

Diferencias entre mujeres menores y mayores de 75 años relacionadas con fragilidad multidimensional y calidad de vida

Differences between women younger and older than 75 years related to multidimensional frailty and quality of life

Carmen Abdulia Lascano Espinoza^{1,*}
Alejandra-Ximena Araya²

1. PhD, Profesor Investigador. Universidad Estatal Península de Santa Elena. Santa Elena La Libertad, Ecuador.
2. PhD, EM, Profesor Investigador. Facultad de Enfermería. Universidad Andrés Bello. Santiago, Chile.
Investigadora asociada. Instituto Milenio para la Investigación del Cuidado ICS13_005.

*Autora para correspondencia.

Correo electrónico: clascano@upse.edu.ec (Carmen Lascano Espinoza).

Recibido el 25 de octubre de 2021; aceptado el 4 de enero de 2022.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la diferencia entre mujeres menores y mayores de 75 años en relación con la fragilidad multidimensional y la calidad de vida, controlando por variables determinantes del curso de la vida, aspectos de salud, valoración geriátrica integral y comorbilidad.

Metodología: Estudio descriptivo, analítico y transversal en 356 mujeres mayores que se atienden en los centros de salud familiar de las comunas de la Pintana y Puente Alto en Santiago de Chile. La recolección de datos se llevó a cabo por los asistentes de investigación capacitados previamente. Se recolectaron los siguientes datos: determinantes del curso de la vida, aspectos de salud, valoración geriátrica integral, comorbilidad, fragilidad multidimensional y calidad de vida. El análisis de datos fue descriptivo, correlacional y de regresión lineal. **Resultados:** Ser mayor de 75 años implica que a un intervalo de confianza del 95% se tiene una calidad de vida de 17,09 puntos más alta con relación a las mujeres adultas menores de 75 años.

Conclusiones: La fragilidad multidimensional, en lo físico, incide en las mujeres menores de 75 años en sentirse físicamente saludables, mientras que lo social influye en las mujeres mayores de 75 años y la psicológica en ambos grupos. Por otra parte, la calidad de vida incide de manera positiva en las mujeres mayores de 75 años.

PALABRAS CLAVE: Fragilidad, calidad de vida, comorbilidad, mujeres mayores y comunidad.

ABSTRACT

Objective: To analyze the difference between women under and over 75 years of age, in relation to multidimensional frailty and quality of life, controlling for variables determining the life course, health aspects, comprehensive geriatric assessment and comorbidity. **Methodology:** Descriptive, analytical and cross-sectional study in 356 elderly women treated at the family health centers of the Pintana and Puente Alto communes in Santiago de Chile. Data collection was performed by previously trained research assistants. The following data were collected: life course determinants, health aspects, comprehensive geriatric assessment, comorbidity, multidimensional frailty, and quality of life. The data analysis was descriptive, correlational and linear regression. **Results:** Being over 75 years of age implies that, at 95% confidence, there is a quality of life 17.09 points higher in relation to adult women under 75 years of age. **Conclusions:** The multidimensional fragility, physically, affects women under 75 years of age in feeling physically healthy, while the social influences women over 75 years of age and the psychological in both groups. On the other hand, the quality of life has a positive impact on women over 75 years of age.

KEYWORDS: Frailty, quality of life, comorbidity, older women and community.

■ INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población está en aumento a nivel mundial¹, de manera significativa en países con diversos niveles de desarrollo². El informe emitido por la Organización de las Naciones Unidas³ determina que para el año 2050, el número de personas mayores será de 1.500 millones, es decir, se visualiza un incremento del 34%, y gran porcentaje de esta población se situará en países subdesarrollados.

En Chile, según el censo realizado en el año 2017 existen cerca de 2,8 millones personas mayores que fluctúan entre los 60 años y más, de las

que el 55,7% son mujeres⁴. Estos resultados ubican a Chile entre los 30 países con mayor número de personas mayores en el mundo, después de Cuba y Uruguay⁵. El envejecimiento poblacional trae consigo desafíos para abordar cómo es la calidad de vida de las personas mayores que viven en la comunidad, y particularmente de las mujeres.

La Organización Mundial de la Salud define la calidad de vida como la percepción que tiene una persona con relación al lugar donde vive o se desenvuelve. Es decir, si se siente satisfecho ante las expectativas⁶. Aunque esta conceptualización es multidimensional, se la relaciona con el estado psicológico, relaciones sociales, salud física, nivel de independencia y

todos los recursos, tanto económicos como materiales, necesarios para mantener una vida digna⁷. Para este estudio se define a la calidad de vida como el estado que tienen las mujeres mayores para experimentar pérdidas en uno o más dominios del funcionamiento humano (físico, psicológico y social), originadas por la incidencia de un sinnúmero de variables que incrementan el riesgo de resultados adversos⁸.

La mayor parte de la literatura científica publicada entre calidad de vida y fragilidad se relaciona a fragilidad física⁹. Por esta razón, la importancia de este estudio es la de aportar el conocimiento sobre los predictores del modelo de Gobbens que influyen en la calidad de vida de 2 grupos etarios diferentes de mujeres mayores. En una búsqueda en PubMed en diciembre del 2021 se encontraron solo 6 artículos que abordan la relación entre la fragilidad multidimensional en la calidad de vida de mujeres mayores. Ninguno de ellos se ha realizado en población latina y ninguno ha buscado encontrar las diferencias según grupos etarios. En ese sentido se espera ser un aporte al conocimiento científico.

En lo clínico es fundamental para la aplicación de los instrumentos: indicador de fragilidad de Tilburg (TFI), escala de calidad de vida (Instrumento de WOQOL BREF), escala de depresión abreviada geriátrica de Yesavage (GDS), escala multidimensional de percepción de apoyo social (MSPSS), Mini Mental State Examination (MMSE), índice de Barthel y escala de Lawton, que favorecen la detección temprana sobre problemas en mujeres mayores en lo cognitivo, funcional, afectivo y social.

En lo investigativo, se propone potenciar el grado de conocimiento relacionado con la fragilidad multidimensional y la calidad de vida, lo que permite establecer diferencias entre dos grupos etarios de mujeres mayores. En lo disciplinario, las principales estrategias destacan: la búsqueda de comorbilidad asociada a fragilidad, búsqueda de síndromes geriátricos, valoración del estado funcional o dependencia, y estructura de lista de problemas.

La fragilidad es un síndrome que es modificable porque se puede intervenir a través de programas de promoción y prevención, lo que favorece en la toma de decisiones, práctica clínica y políticas públicas. La medición de la prevalencia de fragilidad permite que los profesionales de salud determinen estrategias, tales como: búsqueda de comorbilidad asociada a fragilidad, búsqueda de síndromes geriátricos, valoración del estado funcional o dependencia, y estructura de lista de problemas, esto permitirá contrarrestar el déficit funcional, que en ocasiones termina en hospitalización o muerte. Las mujeres mayores establecen que la dependencia en las actividades de la vida diaria es la principal preocupación que produce una baja calidad de vida, ya que establece que a menor fragilidad mejor será la calidad de vida entre grupos etarios de mujeres mayores.

■ OBJETIVO

Analizar la diferencia entre mujeres menores y mayores de 75 años, en relación con la fragilidad multidimensional y la calidad de vida, controlando por variables determinantes del curso de la vida, aspectos de salud, valoración geriátrica integral y comorbilidad.

■ METODOLOGÍA

Estudio descriptivo, analítico y transversal realizado en 356 mujeres mayores atendidas en los centros de salud familiar de las comunas de la Pintana y Puente Alto de la ciudad de Santiago, Chile. De esta población, 260 correspondieron al grupo de mujeres mayores de entre 65 a 74 años (el 18,8% trabaja actualmente), y 96 correspondieron a las de 75 años y más (el 7,3% trabaja actualmente), la diferencia de porcentajes de cada

grupo etario corresponde a las que están jubiladas. Este estudio no aplicó muestra, puesto que utilizó toda la población correspondiente a mujeres mayores de 65 años.

El criterio de inclusión fue ser mujer menor y mayor de 75 años, se hace esta clasificación según la edad, mientras que el de exclusión fue no tener la información completa que permita construir la variable dependiente calidad de vida.

La recolección de datos se llevó a cabo por asistentes de investigación, que fueron capacitados en los instrumentos a aplicar, esta capacitación se llevó a efecto mediante talleres prácticos.

Para medir la variable dependiente “Calidad de vida”, se utilizó el instrumento WHOQOL-BREF¹⁰, que se usó de la siguiente forma:

- Preguntas generales: califica calidad de vida y satisfacción con su salud.
- Dominio físico: dolor físico, tratamiento médico, energía suficiente, desplazamiento, satisfacción con el sueño, actividades de la vida diaria, capacidad de trabajo.
- Dominio psicológico: disfruta la vida, sentido a la vida, capacidad de concentración, apariencia física, satisfecho de sí mismo.
- Dominio relaciones sociales: relaciones personales, vida sexual, apoyo de amigos.
- Dominio ambiente: seguridad, ambiente físico, dinero, información de la vida diaria, recreación, satisfecho con las condiciones donde vive, satisfecho con los servicios sanitarios, satisfecho con la movilización de su barrio.

Para efecto de análisis, en este estudio se utilizará la puntuación total y cada una de sus dimensiones.

Las variables independientes en estudio fueron: *determinantes del curso de la vida* (edad, estado civil, convivencia con su cónyuge, tiempo de convivencia, tiene hijos, número de hijos, años de estudio, nivel de educación, estado laboral); *aspectos de salud* (percepción del estado de salud, los problemas de salud le impiden hacer las cosas, toma medicamentos, número de medicamentos, frecuencia de ejercicio físico, número de minutos que realiza ejercicio); *comorbilidad* (tiene enfermedades crónicas, clasificación de comorbilidades, número de comorbilidades por persona), y *fragilidad multidimensional*: fragilidad física (saludable físicamente, pérdida de peso inexplicable, dificultad para caminar, dificultad para mantener el equilibrio, mala audición, mala visión, falta de fuerza en las manos, cansancio físico), fragilidad psicológica (problemas con la memoria, falta de ánimo, sentirse nervioso o ansioso, capaz de hacer frente a los problemas) y fragilidad social (vive solo, relaciones sociales, apoyo social).

Finalmente, el análisis de los datos procesados, guardados y analizados se llevará a cabo con el programa IBM SPSS 20.0, el mismo que constituye el medio para diseñar una nueva base de datos¹¹. El nivel de significación que se utilizó fue de $p \leq 0,05$. En este estudio participaron 8 investigadores, se cumplieron con los 7 principios de Ezequiel Emanuel¹².

- Valor: el presente estudio es de importancia social, científica o clínica, aporta con mejoras en la salud o el bienestar de las mujeres mayores.
- Validez científica: la metodología aplicada en este análisis secundario se elaboró rigurosamente para minimizar el sesgo en el análisis y resultados de los datos.
- Selección equitativa del sujeto: la muestra en el estudio original se seleccionó de forma aleatoria; todas las personas mayores inscritas de los 6 CEFAM del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente tuvieron la misma probabilidad de ser seleccionadas. En el presente estudio, al utilizarse la muestra completa se protegió la selección de forma equitativa.
- Proporción favorable del riesgo/beneficio: se manejó cumpliendo todos los estándares nacionales e internacionales vigentes para las buenas

Tabla 1. Determinantes del curso de la vida de los grupos en estudio (n = 356)

Variable	Mujeres mayores de 65 a 74 años (n = 260)	Mujeres mayores de 75 años y más (n = 96)	Total (n = 356)	p
Edad, media ± DE	69,0 ± 2,7	81,0 ± 5,2	72,1 ± 6,3	0,001
Convivencia con su cónyuge (sí), media (%)	113 (43,5)	22 (22,9)	135 (37,9)	0,001
Tiempo de convivencia, media ± DE	73,7 ± 29,8	87,4 ± 22,0	77,4 ± 28,5	0,001
Tiene hijos/as (sí), media (%)	242 (93,1)	90 (93,8)	332 (93,3)	0,575
Número de hijos/as, media ± DE	3,4 ± 6,2	6,4 ± 14,0	4,2 ± 9,0	0,007
Años de estudio, media ± DE	6,5 ± 3,8	5,1 ± 3,5	6,1 ± 3,8	0,003
Estado laboral				0,294
- Trabaja actualmente, media (%)	49 (18,8)	7 (7,3)	56 (15,7)	
- Jubilada, media (%)	211 (81,2)	89 (92,7)	300 (84,3)	

DE: desviación estándar.
 Análisis realizado con los test chi cuadrado y de la t de Student.

prácticas de investigación y de confidencialidad de la información. Los datos se utilizaron únicamente para el cumplimiento de los objetivos del presente estudio. Destacar que la base de datos está en custodia del investigador principal del estudio primario¹³.

- Evaluación independiente: la investigación se evaluó por peritos apropiados que no estaban afiliados al estudio y por el Comité de Ética de la Universidad Andrés Bello, que dieron propuestas de mejoras al proyecto de investigación.
- Consentimiento informado: se aplicó en el estudio primario, nos aseguró que los individuos participaron en la investigación clínica propuesta solo cuando esta es compatible con sus valores, intereses y preferencias.
- Respeto a los sujetos inscritos: se planteó la protección de su privacidad a través de la confidencialidad¹⁴. El suministro de información acerca de riesgos o beneficios descubiertos en el curso de la investigación solo fue accesible a la investigadora. La provisión de información acerca de los resultados de la investigación y la vigilancia continua de su bienestar también se direccionó por la investigadora. Los resultados se registraron en tablas que contenían todo lo concerniente a los 2 grupos etarios¹⁵.

■ RESULTADOS

Se utilizó un margen de error del 5%¹⁶. Se consideró una potencia del 90% y un nivel de significación del 95%¹⁷, para establecer las diferencias entre los 2 grupos etarios menores y mayores de 75 años. Se tomó como muestra representativa a todas las mujeres que se atendían en los centros de salud familiar de las comunas de la Pintana y Puente Alto de Chile, y se registraron en la base de datos primaria del Proyecto Fondecyt. El tamaño de la muestra fue de 356 mujeres menores y mayores de 75 años.

Determinantes del curso de la vida

En la tabla 1 se presentan los resultados de los determinantes del curso de la vida. La edad media del grupo de mujeres mayores de entre 65 a 74 años fue de 69 ± 2,7 años (grupo de 65 a 74 años). El 43,5% de la muestra convivía con su cónyuge. La edad media de los participantes del grupo de mujeres de 75 años y más fue de 81 ± 5,2 años (grupo de 75 años y más). El tiempo de convivencia fue 87,4 ± 22 años (grupo de 75 años y más). El 93,8% tenía hijos (6,4 ± 14 hijos; grupo de 75 años y más). El 92,7% jubiladas. El 43,5% de las mujeres mayores entre 65 a

74 años convivían con su cónyuge, que a diferencia de las mujeres de 75 años y más presentaron mayor edad de convivencia con su cónyuge, con una media de 87,4 ± 22 años (grupo de 75 años y más), tenían hijos el 93,8% y estaban jubiladas el 92,7%.

Aspectos de salud

En la tabla 2 se describe que en el grupo de mujeres mayores de entre 65 a 74 años, el 91,5% padecía enfermedades crónicas. El 52,7% tenía buena percepción sobre el estado de su salud. Asimismo, el 42,7% consideraba que los problemas de salud en nada les impiden hacer las cosas. El 92,7% tomaba medicamentos con una media de 11 (± 24,9 medicamentos; grupo de 65 a 74 años). El 50% nunca realizaba ejercicio físico con frecuencia.

La tabla 2 también describe al grupo de mujeres mayores de 75 años y más, de las que el 95,8% presentaba enfermedades crónicas. El 52,1% tenía buena percepción sobre el estado de su salud. El 40,6% tenía bastantes problemas de salud que les impedían una vida cotidiana. El 92,7% tomaba medicamentos con una media de 11,2 ± 24,8 medicamentos (grupo de 75 años y más). El 61,5% nunca realizaba ejercicio físico con frecuencia.

En el aspecto de salud de las mujeres mayores de entre 65 a 74 años, la percepción en el estado de salud fue muy buena, a diferencia de las mujeres mayores de 75 años y más, que presentaron mayor comorbilidad y bastantes problemas de salud que les impedían hacer las cosas. Ambos grupos consumían medicamentos con una media de 11,1 (± 24,8 medicamentos) y no eran frecuentes en la realización ejercicios físicos.

Valoración geriátrica integral

En la tabla 3 se muestra que el grupo de mujeres entre 65 a 74 años presentó la media de la puntuación total del índice de Barthel 96,0 ± 8,2). La media de la puntuación total de la escala de Lawton fue de 7,6 (± 1,1) y la media de la puntuación total del índice de MMSE fue de 25,6 (± 3,8). También se describe al grupo de mujeres mayores de 75 años y más, en el que la media de la puntuación total del GDS fue de 1,8 (± 1,6). La media de la puntuación total de la MSPSS fue de 35,4 (± 8,9).

El perfil de las mujeres mayores de entre 65 a 74 años tiene en promedio mejores índices en las actividades de la vida diaria (Barthel), instrumentales de la vida diaria (Lawton) y mini mental, esto indica que son más funcionales a diferencia de las mujeres de 75 años y más, en las que destaca el promedio de GDS y de percepción de apoyo social.

Tabla 2. Aspectos de salud de los grupos en estudio (n = 356)

Variable	Mujeres mayores de 65 a 74 años (n = 260)	Mujeres mayores de 75 años y más (n = 96)	Total (n = 356)	p
Enfermedades crónicas (sí), n (%)	238 (91,5)	92 (95,8)	330 (92,7)	0,168
Percepción de estado de salud, n (%)				0,583
- Muy buena	10 (3,8)	3 (3,1)	13 (3,7)	
- Buena	137 (52,7)	50 (52,1)	187 (52,5)	
- Mala	91 (35,0)	33 (34,4)	124 (34,8)	
- Muy mala	22 (8,5)	10 (10,4)	32 (9,0)	
Los problemas de salud le impiden hacer las cosas, n (%)				0,335
- Bastante	78 (30,0)	39 (40,6)	117 (32,9)	
- Un poco	71 (27,3)	27 (28,1)	98 (27,5)	
- Nada	111 (42,7)	29 (30,2)	141 (39,6)	
Toma medicamentos (sí), n (%)	241 (92,7)	89 (92,7)	330 (92,7)	0,996
Número de medicamentos, media ± DE	11,0 ± 24,9	11,2 ± 24,8	11,1 ± 24,8	0,950
Frecuencia de ejercicio físico, n (%)				0,351
- Nunca	130 (50,0)	59 (61,5)	189 (53,1)	
- 1 a 3 veces al mes	12 (4,6)	2 (2,1)	14 (3,9)	
- 1, 3 a 5 veces semana	76 (29,2)	18 (18,8)	94 (26,5)	
- Todos los días	42 (16,2)	5 (5,2)	59 (16,6)	
Número de minutos que realiza ejercicio, media ± DE	70,3 ± 37,1	74,1 ± 38,1	71,3 ± 37,3	0,405

DE: desviación estándar.

Análisis realizado con los test chi cuadrado y de la t de Student.

Tabla 3. Valoración geriátrica integral (n = 356)

Variable	Mujeres mayores de 65 a 74 años (n = 260)	Mujeres mayores de 75 años y más (n = 96)	Total (n = 356)	p
	Media ± DS	Media ± DS	Media ± DS	
Índice de Barthel: puntuación total	96,0 ± 8,2	90,6 ± 12,0	94,5 ± 9,7	0,001
Escala de Lawton: puntuación total	7,6 ± 1,1	6,6 ± 1,9	7,3 ± 1,4	0,001
Índice de Mini Mental State Examination: puntuación total	25,6 ± 3,8	24,0 ± 4,0	25,2 ± 3,9	0,001
Índice de depresión abreviada geriátrica de Yesavage: puntuación total	1,7 ± 1,5	1,8 ± 1,6	1,7 ± 1,6	0,351
Escala multidimensional de percepción de apoyo social: puntuación total	34,4 ± 9,2	35,4 ± 8,9	34,7 ± 9,1	0,342

Análisis realizado con los test chi cuadrado y de la t de Student.

Como se muestra en la tabla 4, el 91,5% de las mujeres mayores de entre 65 a 74 años presentó comorbilidades. Dentro de la clasificación de comorbilidades, en el primer grupo están las enfermedades cardiovasculares, donde se destacó el 16,2% con el colesterol alto. En el segundo grupo están las enfermedades respiratorias, que estaban en el 8,1%. En el tercer grupo está la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, que alcanzaron el 71,2%. En el cuarto grupo están las enfermedades musculoesqueléticas y mentales, en el que el 32,3% tenía problemas de artrosis.

En el grupo de mujeres mayores de 75 años y más, el 95,8% tenía comorbilidades. Dentro de la clasificación de comorbilidades, en el primer grupo están las enfermedades cardiovasculares donde se destaca el 15,6% con el colesterol alto. En el segundo grupo están las enfermedades respiratorias, con el 17,7%. En el tercer grupo está la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, que alcanzaron el 80,2%. En el cuarto grupo están las enfermedades musculoesqueléticas y mentales, en el que el 44,8% tenía problemas de artrosis.

Tabla 4. Comorbilidad según la clasificación del Communicable Disease Center (n = 356)

Variable	Mujeres mayores de 65 a 74 años (n = 260)	Mujeres mayores de 75 años y más (n = 96)	Total (n = 356)	p
	n (%)	n (%)	n (%)	
Tiene o no tiene comorbilidad crónica				
Sí	238 (91,5)	92 (95,8)	330 (92,7)	0,168
Clasificación de comorbilidades				
Grupo 1: Enfermedades cardiovasculares				
Colesterol alto	42 (16,2)	15 (15,6)	57 (16,0)	0,169
Cardiopatía	20 (7,7)	12 (12,5)	32 (9,0)	0,163
Grupo 2: Enfermedades respiratorias				
Enfermedad respiratoria crónica	21 (8,1)	17 (17,7)	38 (10,7)	0,159
Grupo 3: Hipertensión arterial y diabetes mellitus				
Hipertensión arterial	185 (71,2)	77 (80,2)	262 (73,6)	0,162
Diabetes mellitus	88 (33,8)	26 (27,1)	114 (32,0)	0,176
Grupo 4: Enfermedades musculoesqueléticas y mentales				
Dolor musculoesquelético	24 (9,2)	9 (9,4)	33 (9,3)	0,168
Artrosis	84 (32,3)	43 (44,8)	127 (35,7)	0,157
Trastorno del ánimo	39 (15,0)	2 (2,1)	41 (11,5)	0,182
Total	503	201	704	

Análisis realizado con los test chi cuadrado y de la t de Student.

Tabla 5. Fragilidad multidimensional y sus dominios (n = 356)

Variable	Mujeres mayores de 65 a 74 años (n = 260)	Mujeres mayores de 75 años y más (n = 96)	Total (n = 356)	p
	Media ± DE	Media ± DE	Media ± DE	
Fragilidad física: puntuación total	3,4 ± 5,1	4,3 ± 7,8	3,7 ± 6,0	0,218
Fragilidad psicológica: puntuación total	2,2 ± 4,8	2,6 ± 7,7	2,3 ± 5,7	0,478
Fragilidad social: puntuación total	1,3 ± 4,8	1,7 ± 7,8	1,4 ± 5,7	0,629
Indicador de fragilidad de Tilburg: puntuación total	6,3 ± 5,5	7,0 ± 7,8	6,5 ± 6,2	0,353

Análisis realizado con el test de la t de Student.

Para establecer las diferencias de los grupos etarios se clasificaron las comorbilidades según el Communicable Disease Center, en el grupo de las mujeres mayores de entre 65 a 74 años presentó comorbilidades: enfermedades cardiovasculares (colesterol alto), diabetes mellitus y trastorno del ánimo, a diferencia de las mujeres mayores de 75 años y más, en las que hubo mayor porcentaje de comorbilidades: enfermedades cardiovasculares (cardiopatías), enfermedades respiratorias, hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedades musculoesqueléticas (dolor musculoesquelético y artrosis), lo que indica que a mayor edad mayor número de comorbilidades.

En la tabla 5 se establece que el grupo de las mujeres mayores de entre 65 a 74 años presentó una media de puntuación total de fragilidad física

de 3,4 (± 5,1), la media de puntuación total de fragilidad psicológica fue de 2,2 (± 4,8), la media de puntuación total de fragilidad social fue de 1,3 (± 4,8) y la media de puntuación total de TFI fue de 6,3 (± 5,5).

En el grupo de mujeres mayores de 75 años y más, la media de puntuación total de fragilidad física fue de 4,3 (± 7,8), la media de puntuación total de fragilidad psicológica fue de 2,6 (± 7,7), la media de puntuación total de fragilidad social fue de 1,7 (± 7,8) y la media de puntuación total de TFI fue de 7,0 (± 7,8).

Las mujeres adultas mayores de entre 65 a 74 años tuvieron menor promedio y desviación estándar en la fragilidad multidimensional. A diferencia de las mujeres mayores de 75 años y más, en que destacaron las que tenían mayor media y desviación estándar de puntuación total de

fragilidad física, puntuación total de fragilidad psicológica, puntuación total de fragilidad social y puntuación total del TFI. Con esta descripción se demuestra que a mayor edad mayor será la fragilidad.

Calidad de vida total con variables del modelo Gobbens

En la tabla 6, en los determinantes del curso de la vida, se observa una relación estadísticamente significativa, inversamente proporcional y baja entre tiempo de convivencia y la calidad de vida total ($r = 0,037; p < 0,05$). Existe relación estadísticamente significativa, directamente proporcional y baja entre años de estudio y calidad de vida total ($r = 0,011; p < 0,05$). Esto significa que el tiempo de convivencia y años de estudio incide en calidad de vida, por tanto, se acepta la hipótesis nula. Por otra parte, la edad y el número de hijos no son significativos, por lo que no inciden en la calidad de vida, y por tanto se rechaza la hipótesis nula.

En la segunda sesión de determinantes del curso de la vida se evidencia que existe una relación estadísticamente significativa y directamente proporcional entre la convivencia con su cónyuge y la calidad de vida total ($r = 0,016; p < 0,05$), lo que indica una aceptación de la hipótesis nula,

mientras que en los demás determinantes del curso de la vida (estado civil, nivel de educación, tiene hijos/as y estado laboral) no es significativa y se rechaza la hipótesis nula.

En lo que se refiere a los aspectos de salud con calidad de vida total, hay relación estadísticamente significativa y directamente proporcional entre enfermedades crónicas como: cardiopatía ($r = 0,004; p < 0,05$), trastornos del ánimo ($r = 0,011; p < 0,05$) y artrosis ($r = 0,038; p < 0,05$), lo que indica que estas enfermedades crónicas según el modelo Gobbens inciden en la calidad de vida. No son significativas el colesterol alto, la enfermedad respiratoria crónica, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y el dolor musculoesquelético.

También existen correlación significativa con las variables: enfermedades crónicas ($r = 0,036; p < 0,05$), percepción del estado de salud ($r = 0,039; p < 0,05$), problemas de salud que le impiden hacer las cosas y frecuencia de ejercicios físicos ($r = 0,001; p < 0,01$). En los resultados de correlación de Spearman se establece una relación negativa y significativa con el número de medicamentos ($\rho = 0,002; p < 0,05$) y número de minutos que realizan ejercicios ($\rho = 0,000; p < 0,05$), en todas estas variables se acepta la hipótesis nula.

Tabla 6. Matriz de calidad de vida total con variables del modelo Gobbens

Determinantes del curso de la vida		Calidad de vida total	
		Pearson	N
Edad		0,0	356
Tiempo de convivencia (años completos)		-0,1	356
Número de hijos		-0,1	356
Años de estudio		0,1	356
Determinantes del curso de la vida		ANOVA (F)	N
Estado civil		1,1	356
Nivel de educación		1,7	356
Convivencia con su cónyuge		5,8	356
Tiene hijos		0,6	356
Estado laboral		2,5	356
Aspectos de salud		Calidad de vida total	
		t de Student	
Grupo 1: Enfermedades cardiovasculares	Colesterol alto (sí)	NS	
	Cardiopatía (sí)	0,004 ^a	
Grupo 2: Enfermedades bronquiales obstructivas crónicas	Enfermedad respiratoria crónica (sí)	NS	
Grupo 3: Hipertensión arterial y diabetes mellitus	Hipertensión arterial (sí)	NS	
	Diabetes mellitus (sí)	NS	
Grupo 4: Enfermedades musculoesqueléticas y mentales	Dolor musculoesquelético (sí)	NS	
	Artrosis (sí)	0,038 ^a	
	Trastorno del ánimo (sí)	0,011 ^a	
Aspectos de salud		ANOVA (F)	N
Enfermedades crónicas (sí-no)		4,427	356
Toma medicamentos (sí-no)		2,126	356

Continúa

Tabla 6. Matriz de calidad de vida total con variables del modelo Gobbens (cont.)

Aspectos de salud		Media ± DS	N	p
Percepción de estado de salud	Muy buena	93,3 ± 9,5	356	0,039 ^a
	Buena	85,2 ± 16,0	356	
	Mala	74,3 ± 13,3	356	
	Muy mala	71,0 ± 13,9	356	
Los problemas de salud le impiden hacer las cosas	Bastante	74,0 ± 13,3	356	0,000 ^b
	Un Poco	79,0 ± 13,1	356	
	Nada	87,3 ± 17,3	356	
Frecuencia de ejercicio físico	Nunca	77,2 ± 13,7	356	0,000 ^b
	1 a 3 veces al mes	81,5 ± 13,3	356	
	Una vez a la semana	87,2 ± 30,6	356	
	Tres veces a la semana	81,6 ± 12,2	356	
	Cinco veces a la semana	87,6 ± 13,8	356	
	Todos los días	84,4 ± 11,9	356	
Aspectos de salud		Calidad de vida total	N	p
		Spearman		
Número de medicamentos		-0,2	356	0,002 ^a
Número de minutos que realiza ejercicio		-0,2	356	0,000 ^b
Valoración geriátrica integral		Calidad de vida total	N	p
		Pearson		
Índice de Barthel: puntuación total		0,2	356	0,000 ^b
Escala de Lawton: puntuación total		0,2	356	0,000 ^b
Índice de depresión abreviada geriátrica de Yesavage: puntuación total		-0,4	356	0,000 ^b
Índice de Mini Mental State Examination: puntuación total		0,2	356	0,000 ^b
Escala multidimensional de percepción de apoyo social: puntuación total		0,4	356	0,000 ^b
Fragilidad		Calidad de vida total	N	p
		Pearson		
Fragilidad física: puntuación total		-0,2	356	0,000 ^b
Fragilidad psicológica: puntuación total		-0,1	356	NS
Fragilidad social: puntuación total		-0,1	356	NS
Fragilidad: puntuación total		-0,3	356	0,000 ^b

NS: no significativo.

^aLa correlación es significativa al nivel 0,05 (2 colas).

^bLa correlación es significativa al nivel 0,01 (2 colas).

La valoración geriátrica integral tiene correlación positiva y significativa con las puntuaciones totales del índice de Barthel ($r = 0,001$; $p < 0,01$), escala de Lawton ($r = 0,001$; $p < 0,01$), índice de MMSE ($r = 0,001$; $p < 0,01$) y la MSPSS ($r = 0,001$; $p < 0,01$), mientras que tiene correlación negativa y significativa con la puntuación total de GDS ($r = 0,001$; $p < 0,01$). Por último, en la TFI y fragilidad física la puntuación total evidencia la existencia de una correlación negativa y significativa con la calidad de vida total ($r = 0,001$; $p < 0,01$).

En la tabla 7 se analiza la diferencia de predictores del modelo de Gobbens que influyen en la calidad de vida de 2 grupos etarios diferentes de mujeres mayores que viven en la comunidad (entre 65 a 74 años y de 75 años y más). Al analizar los modelos se puede visualizar que el modelo 3 tienen mejor bondad de ajuste, con un R^2 de 0,281. Ahora bien, la interpretación del R^2 corresponde al 28% de la varianza de la escala de calidad de vida conformada por edad, educación, convivencia, tener hijos, situación laboral, comorbilidad y fragilidad.

Tabla 7. Modelo de regresión múltiple con la calidad de vida total

Variables	(1) M1	(2) M3	(3) M4
Edad	8,011	15,05 ^a	17,09 ^a
• Mayor de 75 años		(6,865)	(6,936)
Años estudio	(7,739)	1,122	1,171
Convivencia		(0,817)	(0,818)
		14,39 ^a	15,91
Hijos			3,568
			(12,03)
Situación laboral			16,10
• Actualmente empleada		-2,497	(8,312)
Comorbilidad			-2,162
Fragilidad		-8,992 ^b	-8,857 ^b
		(0,981)	(0,980)
Constante	320,0 ^b	367,0 ^b	358,0 ^b
	(4,005)	(10,27)	(15,80)
Observaciones	351	351	351
R ²	0,003	0,273	0,281

Error estándar entre paréntesis

^ap < 0,05

^bp < 0,001

Modelo regresión lineal

Ser mayor de 75 años y más implica que, con un 95% de confianza, se tiene una calidad de vida 17,09 puntos más alta con relación a las mujeres mayores de entre 65 a 74 años. Las mujeres que actualmente conviven, proyectan que la calidad de vida aumenta en 15,91 puntos con relación a las mujeres que no conviven, las demás variables son constantes. Esto es estadísticamente significativo con un 95% de confianza. Por otro lado, las mujeres que tienen empleo aumentan en 16,10 puntos en la escala de calidad de vida, a diferencia de las mujeres mayores que no están empleadas. Esto indica que es estadísticamente significativo con un 90% de confianza.

Las mujeres mayores que experimentan un aumento en 1 punto en la escala de fragilidad, proyectan que la escala de calidad de vida disminuye en 8,857 puntos. Estos resultados determinan que es estadísticamente significativo con un 99% de confianza.

■ DISCUSIÓN

Este estudio estableció las diferencias en la calidad de vida entre mujeres menores y mayores de 75 años que viven en la comunidad. En los determinantes del curso de la vida se establecieron diferencias significativas entre la edad, los años de estudio, la convivencia con su cónyuge, el tiempo de convivencia y el número de hijos/as. Se encontró una relación negativa moderadamente fuerte entre tiempo de convivencia, relación positiva con la convivencia con su cónyuge y años de estudios. Una interpretación de esta relación establece que tener una buena formación académica y convivir el mayor tiempo posible con la pareja fortalece la calidad de vida.

Las diferencias significativas entre ambos grupos en los aspectos de salud son: percepción del estado de salud, tener enfermedades crónicas,

problemas de salud que le impiden hacer las cosas que quiere hacer, y frecuencia y tiempo que realiza ejercicios físicos. Se encontró una relación negativa moderadamente fuerte con el número de minutos que emplea para efectuar ejercicios y positiva con enfermedades crónicas como: colesterol alto, cardiopatía, enfermedad respiratoria crónica, hipertensión arterial, diabetes mellitus, dolor musculoesquelético, artrosis, trastorno del ánimo, problemas de salud que impiden realizar cosas, frecuencia y número de ejercicios físicos.

Estos resultados coinciden con otros estudios¹⁸, en los que se expone que la falta de control en la salud de las mujeres incrementa el riesgo de complicaciones de las enfermedades, que podrían conllevar a la muerte. Por lo tanto, a mayor comorbilidad mayor será la dependencia, los ingresos hospitalarios y el deterioro de la calidad de vida, estos resultados coinciden con los de Renne y Gobbens¹⁹.

La valoración geriátrica integral mostró diferencia significativa en el índice de Barthel, en la escala de Lawton, en la GDS, en el MMSE y en la MSPSS. También presentó una correlación negativa y moderadamente fuerte con GDS y positiva con las demás. Ardila et al. consideraron que la aplicación del índice de Barthel y la GDS permite identificar el grado de fragilidad de una mujer mayor. Por otra parte, Mota y Urosa consideran que la valoración geriátrica integral establece un diagnóstico multidimensional para cuantificar e identificar problemas físicos, sociales, psíquicos y funcionales en mujeres mayores²⁰.

En relación con la fragilidad multidimensional, las diferencias significativas entre ambos grupos son la fragilidad física y la fragilidad total, que tienen correlación negativa moderadamente fuerte. Estos resultados determinaron que la mayor prevalencia de fragilidad multidimensional es el dominio físico, que favorece más a las mujeres menores de 75 años, debido a que se sienten físicamente saludables, mientras que el dominio psicológico mantiene un equilibrio en ambos grupos en problemas con su memoria, falta de ánimo, se ha sentido nerviosa, enfrenta problemas,

y la fragilidad social favorece más a las mujeres mayores de 75 años en relación con vivir solas, echar de menos, tener gente a su alrededor, apoyo suficiente de otras personas. Por lo tanto, es factible que a mayor fragilidad menor calidad de vida. Estos resultados coinciden con Chávez y Arteaga¹⁶, que determinan que en el ambiente físico los resultados son más positivos en este grupo etario, porque consideran que presentan las mismas condiciones de la población económicamente activa.

Al medir la calidad de vida con el instrumento WHOQOL BREF, se pudo diferenciar que las mujeres mayores de 75 años presentan mayor satisfacción en lo psicológico, porque disfrutan de la oportunidad que tienen de su existencia, determinan que su vida tiene sentido, se concentran más en sus objetivos, se valoran más; sin embargo, existen momentos de tristeza, desesperanza o depresión. En lo social, se sienten satisfechas porque cuentan con el apoyo de sus amigas, la relación personal les ayuda a mantenerse activas y a superar la etapa de la viudez, lo que favorece la satisfacción de la vida sexual.

Dentro de las *fortalezas* que se plantean en el presente estudio se destaca:

- Disponer de una muestra grande, que permite hacer un análisis completo y obtener datos de forma rápida en el momento de realizar una consulta tras la aprobación del Comité de Ética de la Universidad Andrés Bello.
- Depurar datos que servirán para hacer diferencias de mujeres mayores de 2 grupos etarios en relación con la fragilidad multidimensional en la calidad de vida.
- Definir estrategias que promuevan una mejor calidad de vida en mujeres adultas mayores
- Aportar el conocimiento sobre la relación de la fragilidad multidimensional en la calidad de vida en mujeres adultas mayores.

En lo referente a las *limitaciones* del presente estudio, se tienen las siguientes:

- La base de datos original no contiene toda la información que requiere el modelo Gobbens en las variables determinantes del curso de la vida. No se cuenta con información sobre ingreso, etnia, condiciones de vida, estilos de vida, eventos de la vida y antecedentes genéticos, por lo que no es factible analizarlas.

- Los referentes bibliográficos enmarcan la fragilidad física y la calidad de vida de la población mayor en general y no en mujeres mayores.
- La limitación metodológica está en los modelos que se aplicaron, ya que se usó una sola toma, es decir, un enrolamiento de la base de datos. Esto dificulta la identificación de causalidad, porque el estudio es transversal y no longitudinal.
- Bajo grado de conocimiento en el manejo del *software* estadístico IBM SPSS STATISTICS.

■ CONCLUSIONES

La calidad de vida incide de manera positiva en las mujeres mayores de 75 años. Es factible mencionar que la esperanza de vida dependerá del adecuado estilo de vida que se lleve desde la primera infancia. Con el instrumento WHOQOL BREF se puede diferenciar la calidad de vida desde 4 perspectivas: física, psicológica, relaciones sociales y ambiente, esto deriva a situar la calidad de vida como un concepto multidimensional. Se determina que las mujeres mayores que tienen una adecuada calidad de vida presentarán mayores oportunidades para participar o realizar actividades, se consideran útiles a la sociedad, en especial a sus familiares, asimismo, sienten que todavía les falta mucho por aportar y no existe excusa que las desmotive.

Los investigadores en enfermería son trascendentales porque contribuyen en el avance de la ciencia, no obstante, la comunidad científica de enfermería requiere ayuda que permita fortalecer y mejorar las investigaciones. Ser un docente enfermero en el hospital incluye asignar tareas, apoyar y supervisar a los estudiantes. Esta investigación es importante porque, de forma vertiginosa, aporta una perspectiva diferente hacia las mujeres menores y mayores de 75 años en relación con la fragilidad multidimensional y la calidad de vida. La mejor evidencia para garantizar una buena calidad de vida en las mujeres mayores de 75 años implica diferentes elementos, que incluyen la adecuada orientación en los determinantes del curso de la vida, aspectos de salud, valoración geriátrica integral, identificación de las comorbilidades y fragilidad multidimensional ■

Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.

■ BIBLIOGRAFÍA

1. VisualCapitalist. Europa y América del Norte [consultado 23-6-2021]. Disponible en: <https://www.catorce6.com/actualidad-ambiental/internacional/19228-los-jovenes-representan-el-33-de-la-poblacion-mundial-onu>
2. Populatio.City. Santa Elena, Ecuador [consultado 8-8-2020]. Disponible en: <http://poblacion.population.city/world/>
3. El Telégrafo. El Decano Digital. Ankara, Turquía. Disponible en: <https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/sociedad/6/numero-personas-adultas-millones>
4. Apablaz M. Generación Silenciosa: Una mirada a las personas mayores en Chile. CIPEM. Universidad del Desarrollo. Caja Los Héroes. Chile. Disponible en: <https://oiss.org/wp-content/uploads/2021/06/CIPEM-I-Una-mirada-a-las-personas-mayores-en-Chile.pdf>
5. INFOBAE. América [consultado 31-7-2020]. Disponible en: <https://www.infobae.com/2015/09/12/1754821-los-diez-paises-que-mas-envejeceran-2050/>
6. Rodríguez R. Envejecimiento saludable y el ejercicio de los derechos humanos. Rev Latino-Am Enfermagem. 2019;27:e3097.
7. Alfaro N, Espinoza R. Personas mayores en Costa Rica: un acercamiento a las percepciones sobre su calidad de vida. Revista ABRA. 2021;41:99-124.
8. Robles-Espinoza A, Rubio-Jurado B, De la Rosa-Galván EV, Nava-Zabala AH. Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud. El Residente. 2016;11:120-5.
9. Aponte V. Calidad de vida en la tercera edad. Ajayu. 2015;13:152-82.
10. Chacón E, González E, Vargas M, Venegas L, Gómez RD, Chavarro D, et al. Fragilidad cognitiva, un desafío en evolución. Univ Med. 2019;60:58-68.
11. Martin C. What matters in "multimorbidity"? Arguably resilience and personal health experience are central to quality of life and optimizing survival. J Eval Clin Pract. 2018;24:1282-4.
12. Araya X, Iriarte E, Padilla O. Reconocimiento de la fragilidad en personas mayores que viven en la comunidad: un desafío pendiente. Gerokomos. 2019;30:61-6.
13. Laguado E, Camargo K, Campo E, Martín Carbonell MC. Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar. Gerokomos. 2017;28:135-41.
14. Castro M, Játiva E, García N, Otzen T, Manterola C. Aspectos éticos propios de los diseños más utilizados en investigación clínica. J Health Med Sci. 2019;5:183-93.
15. Muñoz C, Rojas P, Marzuca G. Criterios de valoración geriátrica integral en adultos mayores con dependencia moderada y severa en Centros de Atención Primaria en Chile. Rev Med Chile. 2015;143:612-8.
16. Chávez Y, Arteaga C. Nivel de funcionalidad en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria del adulto mayor. Rev Enferm Herediana. 2016;90:1-30.
17. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill Interamericana; 2018.
18. Alfonso L, Soto D, Santos N. Calidad de vida y apoyo social percibido en adultos mayores. Rev Ciencias Médicas. 2016;20:10.
19. Renne I, Gobbens R. Effects of frailty and chronic diseases on quality of life in Dutch community-dwelling older adults: a cross-sectional study. Clin Interv Aging. 2018;13:325-34.
20. Mota R, Urosa B. Técnicas avanzadas de Análisis de Datos. Tesis Doctoral. Madrid: Universidad Pontificia Comillas; 2020.