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

Tesina

"Fragilidad y Depresión en el Adulto Mayor Hospitalizado"

Presenta:
Sandra Sánchez Chávez

Tesina Presentada para Obtener el Grado de
Maestra en Enfermería

Diciembre, 2020

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

Tesina
"Fragilidad y Depresión en el Adulto Mayor hospitalizado"

Presenta:
Sandra Sánchez Chávez

Director de Tesina:
DCE. María Claudia Morales Rodríguez

Tesina Presentada para Obtener el Grado de
Maestra en Enfermería

Diciembre, 2020.

Revisores e Integrantes del Jurado de Examen Profesional

DCE. María Claudia Morales Rodríguez
Presidente

DCE. Gudelia Nájera Gutiérrez

MCE. Brenda Resendiz Maldonado

Dra. Irma Vera Sánchez

DCE. María Claudia Morales Rodríguez
Directora de Tesis

MCE. Erika Pérez Noriega
Directora

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

Tabla de Contenido

Página

Capítulo I

Introducción

1.1 Planteamiento del Problema 1

1.2 Propósito 4

1.3 Marco Teórico 4

1.4 Estudios Relacionados 9

1.5 Definición Operacional de términos 15

1.6 Objetivo General 16

1.6.1 Objetivos Específicos 16

Capítulo II

Metodología 17

2.1 Diseño del Estudio 17

2.2 Población 17

2.3 Muestreo y Muestra 17

2.4 Criterios de Selección 17

2.4.1 Criterios de Inclusión 17

2.4.2 Criterios de Exclusión 18

2.4.3 Criterios de Eliminación 18

2.5 Instrumentos de Medición 18

2.6 Procedimiento 19

2.7 Ética del Estudio 20

Página

2.8 Estrategias de Análisis Estadístico 23

Resultados de la Prueba Piloto 24

3.1 Características Sociodemográficas 24

3.2 Frecuencias y Porcentajes de la Variable Fragilidad 26

3.3 Frecuencias y Porcentajes de la Variable Depresión 26

3.4 Prueba de Normalidad 27

3.5 Correlación de Pearson 28

3.6 Resumen del modelo 28

3.7 Coeficientes 29

Discusión 30

Conclusión 31

Recomendaciones 31

Referencias 32

Apéndices 38

Lista de Apéndices

	Página
A. Hoja de Consentimiento Informado	38
B. Cédula de Datos Generales del Adulto Mayor Frágil	39
C. Escala de FRAIL	40
D. Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage	41
E. Mini Mental State Examination	42

Lista de Tablas

Página

Tabla 1. Confiabilidad de los instrumentos 24

Tabla 2. Características sociodemográficas de fragilidad y depresión en Adultos Mayores 25

Tabla 3. Frecuencias y porcentajes de la variable fragilidad 26

Tabla 4. Frecuencias y porcentaje de la variable depresión 26

Tabla 5. Prueba de Normalidad de las variabes de estudio 27

Tabla 6. Correlación de Pearson de las variables de estudio 28

Tabla 7. Resumen del modelo 28

Tabla 8. Coeficientes 29

Lista de Figuras

Página

1. Marco teórico 8

2. Ubicación del Problema de Estudio 8

3. Estructura Conceptual Teórica Empírica 9

Resumen

Candidato para el título de
Maestría en Enfermería: Lic. Sandra Sánchez Chávez.
Fecha de graduación: 2021
Universidad: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Unidad Académica: Facultad de Enfermería
Título de tesina: Fragilidad y Depresión en el Adulto Mayor hospitalizado
Número de páginas: 43
LGAC: Promoción y Educación de la Salud en Adultos Mayores

Introdución: México enfrenta una realidad demográfica como lo es el aumento de la población de 60 años en adelante, quienes se encuentran en una de las etapas más vulnerables del ciclo vital humano, la cual asciende a 12, 436,321 lo que equivale al 10.4% de la población total.
Objetivo: Determinar la relación de la fragilidad y sus dimensiones con la depresión en el Adulto Mayor (AM) hospitalizado bajo la perspectiva teórica de las Transiciones de Meleis.
Material y Método: Estudio cuantitativo, transversal y correlacional, se realizó en AM derechohabientes de una institución pública,el muestreo fue no probabilístico por conveniencia, se incluyeron a los AM hospitalizados de 70 años de edad en adelante. Se solicitó la autorización a la Secretaría de Investigación de Estudios y Posgrado de la Facultad de Enfermería, así como a la Unidad Médica de tercer nivel. Este trabajo se guió de acuerdo a los lineamientos estipulados por la Ley General de Salud. Se aplicó una Cédula de Datos Generales y dos instrumentos, la Escala de FRAIL (Morley et al., 2012) versión mexicana (Rosas, 2016) y la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (Yesavage y Brink, 1986). En cuanto al análisis estadístico se utilizó estadística descriptiva y una prueba de correlación.
Resultados: Se encontró que más de la mitad de la muestra correspondió a los hombres con el 54.8 %, el rango más alto de edad fue de 70 a 74 años de edad con el 54.8%, el mismo porcentaje tuvo primaria, la mayor parte de la muestra perteneció a la zona urbana con un 74.2% , y el 80.6% de los AM no trabajaban. En cuanto a la variable fragilidad se obtuvo una mayor prevalencia en las dimensiones de deambulación con 51.6% y pérdida de peso con 71%, y en referencia a la variable depresión se concluyó que la mayoría de los AM tienen ausencia de depresión. Los resultados de la correlación de Pearson revelaron una valor significativo (p=.709), la cual indicó que a mayor Fragilidad mayor Depresión.
Conclusión: El resultado del estudio muestra estadísticamente que existe una correlación de la Fragilidad y sus dimensiones con la Depresión en el AM hospitalizado bajo la perspectiva teórica de las Transiciones de Meleis.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS: _____

Agradecimientos

Principalmente a mi Dios a él, que obra de formas misteriosas y me permitió dar pasos de luz y fe en momentos de oscuridad.

A mi mamá que es mi fortaleza, a mi papá que se sentía orgulloso y creía en mí y que ahora esta en el cielo, a él, que dio todo por mí y nunca se cansó, siempre fuerte hasta el último momento, a ti papito lindo te dedico este gran sueño.

A mi futuro esposo José Ángel Gutiérrez López, por brindarme su mano y levantarme cuando sentía que ya no podía más, aun cuando a él también le dolía mi sentir.

A la Universidad Autónoma de Puebla, a la Facultad de Enfermería y al programa de Maestría en Enfermería por brindarme un sinfín de conocimientos y prepararme para un mundo competitivo.

A la Universidad Autónoma de Chihuahua, Facultad de Enfermería y Nutriología, al Dr. Eduardo Sias Casas, Director de esta Institución, gracias por recibirme para llevar a cabo la Estancia Académica, a mi tutora M. E. Rosa Isela Arias Pacheco, por su infinita paciencia y preocupación y a mi tutor Vicente Jiménez Vázquez PhD, siempre le estaré agradecida por darme la claridad que me hacía falta. Gracias.

A las autoridades de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Puebla, Directora MCE. Erika Pérez Noriega por siempre mostrarse preocupada por nuestro bienestar, Secretario de Investigación y Estudios de Posgrado Francisco Javier Báez Hernández, PhD., por su apoyo, por brindarme su conocimiento y acompañamiento, Coordinadora del PE de Maestría en Enfermería Vianet Nava Navarro, PhD. Erick Alberto Landeros Olvera, PhD., por su orientación y por todos los buenos consejos llenos de

sabiduría que me brindo, por ayudarme a ser mejor estudiante y tener confianza en mí misma.

A mi directora de tesis María Claudia Ramírez Rodríguez, PhD por ser esa persona única a quien admiro tanto y que confió en mí estos dos años, por sus conocimientos compartidos, cariño, y paciencia para realizar este proyecto. Gracias.

A mi comité de tesis: Gudelia Nájera Gutiérrez, PhD, MCE. Brenda Resendiz Maldonado, Dra. Irma Vera Sánchez, por su apoyo, sugerencias e infinita paciencia.

A mis amigas Erika Alejandra Torres Cordero y Yanet Peréz Peréz, porque juntas salimos victoriosas, nunca faltó la palabra de aliento aún en los momentos más difíciles.

Capítulo I

Introducción

1.1. Planteamiento del problema

Actualmente, se calcula que hay 962 millones de Adultos Mayores (AM) es decir, un 13% de la población mundial de 60 años de edad en adelante, quienes se encuentran en una de las etapas más vulnerables del proceso del ciclo vital humano (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017b); lo anterior debido a la gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad y finalmente la muerte (OMS, 2018).

En México, la situación no es diferente, la población de los AM asciende a 12, 436, 321 lo que equivale al 10.4% de la población total (Instituto Nacional de Estadística y Geografía ([INEGI], 2015). En la región centro sur de la República Mexicana se encuentra concentrada la mayoría de la población de los AM, por ejemplo, en el Estado de Puebla se calcula que existen 621,429 AM, lo que equivale al 10.1% de la población total del Estado (INEGI, 2015). Esta situación cobra relevancia, al considerar que existe un proceso de deterioro normal del cuerpo a través del tiempo, dicha situación, coadyuva al desarrollo de Fragilidad en los AM (Gutiérrez, García, y Jiménez, 2014).

La Fragilidad es un síndrome geriátrico que se caracteriza por la disminución de la reserva fisiológica y una menor resistencia a los factores estresantes, como resultado del deterioro progresivo en los sistemas fisiológicos lo cual condiciona una mayor vulnerabilidad a eventos adversos, asociada al proceso de envejecimiento. Asimismo,

puede alterar las actividades laborales y familiares, produce un alto grado de discapacidad y representa un problema socio-familiar y de salud pública (Rodríguez et al., 2015)

Esta condición involucra alteraciones y disminuciones físicas como: fatiga, debilidad muscular, marcha lenta y pérdida involuntaria de peso (Morley, Malmstrom y Miller, 2012) por ende, es más vulnerable a sufrir caídas y hospitalización (Ofarrill, 2016)

Se considera AM frágil cuando presenta tres o más de las alteraciones arriba señaladas; pre-frágil si presenta una o dos de ellas y robusta cuando no presenta ninguna de estas alteraciones (Morley et al., 2012).

Un concepto relacionado a la Fragilidad en los AM, es la Depresión, de acuerdo a la OMS (2017a) más de un 20% de las personas mayores 60 años de edad sufren algún trastorno mental o neural y son la demencia y la depresión los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en ese grupo etario. La depresión puede causar grandes sufrimientos y trastorna la vida cotidiana. Los adultos mayores con esta condición tienen un desempeño más deficiente en comparación con los que padecen enfermedades crónicas, lo que aumenta su percepción de tener mala salud, la utilización de los servicios médicos y los costos de la asistencia sanitaria. Este trastorno mental, en el peor de los casos, puede llevar al suicidio. Dicho trastorno refleja un grado de deterioro de la salud en los AM (Tapia et al., 2015).

En este sentido, la literatura científica refiere que las personas con fragilidad pueden tener mayores probabilidades de tener depresión y viceversa (Soysal et al., 2017). Así también señala que los AM frágiles pueden presentar mayor probabilidad de sufrir depresión que los AM pre-frágiles (Ribeiro, Duarte, Teixeira y Paúl, 2017).

La fragilidad es un predecesor de la dependencia y se presenta como una disregulación de múltiples sistemas que forman parte de este síndrome, como la depresión, por lo que se

deben realizar intervenciones oportunas para mejorar su calidad de vida y su autopercepción del estado de salud (Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud [CENETEC], 2014).

Todo este conjunto de cambios tanto internos como externos, es un proceso que puede repercutir en la salud de la persona de forma positiva o negativa en lo que se puede denominar transición.

De acuerdo a lo referido, es necesario realizar investigaciones para comprender el fenómeno de la fragilidad en los AM, para que logren una transición sin fragilidad en su estado de salud, dado que la depresión es una variable que, de acuerdo a los estudios encontrados, interfiere directamente sobre la salud de la persona; sin embargo, la interacción entre estas dos variables no ha sido clarificada en su totalidad, por esta razón es relevante la investigación usando teorías de enfermería que permitan dar abordaje al fenómeno, como la de las Transiciones de Meleis (2010) cuyos conceptos son ideales para comprender este fenómeno, ya que los AM hospitalizados con fragilidad, pueden vivir y desarrollar un rol de procesos internos y externos, donde las propiedades de la experiencia provocan un cambio, que conlleva a las condiciones inhibidoras de la transición, y la presencia de la depresión puede impedir a los AM llegar a una etapa de transición saludable.

De acuerdo a la literatura, en países latinoamericanos la teoría de las Transiciones ha sido poco explorada; en México, existen algunas evidencias en otros grupos etarios y fenómenos, como la conducta sexual del migrante (Guerra, 2017), y la conducta sexual en adolescentes (Esparza, 2017); sin embargo, en los AM no se han encontrado estudios que

la aborden, lo que denota un vacío de conocimientos para probar los conceptos de esta teoría, utilizando la Fragilidad y la Depresión, por lo tanto, surge el siguiente propósito.

1.2. Propósito

Identificar la relación de la Fragilidad en los AM, respecto a la presencia del nivel de Depresión desde la perspectiva Teórica de las Transiciones de Meleis.

1.3. Marco Teórico

La teoría de las Transiciones de Meleis (2010) es una teoría de rango medio, la cual empezó a desarrollarse en la década de los 60 hasta tener su última actualización en el 2015. Fue formulada y desarrollada a través de la inducción utilizando la bibliografía y los hallazgos de investigación existentes. Se enfoca en el proceso de tránsito de una fase, situación o estado de vida a otro, los cuales están determinados por una serie de factores internos y externos que repercuten en el manejo de la transición; estos cambios y la forma de asumirlos, determinarán si ésta se presenta saludable o no. El objetivo es lograr una Transición saludable al dominar la conducta, sentimientos, señales y símbolos asociados a nuevos roles e identidades y procesos no problemáticos.

La teoría es sencilla y fácil de entender, ofrece una comprensión clara del fenómeno de las transiciones, por lo cual, al identificar qué tipo de transición como desarrollo, situacional, salud y enfermedad y que patrones de transición se trata, y cuáles son sus propiedades de la experiencia que se abordarán, permite plantear los facilitadores e inhibidores de la misma y cómo influyen en la persona, dicha situación dará la pauta para observar la trayectoria que está siguiendo la transición. A continuación, se describen los constructos y conceptos principales que integran la teoría:

Naturaleza de la Transición. La Naturaleza de la Transición no está claramente definida; sin embargo, se interpreta como la “Esencia de la Transición”. La naturaleza de las transiciones se divide en tres tipos existentes como lo son: tipos, patrones y propiedades de transición.

Existen cuatro tipos de transiciones, el primero es desarrollo, son las transiciones que experimentan las personas de forma natural. El segundo tipo es el situacional, son los cambios que suceden en las personas, hablando de una situación a otra. El tercer tipo es salud/enfermedad; es la transición por la que atraviesan las personas durante el transcurso de una enfermedad o la recuperación de esta. Por último, la transición organizacional la cual se refiere a las condiciones cambiantes que se presentan en el entorno y que afecta las vidas de las personas (Meleis, 2015).

El segundo concepto de la naturaleza de la transición, son los patrones de las transiciones, es la forma que la transición está adoptando para desarrollarse, las cuales pueden presentarse de manera simple, cuando la persona experimenta una sola transición o múltiple cuando se presentan más de una transición, secuencial se refiere a la transición que es consecuente de otra, simultanea cuando se presenta más de una transición en un mismo lapso de tiempo, relacionada, las transiciones están vinculadas, finalmente no relacionadas, no existe relación alguna.

El tercer concepto de la naturaleza de la transición son las propiedades de la experiencia de la transición. Son partes interrelacionadas y condiciones de un proceso complejo, que presenta la Transición para desarrollarse, dentro de ésta se encuentra; conciencia, conexión/compromiso, cambio y diferencia, tiempo de transición, puntos críticos y acontecimientos. La conciencia es el conocimiento y el reconocimiento de la experiencia

de la transición. La conexión/compromiso, se refiere al grado de implicación de la persona en el proceso de la transición. El cambio y la diferencia se refiere a los cambios que experimentan los AM en sus identidades, roles, relaciones, habilidades y patrones de conducta que le dan un sentido de movimiento a los procesos internos y también externos. Sin embargo, es posible que no todos los cambios se relacionen con la Transición. El tiempo de transición se define como un tiempo como un punto de partida identificable. Por último, los puntos críticos y acontecimientos son marcadores específicos en la vida de la persona.

Condiciones de la Transición: Facilitadores e Inhibidores. Son circunstancias que influyen cómo una persona se mueve hacia una Transición que pueden facilitar el desarrollo de una Transición saludable o bien inhibir el progreso de una Transición saludable. El primer concepto de las condiciones de las transiciones, son los personales en estas condiciones influyen los significados, el cual se refiere a los significados atribuidos que las personas les dan a los acontecimientos que desencadenan una Transición, lo que para unas personas puede ser negativo para otras positivo, lo cual puede facilitar o inhibir transiciones saludables, según sea el caso.

Las creencias y actitudes culturales son estigmas que las personas unen a la experiencia de la transición. El estado socioeconómico puede influir en las experiencias de transición en las personas. Finalmente, la preparación y el conocimiento, facilitaría o inhibirían las experiencias de transición de las personas. El segundo concepto, son las características comunitarias las cuales se refiere a los recursos de la comunidad. El tercer concepto dentro de las condiciones de las transiciones son las características sociales, en donde un evento

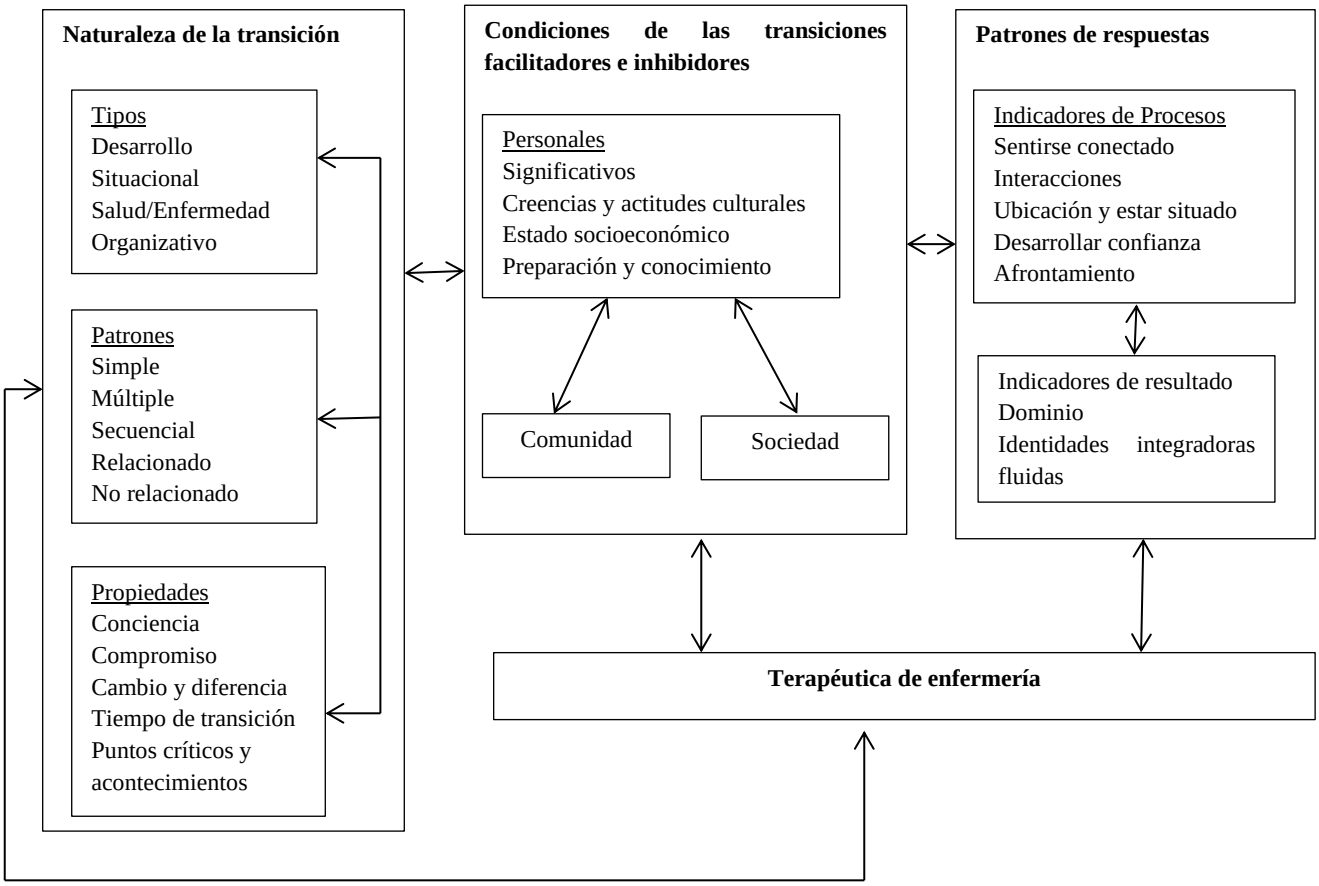
de transición estigmatizado y con significados estereotipados tienden a interferir en el proceso de una transición saludable. Estas pueden inhibir o facilitar las transiciones.

Dentro de la teoría de las transiciones, se encuentran los patrones de respuesta, los cuales están conformados por los indicadores de proceso y de resultado. Los patrones de proceso mueven a las personas en la dirección de la salud o hacia la vulnerabilidad. Sentirse conectado, ubicarse y estar situado, desarrollo de confianza y afrontamiento son indicadores de proceso de una transición saludable. Los indicadores de resultado son usados para comprobar si una transición es saludable o no, incluye identidades integradoras y dominio (Meleis, 2015).

Finalmente, el ultimo concepto principal es la terapéutica de enfermería, dividida en tres medidas terapéuticas. El primero se refiere al esfuerzo multidisciplinar y que requiere de preparación, para valorar e identificar los patrones de experiencia de la transición que viva la persona. Segundo, se refiere a la preparación de la transición con la educación, como principal fuente para crear las condiciones óptimas para la transición. Por último, la suplementación del rol, como un proceso deliberado por el que puede identificarse una insuficiencia o una potencial insuficiencia del rol por rol propio. La suplementación del rol incluye adoptar roles que pueden ser preventivos y terapéuticos.

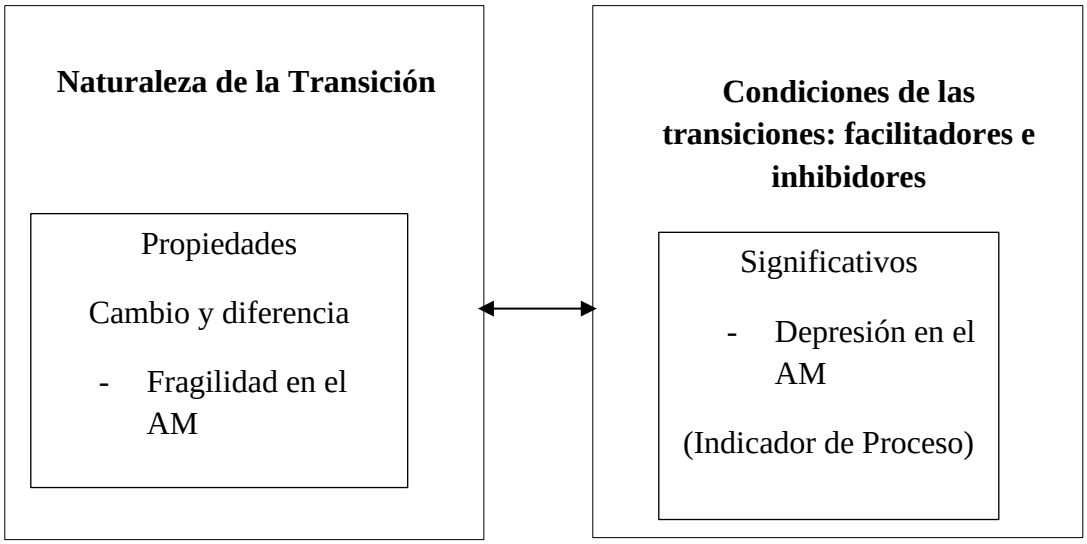
De acuerdo con Chinn y Kramer (2011), en una investigación se pueden tomar sólo aquellos conceptos que permitan dar abordaje y explicación al fenómeno, en este entendido, para el presente estudio se utilizarán algunos de los conceptos que se describen a continuación (Figura 1).

Figura 1. Marco teórico



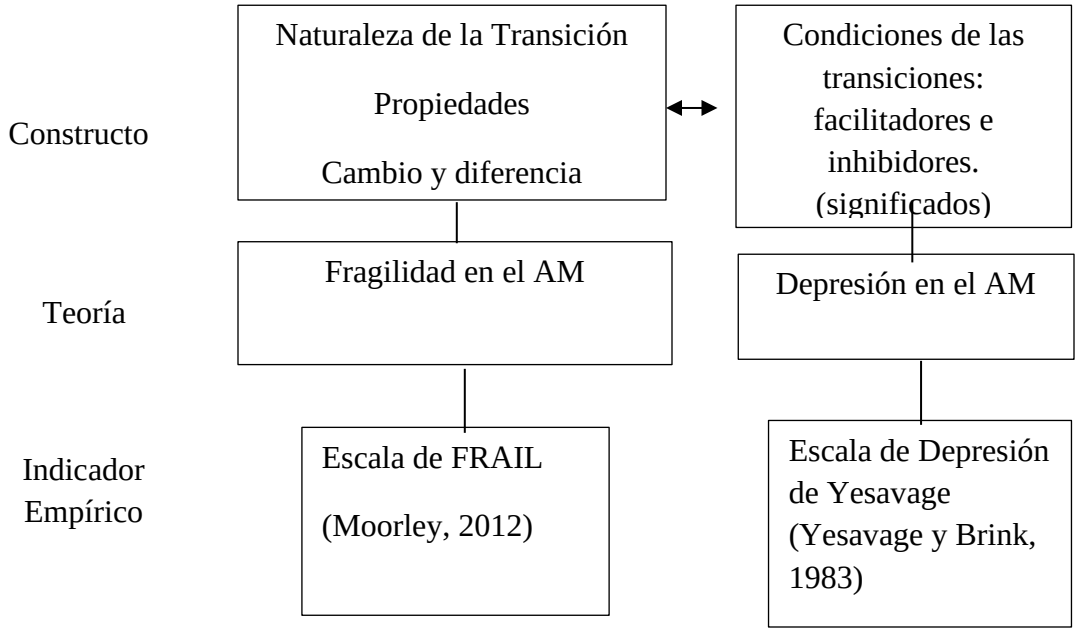
Nota: Teoría Intermedia de las Transiciones (Meleis, 2010)

Figura 2. Ubicación del Problema de Estudio



Nota: Variables del estudio ubicadas en la teoría de Meleis (Sánchez y Morales, 2019)

Figura 3. Estructura Conceptual Teórica Empírica



Nota: Estructura conceptual teórica empírica del problema de investigación

1.4. Estudios Relacionados

En este apartado se presenta la revisión de la literatura que fundamentó la presente investigación. En primer lugar, se presentan los artículos que incluyen el concepto de Fragilidad, en segundo lugar, los que integran la variable Depresión y en tercer lugar los que integran ambas variables.

1.4.1 Fragilidad.

En Brasil Melo, Marques, Leal y Melo en 2018, realizaron un estudio descriptivo, cuantitativo y transversal, con el objetivo de determinar la prevalencia del síndrome de fragilidad (SdF) en AM institucionalizados y su asociación con variables sociodemográficas (sexo, escolaridad, estado civil, y ocupación) y condiciones de salud

(enfermedades que padece). Los instrumentos usados fueron la Escala de Fragilidad de Edmonton y Actividades de la Vida Diaria (AIVD).

La muestra fue de 214 AM con rango de edad de 60 a 104 años y una media de 76.4; el 69.9% fueron mujeres, el 53.7% solteros y el 54.4% contó con un año de escolaridad. El SdF se identificó en el 70.1% de los AM y todos los factores incluidos en la escala de fragilidad alcanzaron significación estadística. El análisis multivariado, mostró que los factores que más contribuyeron a la fragilidad fueron: deterioro cognitivo, dependencia funcional, salud autoevaluada, frecuencia de apoyo social, percepción de pérdida de peso y sentimiento de tristeza/depresión.

Rodrigues et al. (2018) realizaron un estudio transversal con el objetivo de comparar el síndrome de fragilidad entre los AM de 2 ciudades brasileñas e identificar factores relacionados con variables sociodemográficas y de salud. Los instrumentos utilizados fueron el Mini Examen del Estado Mental, las escalas de Edmonton, la de depresión geriátrica (GDS) y la de Lowton y Brody. De los 480 AM que participaron en el estudio, en ambas ciudades hubo predominio de mujeres de 80 años o más y jubiladas.

Respecto al estado cognitivo, en ambas ciudades no hubo significancia estadística. Entre los factores relacionados con la fragilidad, se verificó que presentar edad avanzada, baja escolaridad, múltiples enfermedades crónicas, estado cognitivo y capacidad funcional reducidos y síntomas depresivos, se asocian con el Síndrome de la Fragilidad en ambas ciudades.

En Inglaterra Veronese et al. (2017), realizaron un estudio longitudinal con el objetivo de evaluar si la fragilidad y la prefragilidad estaban asociadas con un mayor riesgo de depresión. La fragilidad se evaluó mediante el índice de Fried at al. (2001), modificado con

la información disponible en el estudio de ELSA (The English Longitudinal Study of Ageing) (Gale, Cooper, y Sayer, 2014); se categorizó como: fragilidad (≥3 criterios), pre-fragilidad (1-2 criterios) o robustez (criterios 0). Los síntomas depresivos se evaluaron mediante una versión de 8 ítems del CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) (Steptoe, Breeze, Banks, y Nazroo, 2013 y Cornoni et al., 1993).

La muestra estuvo conformada por 4,077 AM que al inicio del estudio no tenían diagnóstico de depresión, el 53% eran mujeres y el 47% hombres, rango de edad de 60 a 90 años y una media de 67.8. Se obtuvo que, durante dos años de seguimiento, el 8.8% de la muestra desarrolló depresión. La incidencia acumulada de depresión fue significativamente mayor en las personas frágiles (23.1%) que en los pre-frágiles (10.6%) y robustos (5.0%) (prueba de ji cuadrado: $p < 0.0001$). En un análisis de regresión logística, ajustado por 18 posibles factores de confusión iniciales, la pre-fragilidad (odds ratio (OR) = 0,89; intervalo de confianza del 95% (CI), 0,54–1,46; $p = 0.64$) y la Fragilidad (OR = 1.22; IC 95%, 0.90–1.64; $p = 0.21$) no predijeron la aparición de depresión durante el seguimiento. Entre los criterios incluidos en la definición de fragilidad, sólo la velocidad de la marcha lenta se asoció significativamente con el inicio de la depresión en el seguimiento (OR = 1.82; IC 95%, 1.00–3.32; $p = .05$).

1.4.2 Depresión.

Prieto, Villanueva, Arias y Jiménez, (2016) realizaron un estudio descriptivo, transversal, en Guadalajara, México; que tuvo como objetivo determinar la frecuencia de depresión de inicio tardío en los AM que se encontraban en un hospital de segundo nivel. A los pacientes se les aplicó la encuesta de Yesavage versión abreviada, si se cumplía un puntaje mayor a 6 puntos se calificó como depresión y posteriormente se aplicó la escala

de ansiedad-depresión de Golberg, para conocer los síntomas depresivos, ansioso o ambos que predominaban; además se determinó la funcionalidad de cada paciente, así como algunas variables demográficas, comorbilidades, fármacos administrados y frecuencia de polifarmacia.

La muestra estuvo conformada por 164 AM con un rango de edad de 70 a 101 años, con una media de 78.55 ± 6.6 años con predominio de sexo femenino, en su mayoría viudas, con baja escolaridad y dedicadas al hogar. Se obtuvo que el 55% tenía depresión de inicio tardío, con predominio de síntomas depresivos según la escala de Golberg (30%); entre los síntomas que destacaron estaban sentirse sin esperanzas, con poca energía, enlentecidos, con pérdida de peso, pérdida en el interés por las cosas y pérdida de la confianza. El género femenino tuvo una asociación de depresión de inicio tardío [OR de 1.9 (IC 95% 1.04-3.6, p=.035)]. Por lo que concluyen que la frecuencia alta de Depresión de inicio tardío afectaba más a las mujeres.

Castro et al. (2016) realizaron un estudio descriptivo de tipo transversal retrospectivo, en Bogotá, Colombia que tuvo como objetivo analizar las versiones abreviadas de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de acuerdo con los datos obtenidos en la Encuesta Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE) para Bogotá. Se realizó un análisis de normalidad, con el fin de establecer el tipo de análisis estadístico (paramétrico o no paramétrico).

Los resultados arrojaron distribuciones no normales en los datos. Por lo anterior se realizaron análisis estadísticos no paramétricos. La característica sociodemográfica de los sujetos de estudio fue de 71.2 años, con una edad mínima de 60 años y máxima de 100 años, siendo las mujeres el 63.19%, hombres el 36.81%. El análisis de consistencia interna de la escala, en la versión de 15 ítems se obtuvo un coeficiente Alfa de Cronbach de 0.828,

con Alfa de Cronbach basado en los elementos tipificados de 0.87, para la versión de 10 ítems se obtuvo un coeficiente de 0.829, para la de 4 preguntas 0.76 y para la versión de 2 ítems fue de 0.65. Los componentes sociales demográficos, culturales y educacionales de una población influyen en el informe de los síntomas.

1.4.3 Fragilidad y Depresión.

En España Molés, Esteve, Lucas y Folch (2019), realizaron un estudio transversal con el objetivo de determinar la prevalencia de la depresión y factores asociados. Se utilizó la escala CES-D que estudia los componentes cognitivos y conductual de la sintomatología depresiva, la escala de fragilidad de Fried, el cuestionario Envejecer en Leganés para la variable relaciones sociales y la encuesta de Falle, la cual consta de 170 preguntas distribuidas en 9 dimensiones y mide entre otros factores, las relaciones sociales, la autopercepción, la salud general y los síntomas depresivos. La muestra estuvo formada por 400 AM con un rango de edad de 75 a 96 años y una media de 81.29 años. En relación al estado de fragilidad se obtuvo que el 23.2% del total de la muestra fueron frágiles y las mujeres son más frágiles que los hombres.

En relación a la convivencia, los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas ($p=0.011$), los AM que viven solos presentaron síntomas depresivos en mayor proporción que los que viven acompañados. La buena autopercepción de la salud se relaciona con menor proporción de síntomas depresivos y en relación a la fragilidad, los individuos no frágiles presentan síntomas depresivos en menor proporción (12,1%) que los frágiles (30.8%) y los prefrágiles (57%) $p<0,05$. Para el índice que mide los aspectos negativos en las relaciones sociales, la puntuación media fue mayor en el grupo de los síntomas depresivos, alcanzando la diferencia de significación estadística ($P=0,006$). Se

concluyó que existe una asociación entre la presencia de síntomas depresivos, el sexo, la autopercepción negativa de salud, la fragilidad y el vivir solo.

Ribeiro et al. (2017), realizaron un estudio de tipo descriptivo que tuvo como objetivo caracterizar el fenotipo de fragilidad y explorar los síntomas de depresión más característicos en las personas con síndrome de fragilidad. Los datos provienen de dos estudios portugueses sobre AM: el Estudio del centenario de Oporto y el Estudio Centenario Interior de Beira. Los instrumentos que se utilizaron fueron la escala de Fried, la escala de depresión geriátrica (GDS), el estado funcional se evaluó con las subescalas de salud y Actividades de la Vida Diaria (AVD).

La muestra estuvo formada por 91 AM, de los cuales el 85.7% eran mujeres, con una edad media de 101 años (DE=1.3 años). En relación al nivel educativo, el 43% nunca asistió a la escuela. El 35.2% presentaron depresión; se utilizaron modelos univariables y se comprobó que la condición de fragilidad, la cognición, la salud subjetiva y las AVD eran factores predictivos de depresión. En cuanto al perfil de fragilidad, el 42.9% se clasificó como prefrágil y el 51.6% como frágil. Los AM frágiles presentaron mayor riesgo de Depresión (OR = 3,92; IC del 95%: 1,48-10,4, p =0.006), en comparación con los pre frágiles. Se concluyó que los AM prefrágiles y frágiles experimentan en gran medida depresión.

Soysal et al. (2017), realizaron una revisión sistemática y un metanálisis para investigar las asociaciones entre depresión y fragilidad. El estudio tuvo como objetivo investigar la relación entre la depresión y la fragilidad. Se buscaron en las principales bases de datos electrónicas desde el inicio hasta noviembre de 2016 estudios transversales/longitudinales sin restricciones de idioma que investigaran la depresión y la fragilidad. Se incluyeron 24

estudios y la fuerza de las asociaciones recíprocas entre la fragilidad y la depresión se evaluó a través de los odds ratios (OR) ajustados por posibles factores de confusión. Se obtuvo que la prevalencia general de depresión en 8023 personas con Fragilidad fue de 38,60% (IC 95% 30.07-47.10, I^2 = 94%).

Las personas con Fragilidad tenían mayores probabilidades de tener Depresión (OR ajustado por sesgo de publicación de 4.42, IC 95% 2.66-7.35, k = 11). La prevalencia de Fragilidad en 2167 personas con Depresión fue del 40.40% (IC 95% 27.00-55.30, I2 = 97%). Las personas con Depresión tuvieron mayores probabilidades de tener Fragilidad (OR = 4.07, IC 95% 1.93-8.55, k = 8). Por lo que concluyen que existió una interacción recíproca entre la depresión y la fragilidad en los AM; específicamente, cada condición estuvo asociada con una mayor prevalencia e incidencia de la otra, lo que puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de una como otra.

Síntesis de literatura.

La evidencia científica sugiere que los AM con Fragilidad tenían mayores probabilidades de desarrollar Depresión, y los AM con Depresión tenían mayores probabilidades de tener Fragilidad.

1.5 Definición Operacional de Términos

Fragilidad es un síndrome donde se lleva a cabo una disminución de la reserva fisiológica, la que se clasifica en frágil, pre-frágil y robusto que son los cambios que experimenta una persona en sus identidades, roles, capacidades y comportamientos en dirección hacia el interior, además de procesos externos, la cual será medida con la Escala de FRAIL (Morley et al., 2012).

Depresión, es el trastorno mental que refiere significados atribuidos a los acontecimientos que desencadenan una transición y al propio proceso de transición, pueden facilitar o impedir transiciones saludables, será medida con la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (Yesavage y Brink, 1983).

1.6 Objetivo General

Determinar la relación de la Fragilidad y sus dimensiones con la Depresión en el AM hospitalizado bajo la perspectiva teórica de las Transiciones de Meleis.

1.6.1. Objetivos específicos.

1. Describir los factores sociodemográficos de la muestra de estudio.
2. Identificar el nivel de Fragilidad en los AM y clasificarla de acuerdo a sus dimensiones.
3. Identificar el nivel de Depresión en los AM hospitalizados
4. Determinar la relación entre la Fragilidad con la presencia o no de Depresión en los AM hospitalizados

Capítulo II

Metodología

En este apartado se describe el Diseño del Estudio, Población, Muestreo, Muestra, Criterios de Selección (Inclusión, Exclusión y Eliminación), Instrumentos de Medición, Procedimiento, Ética del Estudio y Estrategias de Análisis Estadístico.

2.1 Diseño del Estudio

Se llevará a cabo un diseño cuantitativo, transversal y correlacional. Este tipo de diseño es ideal para describir la relación entre la Fragilidad y la Depresión en los AM, en un solo periodo de tiempo (Polit y Beck 2018).

2.2 Población

El estudio se realizará en los AM derechohabientes de una institución pública de tercer nivel de la ciudad de Puebla.

2.3 Muestreo y Muestra

El muestreo será no probabilístico por conveniencia, se incluirán a todos los AM que se encuentren hospitalizados en una Unidad Médica de tercer nivel de la Ciudad de Puebla. La muestra se determinó con base en la fórmula para poblaciones finitas, con un margen de error de 5.0%, nivel de confianza al 95%, con un resultado de n=269.

2.4 Criterios de Selección

2.4.1 Criterios de inclusión.

AM hospitalizados, a partir de 70 años de edad, ambos géneros, que acepten participar en la investigación.

2.4.2 Criterios de exclusión.

AM intubado, con síndrome geriátrico como delirium, con diagnóstico previo de depresión o hipotiroidismo y que recibieron tratamiento con antidepresivos o psicotrópicos.

2.4.3 Criterios de eliminación.

Los AM que, al momento de la prueba, retiren su consentimiento para participar o instrumentos que no hayan sido llenados en su totalidad.

2.5 Instrumentos de Medición

Para la presente investigación se aplicará una Cédula de Datos Generales (CEDAGAMF) (Sánchez y Morales 2018), y dos instrumentos la Escala de FRAIL (Morley et al., 2012) versión mexicana (Rosas, 2016) y la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (Yesavage y Brink, 1986), que a continuación se describen.

Cédula de Datos Generales del Adulto Mayor Frágil (CEDAGAMF).

Para conocer los datos sociodemográficos de los AM se utilizará una Cédula de Datos Generales de los AM Frágiles (Sánchez y Morales, 2019), la cual fue diseñada específicamente para fines de la investigación, e incluye información relacionada a variables como Edad, Género, Estado Civil, Escolaridad, Zona de procedencia y Ocupación (Apéndice B).

La Escala de FRAIL.

La variable Fragilidad se medirá con la Escala de FRAIL (Morley et al. 2012), cabe señalar que para el presente estudio se aplicará la adaptación de Rosas et al., 2016, para población mexicana, la cual obtuvo una confiabilidad de .82. La escala comprende cinco dominios; el primer dominio hace alusión a la fatiga, el segundo a la resistencia, tercero deambulación, cuarto enfermedades y por último la pérdida de peso. Esta escala contempla

una serie de preguntas para cada dominio y por cada respuesta de tipo dicotómica afirmativa se otorga un punto. Para este estudio se considerarán los siguientes puntajes: 0 (sin fragilidad o robusto), de 1 a 2 (prefragilidad) y de 3 a 5 (fragilidad). (Apéndice C).

Escala de Depresión.

La variable depresión se medirá con la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (Yesavage y Brink, 1986). La escala (GDS 15), está constituida por 15 reactivos con opciones de respuesta dicotómica (si y no), diez de los reactivos están planteados en sentido negativo y cinco en sentido positivo. De los 15 puntos, 10 indican la presencia de depresión cuando se contestan afirmativamente, mientras que el resto (preguntas número 1, 5, 7, 11 y 13) indican depresión cuando se responden negativamente. La Depresión se categoriza en tres niveles: ausente (0 a 5), leve (6 a 9) y establecida (10 o más). Esta escala ha reportado un coeficiente de Kuder-Richardson-20, de valor de 0.75 para los ítems de tipo positivo y 0.69 para los ítems de tipo negativo, obteniendo un coeficiente de confiablidad general de 0.82 (Candia, 2016). (Apéndice D).

2.6 Procedimiento

Para la presente investigación se solicitará la autorización a la Secretaría de Investigación de Estudios y Posgrado de la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Así mismo se realizará la solicitud a la Unidad Médica de tercer nivel de la Ciudad de Puebla, donde se llevará a cabo el estudio, y se procederá a la recolección de datos.

Una vez aprobado por ambas instituciones se identificarán a las personas que cubran los criterios de inclusión, con ayuda de los datos que fueron otorgados por la estancia sede, se les invitará a participar en el estudio, previamente se les explicará con términos claros el

objetivo de la investigación, el tiempo requerido, así como también los beneficios así como que la investigación se considera de bajo riesgo, se les hará de su conocimiento que de aceptar participar o no en la investigación, no existirá alguna repercusión en contra suya, o dentro de la Unidad Médica de tercer nivel de la ciudad de Puebla.

Para quienes acepten participar en la investigación, la recolección de datos se realizará en la salas del área de hospitalización, donde se mantendrá su privacidad así como el anonimato, se solicitará su consentimiento informado, así como su firma autógrafa o huella dactilar para formalizar el estudio, se procederá a la aplicación del Mini Mental State Examination (Folstein, Folstein y McHugh, 1975), de acuerdo a quien obtenga una calificación igual a 24 puntos, será incluido en la presente investigación, posteriormente se procederá a aplicar la Cédula de Datos Generales del Adulto Mayor Frágil (Sánchez & Morales, 2019), y finalmente se aplicarán los dos instrumentos restantes, primero la Escala de FRAIL (Morley et al., 2012), para Fragilidad y por último la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y Brink (1983). Una vez finalizado el estudio se agradecerá su participación.

2.7 Ética del Estudio

Este trabajo se guiará de acuerdo a los lineamientos estipulados por la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Diario Oficial de la Federación [DOF], 2014), que considera dentro de sus apartados, que el desarrollo de la investigación debe estar sujeta a atender aspectos éticos que garanticen la dignidad y tranquilidad de las personas sujetas a la investigación en todo momento. Para este estudio se tomará en cuenta el título segundo de aspectos éticos de la investigación en seres humanos. Para dar cumplimiento al Capítulo I Artículo 13, donde menciona que en toda investigación con

seres humanos se considera que deberá de prevalecer el criterio de respeto a la dignidad y la protección de sus derechos y bienestar, para lo cual en todo momento se tratará a los participantes con amabilidad y respeto, los instrumentos se aplicarán en su unidad en donde se protegerá el anonimato y confidencialidad, así también se considerará su disponibilidad para participar. De acuerdo al Artículo 14, se contará con el consentimiento informado (Apéndice A), por escrito de los participantes (Fracción V) este consentimiento informado fue realizado por la autora del estudio, la cual es una profesional de la salud, con conocimiento y experiencia dedicada a cuidar la integridad y bienestar del ser humano (Fracción VI). El consentimiento informado reunirá el requisito indispensable de ser revisado y aprobado por el Comité de Investigación de la Facultad de Enfermería, de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (Fracción VII) y se procederá a la aplicación de los instrumentos, cuando se haya obtenido la autorización correspondiente (Fracción VIII).

De acuerdo con el Artículo 16, se protegerá la privacidad de los participantes, ya que no se manejarán los nombres, para la captura de base de datos se les asignará un folio, evitando en todo momento colocar información que pudiera identificar a la persona, y la base de datos sólo será manejada por la investigadora principal. Para dar cumplimiento al Artículo 17, Fracción II, la presente investigación se considera de riesgo mínimo puesto que sólo se aplicarán los instrumentos que abordarán aspectos relacionados con Fragilidad y Depresión.

En esta investigación de acuerdo al Artículo 18, se dará la opción de terminar con la participación si así lo decidiera el AM, de no continuar con el llenado de los instrumentos de medición o si ya los hubieran contestado, tienen la libertad de retirarse en cualquier

momento de la investigación si así lo considera sin explicación previa. Asimismo, el investigador tiene la obligación de detener la investigación si considera que la salud de los AM está en riesgo.

Con base en el al Artículo 21, los participantes recibirán una explicación clara, concisa y completa sobre el proyecto de investigación, y que no obtendrán ningún beneficio económico (Fracción I), se orientará e informará sobre el proceso a seguir del estudio (Fracción II), el estudio no representará ningún riesgo para su integridad física y psicológica (Fracción III), mencionar que su contribución será importante, para la generación de conocimiento (Fracción IV), se garantizará que puedan expresar en todo momento, cualquier pregunta relacionada con la investigación (Fracción VI), y que tendrá la libertad de retirarse del estudio sin repercusión alguna (Fracción VII) se explicará que en los resultados que se lograrán del estudio, no se incluirá información que pudiera revelar su identidad (Fracción VIII). En relación al Artículo 58, Fracción II, los resultados obtenidos serán utilizados con fines académicos para la investigación, a través de revistas o de congresos científicos.

Finalmente el Artículo 113, del Capítulo Único, Título Sexto refiere las características que deben cumplir las personas que realicen una investigación, donde se menciona que la conducción de la investigación estará a cargo de un investigador principal, quien deberá ser un profesional de la salud y tener la formación académica y experiencia adecuada para la dirección del trabajo a realizar, además de ser miembro de la institución de atención a la salud y contar con la autorización del Jefe responsable de área de adscripción.

2.8 Estrategias de Análisis Estadístico

De acuerdo al análisis estadístico se utilizará el paquete estadístico Statistical Package for The Social Science (SPSS) versión 24, en la cual previamente se elaborará una base de datos. Para describir las características personales de la población se utilizarán frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y dispersión. Para determinar la estadística inferencial se aplicará la prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors para conocer la normalidad de las variables; así como la prueba estadística de Shapiro-Wilk (Polit y Beck, 2018). Para obtener la confiabilidad de los instrumentos de medición, Kuder-Richardson 21 en los instrumentos de Fragilidad y Depresión.

Resultados de la Prueba Piloto

En este apartado se presenta lo que se obtuvo en la indagación; primero se muestran las características sociodemográficas, datos descriptivos de las variables de estudio, frecuencias y porcentajes de la variable fragilidad, frecuencias y porcentajes de la variable depresión, confiabilidad de los instrumentos y aplicación de Shapiro-Wilk para encontrar la normalidad.

Confiabilidad de los instrumentos.

La consistencia interna de los instrumentos se verificó mediante Kuder -Richardson 21, la que se presenta a continuación (ver tabla No. 1).

Tabla 1

Confiabilidad de los instrumentos

Instrumento	Reactivos	No. de ítems	Kuder-Richardson
1.Escala de FRAIL	5	1, 2, 3, 4,5	.531
2. Escala de Depresión	15	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14,15	.725

Nota: Escala de FRAIL (2016); Escala de Depresión (1986).

La confiabilidad obtenida del primer instrumento fue de .531 (la consistencia externa obtenida y validada con población mexicana fue de 0.82), la confiabilidad que se obtuvo de la Escala de Depresión fue de .725, la cual es aceptable de acuerdo a Polit y Beck (2018).

3.1 Características Sociodemográficas

Las características sociodemográficas de la población se presentan en la siguiente tabla (ver tabla No. 2).

Tabla 2

Características Sociodemográficas de Fragilidad y Depresión en los Adultos Mayores.

Variable	Categoría	*f*	%
1.Edad	70-74	17	54.8
	75-79	9	29.0
	80-84	3	9.7
	85 años o más	2	6.5
2. Género	Femenino	14	45.2
	Masculino	17	54.8
3. Estado Civil	Soltero	1	3.2
	Divorciado	1	3.2
	Viudo	8	25.8
	Casado	21	67.8
4. Escolaridad	Sin estudios	1	3.2
	Primaria	17	54.8
	Secundaria	6	19.4
	Preparatoria	4	12.9
	Licenciatura	3	9.7
5. Zona de Procedencia	Rural	8	25.8
	Urbano	23	74.2
6. Ocupación	Trabaja actualmente	6	19.4
	No trabaja actualmente	25	80.6

Nota: CEDAGAMF (2019) *n*=31

En relación a los datos de la tabla número dos, se muestra que el promedio de la población con respecto a la edad en los AM fue de 75 años (±3.4), con un rango de edad de 70 a 85 años. El 32.2% de la muestra de los sujetos de estudio no tienen pareja. Con respecto a la zona de procedencia se observa que la mayoría de los AM vive en la zona urbana. Finalmente, la mayoría de los sujetos no se encuentran activos laboralmente, en comparación con aquellos que sí lo están.

3.2 Frecuencias y Porcentajes de la Variable Fragilidad

Tabla 3

Frecuencias y porcentajes de la variable Fragilidad.

Ítem	Respuesta			
	F	%	*F*	%
	No		Sí	
1.Fatiga	19	61.3	12	38.7
2.Resistencia	16	51.6	15	48.4
3.Deambulación	15	48.4	16	51.6
4. Enfermedades	23	74.2	8	25.8
5. Pérdida de peso	9	29.0	22	71.0
Total			31	100

Nota: Escala de FRAIL (2016) *n*= 31

Con respecto a la tabla 3, se observa que entre los AM existió una mayor prevalencia en las dimensiones de deambulación y peso, en comparación con fatiga, resistencia y enfermedades, de acuerdo a la puntuación, la mayoría de los AM se encuentra en un estado de Fragilidad

3.3 Frecuencias y Porcentajes de la Variable Depresión

Tabla 4

Frecuencias y porcentajes de la variable Depresión.

Ítem	*F*	%
	Sí	
1. ¿Está satisfecho/a con su vida?	28	90.3
5. ¿Tiene a menudo buen ánimo?	26	83.9
7. ¿Se siente feliz muchas veces?	31	100

Frecuencias y porcentajes de la variable Depresión (continuación)

9. ¿Prefiere quedarse en casa a salir?	18	58.1
11. ¿Piensa que es maravilloso vivir?	29	93.5

Nota: Escala de Depresión (Yesavage y Brink, 1986) *n*= 31

En la tabla 4 se observa que la mayoría de los AM está satisfecho con su vida. En la pregunta 7 que cuestionaba ¿Se siente feliz muchas veces? El 100 por ciento de los AM (31) contestaron que sí. Esta pregunta está planteada en sentido positivo, al igual que las preguntas, uno, cinco y 11. Cabe destacar que la mayoría de los AM (58.1%) prefiere quedarse en casa. De acuerdo al puntaje obtenido en la muestra de estudio, la mayoría de los AM se encuentran es un estado ausente de depresión.

3.4 Prueba de Normalidad

Tabla 5

Variable	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig	Estadístico	Gl	Sig
Escala de Fragilidad	0.191	31	0.006	0.933	31	0.053
Escala de Depresión	0.162	31	0.037	0.935	31	0.059

a. Corrección de significación de Lilliefors

Para la prueba de normalidad al ser una muestra de sólo 31 AM se consideró la prueba de Shapiro-Wilk al ser más sensible para muestras pequeñas, por lo que al ver los resultados se identificó que la escala de Fragilidad y Depresión tienen un comportamiento normal lo que permite la aplicación de pruebas paramétricas (Ver tabla 5).

3.5 Correlación de Pearson

Tabla 6

Correlación de Pearson de las variables del estudio

Variables *(n=31)*	1	2
1. Depresión (ED)	1	
2. Fragilidad (EF)	.709** (.001)	1

Nota: *n*=Total de la muestra, ED= Escala de Depresión, EF= Escala de Fragilidad, **p*<.05. ***p*<.01

Los resultados de la prueba de correlación revelaron un valor significativo y con una relación fuerte (0.709), lo que indica que a mayor Fragilidad mayor Depresión (Ver tabla 6).

3.6 Resumen del Modelo

Tabla 7

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación
1	.709	0.502	0.485	13.72614

a: Predictores: (constante), Escala de Fragilidad R^2 48.5

b: Variable dependiente: Escala de Depresión.

Como se observa en la tabla 7, se cuenta con un valor de explicación ajustado de 48.5%, es decir, que el incremento de la Depresión se explica en ese porcentaje por el incremento de la Fragilidad.

3.7 Coeficientes

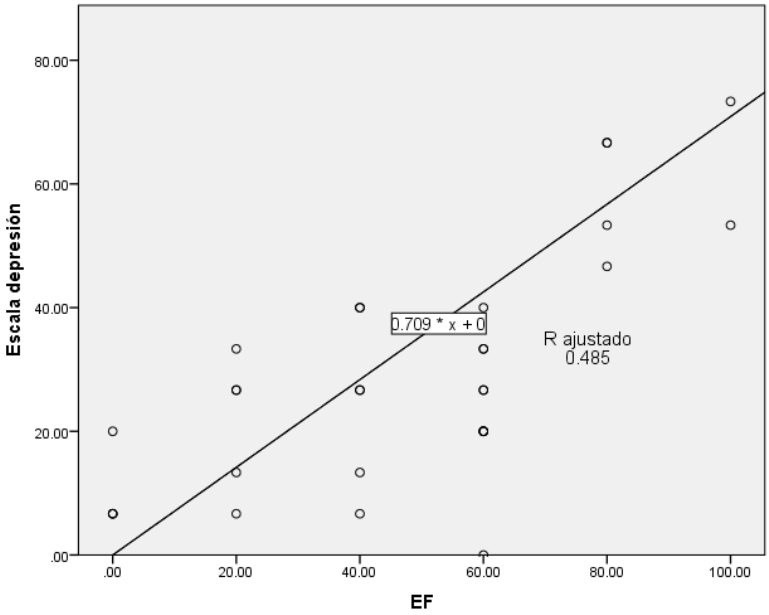
Tabla 8

Modelo	Coeficiente no estandarizados		Coeficientes estandarizados		
(Constante)	B	Error estándar	Beta	T	Sig
1 Fragilidad	6.653	4.814		1.382	0.178
	0.475	0.088	0.709	5.412	0

a: Variable dependiente: Escala depresión.

La tabla 8 muestra el coeficiente de relación entre Fragilidad y Depresión, el cual es de .709, se considera al coeficiente beta ajustado, lo que quiere decir que por cada punto de Fragilidad que aumente incrementará .709 de Depresión

De acuerdo con el Objetivo General, se establece que existe una relación entre la variable Fragilidad y Depresión, debido a que hay una distribución que es equitativa y es significativa (p= .709) entre el proceso de la transición de la Fragilidad en el AM hospitalizado con respecto a la Depresión.



Discusión de los resultados de la prueba piloto

Los hallazgos obtenidos de la prueba piloto permitieron contrastar los resultados con otros autores como se expone a continuación.

En relación a la variable fragilidad, los resultados de la investigación mostraron que los AM presentaron mayor prevalencia en los ítems deambulación y pérdida de peso en más de la mitad de la muestra. Lo que coincide con los resultados obtenidos por Veronese et al., (2017) que hallaron que la marcha (deambulación) pareció predecir un mayor riesgo de fragilidad y Melo et al., (2018) quienes obtuvieron que la presencia de fragilidad se identificó con la pérdida de peso.

De acuerdo a la variable depresión, en la presente investigación se obtuvo que de acuerdo al puntaje obtenido los AM se encuentran es un estado ausente de depresión, lo contrario a lo hallado por Prieto, Villanueva, Arias y Jiménez, (2016) quienes hallaron un 55% de depresión con mayor prevalencia en las mujeres.

De acuerdo al objetivo general que fue determinar la relación de la Fragilidad y sus dimensiones con la Depresión en el AM hospitalizado bajo la perspectiva teórica de las Transiciones de Meleis, se encontró que existe una relación significativa entre ambas variables, que indican que a mayor Fragilidad mayor Depresión, tal como lo reportan Ribeiro et al., (2017); Moles et al., (2019), donde mencionan que el AM frágil presentó mayor riesgo de Depresión, en comparación con los prefrágiles, los cuales concluyen que el AM frágil experimenta en gran medida depresión, coincidiendo de igual manera con lo que lo reporta Soysal et al., (2017), en sus resultados.

Conclusión

Los resultados del presente estudio muestran estadísticamente que existe relación en el proceso de transición de la Fragilidad en los AM hospitalizados con respecto a la Depresión. Se observó que durante la aplicación de la Escala de Yesavage a los AM, éstos se mostraron sensibles durante el estudio y podemos sugerir que probablemente sus respuestas no reflejan de manera fidedigna su estado actual en relación con el entorno hospitalario prolongado.

Recomendaciones

Con relación a los hallazgos de la investigación se sugiere lo siguiente:

Se recomienda apoyo de un profesional en psicología al investigador o investigadora cuando se aplique el instrumento, para poder abordar de manera adecuada al AM para que, si lo requiere, se proporcione apoyo emocional o psicológico al AM y evitar que haya sesgo en las respuestas; especialmente, al final de la aplicación del instrumento que mide Depresión ya que sus dimensiones pueden causar cierto grado de sensibilidad.

La confiabilidad del instrumento de FRAIL que se obtuvo fue baja, sin embargo, el Dr. Rosas Carrasco, investigador del IMSS quien validó el instrumento con población mexicana, comentó que enfermedades y peso castigan la confiabilidad del instrumento, por lo que se sugiere considerar estas variables en futuras investigaciones.

Referencias

Candia, C. A. (septiembre, 2016). *Confiabilidad de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavaye (GDS-15) en Personas Adultas Mayores de Chilpancingo, Guerrero*. Trabajo presentado en el 4° Encuentro de Jóvenes Investigadores-CONACYT. 11° Coloquio de Jóvenes Talentos en la Investigación. Acapulco, Guerrero. Recuperado de http://tlamati.uagro.mx/t7e2/602.pdf

Carrasco, M. (s. f.). *Fragilidad: Un síndrome geriátrico en evolución*. Recuperado de https://medicina.uc.cl/publicacion/fragilidad-sindrome-geriatrico-evolucion/

Castro, M., Medina, N., Santacruz, J., Escudero, C., Rodríguez, N., Espriella, R. (2016). *Escala de depresión geriátrica de Yesavage: análisis de versiones cortas con datos de la encuesta salud bienestar y envejecimiento (SABE), para Bogotá*. Recuperado de https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/21281/CastroDavidMonicaPaola2016.pdf?sequence=1

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC). (2014). *Guía de Práctica Clínica GPC. Actualización 2014. Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome de Fragilidad en el Adulto Mayor. Guía de referencia rápida. Catálogo maestro de guías de práctica Clínica: IMSS-479-11*. Recuperado de http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/479_GPC_SxndromeFragilidad/GRR_sindrome_de_fragilidad.pdf

Chinn, P. L. y Kramer, M. K. (8ª ed.). (2011). *Integrated Theory and knowledge development in nursing. Estados unidos: Elsevier.*

Consejo Nacional de Población (CONAPO). (octubre de 2018). *Diagnóstico sociodemográfico para la planeación nacional 2018*. Recuperado de https://www.gob.mx/conapo/documentos/diagnostico-sociodemografico-para-la-planeacion-nacional-2018

Cornoni, J., Blazer, D. G., Lafferty, M. E., Everett, D. F., Brock, D. B., y Farmer, M. E. (1993). *Established populations for epidemiologic studies of the elderly. Volume II*. Estados Unidos: National Institutes of Health.

Diario Oficial de la Federación (DOF). (2014). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.* Recuperado de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf

Fried, L. P., Tangen, C. M., Walstin, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, W. J., Burke, G., y McBurnie, M. A. (2001). Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES*, 56(3). Recuperado de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/fenotipo_frailty.pdf

Folstein, M. F., Folstein, S. E., McHugh, P. R. (1975). “Mini-mental state”. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198. doi: 10.1016/0022-3956(75)90026-6

Gale, C. R., Cooper, C., y Sayer, A. A. (2014). Prevalence of Fraility and disability: findings from the English Longitudinal Study of Ageing. *Age and ageing*, 44(1), 162-165. doi: https://doi.org/10.1093/ageing/afu148

Gutiérrez, L.M. F., García, M.C., y Jiménez, J.E. (2014). *Envejecimiento y dependencia. Realidades y previsión para los próximos años. Documento de Postura*.

Recuperado de https://www.anmm.org.mx/publicaciones/CAnivANM150/L11-Envejecimiento-y-dependencia.pdf

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). (2011). *Guía de Práctica Clínica GPC Valoración Geronto-Geriátrica Integral en el Adulto Mayor Ambulatorio*. Recuperado de http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/491GER.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2015). *Encuesta Intercensal 2015*. Recuperada de https://www.inegi.org.mx/programas/intercensal/2015/#Tabulados

Marriner, A. y Raile, M. (6a ed.). (2011), *Modelos y teorías en enfermería*. México: Elsevier.

Meleis, A. I. (2015). Transitions theory. En M.C. Smith y M. E. Parker (Eds.). *Nursing theories and nursing practice* (pp. 361-380). Philadelphia: F. A. Davis.

Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory. Middle range and situation specific theories in nursing research and practice.* Estados unidos: Springer.

Melo, E. M. A., Marques, A. P. O., Leal, M. C. C., y Melo, H. M. A. (2018). Síndrome da fragilidade e fatores associados em idosos residentes em instituições de longa permanência. *Saúde em Debate*, 42(117), 468-480. doi: 10.1590/0103-1104201811710

Molés, M. P., Esteve, A., Lucas, M. V., y Folch, A. (2019). Factores asociados a la depresión en personas mayores de 75 años de edad en un área urbana. *Enfermería global*, 18(3), 58-82. doi: https://doi.org/10.6018/eglobal.18.3.324401

Morley, J. E., Malmstrom, T. K, y Miller, D. K. (julio, 2012). A simple frailty questionnaire (Frail) predicts outcomes in middle aged Africam Americans. *The*

Journal of Nutrition, Health & Aging, 16(7). Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4515112/pdf/nihms709065.pdf

Ofarril, J. C. (marzo de 2016). *Fragilidad, qué es y cómo prevenirla*. Recuperado de https://fiapam.org/fragilidad-que-es-y-como-prevenirla/

Organización Mundial de la Salud (OMS). (febrero, 2018). *Envejecimiento y Salud*. Recuperado de https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud#:~:text=Desde%20un%20punto%20de%20vista,y%20finalmente%20a%20la%20muerte.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (diciembre, 2017a). *La salud mental y los adultos mayores*. Recuperado de https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017b). *Envejecimiento*. Recuperado de http://www.un.org/es/sections/issues-depth/ageing/index.html

Polit, D. F. y Beck, C.T. (9a ed.). (2018). *Investigación en Enfermería. Fundamentos para el uso de la evidencia en la práctica de la enfermería*. México: Lippincott Williams & Wilkins.

Prieto, S. E., Villanueva, E., Arias, N., Jiménez, C. A. (2016). Depresión de inicio tardío en el adulto mayor hospitalizado en un hospital de segundo nivel. *Medicina Interna de México,* 32(4). Recuperado de https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2016/mim164c.pdf

Ribeiro, O., Duarte, N., Teixeira, L. y Paúl, C. (2018). Frailty and depression in centenarians. *International* Psychogeratrics, 30(1), 115-124. doi: 10.1017/S1041610217001910

Rodrigues, R. A. P., Fhon, J. R. S., Pontes, M. L. F., Silva, A. O., Haas, V. J., y Santos, J. L. F. (2018). Frailty síndrome among elderly and associated factors: comparison of two cities. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26, e3100. doi: 10.1590/1518-8345.2897.3100

Rodríguez, Z., Casado, P. R., Molero, M., Jiménez, D., Casado, D., y Labrada, D. (2015). Evaluación del cuestionario de Yesavage abreviado versión española en el diagnóstico de depresión en población geriátrica. *Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana*, 153. Recuperado de https://www.medigraphic.com/pdfs/revhospsihab/hph-2015/hph153f.pdf

Rosas, O., Cruz, E., Parra, L., García, A. I., Contreras, L.H, y Szlejf, C. (2016). Cross-cultural adaptation and validation of the Frail scale to assess frailty in Mexican adults. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17(12), 1094-1098. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2016.07.008

Sánchez, G., Naún, Y., Baró, T., y Serano, C. (febrero2018). Protocolo de atención de enfermería al adulto mayor en instituciones de salud. *Revista información Científica*, 97(1). Recuperado de http://scielo.sld.cu/pdf/ric/v97n1/1028-9933-ric-97-01-115.pdf

Secretaría de Salud. (SS). (2012). *NORMA Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos*

mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad. Recuperado http://www.salud.gob.mx/cdi/nom/compi/NOM-031-SSA3-2012_130912.pdf

Steptoe, A., Breeze, E., Banks, J., y Nazroo, J. (2013). Cohort profile: the English longitudinal study of ageing. *Intrenational Journal of Epidemiology*, 42(6), 1640-1648. doi: 10.1093/ije/dys168

Soysal, P., Veronese, N., Thompson, T., Kahl, K.G., Fernandes, B.S., Prina, A. M., Solmi, M., Schofield, P., Koyanagi, A., Tseng, P.T., Lin, P.Y., Chu, C.S., Cosco, T.D., Cesari, M., Carvalho, A.F. y Stubbs, B. (2017). Relationship between depression and frailty in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Ageing Research Reviews*,36, 78-87. doi: 10.1016/j.arr.2017.03.005.

Tapia, C., Valdivia, Y., Varela, H., Carmona, A., Iturra, V., y Jorquera, M. (2015). Indicadores de fragilidad en adultos mayores del sistema público de salud de la ciudad de Antofagasta. *Revista Médica Chile*, 143. Recuperada de https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v143n4/art07.pdf

Veronese, N., Solmi, M., Maggi, S., Noale, M., Sergi, G., Manzato, E., Prina, A.M., Fornaro, M., Carvalho, A.F., y Stubbs, B. (2017). Frailty and incident depression in community-dwelling older people: results from ELSA study. (diciembre, 2017). *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 32(12), e141-e149.

Yesavage, J. y Brink, T. L. (1983). Development and validation of a Geriatric Depression Screening Scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17, 37-49.

Apéndice A

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Vicerrectoría de Investigación y Estudios de Posgrado
Facultad de Enfermería
PE de Maestría en Enfermería

Consentimiento informado

La presente investigación tiene como único propósito conocer la relación que existe entre la fragilidad y la depresión en el Adulto Mayor (AM) que acude a la unidad geriátrica de una institución de tercer nivel. Por lo cual la **Lic. Enf. Sandra Sánchez Chávez,** con número de matrícula 218450034 estudiante del programa de Maestría en Enfermería de la BUAP, me hace la invitación para participar. Se me han dado a conocer aspectos importantes del estudio y despejado cualquier duda sobre la participación. Por lo que después de un diálogo amable, claro y sencillo se me ha informado, de manera clara, concisa y precisa sobre el fenómeno de investigación. El tiempo de llenado será de aproximadamente de 20 a 30 minutos, y no existen aparentes riesgos.

Mi participación consistirá en contestar los siguientes cuestionarios: Mini Mental State Examination, (Mini Examen Mental de Folstein, 2018), Escala de FRAIL, Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (versión reducida). **No habrá retribución económica** por mi participación, ésta es **voluntaria,** por lo cual, me puedo retirar del estudio en cualquier momento si así lo decidiera, sin que haya alguna repercusión alguna. La información que proporcione será estrictamente manejada de forma anónima y confidencial. Los resultados obtenidos del estudio se darán a conocer de forma general y no se publicará información de manera individual. Los cuestionarios serán resguardados por 12 meses y luego serán destruidos. Manifiesto que he sido informado y reconozco que tuve la oportunidad de formular preguntas y todas han sido explicadas a satisfacción y no me quedan dudas, por lo que acepto voluntariamente facilitar información y participar en este estudio. En caso de tener dudas o querer conocer los resultados de la investigación puedo comunicarme con la L.E. Sandra Sánchez Chávez. Cel.:2221773151 con horario de 3:00-8:00 pm de lunes a viernes o bien a la Facultad de Enfermería de la BUAP al teléfono (222) 229 55 00 extensión 6546 o acudir a Avenida 25 poniente, número 1304, Colonia Volcanes, C.P., 72410 Puebla, Pue.

_____	_____
Nombre y firma del (a) paciente	Responsable de la investigación
_____	_____
Nombre y firma del primer testigo	Nombre y firma del segundo testigo

Apéndice B

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Vicerrectoría de Investigación y Estudios de Posgrado
Facultad de Enfermería
PE de Maestría en Enfermería

Cédula de Datos Generales del Adulto Mayor Frágil
CEDAGAMF (Sánchez y Morales, 2019)

NO. DE CAMA	

FOLIO	

CEDAGAMF	
Edad	**Genero**
70 – 74 años ○ 75 – 79 años ○ 80 – 84 años ○ 85 años en adelante ○	Masculino ○ Femenino ○
Estado Civil	
Soltero ○ Divorciado ○ Viudo ○ Casado ○ Unión libre ○	
Escolaridad	
Sin estudios ○ Primaria ○ Secundaria ○ Preparatoria ○ Licenciatura ○ Maestría ○	
Zona de procedencia	
Rural ○ Urbana ○	
Ocupación	
Trabaja actualmente ○ No trabaja actualmente ○	

Apéndice C

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Vicerrectoría de Investigación y Estudios de Posgrado
Facultad de Enfermería
PE de Maestría en Enfermería

Instrumento de Escala de FRAIL (Morley et al. 2012), versión mexicana (Rosas, et al. 2016)
Instrucciones: A continuación, se presentan una serie de preguntas, señale con una X la que usted considere corresponda a su caso, en la pregunta número cuatro señale con una palomita las enfermedades que usted tenga y en el número cinco sólo escriba su peso actual y el de hace un año.

Item	**Puntuación**
1. Fatiga En las últimas 4 semanas; ¿Qué tanto tiempo se sintió cansado?	☐ 1 = Todo el tiempo ☐1 = La mayor parte del tiempo ☐ 0 = Algo de tiempo ☐ 0 = Muy poco de tiempo ☐ 0 = Nada de tiempo
2. Resistencia Usted solo sin ningún auxiliar como bastón o andadera; ¿Tiene dificultad para subir 10 escalones (una escalera)?	☐ 1 = Si ☐ 0 = No
3. Deambulación Usted solo sin ningún auxiliar como bastón o andadera; ¿Tiene dificultad para caminar 100 metros (dos cuadras) sin descansar?	☐ 1 = Si ☐ 0 = No
4. Enfermedades A los participantes se les pregunta: ¿Algún doctor o médico le ha comentado que tiene [mencionar la enfermedad]? □ Hipertensión arterial sistémica □ Diabetes □ Cáncer (otro que no sea cáncer menor de piel) □ Enfermedad pulmonar crónica □ Cardiopatía isquémica □ Insuficiencia cardiaca congestiva □ Angina □ Asma □ Artritis (incluyendo osteoartrosis y artritis reumatoide) □ Enfermedad vascular cerebral (embolia) □ Enfermedad renal crónica	☐ 1 = Si ☐ 0 = No.
5. Pérdida de peso ¿Cuánto pesa con su ropa y sin zapatos? Aproximadamente [peso actual] Hace un año ¿Cuál era su peso con ropa y sin zapatos? Aproximadamente [Peso hace un año]	El porcentaje de cambio de peso se calcula de la siguiente manera: [(Peso hace un año – Peso actual) / Peso hace un año] * 100. ☐ 1. Pérdida de peso ≥5% ☐ 0. Pérdida de peso ≤4%

Apéndice D

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Vicerrectoría de Investigación y Estudios de Posgrado
Facultad de Enfermería
PE de Maestría en Enfermería

Instrumento de Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (Yesavage & Brink, 1986)

Instrucciones: A continuación, encontrará una serie de preguntas, conteste con un "sí" o con "no", señalando con un círculo, las respuestas que usted considere corresponde a su caso.

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE (VERSIÓN REDUCIDA)	**SI**	**NO**
1. ¿Está satisfecho/a con su vida?	**0**	**1**
2. ¿Ha renunciado a muchas actividades?	**1**	**0**
3. ¿Siente que su vida está vacía?	**1**	**0**
4. ¿Se encuentra a menudo aburrido/a?	**1**	**0**
5. ¿Tiene a menudo buen ánimo?	**0**	**1**
6. ¿Teme que algo malo le pase?	**1**	**0**
7. ¿Se siente feliz muchas veces?	**0**	**1**
8. ¿Se siente a menudo abandonado/a?	**1**	**0**
9. ¿Prefiere quedarse en casa a salir?	**1**	**0**
10. ¿Cree tener más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	**1**	**0**
11. ¿Piensa que es maravilloso vivir?	**0**	**1**
12. ¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?	**1**	**0**
13. ¿Se siente lleno/a de energía?	**0**	**1**
14. ¿Siente que su situación es desesperada?	**1**	**0**
15. ¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	**1**	**0**
PUNTUACIÓN TOTAL	_____	

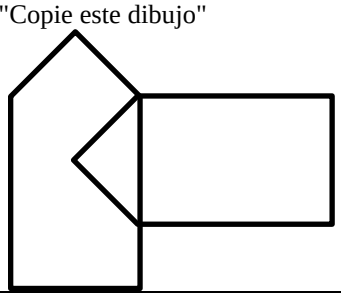
Apéndice E

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Vicerrectoría de Investigación y Estudios de Posgrado
Facultad de Enfermería
PE de Maestría en Enfermería

Mini Mental State Examination, Mini Examen Mental de Folstein (2018)

Instrucciones: Mencione lo siguiente al participante: "Le voy a hacer una serie de preguntas; algunas pueden parecer muy sencillas y otras más difíciles. Por favor, trate de responder lo mejor posible a cada una de ellas y seguir las instrucciones que le vaya dando".
Realice al participante las siguientes preguntas. Anote un punto (1) para cada una de las respuestas correctas y cero (0) para las incorrectas.

No sabe leer ni escribir_____	Años de escolaridad _____	Edad_____	**PUNTOS**
ORIENTACIÓN EN EL TIEMPO Y EL ESPACIO			
¿Qué día de la semana es hoy? ¿Cuál es el año? ¿Cuál es el mes? ¿Cuál es el día? ¿Cuál es la estación del año? (Máximo 5 puntos)			**0 – 5**
¿En dónde estamos ahora? ¿En qué piso estamos? ¿En qué ciudad estamos? ¿En qué Estado vivimos? ¿En qué país estamos? (Máximo 5 puntos)			**0 – 5**
FIJACIÓN			
"Le voy a decir 3 palabras, cuando yo las termine quiero que por favor Usted las repita" (Anote un punto cada vez que la palabra sea correcta). Casa, hijo, árbol (Máximo 3 puntos)			**0 – 3**
CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO			
"Le voy a pedir que reste de 7 en 7 a partir del 100". Anote un punto cada vez que la diferencia sea correcta, aunque la anterior fuera incorrecta. (Máximo 5 puntos)			**0 – 5**
MEMORIA			
"¿Recuerda usted las tres palabras que le dije antes? Dígalas" (Máximo 3 puntos)			**0 – 3**
LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN			
¿Qué es esto?" (Mostrar un reloj). "¿ Y esto?" (Mostrar un bolígrafo). (Máximo 2 puntos)			**0 – 2**
Repita la siguiente frase después de mí: - "ni si, ni no, ni pero". (1 punto)			**0 – 1**
Le voy a dar algunas instrucciones. Por favor sígalas en el orden en que se las voy a decir. 1. "Tome el papel con la mano izquierda", 2. "dóblelo por la mitad" y 3. "póngalo en el suelo" (Anote un punto por cada orden bien ejecutada). (Máximo 3 puntos)			**0 – 3**
"Lea esto y haga lo que dice:" "Cierre los ojos" (1 punto)			**0 – 1**
"Quiero que por favor escriba una frase que diga un mensaje" (1 punto)			**0 – 1**

"Copie este dibujo" (1 punto)  Deberá utilizar anteojos si los necesita habitualmente. (cada pentágono debe tener 5 lados y 5 vértices y la intersección forma un diamante) Nota: tanto la frase “Cierre los ojos” como los pentágonos conviene tenerlos en tamaño suficiente para poder ser leídos con facilidad.	**0 – 1**
Puntuación total	___