientos e intervenciones que recibe	4	3	2	1
55	Muestra dificultad para defender sus derechos cuando no son respetados	1	2	3	4

56	Cuenta con asistencia legal y/o acceso a servicios de asesoría legal	4	3	2	1
57	Disfruta de todos sus derechos legales (ciudadanía, voto, procesos legales, etc.)	4	3	2	1

Apéndice D

Escala FRAIL

No.	Fatigabilidad	Todo el tiempo	La mayoría de las veces	Parte del tiempo	Un poco del tiempo	En ningún momento
1	¿Qué parte del tiempo durante las últimas 4 semanas te sentiste cansado?	1	2	3	4	5
	Resistencia	SI			NO	
2	¿tiene alguna dificultad para caminar 10 escalones sin descansar por usted mismo, sin ningún tipo de ayuda?	1			0	
	Deambulación	SI			NO	
3	Deambulación: Por ti mismo y no el uso de ayudas , ¿tiene alguna dificultad para caminar varios cientos de metros ?	1			0	
4	Comorbilidad: para 11 enfermedades	SI			NO	
1	¿Alguna vez un médico le dijo que usted tiene hipertensión	1			0	
2	¿Alguna vez un médico le dijo que usted tiene diabetes	1			0	
3	¿Alguna vez un médico le dijo que usted tiene, cáncer (que no sea un cáncer de piel de menor importancia)	1			0	
4	¿Alguna vez un médico le dijo que usted tiene enfermedad pulmonar crónica	1			0	

5	¿Alguna vez un médico le dijo que usted tiene ataque cardíaco	1	0
6	¿Alguna vez un médico le dijo que usted tiene , insuficiencia cardíaca congestiva ,	1	0
7	¿Alguna vez un médico le dijo que usted tiene angina de pecho	1	0
8	¿Alguna vez un médico le dijo que usted tiene, asma	1	0
9	¿Alguna vez un médico le dijo que usted tiene, artritis	1	0
10	¿Alguna vez un médico le dijo que usted tiene, ictus	1	0
11	¿Alguna vez un médico le dijo que usted tiene enfermedad renal	1	0
5	Pérdida de peso	SI	NO
	¿Cuánto pesa con la ropa puesta , pero sin zapatos? [peso actual] “ y “ Hace un año en (MES, AÑO) , ¿cuánto pesaba sin zapatos y con la ropa puesta ? [peso hace 1 año] “. El cambio de peso porcentual se calcula como: [[peso Hace 1 año - Peso actual] / peso hace 1 año]] * 100. Porcentaje de cambio > 5 (lo que representa un 5% de pérdida de peso) se puntúa como 1 y < 5% como 0	Peso actual	Peso de hace un año

Apéndice E Cuestionario de Barber

No.	Resistencia	SI	NO
1	¿Vive solo?	1	0
2	¿Se encuentra sin nadie a quien acudir si necesita ayuda?	1	0
3	¿Hay más de dos días a la semana que no come caliente?	1	0
4	¿Necesita de alguien que lo ayude a menudo?	1	0
5	¿Le impide su salud salir a la calle?	1	0
6	¿Tiene con frecuencia problemas de salud que le impidan valerse por sí mismo?	1	0
7	¿Tiene dificultades con la vista para realizar sus labores habituales?	1	0
8	¿Le supone mucha dificultad la conversación porque oye mal?	1	0
9	¿Ha estado ingresado en el hospital en el último año?	1	0

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

Apéndice F

Cronograma de Actividades

Actividades/Meses	Marzo 2019	Abril 2019	Mayo 2019	Junio 2019	Julio 2019	Agosto 2019	Septiembre 2019	Octubre 2019	Noviembre 2019	Diciembre 2019
Revisiones y asesorías con el director de tesis capítulo I (Introducción).										
Revisiones y asesorías con el director de tesis capítulo I I (Metodología). Selección de los instrumentos de medición.										
Aplicación de la prueba piloto, gestión del permisos correspondientes para iniciar el trabajo de campo. Realización de la base de datos.										
Trabajo de Campo										
Captura y procesamiento de los instrumentos de medición. Análisis de datos										
Elaboración del capítulo III Resultados.										
Elaboración del capítulo IV Discusión, Conclusiones y Recomendaciones.										
Revisiones en general de la tesis completa con el director de tesis.										
Revisiones y aprobación con el comité revisor atender las recomendaciones que emitan.										
Presentar la tesis y obtener el grado.										