



Universidad Michoacana de San Nicolás de
Hidalgo



División de posgrado de la Facultad de
Enfermería

Maestría en enfermería

“Relación de la fragilidad y el confort en el adulto mayor en un hospital
público”

Tesis que para obtener el grado de Maestra en Enfermería con terminal
en Adulto Mayor

Presenta:

L.E. Esmeralda Chávez Ramírez

Asesor:

Dra. María Magdalena Lozano Zúñiga

Co-asesora:

Dra. Ana Celia Anguiano Moran

Morelia, Michoacán octubre, 2021

Directorio

M.S.P. Julio César González Cabrera

Director

M.E. Ruth Esperanza Pérez Guerrero

Secretaria Académica

M.E. Renato Hernández Campos

Secretario Administrativo

Mesa Sinodal

Dra. María Magdalena Lozano Zúñiga

Asesora

Dra. Ana Celia Anguiano Moran

Co-asesora

Dra. María Leticia Rubí García Valenzuela

Revisora

Dra. María Jazmín Valencia Guzmán

Revisora

Dra. Bárbara Mónica Lemus Loeza

Revisora

ACTA DE REVISIÓN

La **Dra. María Magdalena Lozano Zúñiga** asesora y la **Dra. Ana Celia Anguiano Morán** co-asesora, profesoras e Investigadoras de tiempo completo adscritas a la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

CERTIFICA

Que han dirigido el trabajo de tesis titulado ***“Relación de la fragilidad y el confort en el adulto mayor en un hospital público”***, elaborado por la Licenciada en Enfermería **Esmeralda Chávez Ramírez**, mismo que presenta para la obtención de grado de *Maestra en Enfermería con terminal en Adulto Mayor* en la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

**DRA. MARIA MAGDALENA
LOZANO ZUÑIGA**

Profesora e Investigadora de
Tiempo Completo

**DRA. ANA CELIA ANGUIANO
MORÁN**

Profesora e Investigadora de
Tiempo Completo

**DRA. MARIA LETICIA RUBI
GARCIA VALENZUELA**

Profesora e Investigadora de
Tiempo Completo

**DRA. JAZMIN VALENCIA
GUZMÁN**

Profesora e Investigadora
de Tiempo Completo

**DRA. BÁRBARA MÓNICA LEMUS
LOEZA**

Profesora e Investigadora
de Tiempo Completo

Dedicatoria

A Dios

Por guiarme en el camino correcto, estar conmigo y darme la fuerza para seguir adelante, llenando mi corazón con la luz de su espíritu dejando que cumpla esta meta, brindándome la oportunidad de atender a todo aquel que me necesite.

A mis padres

Julieta Ramírez Rodríguez y Gerardo Chávez Ledesma por su apoyo incondicional que me han brindado durante todo el tiempo para salir adelante.

A mi pareja

Luis Roberto Apolinar Nieto por haber estado siempre a mi lado, apoyándome y aconsejándome

A los adultos mayores

Ma. Rosa Estela Vargas del Rio por impulsarme en la realización de este proyecto convirtiéndose en mi inspiración.

Agradecimientos

Considero firmemente que ningún trabajo sería posible sin la participación oportuna de personas especiales y de la colaboración de las instituciones a las que representan, por medio de estas líneas quiero expresar mi más profundo agradecimiento a todos y cada uno de ustedes.

En este día tan especial quiero agradecer a mi gran y extraordinaria casa de estudios la **Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo** en la cual pasé los mejores años de mi vida, mi amada **Facultad de Enfermería** por formarme como profesional de la salud siempre acompañando de grandes amigos y experiencias. Gracias a todos aquellos **profesores** que durante dos años fueron parte de mi formación académica y compartieron conmigo parte de sus conocimientos.

A mi asesora, **Dra. María Magdalena Lozano Zúñiga** por su confianza otorgada, paciencia y tiempo dedicado a orientarme en la realización de este trabajo.

Gracias a **mi pareja** por tratar de entenderme, por procurar mi porvenir y bienestar, te agradezco por tu ayuda en el desarrollo de mi tesis.

A **mi familia** por su apoyo y confianza incondicional.

Resumen

Introducción. El aumento creciente en la esperanza de vida de los seres humanos derivado del desarrollo tecnológico, ha producido en México un mayor número de adultos mayores (AM), a quienes se les debe priorizar en la atención de sus necesidades, puesto que con la evolución han de ir propiciándose nuevas características y, por ende, requerimientos que se deben satisfacer. En ese sentido, el rol que desempeñan los profesionales de la Enfermería en la evaluación de la fragilidad y el confort sirve de base para generar planes de cuidado que co-ayuden a disminuir el impacto propio de los cambios producidos por la edad. **Objetivos.** Evaluar la relación de la fragilidad y el confort en el adulto mayor en un hospital público de la ciudad de Morelia. **Método.** Esta investigación tiene un alcance descriptivo-correlacional de tipo no experimental con un diseño transversal y se utilizó la Escala de Fried y la Escala SGCQ. **Resultados.** Entre los principales hallazgos se encontró que la fragilidad ($\bar{x}=2.76$, $SD=1.904$) y el confort ($\bar{x}=76.21$, $SD=9.133$) en los adultos mayores participantes está relacionado estadísticamente de forma significativa, moderada e inversamente proporcional [$\rho(80) = -0.580$, $p < 0.000$]. Además, se obtuvo que el 80% de los AM son frágiles o pre-frágiles, en cuanto al confort se observó que el 80% se encuentran en un estado de tranquilidad, el 18.80% en un estado de trascendencia y únicamente el 1.2% en un estado de alivio. Cabe mencionar, que la edad y la estancia hospitalaria son dos factores de gran impacto en cuestiones de fragilidad y este a su vez en el confort. **Conclusiones.** Los AM son un grupo vulnerable socialmente, ya que sus limitaciones por cuestiones de la edad impactan de forma directa con la calidad de vida, es por ello, que el profesional de la enfermería debe ser capaz de dar respuesta a las necesidades reales del sujeto para brindarle un adecuado, óptimo y personalizado cuidado.

Palabras clave: fragilidad, confort, adulto mayor, necesidades, vulnerabilidad.

Abstrac

Introduction. The growing hope increase of the people's life because of the technological developing has been producing in Mexico older adult people whom have to be prioritized in their necessities attention to get new characteristics and requirements getting improved the healthy life. In that way, the work of that the professional nurses in the fragility and comfort evaluations are the base to generate care planes to decrease the impact of the old produced changes. **Objectives.** Evaluate the relation between fragility and comfort in old adults in a public hospital in Morelia. **Method.** This investigation has a correlational-descriptive scope with a no experimental type and transversal design. The Fried Scale and SGCQ Scale were used. **Results.** The principal results are that fragility ($\bar{x}=2.76$, $DS=1.904$) and comfort ($\bar{x}=76.21$, $DS=9.133$) in the participants are statistically significantly related, moderated and inversely proportional [$\rho(80) = -0.582$, $p < 0.000$]. Also, the 80% of the OA were fragile or pre-fragile. About the comfort the 80% are quiet, the 18.80% in a transcendence mood and only the 1.2% in a relief mood. It's important to say that the age and the hospital stay are two factors that have big impact in comfort and fragility. **Conclusions.** The old adults are vulnerable population because of their age limiting get impact in a direct way in their life. That's the reason why the professional nurses have to be ready to give attention to the real necessities giving a personalized, optimal an adequate care.

Keywords: Fragility, comfort, old adult, necessities, vulnerability.

Índice

I.	Introducción	12
II.	Justificación	15
III.	Objetivos	19
	Objetivo general	19
	Objetivos específicos.....	19
IV.	Marco teórico	20
	4.1 Concepto de envejecimiento	21
	4.2 Fragilidad.....	22
	4.2.1 <i>Concepto y sus implicaciones</i>	22
	4.2.2 <i>Signos, factores asociados, síntomas y consecuencias.</i>	23
	4.3 Confort.....	26
	4.3.1 <i>La teoría del confort de Katharine Kolcaba</i>	26
	4.3.2 <i>Concepto y sus implicaciones</i>	29
	<i>Modelo Teórico con la adaptación a las variables de estudio</i>	31
	4.3.4 <i>Disconfort, signos, síntomas y consecuencias</i>	32
V.	Metodología	34
	Diseño y tipo de estudio	34
	Participantes.....	34
	Criterios de inclusión	34
	Criterios de exclusión	34
	Criterios de eliminación	34
	Instrumentos.....	34
	Procedimiento	35
	Consideraciones éticas y legales	36

VI. Resultados	38
VII. Discusiones.....	47
VIII. Conclusiones.....	51
IX. Limitaciones y Sugerencias.....	54
Referencias.....	55
Anexos	63
Anexo 1. Instrumento de fragilidad.....	63
Anexo 2 Instrumento de confort	64
Apéndices	66
Apéndice 1. Consentimiento Informado.....	66
Apéndice 2. Hoja de Colecta de Datos.....	67
Apéndice 3. Resultados del diagnóstico de cada participante según los criterios de la Escala de Fragilidad	68
Apéndice 4. Resultados del diagnóstico de cada participante según los criterios de la Escala SGCQ	70

Índice de tablas

Tabla 1. Datos sociodemográficos de los participantes	38
Tabla 2. Criterios de la Escala de Fried	40
Tabla 3. Criterios de la Escala de Fried de acuerdo al rango de edad de los participantes	41
Tabla 4. Componentes del confort	42
Tabla 5. Relación de la fragilidad con los contextos del confort.....	43
Tabla 6. Relación del confort con los criterios de la fragilidad	43
Tabla 7. Relación del confort y la fragilidad con las variables sociodemográficas de los participantes.....	46

I. Introducción

El envejecimiento es un proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios característicos de la especie durante todo el ciclo de la vida, es decir, envejecer implica una serie de modificaciones morfológicas, psicológicas, funcionales y bioquímicas que origina el paso del tiempo sobre los seres vivos, caracterizada por la pérdida progresiva de la capacidad de adaptación ante los cambios, la pérdida de las funciones, el incremento de la morbilidad y disminución de la fertilidad con el alcance de la edad (González et al., 2017).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002), el mundo está atravesando por una transformación demográfica: para el año 2050, el número de personas de más de 60 años aumentará de 600 millones a casi 2000 millones, y se prevé que el porcentaje de personas de este grupo etario se duplique, pasando de un 10% a un 21% aproximadamente. Dicho incremento será mayor y más rápido en los países en desarrollo, donde se considera que la población anciana se multiplicará por cuatro en los próximos 50 años, cifras que son alarmantes para el sector social y económico.

Conviene subrayar, que México es un país que experimenta un proceso de envejecimiento acelerado, lo que provoca un aumento en el número de adultos mayores (AM) así como de sus necesidades, demandas sociales y cuestiones enfocadas a la salud. En ese sentido, el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM, 2018) tiene la responsabilidad de proponer mecanismos de atención que permitan a este sector de la población un envejecimiento sano, activo y digno, con ayuda de las diversas instituciones públicas y privadas del país, así como de la sociedad civil.

No obstante, es de esperar que éste fenómeno genere un aumento de las enfermedades asociadas con la edad, entre ellas se ubica la fragilidad, que es considerada como un síndrome geriátrico; Lluís y Llibre (2004) refieren que se trata de 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 así un

mayor riesgo de sufrir efectos adversos para la salud como: caídas, discapacidad, hospitalización, institucionalización e incluso la muerte.

Para Rockwood et al. (2005) existen diversas propuestas respecto a las definiciones sobre la fragilidad, pero generalmente se acepta aquella que refiere a un término de medicina geriátrica, donde se describe la presencia de un deterioro multisistémico que produce en quien la padece vulnerabilidad. Es así, como desafortunadamente no ha emergido una definición consensuada y es importante considerar entonces, a este síndrome entre un continuo envejecimiento normal y un estado final de discapacidad y muerte, con un estado previo como lo es la pre-fragilidad.

Por lo tanto, el profesional de la disciplina de la Enfermería debe conocer la relación de la fragilidad y el confort en el adulto mayor para brindar una atención óptima, eficaz y de calidad, con base en las necesidades propias del usuario. Siguiendo esta línea, la comodidad juega un papel importante al momento de brindar una adecuada atención e impacta en la salud del paciente, puesto que el confort ayuda a mantener el equilibrio y de cierta manera a manejar el dolor y, por ende, una mejora en gran medida de la calidad de vida (Martínez y Ramos, 2018).

De ese modo, el marco teórico-referencial para esta investigación fue la Teoría de Katharine Kolcaba (2013) quien define el confort como el resultado de sentirse cómodo y a su vez la comodidad hace referencia a una sensación de alivio al malestar, se interpreta como un estado de tranquilidad y satisfacción. La autora, distingue tres sentidos de confort: alivio, tranquilidad y trascendencia, los cuales están desarrollados a partir de cuatro contextos: físico, psico-espiritual, ambiental y social.

Dicha teoría fue creada a partir del cuidado a los AM de acuerdo al metaparadigma de Kolcaba (2013) quien considera a la persona anciana, como el ser receptor de las medidas de cuidado (intervenciones de enfermería) para la satisfacción de las necesidades fisiológicas, sociales, económicas, psicológicas y físicas. En los AM sirve de ayuda para expresar la fragilidad o situación de vulnerabilidad puesto que proporciona herramientas para el análisis y la orientación de su situación alcanzando un estado de alivio, tranquilidad y trascendencia. Es importante mencionar, que el

profesional de Enfermería es quien está cerca del proceso de evolución y recuperación del paciente, es decir, es quien lo cuida y le brinda los procedimientos requeridos para mejorar su estado de salud.

El presente trabajo está conformado de la siguiente manera: en el apartado II se aborda la justificación, en otras palabras, se define el impacto del trabajo, así como su relevancia que tendrá en la disciplina de la Enfermería realizar este tipo de estudios en los adultos mayores sobre las variables de la fragilidad y el confort en las estancias de los hospitales, en este caso, en el sector público. En el apartado III se plasman los objetivos; en el apartado IV se incluye el marco teórico con las principales características conceptuales del problema, la Teoría del confort de Kolcaba; en el apartado V se expone lo referente al método empleado, así como los criterios establecidos para la ejecución de esta investigación.

Posteriormente, en el apartado VI se desarrollan los resultados con base en la información proporcionada por los participantes y se puntualizan las principales conclusiones; en el apartado VII se retoman las principales discusiones, asimismo, se agrega un espacio donde se describen algunas sugerencias para futuros investigadores interesados en el tema, y finalmente se encuentra la lista de referencias y los anexos. Cabe recalcar que el objetivo de este estudio será analizar la relación de la fragilidad y el confort en el adulto mayor, para brindar una atención adecuada, óptima, eficaz y de calidad.

Dicho de otra manera, la pregunta que guiará la investigación está centrada en conocer ¿Cuál es la relación de la fragilidad física y el confort en el adulto mayor en un hospital público? La línea de generación y aplicación del conocimiento que fortalecerá es la del Cuidado y autocuidado integral del Adulto mayor, que pertenece al Cuerpo académico de “Promoción de la Salud”.

II. Justificación

El envejecimiento poblacional a nivel internacional constituye hoy en día, uno de los cambios más notables en la estructura de las sociedades y México no es una excepción. Desde el punto de vista de salud, dicho envejecimiento representa un claro reto para el desarrollo de planes, programas y leyes encaminados a acciones que sean eficientes, correctas y oportunas sobre todo en padecimientos crónicos degenerativos o enfermedades relacionadas con la edad (Secretaría de Salud, 2013).

Dicho de otra manera, la transición demográfica y epidemiológica asociada al aumento en la esperanza de vida ha tenido implicaciones importantes para los sistemas de salud en todo el mundo; en México, entre 2005 y el 2050 la población de adultos mayores aumentará alrededor de 26 millones, aunque más del 75% de este incremento ocurrirá a partir de 2020 y se estima que la población de 60 años o más en 2030 representará a una de cada seis personas (17,1%), mientras que para el 2050 a más de uno por cada cuatro (27,7%) (Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], 2010).

De acuerdo al Consejo Nacional de Población (CONAPO) en el año 2010 el número de adultos mayores estimados era de 9, 424,000 de los cuales: 54.3% son mujeres y el 45.7% son hombres, de ellos, solo un 45.6% contaban con algún tipo de seguridad social. En el estado de Michoacán de Ocampo se calcula que existen 63 personas en condiciones de dependencia por cada 100 en edad productiva. En términos relativos, este grupo de edad se incrementó de 6.8% a 10.1% (como se citó en INEGI, 2012).

En consecuencia, el incremento de adultos mayores generará un impacto en el Sistema de Salud y a su vez representará desafíos en la organización familiar, así como cargas adicionales de trabajo de cuidados, en especial para las mujeres, quienes realizan mayoritariamente estas labores, no obstante, los profesionales de enfermería como agentes de cuidado deben conocer dicho panorama e implementar intervenciones (Gobierno de la República Mexicana, 2013).

Por otro lado, el envejecimiento se perfila como una problemática social que merece el desarrollo de procedimientos que garanticen cierta equidad

intergeneracional en la distribución de los recursos para que las personas de este grupo de edad disfruten de una mayor calidad de vida, puesto que envejecer implica la presencia de deterioro físico y fisiológico, lo que a su vez genera un aumento en las enfermedades asociadas a la edad. Es así, como la fragilidad se asocia con una disminución de su bienestar y un aumento de los costos ligados a su atención médica que conllevan un riesgo alto de mortalidad, discapacidad, institucionalización, y que, por ende, tienen un alto impacto social y familiar. Sin embargo, a pesar de ser un problema de salud de gran trascendencia, no es completamente identificado por el personal de salud, por ello, es necesario contar con información precisa, actual y efectiva para brindar un adecuado pronóstico y una atención óptima y eficaz, que involucre una mayor cobertura y calidad de atención.

De acuerdo con Alonso et al. (2007), la condición de fragilidad coloca al AM en una situación de riesgo de desarrollar, empeorar o perpetuar efectos adversos para su salud, debido a la disminución de su reserva fisiológica; por ende, se relaciona con un mayor riesgo de evolucionar hacia la discapacidad y la dependencia, y en última instancia, hacia la muerte. De forma general, la importancia de esta investigación radica en la producción de un nuevo conocimiento sobre el ya existente, generando fortalecer la profesión de Enfermería, para brindar una atención óptima y eficaz, que requiera de mayor cobertura y calidad de atención.

Planteamiento del problema

El Instituto Nacional de Geriátría en México (INGER, 2009), refiere que la población actual de este grupo etario es de 3.5 millones y que para el 2030 se contempla que sean 22 millones. Lo anterior, puntualiza que para el 2050 uno de cada cuatro mexicanos tendrá más de 60 años; esto se traduce en una situación inédita, puesto que por primera vez la vejez es un lugar común, por ello, se piensa que todos los mexicanos pueden alcanzarla y deben, entonces, tener asegurada una buena calidad de vida al envejecer (Gutiérrez et al., 2009). En ese sentido, la OMS (2014) señaló que la transición demográfica de la población de 60 años se incrementó en 8.8 años para las mujeres y 7.6 años para los hombres, con lo cual en la actualidad se

espera que una mujer de 60 años alcance a vivir hasta los 82 años de edad y un hombre de la misma edad llegue a vivir hasta los 80 años.

En México, el programa de acción específico atención del envejecimiento (2013-2018) menciona que la población adulta mayor en los últimos años muestra aumento en la tasa de sobrevivencia, con mayor predominio en el género femenino como fue en el periodo de 1970- 1990 de 3.08; para 1990-2010 fue de 3.52; y de 4.01 para 2010-2030. Esto hace que la nación se perfile como un país con requerimientos especiales en atención a las personas de 60 años y más.

Los datos del Censo de Población y Vivienda (2015) para el estado de Michoacán muestran que se experimenta un incremento relativo y absoluto de población en edades avanzadas; además, existen 63 personas en condiciones de dependencia por cada 100 en edad productiva. De 1990 a 2010, la población de AM en su conjunto creció a una tasa promedio actual anual de 1.0%, en tanto que el aumento del grupo de 60 años y más fue de 3.0 por ciento. Con este ritmo de crecimiento el número de adultos mayores pasó de 242.6 mil a 439.1 mil en dicho periodo. En términos relativos, el peso de este grupo de edad se incrementó de 6.8% a 10.1% en el lapso referido (INEGI, 2018).

Por todo lo que conlleva el envejecimiento es imprescindible conocer el deterioro físico y fisiológico en los adultos mayores, por lo que su identificación debe ser una prioridad para todo profesional de salud para brindar una adecuada comodidad alcanzando alivio, tranquilidad y trascendencia. La fragilidad en los adultos mayores está determinada por los cambios biológicos, físicos y psicosociales, propios del proceso del envejecimiento y por la presencia de algunas enfermedades en este grupo de edad; dieron a la elaboración del concepto “fragilidad” que ha variado a lo largo del tiempo y fue conceptualizado como: riesgo de “romperse”, aumento del riesgo de morir, susceptibilidad inusual de enfermarse, pérdida de la fuerza y la resistencia. Se incluyen varias combinaciones de los siguientes componentes: debilidad, fatiga, pérdida de peso, baja actividad física, alteraciones en la movilidad, deterioro cognitivo, problemas sociales y mayor vulnerabilidad ante eventos adversos (Jauregui y Rubin, 2012).

Por la temática del estudio, esta investigación está basada en la teoría del confort, ya que Kolcaba (2013) conceptualiza la comodidad como la experiencia inmediata y holística de fortalecerse gracias a la satisfacción de las necesidades de comodidad: alivio, tranquilidad y transcendencia en los cuatro contextos de la experiencia humana (física, psico-espiritual, social y ambiental) y los AM pueden vivir la comodidad en el sentido de transcendencia a través de la satisfacción desde su contexto psico-espiritual.

El profesional de Enfermería tiene como objeto de estudio el cuidado, la persona, la salud y el entorno; por eso, para la disciplina de la Enfermería, es fundamental el cuidado integral de los AM en estado de fragilidad, basado en la presencia de signos y síntomas específicos, entre los que se incluyen varias combinaciones de los siguientes componentes: debilidad, fatiga, pérdida de peso, baja actividad física, alteraciones en la movilidad, deterioro cognitivo, problemas sociales y mayor vulnerabilidad ante eventos adversos (Jáuregui y Rubín, 2012). Por lo anterior descrito se plantea la siguiente pregunta de investigación ¿Cuál es la relación de la fragilidad física y el confort en el adulto mayor en un hospital público?

III. Objetivos

Objetivo general

Evaluar la relación de la fragilidad y el confort en el adulto mayor (AM) en un hospital público.

Objetivos específicos

- 1.1 Describir a los AM mediante las variables sociodemográficas.
- 1.2 Identificar la fragilidad en los AM en la escala total y los criterios que tienen mayor presencia.
- 1.3 Determinar el confort en las necesidades de comodidad: alivio, tranquilidad y trascendencia en los cuatro contextos de la experiencia humana (física, psico-espiritual, social y ambiental) en los AM.
- 1.4 Localizar las diferencias de la fragilidad y el confort de acuerdo con el sexo, edad, nivel educativo, estado civil, ocupación, días de estancia hospitalaria y apoyo para moverse en los AM.

IV. Marco teórico

El profesional de Enfermería tiene como objeto de estudio el cuidado, la persona, la salud y el entorno, por eso, para la disciplina de la Enfermería, es fundamental el cuidado integral de los AM en estado de fragilidad, basado en la presencia de signos y síntomas específicos, entre los que se incluyen varias combinaciones de los siguientes componentes: debilidad, fatiga, pérdida de peso, baja actividad física, alteraciones en la movilidad, deterioro cognitivo, problemas sociales y mayor vulnerabilidad ante eventos adversos (Jáuregui y Rubín, 2012).

Cabe mencionar, que la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2012) considera al AM como aquella persona con 65 años o más en países desarrollados, esta edad ha sido tradicionalmente usada para definir el comienzo de la vejez en estudios demográficos y gerontológicos, principalmente porque en muchos países es utilizada por los sistemas de pensiones para empezar a otorgar beneficios (Rodríguez et al., 2016). En un sentido más amplio, se puede asumir que el envejecimiento es el resultado de la suma de todos los cambios que ocurren a través del tiempo en todos los organismos desde su concepción hasta su muerte, de ahí surge la necesidad de conocer las características de riesgo de este grupo, tales como la fragilidad y su estado de confort.

El INGER (2009) refiere que la población actual de este grupo etario es de 3.5 millones, para el 2030 serán 22 millones y en el 2050 uno de cada cuatro mexicanos tendrá más de 60 años: esto se traduce en una situación inédita, puesto que por primera vez la vejez es un lugar común, por ello, se piensa que todos los mexicanos pueden alcanzarla y deben, entonces, tener asegurada una buena calidad de vida al envejecer (Gutiérrez et al., 2009). En ese sentido, la OMS (2014) señaló que la transición demográfica de la población de 60 años se incrementó en 8.8 años para las mujeres y 7.6 años para los hombres, con lo cual en la actualidad se espera que una mujer de 60 años alcance a vivir hasta los 82 años de edad y un hombre de la misma edad llegue a vivir hasta los 80 años.

4.1 Concepto de envejecimiento

La OMS (2014) define el envejecimiento como un proceso fisiológico que ocasiona cambios positivos, negativos o neutros característicos de la especie durante todo el ciclo de la vida; establece que más allá de una necesidad básica, la salud y el acceso a los servicios relacionados con la misma son derechos fundamentales para cualquier persona. Dicho proceso, se caracteriza por alteraciones somáticas morfo-funcionales y psicológicas que provocan la disminución de las facultades físicas y cognoscitivas, que se agravan generalmente por la pérdida progresiva de los seres queridos, la disminución de recursos económicos y la pérdida de jerarquía en el seno de la familia que potencializan el deterioro de la personalidad del anciano (Reyes y Castillo, 2011).

En México, el proceso de envejecimiento se hizo evidente a partir de la última década del siglo pasado, mostrando una inercia que cada vez se hace más notoria, puesto que según el INEGI (2014) la base de la pirámide poblacional es más angosta que en 1990 debido a que la proporción de niños y jóvenes es menor, siendo que la participación relativa de adultos mayores aumentó en este periodo de 6.2 a 9.7% y se espera que en 2050 se incremente a 21.5 %.

En ese sentido, la población de AM exige una mayor demanda de servicios de salud, puesto que en este grupo etario se presentan mayores tasas de morbilidad y necesidades de atención médica por cuestiones sobre todo crónico-degenerativas asociadas con la edad, más que en el resto de la población. Esta tendencia se acentuará en el futuro, por lo que los costos de la atención a la salud de los AM se incrementarán, debido a que las enfermedades crónicas degenerativas son de larga duración, lo que implica el uso de terapias basadas en tecnologías y medicamentos más costoso, así como los periodos prolongados de hospitalización (Secretaría de Salud, 2012).

Dentro de las características generales del envejecimiento se produce una disminución funcional de origen interno, la cual es de ocurrencia universal e irreversible, con un desarrollo lineal y con una velocidad variable de deterioro, siendo este diferente entre órganos y sistemas dentro del individuo y aún entre los mismos

seres humanos (Penny y Melgar, 2012). La OPS (2012) concibe el envejecimiento como una etapa del desarrollo humano y como un proceso que envuelve factores de índole biológica, psicológica y sociocultural, además, de ser universal e iniciar desde el momento en que se nace.

En resumen, el tema de la vejez no es nuevo, lo que sí es lo es la prolongación de la vida a partir de los adelantos tecnológicos y científicos; de los cambios sociopolíticos y del interés que este grupo etario despierta a nivel del mercado (Diéguez, 2001). De ese modo, la Gerontología es una ciencia multidisciplinaria que estudia el proceso de envejecimiento y la etapa de la vejez y cuenta a su vez con diferentes campos de aplicación, en los que participan especialistas de múltiples ramas y profesionales que tienen como objetivo común el tratar de mejorar la calidad de vida de las personas de la tercera edad (Samper y Morfi, 2005, como se citó en Noriega, 2011). Por ende, en México no debería seguir considerándose al AM, como un número, una carga u objeto sino en lo que realmente es: una persona en desarrollo, en la que el envejecimiento sea vivido como un proceso normal, como parte del ciclo vital.

4.2 Fragilidad

Si bien es cierto que el término fragilidad ya se explica por sí solo, ha existido dificultad al momento de congeniar por un concepto universal que describa el síndrome de fragilidad en los adultos mayores debido a la diversidad de factores que se involucran en el panorama. De ahí, que sería importante retomar la variedad de conceptos a modo de que la mayoría de características que abordan el síndrome sean descritas y el acercamiento sea más próximo. Para ello, se optó por retomar lo que en diversas investigaciones se ha descrito como síndrome de fragilidad, incluidas sus consecuencias, sus síntomas, signos y factores relacionados.

4.2.1 Concepto y sus implicaciones

El estado de fragilidad es un síndrome de tipo clínico-biológico que se caracteriza por una disminución de la resistencia y de las reservas fisiológicas de los adultos mayores ante situaciones estresantes a consecuencia del acumulado desgaste de los sistemas fisiológicos causando un aumento en los riesgos de sufrir situaciones

adversas para la salud como caídas, discapacidades, hospitalizaciones o muerte. En ese sentido, la prevalencia reportada en México oscila entre un 7% y un 12% en la población que es mayor a 65 años, mientras que en Latinoamérica para adultos mayores a 60 años no institucionalizados está entre 7.7% y 39.3% (González et al., 2017).

De esa manera, la fragilidad se describe como un estado de gran vulnerabilidad, se agrega también que existe poca resiliencia asociada a esta condición y se resalta que su incidencia se relaciona estrechamente con el paso del tiempo encontrando así un consenso que habla de un estado causante de diversos desenlaces adversos que afectan la calidad de vida generando discapacidades, hospitalizando o incluso generando la muerte en aquellos que la padecen. Sin embargo, la fragilidad ha sido descrita también como una condición que es potencialmente reversible, por lo que es de suma importancia conocer las condiciones que se encuentran asociadas en las poblaciones vulnerables (Herrera et al., 2020; Zamudio et al., 2017).

Cabe destacar, que el concepto se refiere a una condición dinámica, dado que lo más probable es que cualquier AM no permanezca igual de frágil o de vigoroso por largos periodos de tiempo, y, por otra parte, no todos los AM son frágiles en la misma medida.

4.2.2 Signos, factores asociados, síntomas y consecuencias.

Por un lado, Ugalde y Mora (2020) en su estudio sobre factores de riesgo que se asocian al síndrome de fragilidad concluyen que no sólo existe la disminución de las reservas fisiológicas, sino que existen pérdidas de carácter homeostático, cambiando así la estructura social que denominaba a los adultos mayores como personas frágiles, además, recalcan que las condiciones de pre-fragilidad y fragilidad están presentes en edades tempranas. Por otro lado, Tello y Varela (2016) encontraron que los principales factores de riesgo de padecer fragilidad son: envejecimiento, la genética, los estilos de vida, las enfermedades y el medio ambiente.

A su vez, dichas situaciones adversas vienen acompañadas de representaciones clínicas como:

- Disminución involuntaria del peso corporal

- Disminución de la resistencia y la fuerza muscular
- Trastornos del equilibrio y de la marcha afectando así un declive en la movilidad física (González et al., 2017).

En ese sentido, el conjunto de conceptualizaciones del síndrome de fragilidad retoma una diversidad de sistemas fisiológicos que están interrelacionados y condicionados por declives acelerados, involucrado el sistema nervioso, el sistema endócrino, el sistema inmune y el sistema muscular esquelético. Además, se relaciona de forma muy directa con la sarcopenia y con la caquexia que son síndromes que se caracterizan y asocian a la pérdida de masa y fuerza muscular, así como pérdida de músculo y grasa (Zugasti y Casas, 2019).

Aunado a ello, es preciso también recordar que los factores sociales pueden relacionarse también de forma directa a la incidencia y aumento del síndrome de fragilidad en personas adultas mayores. Entonces, la edad es un factor determinante, sin embargo, se considera que este no es por sí mismo el causante, sino que, debido a su multifactorialidad, el estilo de vida y los hábitos frecuentes lo que propicia el apareamiento de la fragilidad en las personas adultas mayores. De ese modo, los hábitos se forman de acuerdo al tipo de relación que los adultos tienen con su entorno y la sensación de soledad y marginación aumentan los riesgos debido a su influencia sobre la actividad física sumándole, además, mayores riesgos a las mujeres sobre los hombres (Estrada et al., 2018).

Por ende, debido a la multifactorialidad del síndrome existen diversos modelos relacionados a la fragilidad que lo explican desde diferentes criterios; por ejemplo: el fenotipo de Fried (2001) se estructuró a partir de un análisis secundario de datos obtenidos en un estudio de cortes prospectivos desde una investigación sobre salud cardiovascular lo cual generó cinco variables:

- La pérdida de peso (en la que se especifica 5kg de peso involuntario durante más de un año),
- El agotamiento (auto informado)
- Baja actividad física,
- La velocidad de marcha es lenta

- La debilidad muscular

También, se encuentra el modelo de déficits acumulativos que fue descrito por Rockwood y Mitnisky tomando como referencia un estudio canadiense sobre salud y envejecimiento. Dicho modelo desarrolló el constructo de fragilidad a partir de la acumulación de déficits en sus diferentes niveles, incluyendo setenta ítems que involucraban enfermedades, condiciones de salud, síndromes geriátricos o medidas de discapacidad, posteriormente, se dividió en siete niveles que permitieron una gama más diversa considerando la fragilidad como un síndrome no necesariamente cuantificable que hablara de presencia o ausencia (como se citó en Zugasti y Casas, 2019).

De acuerdo con Vásquez y Castellanos (2018) los síntomas clínicos de la fragilidad son: “la pérdida de peso inexplicable, fatiga extrema, marcha lenta, caídas espontáneas, la disminución de fuerza de agarre, infecciones frecuentes, deterioro de la consciencia, pérdida de equilibrio y delirio o confusión aguda” (p. 54), además, indican que estos aspectos pueden conducir directamente a la discapacidad de la persona.

De lo anterior se desprenden entonces diversos factores que inciden en el aumento de la frecuencia del síndrome en las personas adultas mayores empezando con el más estudiado y conocido: la edad. En diversos estudios correlacionales, existen dos factores con índice de prevalencia mayor entre los que encontramos la edad, que funge como uno de los principales factores de influencia en la presencia del síndrome de fragilidad, determinando entonces, que a mayor edad mayor es el riesgo de presentar este padecimiento. Por otro lado, en relación a la estructura fenotípica el género las mujeres son más propensas a padecer el síndrome de fragilidad. Sin embargo, es preciso señalar que todos aquellos factores, situaciones e historias que afecten el estado de salud son propicios de provocar fragilidad en las personas adultas mayores (Chuquipoma et al., 2020; Herrera et al., 2020; Zamudio et al., 2017).

De forma resumida, la fragilidad en los adultos mayores está determinada por los cambios biológicos, físicos y psicosociales, propios del proceso del envejecimiento y por la presencia de algunas enfermedades. La elaboración del concepto “fragilidad”

ha variado a lo largo del tiempo e incluso llegó a concebirse como el riesgo de “romperse”, aumento del riesgo de morir, susceptibilidad inusual de enfermarse, pérdida de la fuerza y la resistencia. Se incluyen varias combinaciones de los siguientes componentes: debilidad, fatiga, pérdida de peso, baja actividad física, alteraciones en la movilidad, deterioro cognitivo, problemas sociales y mayor vulnerabilidad ante eventos adversos (Jauregui y Rubín, 2012).

Finalmente, en colaboración a la información antes recabada el proceso de valoración requiere de una serie de procesos que se manejen de forma conjunta de modo tal que permita una exploración profunda pero también superficial explorando todas las posibilidades, historias y contextos a través de observaciones, aplicación de criterios, análisis de síntomas y signos, ejecución de cuestionarios estandarizados e indagación en los hábitos de los pacientes a fin de lograr identificar pacientes con riesgo o presencia de fragilidad para posibles intervenciones que puedan prevenir y promocionar la salud (Navalón y Martínez, 2020).

4.3 Confort

4.3.1 La teoría del confort de Katharine Kolcaba

La teoría del confort de Kolcaba (2013) conceptualiza la comodidad como la experiencia inmediata y holística de fortalecerse gracias a la satisfacción de las necesidades de comodidad: alivio, tranquilidad y transcendencia en los cuatro contextos de la experiencia humana (física, psico-espiritual, social y ambiental). Dicha teoría proporciona tres afirmaciones que se comprueban por separado o como un todo:

- La afirmación I: refiere que, si las intervenciones de confort son eficaces, aumentan el confort tanto de los receptores, como de sus familias, a su vez, el personal de enfermería también puede ser receptor de confort si tiene un ambiente laboral adecuado.
- La afirmación II: señala que siempre el paciente evidencia si está satisfecho, es decir, si tiene confort, todo ello en la medida en que la misma ayuda le

impacte en su proceso de recuperación de la salud, por esto, se hace más fácil negociar con él.

- La afirmación III: indica que una mayor implicación en las conductas de búsqueda de la salud se traduce en una asistencia de mayor calidad, que beneficia a la institución y su capacidad de reunir pruebas para las mejores prácticas y políticas.

Para llegar a esas tres afirmaciones la autora de la teoría utilizó tres tipos de razonamiento lógico: inducción, deducción y retroducción. El primero, consiste en elaborar generalizaciones a partir de un número de casos específicos observados; el segundo, consiste en inferir conclusiones específicas a partir de premisas o principios más generales, es decir, va de lo general a lo específico, además, relaciona la comodidad con otros conceptos y dio lugar a la teoría; el tercero es útil para seleccionar fenómenos que pueden desarrollarse con mayor profundidad y probarse. Este tipo de razonamiento se aplica a campos que disponen de pocas teorías. De este último, Kolcaba (2013) añadió el concepto de integridad institucional a la teoría intermedia del confort y pudo buscar relaciones de las conductas de búsqueda de la salud con la integridad institucional.

La teoría del confort de Kolcaba (2013) es retomada en la práctica profesional, ya que ha sido seleccionada un gran número de veces por estudiantes y enfermeros investigadores como guía de estudios, esta teoría también ha sido incorporada por los profesionistas de la enfermería en el área de perianestesia en sus pautas de práctica clínica para controlar el confort de los pacientes relacionados con cirugía. Todo esto por medio de mediciones de confort en una tabla de 1 a 10 calificada por los pacientes.

Del mismo modo, es considerada como oportuna en la formación de los estudiantes, puesto que es de fácil aplicación y comprensión; asimismo, dentro de la investigación se ha utilizado para la creación de nuevos cuestionarios generales de comodidad holística en cada una de las áreas. Es importante dejar en claro que Kolcaba (2013) ha continuado en el desarrollo de su teoría desde su concepción original, como el origen de la práctica, la educación y la investigación, también, ha elaborado plantillas con el fin de desarrollar instrumentos para facilitar medidas de

confort en nuevos ámbitos, estas se utilizan a nivel práctico y educativo y gracias a las plantillas se puede dar cuenta de que la teoría está fortalecida y claramente organizada.

De forma general, la mejora de la comodidad se ha relacionado con la implicación en las conductas de búsqueda de la salud, puesto que la autora considera que los cuidados de calidad son las acciones de confort prestadas de forma deliberada para crear un entorno que lleve a comprometerse en conductas de búsqueda de la salud. Actualmente, existe un interés en ampliar la teoría para que llegue a todas las personas y que no solo se beneficie al receptor y a la entidad prestadora del servicio, es así como Kolcaba se dedica a desarrollar y divulgar la teoría por medio de presentaciones, publicaciones y discusiones desde que ha dejado la docencia a tiempo completo. Por un lado, entre las principales características de la teoría se ubican las siguientes (Kolcaba, 2013):

- *Es clara:* Algunos artículos pueden carecer de claridad, pero son coherentes con los términos y las definiciones, las derivaciones, los supuestos y las afirmaciones. Kolcaba aplica la teoría a la práctica utilizando un lenguaje académico pero comprensible. Todos los conceptos de investigación se definen teórica y funcionalmente.
- *Es simplista:* Es básica para los cuidados de enfermería. Posee un lenguaje y una aplicación sencilla, teniendo en cuenta que ello no impide su uso en ambientes muy especializados. La principal intención de la teoría es que las enfermeras vuelvan a una práctica centrada en las necesidades del paciente.
- *Es general:* La teoría de Kolcaba se aplica a numerosos ámbitos de investigación, la principal restricción, es hasta qué grado la estén valorando las enfermeras en el proceso de satisfacer las necesidades de confort de los pacientes.
- *Posee de precisión empírica:* La primera parte de la teoría afirma que esas intervenciones enfermeras eficaces demostrarían una mejor

comodidad, que ha sido probada y aceptada por las mujeres del desarrollo de la segunda práctica empírica.

- *Tiene consecuencias deducibles:* la teoría del confort describe y explica al paciente como determinar el nivel de confort.

Por otro lado, Kolcaba encontró tres sentidos al confort: alivio, tranquilidad y trascendencia, los cuales están desarrollados en cuatro contextos: físico, psicoespiritual, ambiental y social. Esta teoría fue creada a partir del cuidado a los AM, de acuerdo al metaparadigma de Kolcaba (2013) la persona es vista como el anciano, quien es el receptor de las medidas (intervenciones de enfermería) para la satisfacción de las necesidades fisiológicas, sociales, económicas, psicológicas y físicas. En los AM sirve de ayuda para expresar la fragilidad o situación de vulnerabilidad puesto que proporciona herramientas para el análisis y orientación de su situación alcanzando alivio, tranquilidad y trascendencia.

4.3.2 Concepto y sus implicaciones

El concepto de confort se deriva de la palabra inglesa “confort” y refiere a todo aquello que produce comodidad y que a su vez genera bienestar en las personas. Kolcaba es una enfermera que se dedicó a estudiar a profundidad el término definiéndolo como una experiencia inmediata y de forma holística para fortalecerse a sí mismas cuando se abordan las necesidades. En su estudio, logró determinar que el confort puede ser aplicado entonces en diferentes contextos como el físico, el psicoespiritual, el ambiental y el social dividiéndose en tres tipos: alivio, tranquilidad y trascendencia.

En ese sentido, el contexto físico responde directamente a las sensaciones corporales; en lo referente al contexto social es todo aquello que se vincula a las relaciones interpersonales, familiares y sociales, es decir, toda la interacción que involucra a terceras personas y que, además, éstas son relativamente cercanas a las personas. En el contexto psicoespiritual se aborda la consciencia interna, el autoconcepto, la autoestima, sexualidad, ideología, significado de la vida y creencias religiosas. Finalmente, el contexto ambiental se relaciona con todo lo externo que no

involucra necesariamente personas sino objetos: la luz, el ruido, la temperatura, el clima, etcétera (Bornaz, 2018).

Además, los preceptos teóricos de esta autora reafirman la idea de que las intervenciones de confort no suelen ser intervenciones de tipo técnico sino que complementan la asistencia clínica a la vez que abogan por la satisfacción de las necesidades humanas básicas; de ahí, que el confort debe valorarse y considerarse desde una perspectiva humanística, holística, multidimensional e interdisciplinar como resultado de las interacciones de las personas con percepciones, situaciones y objetivos modificables durante el transcurso del tiempo.

Ahora bien, es necesario recalcar que el confort va más allá de la ausencia del dolor o una mera comodidad física, sino que se encuentra inmerso en desde diferentes perspectivas de tipo emocional, de convivencia social y familiar, económicas o ideológicas. De esa manera, la intervención en el trabajo de confort se presenta mediante procesos fisiológicos, alivio de dolor, masajes, musicoterapia, ambientes cálidos, rehabilitaciones y curaciones de forma que se consiga un equilibrio en las diversas situaciones de las personas que presentan disconfort (Remache, 2021).

Aunado a lo anterior, las intervenciones por parte de las enfermeras en el trabajo del confort con pacientes se producen de forma directa o indirecta de modo tal que puedan satisfacerse las necesidades de las personas adultas mayores. En el proceso, es necesario que el confort se enfoque principalmente en las necesidades de cada uno de los pacientes para fortalecer, estimular, contribuir, mantener y recuperar aquellas habilidades existentes para una mejor resistencia a la incomodidad, por ende, que a aquellos que reciben el confort en cualquiera de sus técnicas pueden denominarse como receptores y el proceso se da a partir de sus vínculos emocionales, sociales y familiares (Bornaz, 2018).

Por lo tanto, los beneficios de ejercer un proceso de confort en los pacientes adultos mayores con dificultades se reflejan en diferentes contextos dependiendo de las características de los adultos mayores. Por ejemplo, un paciente al que se le aplica una intervención dirigida a limpieza de la piel y que ello representa un acto de comodidad para los pacientes puede mejorar el proceso de envejecimiento, la

prevención del cáncer de piel o problemas dermatológicos moderados o graves. Sin embargo, esto también tiene repercusiones de formas más cotidianas puesto que la higiene es un proceso de suma relevancia para el fortalecimiento del sistema inmune (Bosch, 2020)

Es por ello, que es de suma relevancia la participación de las enfermeras, pero también de familiares, amigos y círculos cercanos de forma conjunta y colaborativa. Rodríguez et al. (2019) en su estudio cualitativo sobre la participación de familiares cuidadores para el confort en pacientes hospitalizados reflejan cómo es que los familiares ayudan a levantar a los pacientes, pero los enfermeros utilizan sus conocimientos médicos-técnicos para complementar el proceso. En ese sentido, los familiares vigilan con frecuencia mientras que las enfermeras se apoyan en eso para poder brindar la comodidad mínima, convirtiendo la estancia hospitalaria en una más confortable.

En relación al estado anímico afectivo o de corte espiritual se encuentran aportaciones de personas cercanas a adultos mayores hospitalizados en los que dicen que sin importar la falta de práctica religiosa, el uso de la religión se convierte en una forma eficiente de brindar tranquilidad a los pacientes; del mismo modo, el abrazar, expresar palabras de aliento y esperanza, así como el compartir fortaleza en diversas formas reiterando la búsqueda de confort y comodidad como una necesidad básica para los seres humanos en el cuidado de la salud, sobre todo, con el crecimiento exponencial de la población adulta mayor en el mundo (Rodríguez et al., 2019).

Modelo Teórico con la adaptación a las variables de estudio

De acuerdo a la teoría del confort en el Metaparadigma, para el concepto persona, Kolkaba incluye al adulto mayor y a las instituciones hospitalarias, en este caso es el Hospital General Dr. Miguel Silva; dado que esta autora refiere que el confort se logra cuando la persona alcanza uno de los tres niveles de comodidad: alivio, tranquilidad o trascendencia, el AM encuentra un sentido de vida por encima de sus situaciones adversas, es decir encuentra un entorno satisfactorio. Situándonos en el AM entre las edades de 70 a 95 años podemos concluir que logrando alcanzar un estado mayor de

alivio tranquilidad y trascendencia elevamos su nivel de confort y por tanto disminuimos fragilidad. En la “Figura 1” se muestra una descripción del modelo teórico con las variables de interés:

Figura 1.

Descripción esquemática de la de fragilidad y confort en el adulto mayor con la Teoría de Katharine Kolcaba.

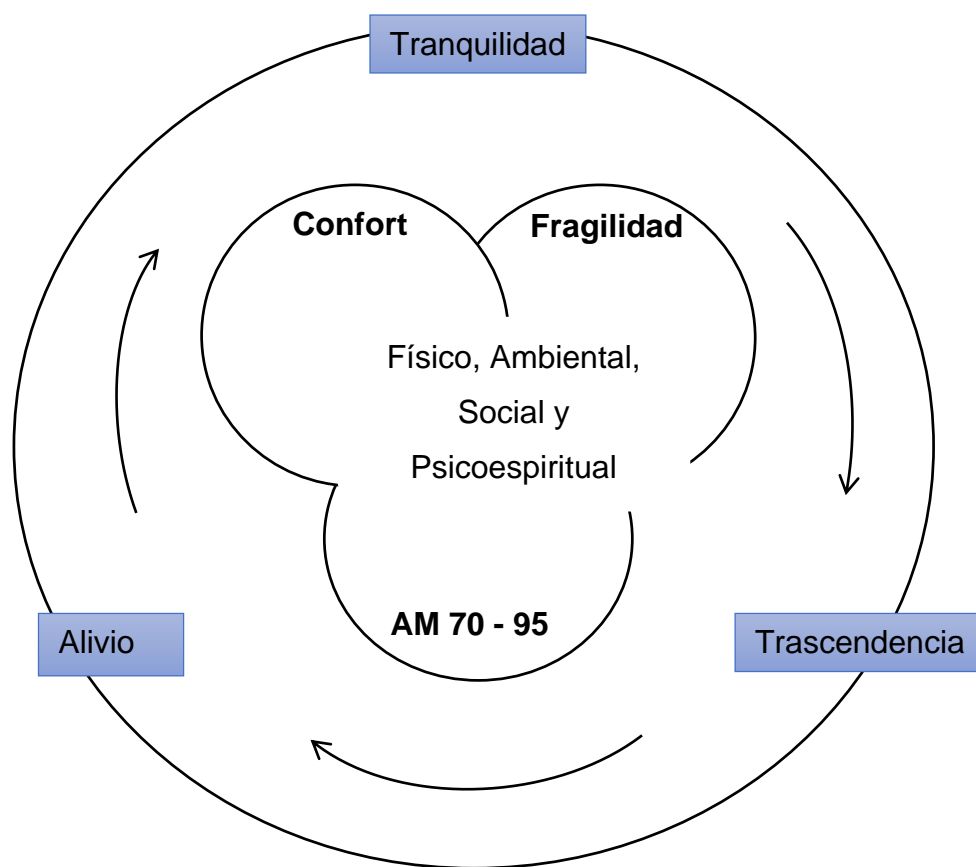


Figura 1. Elaboración LE. Esmeralda Chávez Ramírez a partir de los contextos de la teoría del confort de Katherine Kolcaba (2013, 2019)

4.3.4 Discomfort, signos, síntomas y consecuencias

Cuando se habla de discomfort se trata de todo lo contrario a lo que se planteaba en el apartado anterior, siendo así que este sería la percepción de falta de tranquilidad, alivio y trascendencia en las dimensiones física, psicoespiritual, ambiental y social, retomándose, como una de las principales causas de malestar en los pacientes, sobre

todo, en aquellos traumatológicos o postquirúrgicos que tienen afecciones de movilidad o anatomía (Jumbo, 2018).

Aunado a lo anterior, también puede agregarse a la estructura conceptualizadora que la sensación de disconfort es una respuesta individual a experiencias que no son gratas y que son causadas por un estímulo nocivo. Es así, como resulta necesario señalar que la sensibilidad al disconfort es entonces individual y se relaciona con características de personalidad que pueden hacer más o menos frecuentes el malestar. De ahí, que el estado del mismo podría variar y el que se logre aliviar la sensación eso no asegura que los pacientes puedan experimentar el confort de la forma más completa (Bosch, 2019).

Ahora bien, a pesar de que no existe una experiencia universal de la sensación de disconfort, existen diferentes formas de poder identificar los malestares que este genera como, por ejemplo, emplear un análisis de las alteraciones del patrón de sueño, determinar si existen niveles de ansiedad o desasosiego, presencia de gemidos, incapacidad de relajación, insatisfacción constante con el entorno, intranquilidad, irritabilidad, incomodidad con el clima y estrés o temor. En la aplicación clínica, se han encontrado declaraciones que aseguran la demanda de atención personalizada y la mayoría de veces se relaciona directamente con el confort físico (Jumbo, 2018).

Es de ese modo, que la presencia del disconfort en las personas adultas mayores hospitalizadas podría tener diferentes repercusiones en sus diferentes ámbitos o áreas de desarrollo, así como en distintos niveles de gravedad, yendo desde la incomodidad más leve producto de factores que pueden ser fácilmente solucionados hasta aquellos que, por ejemplo, limitan el movimiento o la capacidad sensorial en los pacientes. La importancia de atender, explorar y prevenir este malestar está dada porque el confort es una necesidad básica en las personas a fin de poder evitar malestares físicos o psicológicos.

V. Metodología

Diseño y tipo de estudio

Esta investigación tiene un alcance descriptivo-correlacional de tipo no experimental con un diseño transversal (Grove et al., 2016).

Participantes

La muestra del estudio fue de tipo no probabilístico, seleccionado por conveniencia. Estuvo compuesta por 80 AM con una edad de 70 a 95 años, quienes se encuentran hospitalizados por diversas situaciones en el Hospital General “Dr. Miguel Silva” en la ciudad de Morelia, Michoacán.

Criterios de inclusión

Se tomaron como criterios los siguientes aspectos:

- Pacientes AM de 70 años.
- AM ingresados en el Hospital General “Dr. Miguel Silva”.
- Pacientes que desearan participar en la investigación de forma voluntaria.

Criterios de exclusión

Mientras que dentro de estos criterios se consideraron lo siguientes aspectos:

- Pacientes AM menores de 70 años.
- AM no ingresados en el Hospital General Dr. Miguel Silva.
- Pacientes con deterioro cognitivo y con efectos de sedantes.
- Pacientes que no deseen participar en la investigación.

Criterios de eliminación

Finalmente, como criterios de eliminación se consideraron los siguientes:

- Pacientes que no contesten cuestionarios completos.
- Pacientes que contesten con doble respuesta los cuestionarios.

Instrumentos

Para la recolección de los datos se utilizaron las dos siguientes escalas, ya que se consideran dentro de la disciplina de la Enfermería como instrumentos de gran fiabilidad:

- Escala de Fried (Fried et al., 2001). Sirve para medir la fragilidad en AM, está basada en la Guía de Práctica Clínica, para su interpretación se considerará la siguiente clasificación: una persona será frágil si cumple tres o más criterios, pre-frágil si cumple uno o dos y robusto si no cumple ninguno. Está dividida en cinco criterios: pérdida involuntaria de peso, baja energía o agotamiento, disminución de la fuerza muscular, lentitud de la movilidad y baja actividad física. El instrumento se encuentra en el anexo 1.
- Escala SGCQ (Kolkaba, 2013). Sirve para medir el confort en los AM, es una versión reducida del cuestionario general para la medición de comodidad y consta de 28 ítems, con una escala tipo Likert de 4, tiene tres dimensiones: alivio, tranquilidad y transcendencia que se miden en cuatro contextos: físico, ambiental, psico-espiritual y socio-cultural. Cuanta más alta sea la puntuación, mayor será la comodidad. El instrumento se encuentra en el anexo 2.

Procedimiento

En primer lugar, se solicitó la aprobación del protocolo de investigación “Relación de la fragilidad y el confort en el adulto mayor en un hospital público” a la Comisión de Bioética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, mismo que ha quedado registrado con el número de folio CIB/FacEnf/007/2020, así como a las instituciones que participaran en el estudio. Una vez aprobado el estudio por las diferentes instancias, se acudió al Hospital General Dr. Miguel Silva para hacer la invitación a los AM que cumplieron con los criterios.

En segundo lugar, para la recolección de datos se realizaron las entrevistas con los participantes seleccionados y se les explicó en qué consistía el estudio (consentimiento informado verbal), asimismo, se les solicitó a los participantes que firmaran la hoja de consentimiento informado de manera escrita (Anexo 3). Una vez resultas todas las dudas se procedió a la aplicación de la hoja de colecta de datos dando tiempo para responder a cada una de las personas, intentando siempre que las preguntas fueran claras (Anexo 4). Finalmente, se realizó la aplicación de los instrumentos a cada uno de los participantes y no tuvo límite de tiempo. Es importante señalar que la investigadora de este estudio permaneció en el mismo espacio con el

objetivo de proporcionarles ayuda en caso de ser necesario. Este procedimiento se llevó a cabo durante los meses de julio a noviembre del 2020.

En tercer lugar, se realizó un análisis descriptivo e inferencial de las variables estudiadas a través del Programa Estadístico para las Ciencias Sociales SPSS versión 21. Finalmente, se llevó a cabo la socialización de los resultados de la investigación con la comunidad.

Consideraciones éticas y legales

Para fines de este trabajo se tomó como base las consideraciones de la Ley General de Salud en materia de Investigación que es la de vigencia en todos los Estados Unidos Mexicanos. Por tanto, esta investigación parte con los principios básicos de respeto a la integridad física y mental del participante contemplados en la declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2012) y considera, además, lo establecido en la norma oficial mexicana NOM-012-SSA3-2012 y en el Reglamento de la Ley General de Salud de México en su capítulo segundo, a fin de garantizar el respeto a su dignidad, así como la protección de sus derechos y su bienestar, como lo indica el artículo 13.

De la misma manera y en consideración a que todos los participantes se encontraran en la última etapa de vida “envejecimiento”, se atendió según lo establecido en la Ley de los Adultos Mayores (Diario Oficial de la Federación, 2002) en su título cuarto de la política pública nacional de las personas adultas mayores, capítulo 1, de los objetivos, artículo 10 fracción XVII que requiere “fomentar la realización de estudios e investigaciones sociales de la problemática inherente al envejecimiento que sirvan como herramientas de trabajo a las instituciones del sector público y privado para desarrollar programas en beneficio de la población adulto mayor”. Retoma lo establecido en la NOM-167-SSA1-1997 para la prestación de los servicios de asistencia social para los adultos mayores en el punto 5.3.3.3.7 que señala el fomento al respeto a la persona adulta mayor, a dedicarles el tiempo necesario, suficiente y requerido al momento de responder el instrumento de fragilidad y confort.

El investigador cumplió con el consentimiento informado de los participantes de acuerdo a lo previsto en el artículo 14 fracción V, el cual se obtuvo por escrito, explicando la capacidad para participar libremente (artículo 20) dando una explicación clara y completa, de tal forma que se pudiera comprender los objetivos y proporcionar respuestas a las dudas que surgieron durante la investigación. Del mismo modo, la seguridad de mantener la confidencialidad de la información recolectada de los cuestionarios (Artículo 21). Se respetará lo establecido por el investigador pugnado en el artículo 22; al elaborar el consentimiento informado se obtuvo la aprobación por la comisión de bioética e investigación de la facultad de enfermería de la universidad michoacana de san Nicolás de Hidalgo.

Es importante recalcar que el investigador respetó lo señalado en el capítulo V “de la investigación en grupos subordinados” en sus artículos 57 y 58 al efectuarse la investigación en participantes considerados cautivos previos a recibir atención del servicio de medicina interna, por lo que se afirmará que los resultados no serán utilizados en perjuicio de los individuos, la investigadora mostrará los valores morales, culturales al realizar el cuestionario. De la misma manera el investigador respetó lo establecido del capítulo VI “de la ejecución de la investigación en las instituciones de atención a la salud” en su artículo 113, referente a garantizar la conducción de la investigación, que fue por un profesional de la salud con formación académica y experiencia. Además, asegura que conoce los principios éticos que guían la investigación.

VI. Resultados

La confiabilidad de cada variable se estimó mediante el alfa de Cronbach, obteniéndose una puntuación de 0.822 en la escala de Fried que determina la fragilidad, mientras que para el para la escala de SGCQ que mide el confort el valor fue de 0.794. El análisis de datos se efectuó mediante el paquete para el análisis estadístico y la gestión de datos SPSS, versión 21. Se utilizaron estadísticos descriptivos y correlación de Rho de Spearman para las pruebas.

El objetivo específico número uno fue Describir a los AM mediante las variables sociodemográficas; para ello se utilizó estadística descriptiva y medidas de tendencia central. En ese sentido, en la “Tabla 1” se puede observar que el 53.8% de la muestra son mujeres y el 46.2% son hombres, mismos que tienen una edad entre 70 a 95 años. Respecto a su estado civil se demostró que el 38.8% son casados, el 36.3% viudos, el 13.8% solteros y el 11.3% divorciados.

En relación con la escolaridad se ubicó que el 66.2% de los adultos mayores cuenta con algún grado de estudios (primaria, secundaria, preparatoria o universidad); asimismo, más del 50% son jubilados o pensionados, el 33.8% se dedican al hogar y el 18.2% trabajan de forma independiente. Cabe mencionar, que únicamente el 42.5% refiere necesitar apoyo, siendo así que el 20% de la muestra utiliza el bastón, el 17.5% andador y el 6.3% silla de ruedas. Cabe recalcar que los participantes estuvieron de 2 a 10 días recibiendo atención hospitalaria por distintas situaciones de salud.

Tabla 1.

Datos sociodemográficos de los participantes

Variable	<i>f</i>	%
Edad		
70-75 años	16	20
76-80 años	3	3.8
81-85 años	18	22.5
86-90 años	24	30
91-95 años	19	23.8
Sexo		
Hombres	37	46.3
Mujeres	43	53.8

Variable		f	%
Estado Civil	Casado	31	38.8
	Soltero	11	13.8
	Viudo	29	36.3
	Divorciado	9	11.3
Escolaridad	Sin estudios	27	33.8
	Primaria	23	28.7
	Secundaria	11	13.8
	Bachillerato	7	8.8
	Universidad	12	15.0
Ocupación	Hogar	27	33.8
	Jubilado	27	33.8
	Pensionado	11	13.8
	Trabajo Independiente	15	18.2
Apoyo	Si	34	42.5
	No	46	57.5
	Dispositivo		
Ninguno Bastón		45	56.3
		16	20.0
	Andador	14	17.5
	Silla de ruedas	5	6.3
	Estancia		
3 días	2 días	6	7.5
		18	22.5
	4 días	14	17.5
	5 días	11	13.8
	6 días	8	10.0
	7 días	8	10.0
	8 días	7	8.8
	9 días	3	3.8
	10 días	5	6.3

Nota. En la tabla se puede observar que la mayoría refiere no utilizar apoyo de algún tipo de dispositivo, un dato importante ya que dados las observaciones realizadas se considera pertinente en algunos casos el uso de bastón, andador e incluso silla de ruedas para una mejor movilización y disminución del riesgo de caídas.

El objetivo específico número dos fue identificar la fragilidad en los AM en la escala total y los criterios que tienen mayor presencia, por lo se encontró que el 51.3% de los AM son Frágiles y el 28.70% son pre-frágiles (Figura 2), además en la “Tabla 2” se observa que el criterio que tuvo mayor tendencia fue el de actividad física reducida, mientras que el de menor presencia fue el de pérdida de peso involuntaria de al menos 5 kg durante el año precedente.

Figura 2.

Fragilidad en las personas mayores

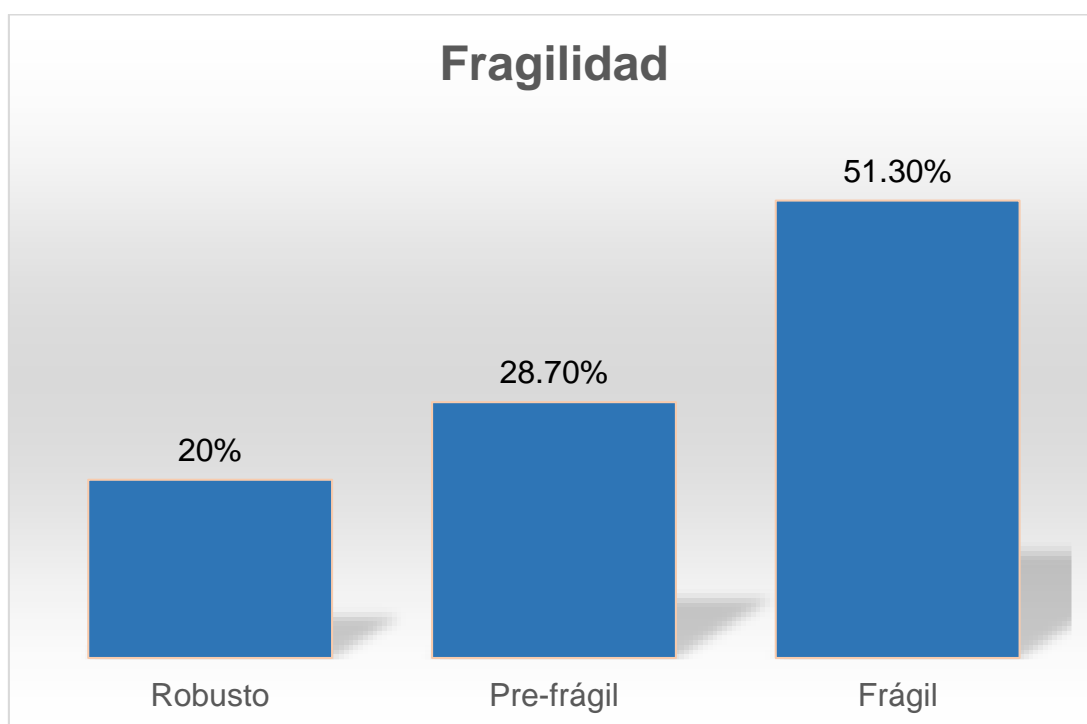


Tabla 2.

Criterios de la Escala de Fried

Criterios de fragilidad	Sí	No
1. Pérdida de peso involuntaria de al menos 5 kg durante el año precedente	47.5%	52.5%
2. Auto-reporte de agotamiento	56.3%	43.7%

3. Disminución de la fuerza muscular (evaluado con dinamómetro).	53.8%	46.2%
4. Actividad física reducida	60.0%	40.0%
5. Velocidad lenta para la marcha (metros por segundo).	58.8%	41.2%

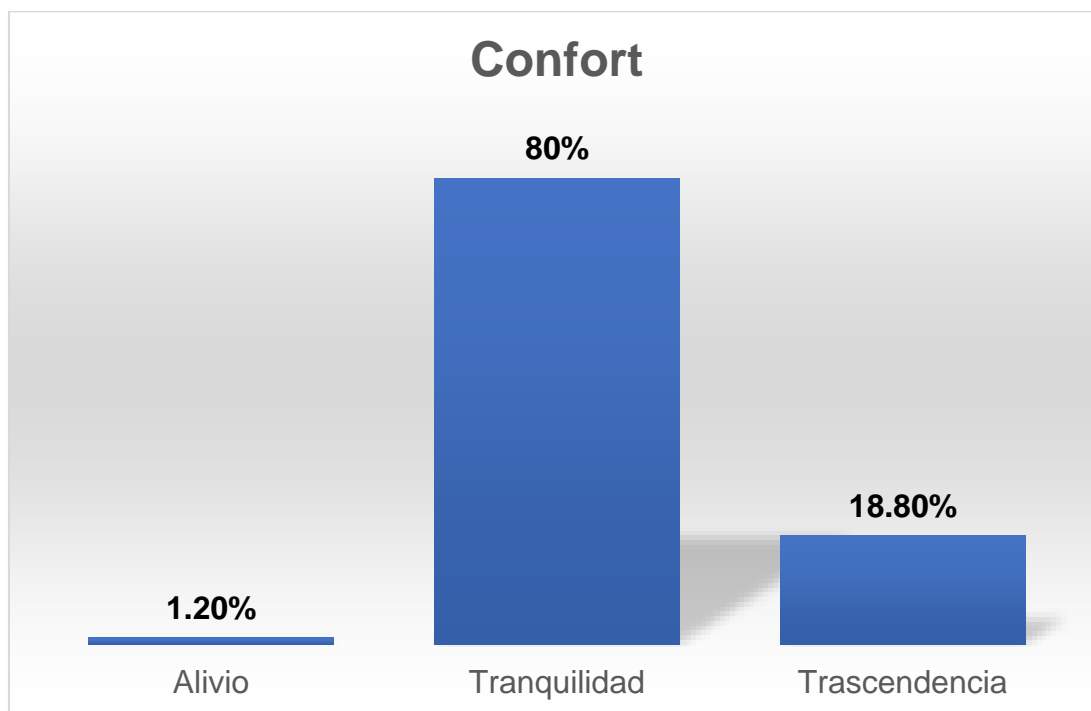
Es importante mencionar, que en el anexo 5 se presentan los criterios de la escala de forma individual para cada participante. Ahora bien, en la “Tabla 3”, se presentan los criterios de fragilidad con base en los rangos de edad ya que se considera una variable importante en el estudio, es así, como se encontró que a mayor edad se produce un mayor cumplimiento de los criterios y, por lo tanto, una mayor fragilidad en los adultos mayores participantes en el estudio.

Tabla 3.

Criterios de la Escala de Fried de acuerdo al rango de edad de los participantes

Edad	Criterios de fragilidad				
	1	2	3	4	5
70-75 años	0%	6.3%	0%	0%	6.3%
76-80 años	33.3%	66.7%	0%	33.3%	0%
81-85 años	33.3%	33.3%	27.8%	44.4%	44.4%
86-90 años	58.3%	79.2%	83.3%	87.5%	83.3%
91-95 años	89.5%	89.5%	94.7%	94.7%	94.7%

El objetivo específico número tres fue determinar el confort en las necesidades de comodidad: alivio, tranquilidad y trascendencia en los cuatro contextos de la experiencia humana (física, psico-espiritual, social y ambiental) en los AM; por lo que se observó que el 80% de los AM se encuentran en un sentido de tranquilidad, 18.80% en un estado de trascendencia y únicamente el 1.2% en un estado de alivio (Figura 3).

Figura 3.*Confort en las personas mayores*

Asimismo, en la "Tabla 4" puede observar el confort en los diferentes contextos: físico, ambiental, socio-cultural y psico-espiritual en los tres estados. Siguiendo esta línea, en el anexo 6 se ubican los criterios de la escala de forma individual.

Tabla 4.*Componentes del confort*

Componente	Alivio	Tranquilidad	Trascendencia
Físico	5.0%	85.0%	10%
Ambiental	3.7%	82.5%	13.8%
Socio-Cultural	17.5%	60.0%	22.5%
Psico-Espiritual	5.0%	68.8%	26.2%

Finalmente, y de forma general, se estableció la relación de la fragilidad física y el confort en los AM en un hospital público, para lo cual se utilizó estadística

inferencial con la prueba no paramétrica de Rho de Spearman. Se encontró que la fragilidad ($\bar{x}=2.76$, $SD=1.904$) y el confort ($\bar{x}=76.21$, $SD=9.133$) en los adultos mayores está relacionado de forma estadísticamente significativa, moderada e inversamente proporcional [$\rho(80) = -0.580$, $p < 0.000$]. Es decir, a mayor fragilidad de los AM disminuye su confort. Aunado a lo anterior, se optó por realizar un análisis exhaustivo que permitiera observar con qué componentes se produce dicha relación.

En ese sentido, en la “Tabla 5” se explica que la fragilidad se relaciona con todos los contextos de forma inversamente proporcional, no obstante, con lo ambiental y socio-cultural dicha relación es débil, mientras que en el físico y psico-espiritual es moderada.

Tabla 5.

Relación de la fragilidad con los contextos del confort

Fragilidad con los contextos de confort	Media	SD	Rho	P
Físico	13.19	1.890	-.577	.000
Ambiental	24.73	2.882	-.325	.003
Socio-Cultural	10.78	2.322	-.373	.001
Psico-Espiritual	27.53	4.060	-.546	.000

Asimismo, en la “Tabla 6” se observó que en donde mayor relación inversamente proporcional existe en cuanto al confort y los 5 criterios de fragilidad fue en la disminución de la fuerza muscular, en la actividad física reducida y en el auto-reporte de agotamiento, seguidos por la velocidad lenta para la marcha y la pérdida de peso involuntaria de al menos 5 kg durante el año precedente.

Tabla 6.

Relación del confort con los criterios de la fragilidad

Confort con los criterios de la fragilidad	Media	SD	Rho	P
1. Pérdida de peso involuntaria de al menos 5 kg durante el año precedente	.48	.503	-.354	.001

2. Auto-reporte de agotamiento	.56	.499	-.402	.000
3. Disminución de la fuerza muscular	.54	.502	-.591	.000
4. Actividad física reducida	.60	.493	-.515	.000
5. Velocidad lenta para la marcha	.59	.495	-.383	.000

Finalmente, el objetivo específico número cuatro fue ubicar las diferencias de la fragilidad y el confort de acuerdo con el sexo, edad, nivel educativo, estado civil, ocupación, días de estancia hospitalaria y apoyo para moverse en los AM, por lo que se hicieron dos análisis profundos respecto a las variables sociodemográficas de los AM con las variables de estudio (Tabla 7). Por un lado, respecto al confort se obtuvo lo siguiente:

- El confort de los AM está relacionado estadísticamente de forma significativa, moderada e inversamente proporcional con la edad [$\rho(80) = -0.562, p < 0.000$]. Es decir, a mayor edad menor confort.
- El confort de los AM está relacionado estadísticamente de forma significativa, moderada y directamente proporcional con el apoyo [$\rho(80) = .415, p < 0.000$]. En otras palabras, el uso del apoyo produce un mayor confort. No obstante, se produce una relación moderada e inversamente proporcional entre el confort y el uso de dispositivos como el bastón, andador y silla de ruedas. Dicho de otra manera, a menor uso de aparatos mayor confort.
- El confort de los AM está relacionado de forma estadísticamente significativa, débil e inversamente proporcional con la estancia en el hospital [$\rho(80) = -.307, p < 0.006$]. Es decir, a menor estancia hospitalaria mayor confort.
- No se encontró relación significativa entre el confort con las variables: sexo, estado civil, escolaridad y ocupación.

Por otro lado, en cuanto a la fragilidad con las variables sociodemográficas se obtuvo lo siguiente:

- La fragilidad de los AM está relacionada estadísticamente de forma significativa, fuerte y directamente proporcional con la edad [$\rho(80) = -.886, p < 0.000$]. Es decir, a mayor edad se produce una mayor fragilidad.
- La fragilidad de los AM está relacionada de forma estadísticamente significativa, débil y directamente proporcional con el sexo [$\rho(80) = -.266, p < 0.017$]. En ese sentido, las mujeres ($\bar{x}=3.26, SD=1.761$) presentan mayor fragilidad que los hombres ($\bar{x}=2.19, SD=1.927$).
- La fragilidad de los AM está relacionada estadísticamente de forma significativa, débil e inversamente proporcional con la escolaridad [$\rho(80) = -.319, p < 0.004$]. Dicho de otra manera, a mayor escolaridad menor fragilidad.
- La fragilidad de los AM está relacionada estadísticamente de forma significativa, moderada e inversamente proporcional con el uso de aparatos de apoyo [$\rho(80) = -.675, p < 0.000$]. Dicho de otra manera, a mayor uso de apoyo menor fragilidad.
- La fragilidad de los AM está relacionada estadísticamente de forma significativa, fuerte y directamente proporcional con el dispositivo de apoyo [$\rho(80) = .711, p < 0.000$]. Es decir, el uso del aparato como bastón, andador o silla de ruedas se debe a una mayor fragilidad en las personas.
- La fragilidad de los AM está relacionada estadísticamente de forma significativa, moderada y directamente proporcional con la estancia en el hospital [$\rho(80) = .618, p < 0.000$]. En otras palabras, a mayor fragilidad mayor estancia en el hospital.
- Las únicas variables con las que no se encontró relación significativa de la fragilidad fueron: el estado civil y la ocupación.

Tabla 7.

Relación del confort y la fragilidad con las variables sociodemográficas de los participantes.

	Media	SD	Confort		Fragilidad	
			Rho	P	Rho	P
Edad	84.46	7.466	-.562	.000	.886	.000
Sexo	1.54	.502	-.070	.537	.266	.017
Estado civil	2.20	1.084	-.053	.641	.070	.540
Escolaridad	2.43	1.421	.197	.079	-.319	.004
Ocupación	2.18	1.100	.097	.394	-.134	.238
Apoyo	1.58	.497	.415	.000	-.675	.000
Dispositivo	.74	.964	-.380	.001	.711	.000
Estancia	5.18	2.288	-.307	.006	.618	.000

VII. Discusiones

El objetivo de esta investigación fue evaluar la relación de la fragilidad y el confort en el adulto mayor (AM) en un hospital público; siendo así que la fragilidad y el confort son dos variables íntimamente relacionadas a la vida cotidiana de las personas adultas mayores y sus familias, pero a su vez, son variables que también se vinculan constantemente al trabajo profesional de las enfermeras y del sector salud. En general, debido a sus componentes multifactoriales en los que la calidad de vida, el contexto social, cultural, político, económico o incluso académico van determinando cada vez más la forma en la que se envejece.

En ese sentido, y a forma de concluir este trabajo es necesario que se retomen algunos datos relevantes de los resultados para contrastarlos con los hallazgos de otras investigaciones, de modo que se genere un conocimiento más amplio que de paso a la oportunidad de seguir ahondando en el estilo de vida de los AM y trabajar con su vulnerabilidad de forma preventiva y promocional para una mejor calidad en el funcionamiento de todas sus áreas.

En primera instancia, este estudio estuvo compuesto por un proporción mayor de mujeres, cifra que concuerdan con el hecho de que la esperanza de vida de las mujeres es mayor que la de los hombres, asimismo, con relación a la variable de fragilidad el por encima de la mitad de los participantes se consideró frágil y un cuarto de la muestra total pre-frágil; datos que son interesantes si se comparan con los que Moreno et al. (2017) en su investigación encontró, ya que los porcentajes de edad y sexo son cercanos, sin embargo, los hallazgos respecto a la variable de fragilidad es que casi un cuarto se definieron frágiles y más de la mitad pre-frágiles, encontrando una similitud en la categoría “robustos”. Dicho de otra manera, pareciera que hubo un incremento considerable de personas pre-frágiles a frágiles lo que resulta alarmante.

Sin embargo, existe una variación entre la investigación de Moreno et al. (2017) que cobra relevancia debido a lo que ya se planteaba en el constructo teórico sobre la influencia que las familias o las relaciones tienen sobre los AM; en la investigación de contraste, trabajaron con personas de las cuales más de la mitad de los participantes mantenía una vida en pareja mientras que, en esta investigación, los

participantes que vivían en pareja fueron menores. Si bien es cierto, que este análisis podría resultar verdadero, se hace necesario recalcar que sería necesario emplear investigaciones que se centren en determinar la correlación entre esas variables dejando esta idea como una mera especulación.

En segunda instancia, en el contraste porcentual del estudio realizado por Carranza et al. (2019) existió mayor similitud en los porcentajes de fragilidad; ya se mencionaba en la estructura teórica, que la variabilidad de la fragilidad dependía de un sinfín de factores sociales y de desarrollo, sin embargo, la similitud entre la presencia de fragilidad es bastante cercana y abre la posibilidad de pensar que del estudio de Moreno al de Carranza han transcurrido dos años, de este último a este han transcurrido otros dos años y por esa razón se nota un crecimiento significativo de la aparición de la fragilidad en los AM.

Aunado a lo anterior, en diversas investigaciones se ha confirmado la similitud porcentual en fragilidad, además, en ellos se encontró también que el sexo más propenso a sufrir fragilidad era el de las mujeres, dato confirmado a través de nuestros participantes. De lo anterior, sería interesante hacer un estudio de corte internacional que permita diferenciar si la cultura y el contexto generaría una fluctuación mayor en las cifras (Carrasco et al., 2018; Díaz et al., 2017; González et al., 2017; Rivadeneyra y Sánchez, 2016; Rivelli et al., 2019).

En tercera instancia, respecto a los criterios de fragilidad de Fried, se encontró que la mayoría de los adultos mayores presentó una actividad física reducida, datos que se asemejan con los resultados observados por Carranza et al. (2019) y que confirman la recurrencia de este criterio en los diversos estudios realizados sobre fragilidad. Posteriormente, la siguiente congruencia se presentó en el criterio de pérdida de peso involuntario, por el contrario, donde existió una diferencia significativa fue en los criterios de disminución de la fuerza muscular y velocidad lenta para la marcha.

En cuarta instancia, entre la variable correlacional de la fragilidad con la edad no se encontró información que pudiera servir como referente de confirmación de los datos que se obtuvieron en esta investigación y que señalan que a mayor edad se

produce una mayor probabilidad de cumplir los criterios de fragilidad, pero es una variable que la mayoría de teóricos de los estudios sobre AM refieren que impacta en el desarrollo de la vida de este grupo etario.

En quinta instancia, en lo que respecta a la variable de confort y sus tres sentidos no se encontraron investigaciones que congeniaran con los resultados aquí presentados, incluso, las investigaciones que indagaron sobre el confort de forma reciente (es decir, aquellas menor a cinco años) son pocas, de tal modo, que esta investigación puede fungir como un referente para futuras investigaciones interesadas en abordar el tema. Sin embargo, Martínez y Ramos (2018) y Mora et al. (2020) servirán para hacer una comparativa entre los resultados obtenidos de forma general y por categoría.

En ese sentido, los resultados fueron los siguientes: se encontró que de forma general dos de cada tres adultos mayores están centrados en la categoría de tranquilidad, sin embargo, Mora et al. (2020) en su estudio encontraron una mayor concentración en la categoría de alivio, pero con el mismo porcentaje, por su parte, Martínez y Ramos (2018) ubicó su mayor porcentaje en la categoría de trascendencia. Por lo tanto, se puede deducir en este apartado general sobre confort que todo lo planteado en el marco teórico sobre la variabilidad del confort de acuerdo al contexto, rasgos de personalidad, creencias, cultura, entre otros, tiene gran influencia. Además, que debido a las condiciones propias de vivir en una sociedad globalizada generan una disminución del confort en los AM por la sobre exigencia.

Aunado a lo anterior, con respecto a los componentes del confort los siguientes contrastes se dieron de la siguiente forma: en esta investigación se determinó que el mayor porcentaje para los componentes físico, ambiental, socio-cultural y psico-espiritual se presentó en la categoría de tranquilidad, mientras que Martínez y Ramos (2018) se ubicaron en la categoría de trascendencia en todos los componentes. Mora et al. (2020) ubicó todos sus componentes de mayor porcentaje en la categoría de alivio. Esto, debido a que la categorización general depende de los componentes, por ende, se reitera la especulación de la variabilidad por la subjetividad de las y los participantes AM.

Finalmente, concluyendo la correlación entre fragilidad y confort se encontró que existe una relación estadísticamente significativa que determina que a mayor fragilidad disminuye su confort, aunque de forma moderada; lo mismo pasa con el aumento de edad, o la estancia hospitalaria; sin embargo, cuando el uso de apoyo de aparatos incrementa, la sensación de confort también lo hace, generando un mejoramiento en la sensación de las pacientes adultas mayores. Si bien es cierto, que no existen investigaciones que hayan estudiado previamente la relación entre la fragilidad y el confort, lo que la teoría expone sobre la estructura conceptual de ambas variables puede entenderse desde un sentido más aplicado.

Ambos conceptos: confort y fragilidad se relacionan íntimamente a la vida cotidiana o propósito de vida, que desde el punto de vista de la teoría del confort de Katharine Kolkaba, dicho confort en el adulto mayor se puede alcanzar hasta llevarlo a la tranquilidad, lo cual se puede observar en la “Figura 4”.

Figura. 4

Descripción esquemática de las conclusiones sobre fragilidad y confort en el adulto mayor con la Teoría de Katharine Kolkaba

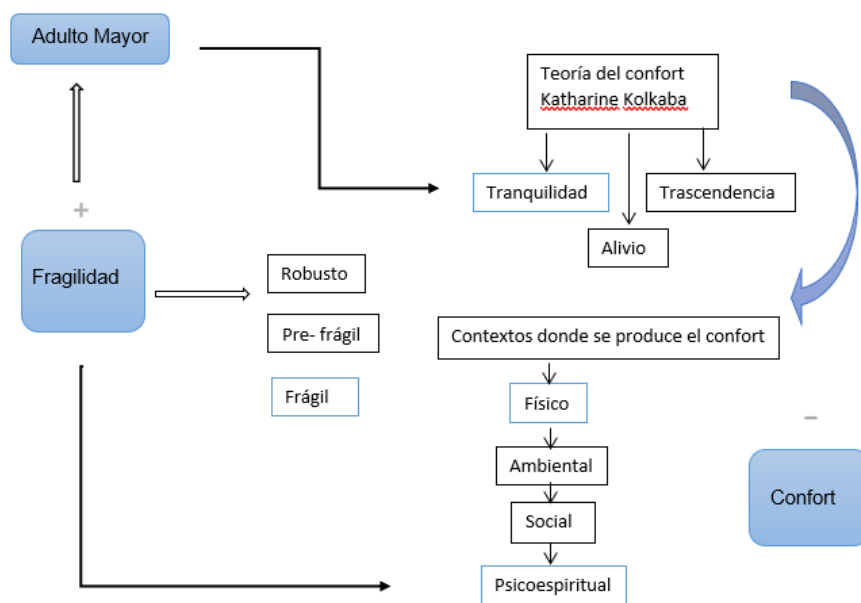


Figura 4. Elaboración LE. Esmeralda Chávez Ramírez a partir de la adaptación de la Teoría de Kolkaba en relación con las variables de interés (2013, 2019).

VIII. Conclusiones

El avance científico y tecnológico ha permitido aumentar de forma considerable la esperanza de vida de los seres humanos, por ello, ha propiciado el surgimiento de nuevos factores atribuidos a la edad e impactado en los sistemas de salud y en las configuraciones sociales. En ese sentido, resulta pertinente que el profesional de la salud, en este caso, el enfermero identifique en los AM la fragilidad y el confort, puesto que de esa manera podrá proporcionarle un servicio adecuado conforme las condiciones reales en las que se encuentra el sujeto, impactando en su calidad de vida y garantizando sus derechos constitucionales.

Si bien, el envejecimiento incrementa en gran medida el riesgo de padecer enfermedades (sobre todo crónico-degenerativas) o discapacidades que limiten el sentido físico, emocional, cognitivo y social, es de esperarse que ante estas situaciones se generen intervenciones multidisciplinarias desde las distintas ciencias, que se desarrollen planes, programas y leyes que respalden a este grupo etario, ya que, en la actualidad, pese a contar con algunas no son suficientes para brindar la atención.

Cabe destacar, que una persona AM frágil es vulnerable ya que por lo general es dependiente o incluso discapacitado, lo que lo lleva a experimentar un mayor disconfort en todos los aspectos de su vida, no obstante, cuando es ingresado a hospitales o clínicas los responsables, además, de los integrantes de su contexto social inmediato son los médicos, profesionales de la enfermería y los trabajadores sociales. Por ende, se debe priorizar las medidas que se van a ejecutar dentro de estas instituciones puesto que pueden marcar una diferencia significativa en la comodidad de los pacientes; indudablemente, esto representa un reto para todo el sistema de salud.

Asimismo, el hecho de detectar de forma temprana las nuevas necesidades de los AM, amplía el panorama sobre los efectos de las mismas y brinda la posibilidad de generar acciones que ayuden a aminorar dichos efectos, por ejemplo: en la fragilidad se pueden realizar algunos ejercicios físicos y terapéuticos, modificaciones en la dieta y acciones encaminadas al cambio de hábitos, ya que se ha demostrado que estos

elementos pueden reducir de forma significativa los riesgos que conlleva padecer el síndrome de fragilidad; del mismo modo, existen otras formas y técnicas fundamentales que permiten que el AM mantenga su independencia y en cierto sentido su confort.

En la actualidad, este síndrome sigue pasando desapercibido, por lo que no es atendido de forma oportuna, lo que genera dependencia total o parcial a mediano y largo plazo, afectando no solo su salud sino su calidad de vida y la de sus familias. En consecuencia, se hace necesario que los sistemas de salud gubernamentales se pongan en un estado de alerta y desarrollen capacitaciones en los integrantes del sector médico para su identificación, así como programas de prevención a nivel social.

Por lo tanto, el mejor modo de prestar esos servicios de salud es mediante un sistema integral de atención primaria y a través de la gestión de políticas que garanticen su seguridad, puesto que el síndrome de la fragilidad no solo afecta al sujeto que lo padece sino a sus familias y al contexto social (ya que requiere de una reconfiguración de los roles de cuidado ante la edad prolongada del familiar, pudieron representar dificultades en el proceso de adaptación a las características particulares del AM), por ello, debe ser en primer lugar, reconocida como un objetivo principal de atención en cuestión de investigación e intervención sistemática; en segundo lugar, como un punto clave en el desarrollo del país.

En conclusión, aún resta trabajo por hacer desde la disciplina de la Enfermería sobre fragilidad y confort de los pacientes que necesitan hacer uso de los servicios de cuidado, no obstante, el elaborar este tipo de estudios empuja hacia la búsqueda óptima de soluciones que pueda realizar el profesional de la enfermería, como parte de sus actividades diarias tanto en los hospitales como fuera de estos. Es así, como se finaliza señalando la importancia y la responsabilidad que tiene el enfermero ante la vulnerabilidad de este grupo etario.

Por ello, se considera de suma relevancia, que se tome en consideración los resultados aquí presentados y que a su vez, se apliquen más investigaciones que permitan constatar lo que en la estructura teórica y de conclusiones se planteó para el mejoramiento en los planes de intervención, de prevención y promoción de salud

buscando siempre un mejoramiento en la calidad de vida de las personas adultas mayores de México y Latinoamérica, sobre todo, con el aumento de la población adulta mayor para los siguientes años.



IX. Limitaciones y Sugerencias

Por un lado, entre las principales limitaciones que el grupo de investigadores enfrentó se encuentran:

- Son relativamente pocas las investigaciones que se han realizado actualmente sobre la combinación de las dos variables estudiadas: fragilidad y confort; por lo que resultó difícil desarrollar el marco teórico, además, que los estudios encontrados son repetitivos.
- El hecho de no disponer de un método estándar de fragilidad para personas mayores.
- La iniciativa por parte de los AM de participar en el proceso de investigación.

Por otro lado, para las futuras investigaciones se siguieren los siguientes aspectos:

- Realizar estudios de investigación para validar o desarrollar instrumentos aplicables en el país y con la población señalada, ya que a pesar de contar con algunos sería pertinente confirmar los datos con otra escala adicional a las que se retomaron en el presente trabajo.
- Intentar mantener el nivel de homogeneidad en cuestiones de sexo y edad en los participantes para de esa manera, poder realizar otro tipo de estudios. Asimismo, incluir otro tipo de variables sociodemográficas.
- Generar estudios de tipo experimental con corte longitudinal, con el objetivo de realizar algún tipo de intervención que se considere adecuada para mejorar el confort y/o disminuir la fragilidad de los AM.
- Medir el tiempo de aplicación por cada sujeto, obviamente dando el tiempo pertinente para que los participantes puedan contestar, no olvidando sus capacidades físicas y mentales.
- Hacer estudios sobre estas dos variables: fragilidad y confort fuera de los centros hospitalarios para ver si es un aspecto importante en el tema. Para posteriormente, realizar un análisis comparativo.

Referencias

- Alonso, P., Sansó, F. J., Díaz, A. M., Carrasco, M. y Oliva, T. (2007). Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33(1). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000100010&lng=es&tlng=es
- Bornaz, J. A. (2018). *Maneras y medios de proporcionar comodidad al adulto mayor hospitalizado en el hospital regional docente Las Mercedes, Chiclayo, 2018*. [Tesis de licenciada]. Universidad Señor Sipán
- Bosch, A. (2019). *Confort y disconfort en el paciente crítico pediátrico. Adaptación transcultural y validación de la escala confort Behavior Scale*. [Tesis de doctorado]. Universitat de Barcelona
- Bosch, A., Luna, P., Garcia, P., Tamame, M., Falcó, A., Alcolea, S., Fernández, R., Piqueras, P., Molina, I., Potes, C., Gesti, S., Orozco, R., Tercero, M. C., Saz, M. A., Jordan, L. y Belda, S. (2020). Grado de disconfort del paciente crítico pediátrico y correlación con variables sociodemográficas y clínicas, analgosedación y síndrome de abstinencia. Estudio multicéntrico COSAIP (Fase 2). *Anales de pediatría*, 1, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.10.016>
- Cámara de Diputados del Honorable Congreso de la Unión. (2014). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud*. http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MPSS_171214.pdf
- Carranza, K.B., Farías, K. Trujillo, B., Delgado, I., Baltazar, L.M., Aguilar, Z.C., Trujillo, K. y Trujillo, X. (2019). Frecuencia de fragilidad y comorbilidad en adultos mayores. *Rev. Arg. de Gerontología y Geriatría*, 33(2), 154-160. <http://www.sagg.org.ar/wp/wp-content/uploads/2020/01/RAGG-12-2019-154-160.pdf>
- Carrasco, K.B., Farías, K. y Trujillo, B. (2018). Frecuencia de envejecimiento exitoso y fragilidad. Factores de riesgo asociados. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 53(1), 23-25. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2017.05.011>

- Chuquipoma, L.I., Lama, J.E., Cruz, J.A. (2019). Factores asociados al síndrome de fragilidad en adultos mayores que acuden a consulta externa de Geriatria del Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima-Perú. *Acta Médica Peruana AMP* 37(1), 267-73. <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v36n4/a04v36n4.pdf>
- Consejo Nacional de Población. (2010). *Proyecciones de población de México 1995-2020. México: la situación demográfica en México, 2010.* http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Situacion_Demografica_Publicaciones
- Diario Oficial de la Federación. (2002). *Ley de los derechos de las personas adultas mayores.* http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/ldpam/LDPAM_orig_25jun02.pdf
- Diario Oficial de la Federación. (2012). *Ley general de la salud.* http://www.salud.gob.mx/cnts/pdfs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf
- Díaz, F., Nazzari, C., Verdejo, H., Rossel, V., Castro, P., Larrea, R., Concepción, R. y Sepúlveda, L. (2017). Factores asociados a la fragilidad en pacientes hospitalizados con insuficiencia cardiaca descompensada. *Rev Med Chile*, 145, 164-171. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v145n2/art03.pdf>
- Diéguez, A.J. (2001). *La Vejez. Una etapa de la vida con sentido o sin sentido.* <http://dns.ts.ucr.ac.cr/binarios/pela/pl-000213.pdf>
- Estrada, O. A., Salcedo, A.L. y García de Alba, J. E. (2018). Síndrome de fragilidad en el Sistema Universitario del Adulto Mayor. *Revista Salud Jalisco* 5(2), 92-97. <https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2018/sj182d.pdf>
- Fried, L.P., Tangen, C.M., Walston, J., Newman, A.B., Hirsch, C., Gottdiener, J., et al. (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.*, 56(3), 146-156.
- García, M. y Moreno, M. (2019). Síndrome de Fragilidad: Un Desafío para la Venezuela del Siglo XXI. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud*, 3(3), 60-92. <https://doi.org/10.35381/s.v.v3i5.253>

- García, M. y Moreno, M. (2019). Síndrome de Fragilidad: Un Desafío para la Venezuela del Siglo XXI. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud*, 3(3), 60-92. <https://doi.org/10.35381/s.v.v3i5.253>
- Gobierno de la República Mexicana. (2013). *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018*. https://www.snieg.mx/contenidos/espanol/normatividad/MarcoJuridico/PND_2013-2018.pdf
- González, M. C., Leguia, J. y Diaz, C. (2017). Prevalencia y factores asociados al síndrome de fragilidad en adultos mayores en la consulta de atención primaria de EsSalud, enero-abril 2015. Chiclayo, Perú. *Horiz Med* 17(3), 35-42. <http://doi.org/10.24265/horizmed.2017.v17n3.07>
- González, M.C., Leguía, J. y Díaz, C. (2017). Prevalencia y factores asociados al síndrome de fragilidad en adultos mayores en la consulta de atención primaria de EsSalud, enero-abril 2015. Chiclayo, Perú. *Horiz. Med.*, 17(3), 35-42. <http://www.scielo.org.pe/pdf/hm/v17n3/a07v17n3.pdf>
- González, R., Cardentey, J., Hernández, D.C., Rosales, G. y Jeres, C.M. (2017). Comportamiento de la fragilidad en adultos mayores. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 21(4), 498-509. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552017000400008&lng=es&tlng=es.
- Gutiérrez, L.M., Agudelo, M., Medina, R. y Giraldo, L. (Eds.). (2009). *Hechos y desafíos para un envejecimiento saludable en México*. Instituto Nacional de Geriatria INGER. <https://www.facebook.com/institutonacionaldegeriatria.mexico/photos/a.973005979395596.1073741827.973004202729107/1322173897812134/?type=1&theater>.
- Herrera, D., Soriano, A. N., Rodrigo, P.K. y Toro, C.J. (2020). Prevalencia del síndrome de fragilidad y factores asociados en adultos mayores. *Revista Cubana de Medicina General Integral* 36(2) 1-17. <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/1098/338>

- Instituto Mexicano del seguro social. (2011). *Guía de Práctica Clínica GPC. Prevención, diagnóstico y tratamiento del síndrome de fragilidad en el anciano*.
<http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Pages/guias.aspx>
- Instituto Nacional de Estadística, Geográfica e informática. (2012). *Población*.
<http://www.inegi.org.mx/>
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (12 de mayo del 2018). Conapo e Inapam, de la mano en la atención del envejecimiento [Comunicado de prensa]. <https://www.gob.mx/inapam/prensa/conapo-e-inapam-de-la-mano-en-la-atencion-del-envejecimiento-156950?idiom=es>
- Jauregui, J. y Rubín. R. (2012). Fragilidad en el adulto mayor. *Rev. Hosp. Ital. B. Aires.*, 32(3), 110-115.
https://www.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/servicios_attachs/8040.pdf
- Kolcaba, K. (2013, 30 de mayo). *El confort*. [Mensaje en un blog].
<http://teoriasintermedias2013.blogspot.com/2013/05/el-confort.html>
- Lluis, G.E. y Lliebre, J.J. (2004). Fragilidad en el adulto mayor: Un primer acercamiento. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 20(4).
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252004000400009&lng=es&tlng=es.
- Martínez, E. Ramos, D.L. (2018). *Confort en pacientes hospitalizados con enfermedades crónicas, en la una ese de montería, 2017*. [Tesis de licenciatura]. Universidad de Cordoba.
- Martínez, E. Y Ramos, D. (2018). *Confort en pacientes hospitalizados con enfermedades crónicas, en una ese de montería, 2017*. [Tesis de licenciatura]. Universidad de Córdoba
- Mora, M., Ruíz, M. J., Jiménez, V., Huerta, M.I., Alcántar, M. L. y Anguiano, A.C. (2020). Confort de pacientes hospitalizados con úlceras por presión. *Revista Jóvenes en la Ciencia*, 7(5), 2-7.

<http://www.jovenesenlaciencia.ugto.mx/index.php/jovenesenlaciencia/article/view/3210/2700>

Moreno, K., Ramírez, E. y Sánchez, S. (2017). Las dificultades del sueño se asocian con fragilidad en adultos mayores. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.*, 56, 538-544. <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2018/ims181f.pdf>

Navalón, R., Martínez, I. (2020). Valoración del grado de deterioro funcional y fragilidad en adultos mayores activos. *Retos*, 38, 576-581. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7446341.pdf>

Noriega, L. M. (2011). *Vivencias del adulto mayor durante su internamiento en un hospital de III Nivel de Lima Metropolitana*. [Tesis de licenciatura]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Oddone, J. y Pochintesta, P. (2021). La cuarta edad: la fragilidad en cuestión. En M. Paredes y L. Monteiro. *Desde la niñez a la vejez* (325-344). CLACSO. <https://www.jstor.org/stable/pdf/j.ctvt6rm99.19.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2002, 23 de mayo). *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Madrid, 8 a 12 de abril de 2002*. <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/CONF.197/9>.

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Envejecimiento*. <https://www.who.int/topics/ageing/es/>

Organización Panamericana de la Salud. (2012). *Día Internacional de las Personas Mayores: El envejecimiento de la población presenta desafíos y oportunidades para los países de las Américas*. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7260:2012-international-day-older-persons-aging-challenges-opportunities&Itemid=1926&lang=es

Penny, E. y Melgar, F. (2012). *Geriatría y Gerontología para el médico internista*. La hoguera. http://www.medicinainterna.net.pe/sites/default/files/geriatria_para_el_internista.pdf

- Remache, M. I. (2021). *Cuidados de enfermería a pacientes con discapacidad motora. Según Katherine Kolcaba*. [Tesis de licenciatura]. Universidad Nacional de Chimborazo.
- Reyes, I. y Castillo, J.A. (2011). El envejecimiento humano activo y saludable, un reto para el anciano, la familia, la sociedad. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 30(3), 454-459. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002011000300006&lng=es&tlng=es.
- Rivadeneira, L. y Sánchez, C. (2016). Síndrome de fragilidad en el adulto mayor en una comunidad rural de Puebla, México. *RevDuazary*, 13 (2), 119-25. <https://doi.org/10.21676/2389783X.1717>
- Rivelli, R., Gabetta, J., Amarilla, A., López, O.E., Denis, M.L., Duarte, L.T., Florentín, D., Gabriel, B., Esquivel, M., Colmán, S. y Almada, D. (2019). Fragilidad del adulto mayor en tres Unidades de salud familiar del Paraguay 2019. *Revista Virtual. Sociedad Paraguaya de Medicina Interna* 7(2), 11-22. <https://www.revistaspmi.org.py/index.php/rvspmi/article/view/171/178>
- Rockwood, K., Song, X., MacKnight, C., Bergman, H., Hogan, D.B., McDowell, I. & Mitnitski, A. (2005). A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ*, 173(5), 489-495. <https://doi.org/10.1503/cmaj.050051>
- Rodríguez, A., López, Y. y Vigoa, Y. (2016). El proceso de aprendizaje en el desarrollo de la adultez. *Rev. De Fac. Cult.Fis.Univ.Granma*, 13(40), 36-50. <https://revistas.udg.co.cu/index.php/olimpia/article/view/1310>
- Rodríguez, S. A., Díaz, R. J., Cervera, M. F., Banda, A., Rodríguez, L. D. Y Tejada, S. (2019). Participación de familiares cuidadores para el confort de personas mayores hospitalizadas. *GeroKomos* 31(2), 71-75.
- Secretaría de Gobernación. (1997). *Norma Oficial Mexicana para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores "NOM-167-SSA1-1997"*.

https://hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/dirgral/marco_juridico/normas/nom_09.pdf

Secretaría de Gobernación. (2012). *Norma oficial mexicana de criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos "NOM-012-SSA3-2012"*.

https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013

Secretaría de Salud (2012). *Encuesta, salud bienestar y envejecimiento*.
http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/adulto/descargas/pdf/EncuestaSABE_EdoMex.pdf

Secretaría de Salud. (2013). *Programa de Acción Específico Atención del Envejecimiento 2013-2018. Programa Sectorial de Salud*.
<https://www.gob.mx/salud/documentos/programa-de-accion-especifico-atencion-del-envejecimiento-2013-2018>

Secretaría de Salud. (2015). *Programa de Acción Específico Atención del Envejecimiento 2013-2018. Programa Sectorial de Salud*.
<https://www.gob.mx/salud/documentos/programa-de-accion-especifico-atencion-del-envejecimiento-2013-2018>

Tello, T. y Varela, L. (2016). Fragilidad en el adulto mayor: detección, intervención en la comunidad y toma de decisiones en el manejo de enfermedades crónicas. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 33(2), 328-334.
<https://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2207>

Ugalde, F. E. Y Mora, A. (2020). Factores de riesgo asociados al síndrome de fragilidad de la persona adulta mayor: programas de cuidado de la población adulta mayor a cargo de la asociación moraviana. *UCR, Anales en Gerontología* 12, 1-28.
<https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/gerontologia/article/view/45171/44960>

Zamudio, A., Aguilar, S. Y Ávila, J. A. (2017). Deterioro cognitivo en adultos mayores con VIH/sida y síndrome de fragilidad. *Gaceta médica de México*, 153, 598-607.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2017/gm175h.pdf>

Zugasti, A. Y Casas, A. (2019). Síndrome de fragilidad y estado nutricional: valoración, prevención y tratamiento. *Nutrición Hospitalaria*, 36(2), 26-37.
<https://www.nutricionhospitalaria.org/articles/02678/show>

Anexos

Anexo 1. Instrumento de fragilidad

Instrumento para medir la fragilidad en adultos mayores “Guía de Práctica Clínica”
(GPC)

Instrucciones: Por favor marque con una x la respuesta que considera adecuada

CRITERIOS DE FRIED, PARA EL FENOTIPO DE SÍNDROME FRAGILIDAD	Si	N0	Observación
1. Pérdida de peso involuntaria de al menos 5 kg durante el año precedente			
2. Auto-reporte de agotamiento			
3. Disminución de la fuerza muscular (evaluado con dinamómetro).			
4. Actividad física reducida			
5. Velocidad lenta para la marcha (metros por segundo).			
<p style="text-align: center;"><i>Ningún criterio= robusto</i></p> <p style="text-align: center;"><i>1 o 2 criterios = pre frágil</i></p> <p style="text-align: center;"><i>3 ó más criterios= frágil</i></p>			

Modificado de Fried et al. (2001).

Anexo 2 Instrumento de confort

Instrucciones: Conteste lo que se pide a continuación, indicando el número con el que se identifique más de acuerdo a la tabla que se muestra a continuación.

4. Totalmente de acuerdo

3. De acuerdo

2. En desacuerdo

1. Totalmente en desacuerdo

	1	2	3	4
1. Existen personas a las que puedo acudir si necesito ayuda.				
2. No quiero hacer ejercicio mientras estoy hospitalizado.				
3. Mi situación de salud actual me baja el ánimo.				
4. En medio de la situación siento confianza en mí mismo.				
5. Siento que mi vida vale la pena.				
6. Me satisface saber que hay personas a mi alrededor que me quieren.				
7. El ruido no me deja descansar.				
8. Siento que nadie a mí alrededor me comprende.				
9. El dolor que siento es difícil de soportar.				
10. Me siento triste cuando estoy solo.				
11. No me gusta este lugar.				
12. Estoy duro del estómago.				
13. No me siento bien de salud.				
14. Esta habitación me produce temor.				
15. me aterra lo que va a suceder				
16. Estoy cansado.				
17. Estoy satisfecho con mi vida.				
18. Esta silla (cama) me lastima.				
19. La vista desde mi habitación es agradable				
20. Extraño algunas de mis pertenencias personales.				
21. Aquí no me siento en el sitio correcto.				

22. Mis amigos demuestran que se acuerdan de mí al enviarme tarjetas, visitarme o llamarme por teléfono.				
23. Necesito estar mejor informado sobre mi salud.				
24. Siento que en esta situación no tengo muchas opciones para tomar decisiones.				
25. Esta habitación tiene un olor desagradable.				
26. Me siento en paz conmigo mismo.				
27. Estoy desanimado				
28. Le encuentro significado a la vida.				

Kolkaba (2013).



Apéndices



Apéndice 1. Consentimiento Informado

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO



Maestría en enfermería con terminal en Adulto Mayor

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Al firmar este documento doy mi consentimiento para que me aplique un instrumento de investigación la Lic. Esmeralda Chávez Ramírez, estudiante de la maestría en enfermería, la cual se lleva a cabo en la facultad de enfermería de la universidad michoacana de san Nicolás de hidalgo, con el objetivo de evaluar la fragilidad y el confort en el adulto mayor de 70 a 95 años de edad en el hospital General “Dr. Miguel silva” Morelia Michoacán.

He aceptado participar en este estudio, de forma libre, voluntaria y que aun después de que este se haya iniciado puedo a rehusarme a continuar, sin que esto tenga repercusiones a mi persona. Se me ha comentado que la información obtenida se maneja de manera confidencial, es decir, que las respuestas a las preguntas que me realicen no serán reveladas a nadie y que en ningún informe de este estudio se me identificara jamás en forma alguna y que el beneficio resultado de esta investigación será tanto para mi persona, perteneciente a esta comunidad, así como para el resto del personal que haya o no participado.

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito a la L.E Esmeralda Chávez Ramírez ya que es a la persona a quien debo buscar en caso de que tenga alguna pregunta acerca del estudio.

Nombre y firma de la entrevistada (o)

L.E. Esmeralda Chávez Ramírez

Entrevistadora

Morelia, Michoacán a de del mes de del 2020

Apéndice 2. Hoja de Colecta de Datos



**Universidad Michoacana de San Nicolás de
Hidalgo**

Facultad de Enfermería



Parte I. Datos sociodemográficos

Instrucciones. Por favor responda lo que se solicita a continuación, marcando con una X

1. **Edad:** _____ años
2. **Sexo:** Masculino ___ Femenino___
3. **Edo Civil:** Casado___ Soltero ___ Viudo ___ Divorciado___
4. **Nivel Educativo:** Sin Estudios___ Primaria___
Secundaria___ Bachillerato ___ Universidad___
5. **Ocupación:** Hogar___ Jubilado ___ Pensionado
Trabajo independiente___
6. **Apoyo para deambular:** Si___
Mencionar___ (Bastón, andador, silla de ruedas)
No___
7. **Estancia Hospitalaria:** ___Días

Apéndice 3. Resultados del diagnóstico de cada participante según los criterios de la Escala de Fragilidad

P	Criterios					R	P	Criterios					R
	1	2	3	4	5			1	2	3	4	5	
1	No	No	No	No	No	Robusto	41	No	No	Si	Si	Si	Frágil
2	No	No	No	No	No	Robusto	42	No	Si	Si	Si	Si	Frágil
3	No	No	No	No	No	Robusto	43	No	Si	Si	Si	Si	Frágil
4	No	Si	No	No	Si	Pre-frágil	44	Si	Si	Si	Si	Si	Frágil
5	No	No	No	No	No	Robusto	45	Si	Si	Si	Si	Si	Frágil
6	No	No	No	No	No	Robusto	46	Si	No	Si	Si	Si	Frágil
7	No	No	No	No	No	Robusto	47	Si	Si	Si	Si	Si	Frágil
8	No	No	No	No	No	Robusto	48	No	Si	Si	Si	Si	Frágil
9	No	No	No	No	No	Robusto	49	Si	Si	Si	Si	Si	Frágil
10	No	No	No	No	No	Robusto	50	No	Si	Si	Si	Si	Frágil
11	No	No	No	No	No	Robusto	51	Si	No	Si	Si	Si	Frágil
12	No	No	No	No	No	Robusto	52	No	Si	No	Si	No	Pre-frágil
13	No	No	No	No	No	Robusto	53	Si	Si	Si	No	Si	Frágil
14	No	No	No	No	No	Robusto	54	No	No	No	Si	No	Pre-frágil
15	No	No	No	No	No	Robusto	55	No	Si	No	No	No	Pre-frágil
16	No	No	No	No	No	Robusto	56	Si	Si	No	Si	Si	Frágil
17	No	No	No	No	No	Robusto	57	Si	Si	Si	Si	Si	Frágil
18	Si	Si	No	No	No	Pre-frágil	58	Si	No	Si	Si	Si	Frágil
19	No	Si	No	Si	No	Pre-frágil	59	No	Si	Si	Si	Si	Frágil
20	No	Si	No	No	No	Pre-frágil	60	Si	Si	Si	No	No	Frágil
21	No	No	Si	No	No	Pre-frágil	61	No	Si	Si	Si	Si	Frágil
22	No	No	Si	No	No	Pre-frágil	62	No	Si	Si	Si	Si	Frágil
23	Si	No	No	No	No	Pre-frágil	63	Si	Si	Si	Si	Si	Frágil
24	Si	No	Si	No	No	Pre-frágil	64	Si	Si	Si	Si	Si	Frágil
25	No	No	No	Si	Si	Pre-frágil	65	Si	No	Si	Si	No	Frágil
26	No	Si	No	Si	No	Pre-frágil	66	No	No	Si	Si	Si	Frágil
27	No	No	No	Si	Si	Pre-frágil	67	Si	Si	Si	Si	Si	Frágil
28	Si	No	Si	No	No	Pre-frágil	68	Si	Si	Si	No	Si	Frágil

29	Si	No	No	Si	No	Pre-frágil	69	Si	Si	Si	Si	Si	Frágil
30	No	Si	No	Si	No	Pre-frágil	70	Si	Si	Si	Si	Si	Frágil
31	Si	Si	No	Si	Si	Frágil	71	Si	Si	Si	Si	Si	Frágil
32	No	No	No	No	Si	Pre-frágil	72	Si	Si	Si	Si	Si	Frágil
33	No	Si	No	No	Si	Pre-frágil	73	Si	Si	No	Si	Si	Frágil
34	No	No	No	Si	Si	Pre-frágil	74	Si	Si	Si	Si	Si	Frágil
35	Si	No	Si	No	No	Pre-frágil	75	Si	Si	Si	Si	Si	Frágil
36	No	No	No	Si	Si	Pre-frágil	76	Si	Si	Si	Si	Si	Frágil
37	No	Si	No	No	Si	Pre-frágil	77	Si	Si	Si	Si	Si	Frágil
38	Si	Si	Si	Si	Si	Frágil	78	Si	Si	Si	Si	Si	Frágil
39	Si	Si	Si	Si	Si	Frágil	79	Si	Si	Si	Si	Si	Frágil
40	Si	Si	Si	Si	Si	Frágil	80	Si	Si	Si	Si	Si	Frágil

Nota. De acuerdo con el autor de la Escala de Fragilidad si el sujeto no tiene ningún criterio será considerado como robusto, de 1 o 2 criterios pre frágil y de 3 o más será frágil.

Apéndice 4. Resultados del diagnóstico de cada participante según los criterios de la Escala SGCQ

P	Contextos				R. Confort	P	Contextos				R. Confort
	F	A	P-E	S-C			F	A	P-E	S-C	
1	2	3	2	3	Tranquilidad	41	2	2	3	2	Tranquilidad
2	2	2	2	2	Tranquilidad	42	2	2	2	2	Tranquilidad
3	3	3	3	2	Trascendencia	43	2	2	2	2	Tranquilidad
4	1	2	1	1	Tranquilidad	44	2	2	2	2	Tranquilidad
5	2	2	2	1	Tranquilidad	45	2	2	2	2	Tranquilidad
6	2	2	2	2	Tranquilidad	46	2	2	3	2	Tranquilidad
7	3	2	2	2	Tranquilidad	47	2	2	3	2	Tranquilidad
8	2	1	2	1	Tranquilidad	48	2	2	2	2	Tranquilidad
9	2	2	2	2	Tranquilidad	49	2	2	2	1	Tranquilidad
10	2	2	2	2	Tranquilidad	50	2	2	2	2	Tranquilidad
11	2	1	1	1	Tranquilidad	51	2	2	2	2	Tranquilidad
12	3	3	2	2	Trascendencia	52	2	2	2	2	Tranquilidad
13	1	1	1	1	Alivio	53	2	3	2	2	Tranquilidad
14	2	2	2	1	Tranquilidad	54	2	2	2	2	Tranquilidad
15	2	2	2	1	Tranquilidad	55	2	2	3	2	Tranquilidad
16	2	2	2	1	Tranquilidad	56	3	2	3	3	Tranquilidad
17	2	2	2	1	Tranquilidad	57	2	2	2	2	Trascendencia
18	2	2	2	1	Tranquilidad	58	3	2	2	2	Tranquilidad
19	2	2	2	1	Tranquilidad	59	2	2	2	2	Tranquilidad
20	2	2	2	2	Tranquilidad	60	2	2	3	3	Tranquilidad
21	2	2	2	2	Tranquilidad	61	2	3	3	3	Trascendencia
22	2	2	2	1	Tranquilidad	62	2	2	2	2	Trascendencia
23	1	2	2	2	Tranquilidad	63	2	2	2	2	Tranquilidad
24	2	2	1	1	Tranquilidad	64	2	2	2	3	Tranquilidad
25	2	3	3	2	Tranquilidad	65	2	2	3	3	Tranquilidad
26	2	2	2	2	Tranquilidad	66	3	3	3	2	Trascendencia
27	2	2	2	2	Tranquilidad	67	2	3	3	3	Trascendencia

28	2	2	2	2	Tranquilidad	68	2	3	3	2	Trascendencia
29	2	2	2	2	Tranquilidad	69	2	2	2	3	Trascendencia
30	2	2	3	2	Tranquilidad	70	2	2	3	3	Tranquilidad
31	2	2	2	3	Tranquilidad	71	2	2	2	3	Trascendencia
32	2	2	3	3	Tranquilidad	72	2	2	3	3	Trascendencia
33	2	2	2	2	Tranquilidad	73	2	2	2	3	Trascendencia
34	1	2	2	2	Tranquilidad	74	3	2	2	2	Tranquilidad
35	2	2	3	2	Tranquilidad	75	3	3	3	2	Tranquilidad
36	2	2	2	3	Tranquilidad	76	2	3	3	3	Trascendencia
37	2	2	2	2	Tranquilidad	77	2	2	3	3	Trascendencia
38	2	2	2	2	Tranquilidad	78	2	2	2	2	Trascendencia
39	2	2	2	3	Tranquilidad	79	2	2	2	2	Tranquilidad
40	2	2	2	2	Tranquilidad	80	2	2	2	2	Tranquilidad

Nota: *F=Contexto físico, A=Contexto ambiental, P-E=Contexto psico-espiritual y S-C=Contexto socio-cultural; *1=Alivio, 2=Tranquilidad y 3=Trascendencia