

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Tema: “SÍNDROME DE FRAGILIDAD EN EL ADULTO MAYOR Y SU REPERCUSIÓN EN LA SALUD FAMILIAR, PARROQUIA CUNCHIBAMBA 2015 - 2016”

Trabajo de Investigación, previo a la obtención del Grado Académico de
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Autora: Md. Katherine Elizabeth Garcés Jerez

Directora: Dra. Hortensia Linares Valdés, Esp.

Ambato – Ecuador

2016

A la Unidad Académica de Titulación de la Facultad de Ciencias Médicas

El Tribunal receptor del Trabajo de Investigación presidido por Doctor José Marcelo Ochoa Egas Magíster, e integrado por los señores Doctora Vilma García Franco Especialista, Doctor Wellington Ivar Bracero Tobar Especialista, Doctora Raxsy Soler Santana Especialista, designados por la Unidad Académica de Titulación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato, para receptor el Trabajo de Investigación con el tema: **“SÍNDROME DE FRAGILIDAD EN EL ADULTO MAYOR Y SU REPERCUSIÓN EN LA SALUD FAMILIAR, PARROQUIA CUNCHIBAMBA 2015 - 2016”**, elaborado y presentado por la señora Médica Katherine Elizabeth Garcés Jerez, para optar por el Grado Académico de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria; una vez escuchada la defensa oral del Trabajo de Investigación el Tribunal aprueba y remite el trabajo para uso y custodia en las bibliotecas de la UTA.

Dr. José Marcelo Ochoa Egas. Mg.
Presidente del Tribunal

Dra. Vilma García Franco, Esp.
Miembro del Tribunal

Dr. Wellington Ivar Bracero Tobar, Esp.
Miembro del Tribunal

Dra. Raxsy Soler Santana, Esp.
Miembro del Tribunal

AUTORÍA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

La responsabilidad de las opiniones, comentarios y críticas emitidas en el Trabajo de Investigación presentado con el tema: “**SÍNDROME DE FRAGILIDAD EN EL ADULTO MAYOR Y SU REPERCUSIÓN EN LA SALUD FAMILIAR, PARROQUIA CUNCHIBAMBA 2015 - 2016**”, le corresponde exclusivamente a: Médica Katherine Elizabeth Garcés Jerez, Autora bajo la Dirección de la Doctora Hortensia Linares Valdés Especialista, Directora del Trabajo de Investigación; y el patrimonio intelectual a la Universidad Técnica de Ambato.

Md. Katherine Elizabeth Garcés Jerez

c.c.180360594-6

AUTORA

Dra. Hortensia Linares Valdés, Esp.

c.c.E-307087

DIRECTORA

DERECHOS DEL AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que el Trabajo de Investigación, sirva como un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación, según las normas de la Institución.

Cedo los Derechos de mi trabajo, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de este, dentro de las regulaciones de la Universidad.

Md. Katherine Elizabeth Garcés Jerez
c.c.180360594-6

INDICE GENERAL DE CONTENIDOS

CONTENIDO	Pág.
Portada	i
A La Unidad Académica De Titulación de la Facultad de Ciencias Médicas	ii
Autoría Del Trabajo De Investigación	iii
Derechos Del Autor	iv
Índice General de Contenidos	v
Índice de Tablas	viii
Índice de Gráficos	x
Agradecimiento	xi
Dedicatoria	xii
Resumen Ejecutivo	xiii
Executive Summary	xv
Introducción	1

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Tema de Investigación	4
1.2 Planteamiento del Problema	4
1.2.1 Contextualización Histórico – Social.	4
1.2.2 Análisis Crítico	6
1.2.3 Prognosis.....	7
1.2.4 Formulación del Problema.	7
1.2.5 Interrogantes	8
1.2.6 Delimitación del Objeto de Investigación	8
1.3 Justificación	8
1.4 Objetivos	9
1.4.1 Objetivo General	9
1.4.2 Objetivos Específicos	9

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes Investigativos	11
2.2. Antecedentes Filosóficos.....	13
2.3 Fundamentación Legal	13
2.4 Categorías Fundamentales.....	20
2.4.1 Fundamentación Teórica	21
2.4.1.1 Adulto Mayor.....	21
2.4.1.2 Síndrome de Fragilidad	22
2.4.1.3 Salud Familiar	33
2.5 Hipotesis	39
2.6 Señalización de las Variables	40

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

Enfoque de la Investigación	41
3.1 Modalidad Básica de la Investigación	41
3.2 Nivel o Tipo de Investigación	42
3.3 Población y Muestra.....	42
3.3.1 Criterios de Inclusión	42
3.3.2 Criterios de Exclusión	42
3.3.3 Criterios Éticos.....	42
3.4 Operacionalización de Variables	44
3.5 Plan de Recolección de la Información	48
3.6 Plan de Procesamiento de la Información	51

CAPÍTULO IV

ÁNÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1 Análisis de los Resultados	53
4.2 Interpretación de Datos	53
4.3 Verificación de la Hipótesis	69

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones	70
-------------------------	----

5.2. Recomendaciones.....	71
---------------------------	----

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

6.1 Datos Informativos.....	72
6.1.1 Título de la Propuesta:.....	72
6.1.2 Institución Ejecutora:	72
6.1.3 Beneficiarios:	72
6.1.4 Ubicación:	72
6.1.5 Tiempo Estimado para la Ejecución:	72
6.1.6 Inicio:	72
6.1.7 Equipo Técnico Responsable:	72
6.2 Antecedentes de la Propuesta	73
6.3 Justificación	73
6.4 Objetivos.....	74
6.5 Análisis de Factibilidad.....	74
6.6 Fundamentación	74
6.7 Metodología	78
6.8 Administración.....	79
6.9 Previsión de la Evaluación	80
Bibliografía	81
Anexos	87

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla No. 1 Operalización de la variable independiente	44
Tabla No. 2 Operalización de la variable dependiente	46
Tabla No. 3 Criterios de Rockwood.....	49
Tabla No. 4 Calificación según áreas, socioeconómica, sociopsicologica, funcionamiento familiar y del estado de salud.....	50
Tabla No. 5 Síndrome de fragilidad en los adultos mayores según género, Parroquia Cunchibamba 2015 – 2016.....	53
Tabla No. 6 Distribución del síndrome de fragilidad de los adultos mayores según el grado de afectación funcional de acuerdo al género Parroquia Cunchibamba 2015 – 2016.....	54
Tabla No. 7 Grado de Fragilidad del adulto mayor y su relación con la edad Parroquia Cunchibamba 2015 – 2016.....	55
Tabla No. 8 Grado de Fragilidad del adulto mayor y su relación con el nivel de instrucción. Parroquia Cunchibamba 2015 – 2016.	56
Tabla No. 9 Grado de Fragilidad del adulto mayor y su relación con el estado civil Parroquia Cunchibamba 2015 – 2016.....	57
Tabla No. 10 Grado de Fragilidad del adulto mayor y su relación con el estado laboral. Parroquia Cunchibamba 2015 – 2016.....	58
Tabla No. 11 Grado de Fragilidad del adulto mayor y su relación con la polifarmacia. Parroquia Cunchibamba 2015 – 2016.....	59
Tabla No. 12 Ingreso hospitalario y su relación con el grado de fragilidad del adulto mayor. Parroquia Cunchibamba 2015 – 2016.....	60
Tabla No. 13 Distribución de las Enfermedades crónicas no transmisibles según el grado de fragilidad del adulto mayor. Parroquia Cunchibamba 2015 – 2016...	61
Tabla No. 14 Depresión y su relación según el grado de fragilidad de los adultos mayores. Parroquia Cunchibamba 2015 – 2016.	62
Tabla No. 15 Deterioro cognitivo y su relación según el grado de fragilidad de los adultos mayores. Parroquia Cunchibamba 2015 – 2016.....	63
Tabla No. 16 Estructura familiar según el grado de fragilidad de los adultos mayores. Parroquia Cunchibamba 2015 – 2016.	65
Tabla No. 17 Calificación del impacto en la salud familiar de manera general y su	

relación según el grado de fragilidad de los adultos mayores. Parroquia Cunchibamba 2015 – 2016.....	66
Tabla No. 18 Distribución de la repercusión familiar según áreas evaluadas y el grado de fragilidad de los adultos mayores. Parroquia Cunchibamba 2015 – 2016.....	67
Tabla No. 19 Modelo operativo	78

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico No. 1 Categorías Fundamentales	20
Gráfico No. 2 Esquema de la administración de la propuesta	79

AGRADECIMIENTO

A Dios, por estar a mi lado en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

DEDICATORIA

El presente trabajo lo dedico a Dios, por haberme permitido cumplir mis metas profesionales, darme fuerza para seguir adelante sin desmayar en las adversidades que se me han presentado.

A mis padres Mario y Lourdes a quienes agradezco mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos.

A mi esposo Alex por su amor y comprensión.

A mis adoradas hijas Emily y Kamila quienes vinieron a este mundo para llenar de alegría mi vida, porque son mi inspiración y fortaleza para continuar superándome.

Y a mi abuelita Luz que estoy segura que desde el cielo me ayuda con sus bendiciones.

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TEMA:

“SÍNDROME DE FRAGILIDAD EN EL ADULTO MAYOR Y SU REPERCUSIÓN EN LA SALUD FAMILIAR, PARROQUIA CUNCHIBAMBA 2015 - 2016”

AUTORA: Médico Katherine Elizabeth Garcés Jerez

DIRECTORA: Doctora Hortensia Linares Valdés, Especialista.

FECHA: 08 de agosto 2016

RESUMEN EJECUTIVO

Introducción: Ecuador presenta, actualmente, un acelerado proceso de envejecimiento, fenómeno que genera problemas de salud entre los adultos mayores, entre ellas la fragilidad que es un concepto relativamente nuevo en geriatría. El síndrome de fragilidad supone un estado previo a la discapacidad, un estado de vulnerabilidad que, o bien se detecta y de esta manera se puede abordar la situación para retrasar eventos adversos, o bien pasamos por alto y el anciano puede traspasar la delgada línea que separa fragilidad de la discapacidad.

Objetivo: Identificar síndrome de fragilidad en el adulto mayor y su repercusión en la salud familiar. **Métodos:** Estudio transversal, descriptivo, observacional, con enfoque mixto en una población total de 200 adultos mayores de 65 años de los sectores atendidos por las postgradistas de Medicina Familiar y Comunitaria, parroquia Cunchibamba, periodo 2015/2016. **Resultados:** La frecuencia de fragilidad en el anciano fue 163(81.5%), el rango de edad de 71-90 años predominó con 48.5%, 59.6% fueron mujeres. Se clasificó según el grado de afectación funcional, en fragilidad leve 71(43.5%), moderada 57(34.9%), grave 35(21.4%). Dentro de las características sociodemográficas, el estado civil casado 87(53.4%), el nivel de instrucción analfabeto - primaria incompleta 102(62.5%) y el estado laboral trabajador 86(52.8%) presentaron porcentajes significativos en los

diferentes grados de fragilidad. Se identificó factores asociados al anciano frágil, polifarmacia, ingreso hospitalario, depresión, nivel cognitivo y comorbilidades con resultados estadísticamente significativos. La repercusión familiar ante el evento del anciano frágil, se codificó por nivel de afectación, leve 47(29.0%), moderada 49(30.0%) y severa 21(13.0%). **Conclusiones:** Se identificó un elevado índice de fragilidad en el adulto mayor, con repercusión moderada en la salud familiar, afectando fundamentalmente el área económica, sin desestimar las áreas sociopsicológica y el funcionamiento familiar.

Descriptores: síndrome de fragilidad, adulto mayor, repercusión, salud familiar, polifarmacia, ingreso hospitalario, depresión, estado cognitivo, área socioeconómica, funcionamiento familiar, socio-psicológica.

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

THEME:

“FRAGILITY SYNDROME IN THE ELDERLY AND THEIR IMPACT ON THE FAMILY HEALTH, PARISH CUNCHIBAMBA 2015 - 2016”

AUTHOR: Médico Katherine Elizabeth Garcés Jerez

DIRECTED BY: Doctora Hortensia Linares Valdés, Especialista.

DATE: 08 de agosto de 2016

EXECUTIVE SUMMARY

Introduction: Ecuador presents, currently, an accelerated aging process, a phenomenon that causes health problems among older adults, including the fragility that is a relatively new concept in geriatrics. The frailty syndrome is a pre disabled state, a state of vulnerability, or is detected and thus can address the situation to delay adverse events or overlooked and the elderly can cross the thin line separates fragility of disability. **Objective:** To identify frailty syndrome in the elderly and their impact on family health. **Methods:** Cross-sectional, descriptive, observational, with mixed approach of a total population of 200 adults over 65 years of sectors served by postgradistas of Family and Community Medicine, parish Cunchibamba, Study 2015/2016 period. **Results:** The frequency of frailty in the elderly was 163 (81.5%), the age range of 71-90 years predominated with 48.5%, 59.6% were women. It was classified according to the degree of functional impairment, mild weakness in 71 (43.5%), moderate 57 (34.9%), severe 35 (21.4%). Among the sociodemographic characteristics, marital status married 87 (53.4%), the level of instruction illiterate - incomplete primary 102 (62.5%) and employee work status 86 (52.8%) had significant percentages in different degrees of fragility. factors associated with the frail elderly, polypharmacy, hospitalization, depression, cognitive level and comorbidities with statistically significant results were identified. The family impact before the event frail old man, was coded by

level of impairment, mild 47 (29.0%), moderate 49 (30.0%) and severe 21 (13.0%).

Conclusions: A high level of fragility was identified in the elderly, with moderate impact on family health, mainly affecting the economic area, without underestimating the socio-psychological areas and family functioning.

Descriptors: fragility syndrome, elderly, impact, family health, polypharmacy, hospitalization, depression, cognitive status, socioeconomic area, family functioning, socio-psychological.

INTRODUCCIÓN

La senectud en las personas es un proceso natural, que se produce a través de todo el ciclo de vida, sin embargo, no todas las personas envejecen de la misma forma. ¹ A nivel mundial la esperanza promedio de vida aumentó a 73 años para la mujer nacida en el 2012 y 68 años para un varón, como consecuencia de progresos en la lucha contra enfermedades y la mortalidad infantil, según la Organización Mundial de la Salud (OMS). Sin embargo, este incremento en la esperanza de vida de la población no siempre se asocia a una buena calidad de la misma. ²

En Europa, España es uno de los países con una esperanza de vida más larga, 85.1 años en las mujeres y 79.2 en los hombres. Las proyecciones poblacionales para los próximos años indican un continuo aumento de estas cifras y un estrechamiento de la diferencia entre ambos sexos. ²

En América del Sur, Uruguay constituye actualmente uno de los países más envejecidos con un 17% de su población mayor de 60 años, de los cuales el 13,4 % es mayor de 65 años, dentro de ellos el subgrupo que crece más aceleradamente es el de mayores de 75 años (envejecimiento del envejecimiento), es decir aquellos con mayor demanda de cuidados y mayor probabilidad de pérdida de autonomía. Para el año 2025, las proyecciones prevén que esta población alcance el 20% y que los mayores de 75 años constituirán el 40% del grupo de edad (375.000 individuos). A pesar de esto Uruguay tan solo presenta una esperanza de vida general de 77.3 años. ³

Chile es el país que presenta una esperanza de vida general más larga de América Latina con 79.5 años, seguido muy de cerca de Cuba con una esperanza de vida general de 79.4 años. Mientras que la menor esperanza de vida se registra en el África subsahariana, donde nueve países tienen una expectativa de menos de 55 años para ambos sexos. ⁴

En el Ecuador, la población de adultos mayores proyectada para el 2014 es de 1.077.587, que representa 6.7 % de la población total, para el 2025 llegará a

1.353.152, que representará el 9%; de este grupo el 29% son jubilados, el 2% tienen seguros privados, y el 69% se encuentran desprotegidos. Las provincias en el Ecuador con más población adulta mayor son: Guayas con cerca de 100.000 personas, Pichincha que bordea las 70.000, sigue Manabí con cerca de 35.000 habitantes adultos mayores. En el Ecuador, las mujeres adultas mayores en relación a los varones adultos mayores, son mayoría con una diferencia aproximada de 5.000 personas, este dato confirma que en el Ecuador la mayor esperanza de vida la tienen las mujeres.⁵

Según los datos de OMS 2014, Ecuador presenta una esperanza de vida general de 76 años (73 años hombres y 79 años mujeres).⁴

Loja, es una provincia con mayor esperanza de vida, 76.0 años en el 2013 y con una proyección al 2020 de 77.0 y la provincia con menor esperanza de vida es Los Ríos con 72.3 en el 2013, con una proyección de 74,3 años para el 2020.⁵

Es por esta razón que en la década de los 60-70 se empezó con las primeras bases para la evaluación del adulto mayor y fueron en los 80 donde se demostró la importancia de la utilidad de la valoración geriátrica integral y desde la década de los 90 ya los investigadores se enfocaron en detectar fragilidad en el adulto mayor.⁶

Desde hace tres años la Organización Mundial de la Salud ha considerado a la fragilidad un síndrome geriátrico que afecta la esfera clínica, biológica, social y psicológica del adulto mayor, provocado por una reducción en las reservas fisiológicas del anciano, lo cual ocasiona mayor vulnerabilidad a eventos adversos manifestada por mayor morbilidad y mortalidad.⁷

A través del tiempo se han utilizado varios criterios para detectar fragilidad en el adulto mayor, dentro de los cuales se encuentran los criterios médicos (enfermedades crónicas, alteraciones sensoriales, alteración de la marcha, caídas a repetición, polifarmacia, hospitalizaciones), criterios funcionales (dependencia en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria ABVD-AIVD), criterios socioeconómicos (vivir solo, viudez reciente, edad mayor a 80 años, bajos ingresos

económicos), criterios afectivos/cognitivos (depresión, deterioro cognitivo).⁶

Parte importante de la función del médico especialista en medicina familiar y comunitaria es la de identificar no solo a los adultos mayores frágiles, sino también evaluar el entorno familiar en el cual se desenvuelven cada uno de los adultos mayores, identificando la estructura familiar y complementándose con el estudio de salud familiar.

En medicina familiar, la familia tiene un papel importante en el proceso salud enfermedad, más aún cuando en la familia viven adultos mayores, que requieren una atención integral específica y orientada a esta etapa de la vida; la evolución demográfica nos enfrenta a una población envejecida, que trae consigo familias extensas con uno o varios adultos mayores, lo que da un carácter muy peculiar a este grupo social.⁸

De esta forma los programas de salud encaminados a los adultos mayores, deben focalizarse en identificar a un adulto mayor frágil o que tenga algún riesgo de llegar a presentar en algún momento de su vida fragilidad para prevenir y tratarlos antes de que se transformen en dependientes, personas con capacidades diferentes y requieran mayores costos en sus cuidados integrales llegando quizá a afectar la salud del medio familiar.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 TEMA DE INVESTIGACIÓN

Síndrome de Fragilidad en el adulto mayor y su repercusión en la salud familiar, parroquia Cunchibamba 2015 – 2016

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1 Contextualización Histórico – Social.

El adulto mayor frágil, presenta una depreciación en la capacidad de reserva y adaptación de la homeostasis del organismo (homeostenosis), causada por el envejecimiento, afectada por factores genéticos (individuales) y precipitada por factores clínicos, ambientales y sociales. De ahí el papel primordial del médico familiar en la prevención, diagnóstico e intervención temprana, para que el adulto mayor no se convierta en dependiente. ⁹

El término fragilidad suscito en 1970 dada la diversidad de la población adulta mayor, el monseñor Charles F. Fahey y la Federación de Concilio del Envejecimiento (FCA) en Estados Unidos, describen de forma particular a cierta población envejecida con este término y desde la década de los 80 se escuchó por primera vez esta terminología. En la base de datos de Medline, la primera publicación sobre fragilidad del adulto mayor, data de 1975 publicada en la revista de Medicina de Sudáfrica y en 1990 la revista Americana de la Sociedad Geriátrica de EE.UU. publicó por primera vez el término de Frail old, pero a partir de 1996 se fueron sumando otras revistas con investigaciones de fragilidad en el anciano. ⁹

En la década de los 90, fue necesario elaborar programas geriátricos de intervención en adultos mayores con disminución en su autonomía, y se agrega la fragilidad dentro de estos programas en países desarrollados. De esta forma para los profesionales de la salud vinculados en la atención del adulto mayor se hizo indispensable el conocimiento sobre este tema. ⁹

A nivel mundial la prevalencia de fragilidad en el adulto mayor, oscila entre el 3-6% en las personas de 65 a 70 años, el 16% entre las personas de 80 años y más de edad. Entre los hombres de 65 a 69 años, la prevalencia de fragilidad, ha aumentado el 2% y en los hombres de 85 años y más de edad el 37%, y entre las mujeres de 3% a 31%, respectivamente. En España, se ha reportado una prevalencia global de entre 8,4% y 16,9% de fragilidad en las personas de 65 y más. ⁷

En el Cardiovascular Health Study, investigación realizada en los Estados Unidos con 5.317 participantes de 65 años o más, fue del 6,9%. Otro estudio demostró que el 7% de la población de los Estados Unidos con más de 65 años y el 30% de los mayores de 80 años son frágiles. ¹⁰

En América latina, Cuba reporta una prevalencia de fragilidad la cual oscila entre un 7 y un 12 % en la población mayor de 65 años. ¹⁰

En Brasil el 10 al 25% de los adultos mayores de los 65 años y 46% por encima de los 85 años, que viven en la comunidad, son frágiles. ¹⁰

En el Ecuador se han realizado pocos estudios acerca de la prevalencia de fragilidad en el adulto mayor, en su mayoría se tratan de tesis realizadas por distintas universidades en sectores determinados, pero no se cuenta con un dato general a nivel país.

A nivel de la parroquia de Cunchibamba, no se ha realizado ningún estudio para identificar a los adultos mayores frágiles, a pesar que en la unidad operativa se aplica la historia clínica geriátrica, pero la falta de conocimientos no ha permitido identificar los diferentes síndromes geriátricos que pueden presentar los adultos

mayores, que en algún momento puede llegar a afectar la salud de la familia.

1.2.2 Análisis crítico

La situación demográfica actual en el Ecuador, no vivida previamente, está ocurriendo más rápidamente de lo previsto, y los cambios de la población se están dando a pesar de que todavía somos un país en vías de desarrollo, en contraste con lo que ocurrió en los países europeos y en los Estados Unidos, cuya población envejeció en países desarrollados y ricos, de modo que fueron capaces de implementar programas dirigidos al adulto mayor a tiempo.¹¹

Estos programas no siempre pueden ser aplicados en los adultos mayores que viven en países latinoamericanos, porque éstos no cuentan aún con el desarrollo económico y social suficiente, en comparación con el primer mundo.

En el Ecuador, la población adulta mayor concentra un porcentaje importante del total de personas que viven en condiciones de pobreza, los que sienten soledad, presentan limitaciones funcionales, han perdido su autonomía física o en la toma de decisiones, no participan ni tienen actividades productivas y tienen un menor nivel de escolaridad y otras condiciones que los limitan en su desarrollo, pero también hay que destacar que muchos adultos mayores participan activamente en la comunidad y no presentan grandes problemas, ya que han sido capaces de adaptarse a los nuevos tiempos.⁵

Es así como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) propician que todos los gobiernos de los países impulsen una fuerte campaña nacional de promoción y previsión en salud, destinada a lograr un envejecimiento que tenga las características de ser participativo, saludable, productivo y activo. Para ello se debe capacitar a los equipos de salud que los atienden en la comunidad, así como intrahospitalariamente, en los conceptos y tratamientos modernos de la Geriátrica, además se debe educar a las familias con adultos mayores.¹²

Actualmente, se recomienda que los programas de salud destinados a los adultos mayores; sean de manejo local en la comunidad donde viven, desarrollar estrategias integrales que abarquen toda su compleja situación, en la cual la edad por sí sola no es el factor más determinante, ni tampoco el número de enfermedades que presentan.¹¹

En Ecuador, el Ministerio de Salud Pública, elaboró normas y protocolos de atención integral de salud dirigida a las y los adultos mayores, con el fin de fortalecer la capacidad de atención primaria de salud y poder responder más eficientemente a los problemas de salud prevalentes en esta etapa de la vida.¹³

De esto han pasado 6 años desde su elaboración, y en la parroquia de Cunchibamba no se ha logrado evidenciar un cambio en la atención, manejo e identificación de los adultos mayores en riesgo o que padezcan algún síndrome geriátrico.

Por esta razón se debe intervenir oportunamente para garantizar a los adultos mayores de esta parroquia una vejez saludable, evitando que se transformen en seres dependientes, discapacitados o postrados, y que por su condición puedan llegar a afectar la salud de su familia, y que además requieran mayores costos en sus cuidados.

1.2.3 Prognosis

En medicina familiar y comunitaria, la presente investigación es de suma importancia ya que tiene como finalidad identificar síndrome de fragilidad en los adultos mayores y evaluar si hay repercusión en la salud familiar. Lo cual permitirá el empleo oportuno de técnicas diagnósticas, terapéuticas y rehabilitadoras que puedan modificar positivamente la salud de la familia con adultos mayores frágiles.

1.2.4 Formulación del problema.

¿El Síndrome de fragilidad en el adulto mayor repercute en la salud de la familia, parroquia Cunchibamba 2015 – 2016?

1.2.5 Interrogantes

¿Cuántos adultos mayores con síndrome de fragilidad existen en la parroquia Cunchibamba?

¿Qué características socio-demográficas presentan los adultos mayores frágiles?

¿Qué factores están asociados a los adultos mayores frágiles?

¿Cuál es la estructura de la familia de los adultos mayores frágiles?

¿Existen algún tipo de asociación entre los adultos mayores frágiles y la salud familiar?

¿Qué beneficio tendría la elaboración de un proyecto de intervención social encaminado a las familias con adultos mayores frágiles?

1.2.6 Delimitación del objeto de investigación

Línea de investigación

Campo: Geriatria-Salud Familiar

Área: Salud del adulto mayor

Aspecto: fragilidad

Tiempo – Espacial

La investigación se realizó en los adultos mayores de 65 años, que pertenecen a los sectores atendidos por postgradistas de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad Técnica de Ambato, en la parroquia de Cunchibamba, provincia de Tungurahua, durante el periodo 2015 - 2016.

1.3 JUSTIFICACIÓN

La población mayor de 65 años a nivel mundial se ha incrementado significativamente durante las últimas décadas. Este proceso es debido al aumento de esperanza de vida y a la disminución de la natalidad. Lo cual ha motivado que muchos países tomen decisiones prioritarias en la atención especial a este grupo

poblacional.

Es de esperar que este fenómeno genere un aumento de enfermedades e incapacidades físicas y psíquicas asociadas con la edad, entre ellas la fragilidad, considerado un síndrome geriátrico del cual en el Ecuador aún no se cuenta con suficiente conocimiento sobre su prevalencia, mucho menos a nivel de la población de la parroquia de Cunchibamba.

Lo cual crea la necesidad como médico de familia de realizar el presente trabajo de investigación, el cual pretende identificar síndrome de fragilidad en el adulto mayor y su repercusión en la salud familiar en la parroquia Cunchibamba.

Investigación que favorecerá a la elaboración de un proyecto de intervención social dirigida a evitar o al menos atenuar los efectos de la fragilidad en la salud de las familias de los adultos mayores.

El estudio es factible, ya que se dispone de recurso humano, económico, material y tiempo adecuado.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo General

Determinar el síndrome de fragilidad en adulto mayor y su repercusión en la salud familiar, parroquia Cunchibamba 2015 – 2016

1.4.2 Objetivos Específicos

1. Identificar el síndrome de fragilidad en los adultos mayores de la parroquia Cunchibamba.
2. Describir las características socio-demográficas de los adultos mayores frágiles.
3. Identificar los factores asociados a los adultos mayores frágiles

4. Describir la estructura familiar de los adultos mayores frágiles.
5. Identificar la asociación entre el síndrome de fragilidad de los adultos mayores y la salud familiar.
6. Elaborar un proyecto de intervención social encaminado a las familias con adultos mayores frágiles.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

La fragilidad en el adulto mayor se considera un estado que antecede a la discapacidad, que en la actualidad se considera un síndrome geriátrico de imprescindible conocimiento para el médico familiar que trabaja en el primer nivel de atención, y que cada vez atiende más pacientes ancianos. ¹⁴

En la actualidad se han realizado varias investigaciones para buscar prevalencia de fragilidad en el adulto mayor, pero no existe un consenso en cuanto a instrumentos para su detección.

2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Woo J, Goggins W, Sham A. realizaron un estudio en 2032 personas de 70 años y más en los años 1990-1991, el cual tuvo como objetivo investigar las determinantes sociales en la fragilidad del adulto mayor, en el cual se concluyó que la fragilidad está influenciada por factores sociales y ambientales y que puede llegar a ser un indicador útil en salud pública en la población de edad avanzada, para tomar medidas de salud para combatir la fragilidad. ¹⁵

Yábar C, Ramos W, Rodríguez L, Díaz V. realizaron un estudio con el objetivo de determinar prevalencia, características clínicas, socio familiares y factores asociados a la fragilidad en adultos mayores de 75 años de un hospital de Chimbote, en 122 pacientes durante el período 2006 – 2007, el cual concluyó que existe una alta prevalencia de fragilidad en adultos mayores de 75 años del hospital estudiado. Los factores asociados a fragilidad fueron la agudeza visual y auditiva disminuida mientras que una buena o aceptable situación socio-familiar constituyó factor protector.¹⁴

En el 2011, Romero Cabrera Ángel, publica un artículo de revisión con el tema fragilidad y enfermedades crónicas en los adultos mayores. Con el objetivo de relacionar estas dos situaciones y exponer estrategias para mejorar al sistema de salud cubano. El estudio concluye A medida que la población envejece, aumenta la prevalencia de enfermedades crónicas incapacitantes. Por lo general, las enfermedades diagnosticadas en los adultos mayores no son curables y, si no se tratan adecuada y oportunamente, tienden a provocar complicaciones y secuelas que dificultan la independencia y la autonomía de estas personas.¹⁶

Lluis, G. publicó en la revista Cubana de Medicina un estudio descriptivo, de corte transversal, realizado en la Habana en el período de julio – septiembre 2013. Tuvo como objetivo describir la prevalencia de fragilidad en relación con variables biopsicosociales y funcionales, concluyendo que el síndrome de fragilidad en el adulto mayor, se asocia a factores biomédicos, psicológicos y funcionales de riesgo para la salud.¹⁷

Ramos Oliveira Daniela, en el 2013 publicó un estudio transversal, el objetivo fue identificar prevalencia del síndrome de fragilidad en adultos mayores internados en una institución hospitalaria, con una muestra de 99 adultos mayores de 65 años y más, internados en el hospital Sao Vicente de Paulo, en Passo Fundo, en el periodo noviembre 2010. El estudio concluyó una prevalencia alta de fragilidad al comparar con otros estudios realizados en la comunidad. Se cree que la detección precoz y la intervención interdisciplinaria evitaran la progresión del cuadro, reduciendo la incidencia de complicaciones y hospitalizaciones.¹⁰

En el 2014, se publicó un artículo original con el tema Fragilidad, dependencia y repercusión social en acianos atendidos por el equipo multidisciplinario de atención geriátrica, realizado en el policlínico universitario Marta Abreu de Estévez de la Habana – Cuba, cuyos autores fueron Madalys Díaz, Pablo Silveira Hernández, Tamara Guevara, Marta Ferriol, el objetivo fue determinar el comportamiento de la dependencia en ancianos frágiles y su repercusión social, se concluyó que los adultos mayores frágiles de sexo femenino y del grupo de 70 a 79 años prevalecieron en el estudio, que la mayoría no presentaron deterioro cognitivo, eran

dependientes y vivían con el conyugue, dentro de los eventos adversos frecuentes se presentaron las caídas y las visitas al servicio de urgencias.¹⁸

En mayo del 2014 fue publicada una revisión bibliográfica, en la revista clínica de Uruguay, cuyos autores fueron Julieta Arnaiz, Soad Ayul, e Ítalo Savio, en la que se trató sobre algunos marcadores clínicos, funcionales y biológicos identificables que permiten diagnosticar fragilidad (incluso en sus estadios más incipientes) y realizar intervenciones estandarizadas destinadas a prevenirla y, hasta cierto punto, la recuperación. Se incluyen múltiples estrategias para intervenir sobre el Síndrome de Fragilidad en el anciano: la prevención del síndrome y sus complicaciones, el uso de instrumentos de tamizaje.¹⁹

El 11 de junio de 2014, se publicó un consenso sobre la prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor, cuyo objetivo fue detectar e intervenir sobre la fragilidad y el riesgo de caídas en la persona mayor, para evitar o retrasar el deterioro funcional en la población mayor de 70 años, para lo cual se elabora un protocolo del sistema nacional de salud que abarcó el cribado de fragilidad, deterioro funcional y riesgo de caídas en el ámbito de la atención primaria.²

2.2. ANTECEDENTES FILOSÓFICOS

Esta investigación se fundamenta en el paradigma crítico propositivo porque se encamina a la situación actual en la viven los adultos mayores frágiles, realizando un análisis integral del adulto mayor y analizando las posibles causas que afectan la dinámica interna de cada familia por la presencia de un adulto mayor frágil, y a su vez desarrollar una propuesta para mejorar la calidad de vida de las familias con adultos mayores frágiles.

2.3 FUNDAMENTACIÓN LEGAL

Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948)

Establece que todas las personas son libres e iguales en derechos y en dignidad. Esta disposición general implica que las personas mayores también tienen derecho

a gozar de sus derechos humanos básicos y confiere a todas las personas todos los derechos y libertades establecidos en la declaración, sin distinción de ningún tipo, como raza, color, sexo, idioma, religión, ideología política o de otro tipo, origen nacional o social, propiedad, nacimiento u otro estatus.²⁰

En el artículo 16, numeral 3, de la declaración universal de los derechos humanos consagra que la familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado, por su parte, el artículo 25 de este documento preceptúa que Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios.²¹

Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento (1982).

Esta herramienta es el primer instrumento internacional sobre el envejecimiento. Proporciona pautas sobre las políticas para preservar la salud, así como proporcionar atención de rehabilitación y preventiva a personas mayores. Este documento fue aprobado por la Asamblea General y debe ser utilizado por los Estados Miembros para salvaguardar los derechos de las personas mayores dentro del contexto de los Pactos Internacionales de Derechos Humanos. Las 62 recomendaciones del Plan aconsejan que cada país responda a las tendencias demográficas dentro del contexto de sus propias tradiciones, estructuras y valores culturales a fin de que las personas de todas las edades participen para crear un equilibrio entre los esfuerzos tradicionales e innovadores para lograr un desarrollo armonioso.²²

Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002)

Este plan enumera los objetivos y las recomendaciones determinados en la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en 2002. El plan garantiza “promover y proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales, incluyendo el derecho al desarrollo”. Además, este documento combate la discriminación por

edad y promueve la dignidad de las personas mayores. Adicionalmente, el documento reconoce la habilidad de las personas mayores para contribuir en la sociedad. El plan pide cambios en las actitudes, políticas y prácticas para que las personas mayores puedan lograr su máximo potencial.²²

Constitución de la República del Ecuador 2008

“Art. 36.- Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica y protección contra la violencia, se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad.”²³

Art. 37.- El Estado garantizará a las personas adultas mayores los siguientes derechos:²³

1. La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas
2. El trabajo remunerado, en función de sus capacidades, para lo cual tomará en cuenta sus limitaciones
3. La jubilación universal
4. Rebajas en los servicios públicos y en servicios privados de transporte y espectáculos
5. Exenciones en el régimen tributario
6. Exoneración del pago por costos notariales y registrales, de acuerdo con la ley
7. El acceso a una vivienda que asegure una vida digna, con respeto a su opinión y consentimiento

Art. 38.- El Estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores, que tendrán en cuenta las diferencias específicas entre áreas urbanas y rurales, las inequidades de género, la etnia, la cultura y las diferencias propias de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades; así mismo, fomentará el mayor grado posible de autonomía personal y participación en

la definición y ejecución de estas políticas.

En particular, el Estado tomará medidas de:

1. Atención en centros especializados que garanticen su nutrición, salud, educación y cuidado diario, en un marco de protección integral de derechos. Se crearán centros de acogida para albergar a quienes no puedan ser atendidos por sus familiares o quienes carezcan de un lugar donde residir de forma permanente.
2. Protección especial contra cualquier tipo de explotación laboral o económica. El Estado ejecutará políticas destinadas a fomentar la participación y el trabajo de las personas adultas mayores en entidades públicas y privadas para que contribuyan con su experiencia, y desarrollará programas de capacitación laboral, en función de su vocación y sus aspiraciones.
3. Desarrollo de programas y políticas destinadas a fomentar su autonomía personal, disminuir su dependencia y conseguir su plena integración social.
5. Desarrollo de programas destinados a fomentar la realización de actividades recreativas y espirituales.
8. Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas.
9. Adecuada asistencia económica y psicológica que garantice su estabilidad física y mental.

Artículo 67.- Se reconoce la familia en sus diversos tipos, el estado la protegerá como núcleo fundamental de la sociedad y garantizará condiciones que favorezcan integralmente la consecución de sus fines.”

Plan nacional del buen vivir 2013-2017

“Impulsar la protección social integral y seguridad social solidaria de la población con calidad y eficiencia a lo largo de la vida con principios de igualdad, justicia, dignidad, interculturalidad.²⁴

- b. Ampliar progresivamente la cobertura de la seguridad social con especial atención para adultos mayores, mujeres, personas con discapacidades y personas que realizan trabajos no remunerados.

f. Articular los programas de protección social con programas de economía social y solidaria que favorezcan la formación y fortalecimiento de redes que incluyan a mujeres, grupos de atención prioritaria, pueblos y nacionalidades.

g. Incrementar el acceso de los grupos de atención prioritaria a servicios especializados en los ámbitos público y privado, con especial énfasis a las personas en condición de múltiple vulnerabilidad.

Política 1.3. Promover la inclusión social y económica con enfoque de género, intercultural e intergeneracional para generar condiciones de equidad.

f. Reducir las brechas de ingreso y de segregación ocupacional que afectan a mujeres, grupos de atención prioritaria, pueblos y nacionalidades.”

Ley del anciano (gerontológica 2007-2012)

“Ley no. 127, considera que debido a la crisis social y económica por la que atraviesa el país, el grupo de la tercera edad se enfrenta a graves problemas de marginación; que este importante grupo humano ya cumplió con sus deberes sociales y que, le corresponde al estado garantizarle el derecho a un nivel de vida que asegure la salud, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y servicios sociales necesarios para que continúe brindando su aporte al conglomerado social.²⁵

Art. 5.- Las instituciones del sector público y del privado darán facilidades a los ancianos que deseen participar en actividades sociales culturales, económicas, deportivas, artísticas y científicas.

Art. 6.- El Consejo Nacional de Salud y las Facultades de Medicina de las Universidades incluirán en el plan de estudios, programas docentes de geriatría y gerontología, que se ejecutarán en los hospitales gerontológicos y en las instituciones que presten asistencia médica al anciano y que dependan de los Ministerios de Bienestar Social y Salud Pública y en aquellas entidades privadas que hayan suscrito convenios de cooperación con el Ministerio de Bienestar Social.

Art. 9.- Establece la Procuraduría General del Anciano, como organismo dependiente del Ministerio de Bienestar Social, para la protección de los derechos

económico-sociales y reclamaciones legales del anciano. Sus atribuciones constarán en el Reglamento.

Capítulo IV - De la educación

Art. 16.- En el programa de estudios de los niveles primario y medio se incluirán temas relacionados con la población de la tercera edad. Los estudiantes del sexto curso de nivel medio podrán acogerse al trabajo de voluntariado en los hogares de ancianos del país, previa a la obtención del título de bachiller, como opción alternativa a otras actividades de carácter social.

Capítulo VI - Infracciones y sanciones

Art. 21.- Se considerarán infracciones en contra del anciano.

- a) El abandono que hagan las personas que legalmente están obligadas a protegerlo y cuidarlo, de conformidad con el artículo 11 de la presente Ley
- b) Los malos tratos dados por familiares o particulares
- c) La falta e inoportuna atención por parte de las instituciones públicas o privadas previstas en esta ley
- d) La agresión de palabra o de obra, efectuado por familiares o por terceras personas
- e) La falta de cuidado personal por parte de sus familiares o personas a cuyo cargo se hallen, tanto en la vivienda, la alimentación, subsistencia diaria, asistencia médica, como en su seguridad

Art. 22.- Las infracciones señaladas en el artículo anterior serán sancionadas con: Amonestación y multas.”

La Ley Orgánica de Salud. - En su artículo 6, numeral 3, ordena: es responsabilidad del ministerio de salud pública: diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo a sus condiciones particulares.²⁴

La Carta Magna. - En el artículo 47, establece que las personas de la tercera edad

que son un grupo vulnerable reciban atención prioritaria, preferente y especializada, en los ámbitos público y privado. ¹³

FUNDAMENTACIÓN ÉTICA

En Ecuador la Constitución Política de la República del Ecuador, no hace una referencia específica al consentimiento informado, pero en la Ley Orgánica de la Salud, y en el Código de Ética Médica del Ecuador, se detalla en forma clara sobre este tema. ²⁶

Antes de autorizar el consentimiento, los adultos mayores sometidos a la investigación o su representante legal tienen que haber sido informados de forma absoluta por el profesional de salud que lleva a cabo la investigación sobre la naturaleza, la importancia, trascendencia y los riesgos del estudio, el profesional de salud tiene que asegurarse de que la información sea entendida por los adultos mayores que participan en el estudio, así como pueden, en cualquier momento, desautorizar su consentimiento sin tener que explicitar la causa. ²⁶

2.4 CATEGORÍAS FUNDAMENTALES

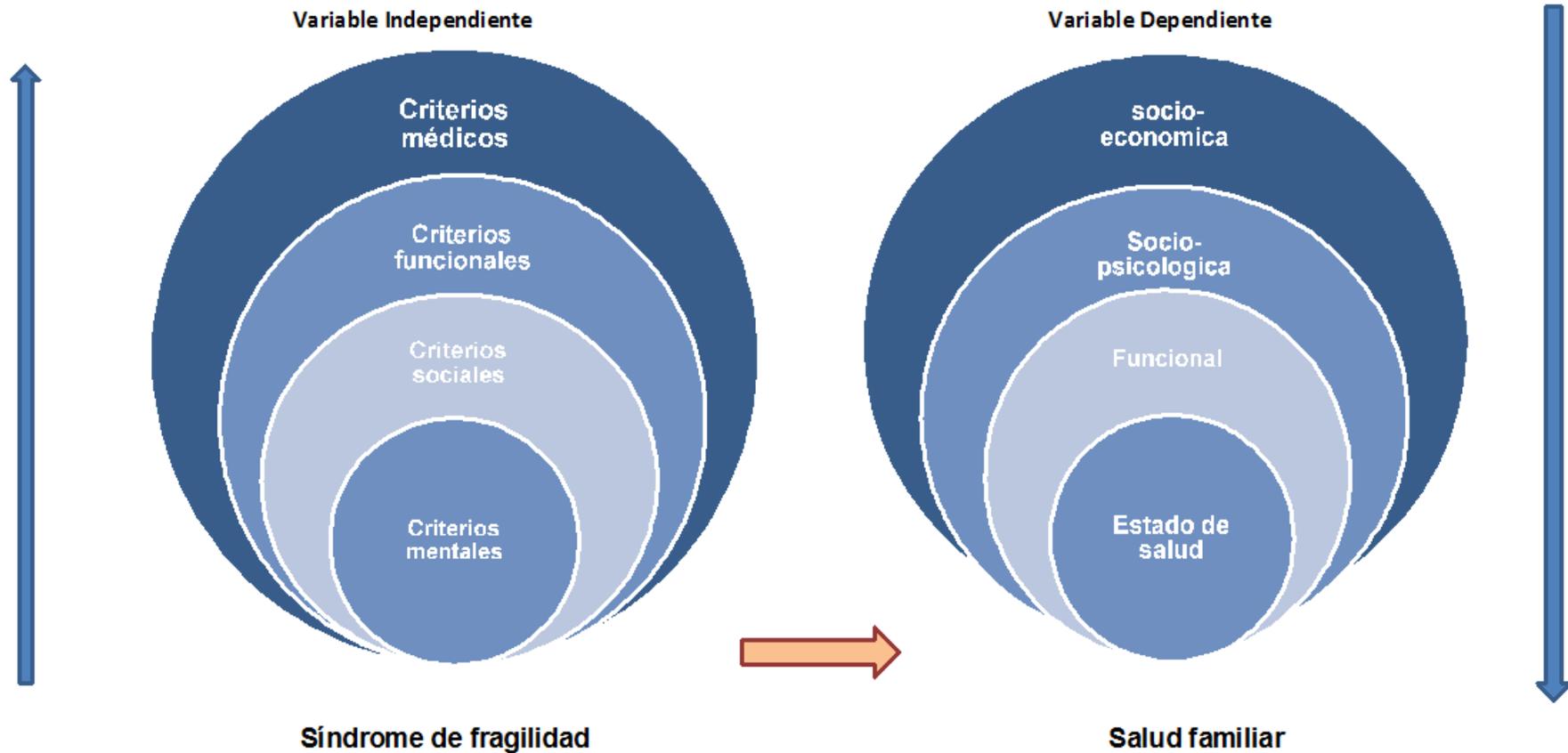


Gráfico No. 1 Categorías Fundamentales
Elaborado por: K. Garcés 2016

2.4.1 FUNDAMENTACIÓN TEORICA

2.4.1.1 Adulto mayor.

Es importante recordar que, según el acuerdo de Kiev, de 1979 la OMS considera adultos mayores a las personas de más de 60 años para quienes viven en países en vías de desarrollo y de 65 años a los que viven en países desarrollados.¹¹

En el Ecuador el Ministerio de salud pública considera al grupo de edad de 65 años y más como adulto mayor.

“El envejecimiento es un proceso normal del individuo en donde se presenta hasta una disminución del 20 al 30% de las células que componen los diferentes órganos y sistemas del cuerpo humano.¹

Se considera:

Proceso Universal. - porque afecta a todos los seres vivos

Proceso asincrónico. - porque los diferentes órganos envejecen a diferente edad

Proceso progresivo. - porque se produce a lo largo de todo el ciclo de la vida

Proceso individual. - porque depende de condiciones genéticas, ambientales, sociales, educacionales, y de estilo de vida de cada individuo”

Tercera edad es un término antro-po-social que hace referencia a la población de personas mayores o ancianas. En esta etapa el cuerpo se va deteriorando y, por consiguiente, es sinónimo de vejez, senectud y de ancianidad. Se trata de un grupo de la población que tiene 65 años de edad o más. Hoy en día, el término va dejando de utilizarse por los profesionales y es más utilizado el término personas mayores (en España y Argentina) y adulto mayor (en América Latina). Este grupo de edad ha estado creciendo en la pirámide de población o distribución por edades en la estructura de población, debido principalmente a la baja en la tasa de mortalidad por la mejora de la calidad y esperanza de vida de muchos países.²⁷

Las condiciones de vida para las personas de la tercera edad son especialmente difíciles, pues pierden rápidamente oportunidades de trabajo, actividad social y capacidad de socialización, y en muchos casos se sienten postergados y excluidos. En países desarrollados, en su mayoría gozan de mejor nivel de vida, son subsidiados por el Estado y tienen acceso a pensiones, garantías de salud y otros beneficios, lo cual en el Ecuador no sucede.¹³

El Día Internacional de las Personas de Edad se celebra el 1 de octubre

2.4.1.2 Síndrome de Fragilidad

La fragilidad del anciano es un concepto relativamente nuevo en geriatría, desde hace 3 años la OMS lo ha denominado como un síndrome clínico, es decir, un conjunto de síntomas o signos con diferentes etiologías. Este síndrome se presenta asociado al envejecimiento, pero es diferente a él, se trata de una entidad independiente, no todos los ancianos por el hecho de serlos serán frágiles.¹⁴

Según la Real Academia Española (RAE) indica que el término frágil del latín fragilis significa quebradizo, que con facilidad se rompe, o bien débil, que puede deteriorarse con facilidad. Es decir, algo que aún no está roto, pero puede estarlo con facilidad. Si trasladamos esta idea al anciano podremos entender mejor este concepto.¹⁴

Se debe tener en cuenta que la línea que separa la fragilidad de la discapacidad puede ser imprecisa y de ahí el problema para el diagnóstico. La discapacidad se define como dificultad o dependencia para llevar a cabo actividades esenciales (hay pérdida de la función), y se asocia con un aumento del riesgo de mortalidad, hospitalización y aumento del gasto sanitario; la fragilidad es un estado de vulnerabilidad que dificulta el mantenimiento de la homeostasis (hay riesgo de pérdida de la función).

En definitiva, el anciano frágil es aquel que tiene disminuidas las reservas fisiológicas, de manera que se encuentra en una situación de mayor vulnerabilidad

y por tanto mayor probabilidad de presentar episodios adversos. Es un proceso dinámico y, por tanto, existe un continuum desde la falta de fragilidad hasta la presencia, desde el anciano sano y activo hasta el paciente geriátrico. No es un concepto estático ni absoluto, no todos los individuos son frágiles de la misma manera y además puede ser diferente en la misma persona según el periodo de tiempo.¹⁴

A lo largo de los años se han empleado números criterios para definir la fragilidad, tales como.

“Criterios médicos: enfermedades crónicas, caídas a repetición, polifarmacia, ingresos hospitalarios.⁶

Criterios funcionales: dependencia en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria

Criterios socioeconómicos: vivir sólo, viudez, bajos ingresos económicos, presencia o ausencia de cuidado y estrés

Criterios mentales: depresión y deterioro cognitivo.”

Otros criterios para identificar fragilidad son los de Fried, pérdida involuntaria de más de 4,5 kilos o una reducción mayor o igual al 5% del peso previo en el último año, disminución en un 20 % de la fuerza del apretón de mano, medido con un dinamómetro y ajustado según sexo e índice de masa corporal (IMC), pobre resistencia definida como la autopercepción de agotamiento fácil frente a las actividades habituales, velocidad al caminar una distancia de 4,6 metros en 6 o 7 segundos, según sexo y talla y además se evalúa la baja actividad física mediante cuestionario que recoge el tiempo empleado en la práctica de ejercicios físicos y actividades recreativas. Se acepta como válida la auto percepción de pérdida de fuerza de las manos, pérdida en la velocidad de la marcha y disminución de las actividades físicas, informadas por el adulto mayor o sus familiares. Si el adulto mayor presenta 3 o más criterios alterados, estamos en presencia de un aciano

frágil.²⁸

En 2005, Rockwood y Mitnisky, complementaron el concepto de Fried y abordaron la Fragilidad como una acumulación de déficit, que llevan al adulto mayor a la pérdida progresiva de su capacidad física. Añadieron otros factores indicadores, más allá de lo biomédicos. En base a 70 ítems que e incluyen enfermedades, condiciones de salud, síndromes geriátricos o grados de discapacidad, crearon una escala jerárquica con 7 niveles que abarcan desde la situación de adulto mayor robusto hasta la situación de fragilidad evidente establecida o evolucionada.¹⁷

- 1.-Robusto: activo, robusto, bien motivado, realiza ejercicio físico regularmente y se encuentra entre los más saludables para su edad.
- 2.-Sano: sin enfermedad evidente o activa, pero menos fuerte que la categoría 1.
- 3.-Enfermo: con una o más enfermedades tratadas, asintomático.
- 4.-Vulnerable. Con enfermedades activas y síntomas, si bien no son dependientes escala de evaluación de las actividades básicas de la vida diaria ABVD o índice de Katz modificado y la evaluación de las actividades instrumentales de la vida diaria AIVD o escala de Lawton y Brody modificado.
- 5.- Fragilidad leve. Necesita ayuda para actividades instrumentales de la vida diaria e independiente para las actividades básicas de la vida diaria
- 6.-Fragilidad moderada. Necesita ayuda para actividades instrumentales y requiere ayuda para algunas de las actividades básicas.
- 7.-Fragilidad grave o severa. - completamente dependiente, requiere ayuda para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria o padece patologías en etapa terminal.

El índice de déficits es un predictor más sensible que los criterios de Fried en cuanto a complicaciones adversas en la salud de un adulto mayor frágil, pero es menos utilizado en la práctica clínica por la cantidad de parámetros que se evalúan (entre 30 y 70), por el tiempo requerido para su aplicación y porque requiere entrenamiento.²⁹

Valoración geriátrica integral para identificar fragilidad en el adulto mayor

Es importante realizar una anamnesis completa al adulto mayor, en busca de factores de riesgo que pueden estar asociados a la fragilidad.

“Se debe efectuar un examen físico integral en búsqueda de factores que orienten al diagnóstico del anciano frágil: Función cardíaca, respiratoria, neurológico, sensoriales, neuropatías y vasculopatías periféricas.²⁹

✓ Evaluación de fuerza, equilibrio y marcha:

Fuerza: se evalúa clínicamente mediante la medición de la fuerza de cuádriceps.

Equilibrio estático: se evalúa mediante la prueba de Estación Unipodal.²⁸

Equilibrio dinámico: es una prueba combinada que evalúa fuerza, marcha y resistencia al esfuerzo. Se utiliza la prueba Timed up and go.”

✓ Evaluación Nutricional

Mediante la valoración del peso, talla, Índice de masa corporal y la aplicación de Mini Nutricional Assessment. En la antropometría del adulto mayor se evalúa la circunferencia braquial, cintura y pantorrilla y pliegues cutáneos para estimación de masa muscular.²⁹

En la valoración geriátrica integral del adulto mayor es importante la realización de exámenes de laboratorio, tales como (Hemograma, perfil bioquímico, TSH, creatinina, electrolitos, orina completa, electrocardiograma, radiografía de tórax), necesarios para diagnóstico de fragilidad en el anciano, además se pueden realizar exámenes específicos de laboratorio de acuerdo a la sospecha de enfermedad orgánica que pudiera explicar la fragilidad.²⁹

“**Diagnóstico nosológico:** Causas más frecuentes de fragilidad en el adulto mayor, entre las cuales se cuentan: ²⁹

Causas Fisiopatológicas:

- Aterosclerosis: Responsable de enfermedades asociadas a fragilidad (insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad venosa profunda).
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica: la hipoxia provoca un aumento de citoquinas, disminución de función cerebral, muscular y bajos niveles de testosterona.
- Anemia: relacionada con disminución de la funcionalidad, alteración de la cognición y mortalidad.
- Diabetes Mellitus: Aumento de citoquinas.
- Hiperinsulinemia + Insulinorresistencia: Hipertensión arterial, hiperglicemia, aumento de triglicéridos, disminución HDL, aumento del ácido úrico, alteración factores de coagulación, NASH, mioesteatosis y disfunción cognitiva.
- Citoquinas aumentadas: pérdida de masa muscular, modulación del sistema inmunológico, disminución de albúmina plasmática, anemia, anorexia, disminución de cognición, aumento de lipólisis con inhibición de la lipoproteína-lipasa.
- Disminución de niveles de testosterona que determina pérdida de masa y fuerza muscular.
- Disminución de Vitamina D asociada a deterioro funcional y caídas.
- Proteína C Reactiva: marcador no específico de exceso de citoquinas, relacionado con pérdida de masa y fuerza muscular.
- Sarcopenia: disminución de masa muscular
- Obesos sarcopénicos (“fat frail”) tienen la más alta pérdida de funcionalidad y aumento de mortalidad. Causas: Genes y ambiente (calidad de fibra muscular).
- Anorexia “Fisiológica”. Determina malnutrición, con pérdida de tejido muscular y graso.
- Dolor: Común en el adulto mayor, puede determinar atrofia por desuso y contracturas, limita la actividad
- Alteración del equilibrio: determina riesgos de caídas.
- Desmotivación: determina disminución de actividad física, con aumento de

la liberación de factor cortico trópico que produce anorexia y aumento de la pérdida de tejido muscular. Es un factor mayor en la patogénesis de fragilidad.”

Causas Funcionales: sedentarismo, inmovilismo, desuso.

Causas Nutricionales: malnutrición por exceso o déficit

Factores o indicadores de riesgo de fragilidad

Polifarmacia en el adulto mayor

Entre los múltiples problemas de salud que afectan al adulto mayor se encuentra la polifarmacia o polifarmacoterapia, considerado fenómeno habitual que atañe a la práctica médica geriátrica. Esta peligrosa condición preocupa ya a las autoridades médicas en el ámbito internacional, nacional y es de interés no sólo a nivel científico, sino también familiar y social.³⁰

La medicación innecesaria se define como aquella que no requiere el paciente, que se da en dosis altas o por tiempo prolongado, esto es más evidente en adultos mayores cuya administración de los fármacos es realizada por ellos mismos sin supervisión. Por tanto, la polifarmacia en ancianos que viven solos en su hogar puede ser identificada como un factor de riesgo para intoxicaciones, subsecuentes hospitalizaciones por mal manejo de su enfermedad de base.³¹

La presencia de varias enfermedades y dolencias en el adulto mayor lleva en ocasiones a una prescripción excesiva por parte del médico o a una automedicación por el propio paciente, con un elevado número de fármacos, lo que se llama polifarmacia. Aunque no existe un consenso sobre el número de fármacos necesarios para considerar a un paciente polimedicado, la polifarmacia puede ser definida como el consumo concomitante y regular de 4 ó más medicamentos, aunque hay autores que la describen como el consumo de 5 ó más medicamentos.³⁰ En el presente trabajo se tendrá como referencia la definición de la OMS, la cual indica, administración simultánea de más de 3 fármacos no incluyendo vitaminas ni suplementos alimenticios

Los efectos adversos en el anciano aumentan sensiblemente con el consumo de más de 3 drogas; además la adherencia al tratamiento es inversamente proporcional al número de las mismas. Cuando dos fármacos son administrados simultáneamente el potencial para que se presente interacción es del 6%, aumenta al 50% cuando se administran 5 y a un 100% cuando son 8 o más fármacos administrados, además se debe disminuir la dosis de las drogas y tratar de no adicionar más medicamentos, de esta forma se puede controlar los efectos secundarios y evitar las reacciones medicamentosas.³¹

Los adultos mayores con problemas genitourinarios, hospitalizaciones frecuentes, enfermedades cardiovasculares, institucionalizados, mujeres debido a la automedicación, presencia de diabetes, dolor crónico, son los que tienden a presentar polifarmacia, estos ancianos polimedcados presentan con el tiempo riesgo de dependencia en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

31

En los adultos mayores ambulatorios, la polifarmacia está proporcionada por la prescripción, de antibióticos, analgésicos y antiinflamatorios, además por la evaluación simultánea de varios médicos, los efectos adversos ocasionados por la polifarmacia son responsables del 10% de las hospitalizaciones del adulto mayor, y si son dados de alta del hospital con más de 6 medicamentos, los ancianos tienen mayor riesgo de reingreso hospitalario en los siguientes 12 meses.³¹

Dentro de los factores a considerar en la prescripción de fármacos se debe tener en cuenta que el adulto mayor necesita el doble de tiempo para asegurar un efecto beneficioso del fármaco, si se compara con un adulto joven, pero no implica que se deba dar dosis máximas del fármaco.

Los cambios fisiológicos que se presentan en el anciano, pueden favorecer una concentración elevada del medicamento en el organismo. Prescribir bajas dosis e incrementar paulatinamente hasta lograr los efectos terapéuticos es lo adecuado en el manejo terapéutico del adulto mayor.

El adulto mayor con afectación en el estado nutricional, muestra una mala absorción de los medicamentos. Además, es importante el estado de hidratación, ya que la cantidad de agua se relaciona con la afinidad, absorción del medicamento a nivel intestinal.³¹

Es fundamental evaluar el estado cognitivo de los adultos mayores ya que está directamente relacionado con la correcta toma de los fármacos, para evitar intoxicaciones medicamentosas.

Por lo tanto, en medicina familiar la elección del fármaco no debe basarse únicamente en la enfermedad a tratar sino en mejorar la calidad de vida del adulto mayor, tener en cuenta los mínimos efectos secundarios, la mayor adherencia (la cual incluye el menor número de dosis diarias) y el menor costo, así como la elección de la ruta de administración ideal, (en los ancianos se prefieren la vía oral, y dentro de esta la forma líquida, salvo contadas excepciones no se utilizan medicamentos intramusculares, no sólo por la molestia producida sino por la absorción errática).³⁰

Una vez iniciado un medicamento en el adulto mayor debe evaluar cada 6 a 12 meses, aún en enfermedades crónicas.

Deterioro del nivel cognitivo

El envejecimiento implica una inclinación fisiológica natural, que trae consigo la probabilidad de padecer deterioro cognoscitivo y los diferentes tipos de demencias; estas condiciones mentales afectan de manera directa la calidad de vida de la población adulta mayor, así como, la de sus familiares más cercanos, convirtiéndose en un grave problema de salud pública.³²

Las funciones cognitivas son todas las actividades mentales que realiza el anciano al relacionarse con el ambiente que le rodea. El deterioro cognitivo no es un fenómeno homogéneo y se presenta de forma diferente en cada individuo.³³

Dentro de los factores de riesgo favorecedores del deterioro cognitivo en el adulto mayor, se encuentra la edad, que provoca un proceso de deterioro generalizado del individuo en el que por diferentes causas los tejidos van deteriorándose.³⁴ Estos cambios no solo depende de la parte biológica, sino que también depende de factores ambientales, sociales y familiares.³³

El adulto mayor se beneficia con la estimulación cognitiva, que ayuda a mejorar su calidad de vida y reduce el deterioro cognitivo, los procesos cognitivos en los adultos mayores se caracterizan por su plasticidad neuronal, comprobado por la capacidad de reserva que se activa durante la vejez para compensar o prevenir el deterioro cognitivo, es decir, que en el anciano la cognición es entrenable.³³

Los adultos mayores que reciben pocos estímulos del medio que los rodea, padecen más rápidamente de alteraciones de las facultades mentales en comparación con las personas expuestas a estimulaciones sensoriales, es decir que entre una mayor estimulación cognitiva mayor autonomía tendrá el anciano.³³

Entre las áreas que se debe reforzar con terapias cognitivas se encuentra:

La orientación y atención: En el adulto mayor la afectación en la atención provoca distracción, dificultad para inhibir respuestas inmediatas inapropiadas.³³

Cuando el deterioro de la capacidad de atención empeora, aparecen problemas de desorientación, generalmente primero temporal y luego espacial.

La memoria: Es la facultad de conservar las ideas anteriormente adquiridas.

Conducta adaptativa: Conducta apropiada, modificable, motivada y libre de respuestas impulsivas disruptivas, además ligada al lóbulo frontal, está la capacidad de autocuidado, de ahí que los ancianos con afectación en esta área cerebral (demencias),³³ presentan dependencia en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

El lenguaje: es importante el habla espontánea, denominación de objetos o situaciones, comprensión, repetición, expresión escrita y lectura comprensiva.³³

Cálculo: Es la capacidad para escribir, leer, comprender números y realizar cálculos aritméticos.³³

Praxis: Capacidad de realizar ciertos movimientos, en diferentes regiones del cuerpo: bucofacial y extremidades superiores.³³

El entrenamiento cognitivo permitirá mejorar la calidad de vida del adulto mayor y alargar el período de autonomía del adulto mayor, incrementando su autoestima³⁴ y favoreciendo la flexibilidad de los esquemas mentales y mejorando algunas áreas cognitivas relacionadas a la ejecución de las actividades básicas e instrumentales de vida diaria,³³ en medicina familiar es importante realizar estimulación cognitiva en los ancianos de la comunidad, se debe empezar por las áreas en las que presentan déficit, favoreciendo a que el deterioro sea menos significativo o ya sea reforzar otras áreas cognitivas donde no presenta dificultad, y así, recompensar la deficiencia en el área afectada de los adultos mayores.³³

Depresión

La depresión es un conjunto de síntomas que se manifiesta por la pérdida de interés, alteraciones emocionales, cognitivas, físicas y conductuales, por lo cual en la actualidad se lo ha considerado un síndrome geriátrico.³⁵

Dentro de los factores de riesgo asociados a la depresión en el adulto mayor se considera, al sexo femenino en una proporción de 1.5 – 2 veces mayor que en el sexo masculino, la viudez, jubilación, la pérdida de estatus económico, la falta de oportunidades para continuar en un ambiente productivo, el rol del anciano en la familia, además individuos con rasgos dominantes de carácter narcisista y obsesivo, los cuales son proclives a los síntomas depresivos en la vejez.

Estas crisis para-normativas provocan mecanismos de adaptación en el anciano que dependerán del grado de resiliencia, factores protectores familiares, económicos y

sociales, que cuando no funcionan, provocan alteración en el estado de ánimo.

Además hay que tener en cuenta los medicamentos que pueden provocar depresión en el adulto mayor como son: los antiarrítmicos, antiinflamatorios, anticonvulsivantes (fenobarbital, succinamida), antihipertensivos (betabloqueantes, clonidina, diuréticos, guanetidina, hidralazina, metildopa, reserpina), antiinfecciosos (cicloserina, sulfonamidas), antiparkinsonianos (amantadina, L-dopa), digital, citostáticos (vinblastina, vincristina), hormonas (suprarrenales, progesterona), tranquilizantes hipnóticos (benzodiazepinas, meprobamato), neurolépticos, sustancias de abuso (anfetaminas, cafeína, alcohol).³⁵

Según Diagnostic and statistical manual of mental disorders, es importante mencionar que los criterios diagnósticos de depresión, no se presentan en la totalidad de los ancianos deprimidos, entre algunas alternativas tenemos: irritabilidad, agitación, ansiedad, preocupación, quejas somáticas, deterioro del autocuidado, abuso de alcohol u otras sustancias, aislamiento social, culpa excesiva, paranoia, obsesiones y compulsiones, discordia marital, son elementos que tenemos que considerar para establecer el diagnóstico de depresión en el adulto mayor.³⁵

Este síndrome tiende a ser crónico y favorece a elevar la morbi - mortalidad, disminuye la calidad de vida, afecta la dinámica familiar e incrementa costos en la salud pública. El suicidio es la consecuencia más seria, el 60 a 90% de los ancianos que se suicidan sufren de depresión diagnosticada clínicamente.³⁶

Debido al sub-diagnóstico de depresión en el adulto mayor, es importante que el médico familiar y comunitario este apto para identificar de manera oportuna este trastorno y de esta manera poder brindar un manejo integral, con el objetivo de evitar discapacidad y afectación del núcleo familiar.

El apoyo social disminuye el riesgo de presentar depresión, con evidencia de la “teoría de amortiguador (buffer) del apoyo social” que postula que el apoyo social efectivo reduce en forma específica los efectos depresógenos, de los eventos estresantes. Los adultos mayores que han sufrido pérdidas importantes se deprimen,

pero otros ancianos, en circunstancias similares, no lo hacen. Grotherg la define como la capacidad humana para enfrentar, sobreponerse y salir fortalecido o transformado por situaciones de adversidad. Punto importante que se ha tomado en cuenta para crear los clubs del adulto mayor en las comunidades donde viven con el objeto de brindarles apoyo social, psicológico, mediante técnicas direccionadas por profesionales de atención primaria.³⁶

2.4.1.3 Salud Familiar

Familia

Familia proviene del latín famulus, en referencia al grupo de siervos y esclavos patrimonio del jefe de la gens, derivado de famulus, siervo y esclavo, derivado, a su vez, de osco famel, famulus se vinculaba con la raíz famulus, que significa hambre, por manera que la voz se refiere al grupo de personas que se alimentaban unidas en una misma casa, compartiendo el pan nuestro de cada día y a quienes el pater familias estaba obligado a alimentarlos.²¹

Según la Organización Mundial de la Salud, familia es el conjunto de miembros de un hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio, además, se puede decir que la familia es el espejo de la sociedad y la sociedad es el reflejo de la familia.²⁷

Es por esta razón que la familia constituye la célula vital de la sociedad y la máxima expresión de organización de las personas; es el espacio donde se piensa y construye la sociedad, en la familia nacen, crecen y se desarrollan los seres humanos, en medio del amor y comprensión.²¹

Gilbert Keith Chesterton, con justificados motivos dice que el lugar donde nacen los niños y mueren los hombres, donde la libertad y el amor florecen, no es una oficina, ni un comercio, ni una fábrica, ahí veo la importancia de la familia.²¹

En la familia conocemos los valores, principios, normas de convivencia y de respeto

a los adultos mayores, de quienes recibimos su ejemplo y apreciamos su bondad, paciencia, sabiduría y sencillez.

“CLASIFICACIÓN DE LA FAMILIA: Se refiere a los distintos tipos de familia según tamaño, ontogénesis y vínculo generacional. ³⁷

Tamaño:

Grande: (7 o más miembros)

Mediana: (de 4 a 6 miembros)

Pequeña: (de 1 a 3 miembros)

Ontogénesis:

Familia Nuclear: Constituida por los padres casados o no y su descendencia.

Familia Extensa: Familia que desciende de un mismo tronco independientemente del número de generaciones.

Familia Ampliada: Cuando cohabitan miembros de la familia que no proceden de las líneas generacionales directas ni sus descendientes o cónyuges sino personas sin grado cercano de parentesco y consanguinidad.

Por vínculo generacional:

Bigeneracional: Cuando cohabitan 2 generaciones.

Trigeneracional: Cuando cohabitan 3 generaciones.

Cuatrigeneracional: Cuando cohabitan 4 generaciones.

CICLO DE VIDA FAMILIAR

De acuerdo con el modelo de la OMS está distribuido en 6 etapas:

1. Formación (matrimonio)
2. Extensión (desde el nacimiento del primer hijo hasta el nacimiento del último hijo)
3. Extensión completa (desde que nace el último hijo hasta que el primer hijo se

- va de casa)
4. Contracción (desde que el primer hijo abandona el hogar hasta que lo hace el último)
 5. Contracción completa (desde que el último hijo abandona el hogar hasta la muerte de un cónyuge)
 6. Disolución.”

El anciano está encasillado en las tres últimas etapas del ciclo familiar. En la cuarta etapa, la de contracción, desde que el primer hijo se va del hogar hasta que lo hace el último, no hay ancianos todavía, a no ser que el padre o la madre de la pareja se incorporen al domicilio, o que los hijos abandonen muy tarde el hogar. La quinta etapa es la de la jubilación, en ella hay importantes pérdidas, pero también ganancias. Entre las pérdidas aparece la disminución de los ingresos económicos, aunque el nivel patrimonial no suele ser tan deficitario a partir de que muchos son propietarios de viviendas.³⁸

Como ganancia se menciona el tiempo libre, pero este puede convertirse también en una pérdida, porque la pareja está sola, los hijos han abandonado el hogar y puede ser que en el tiempo juntos no tengan nada para compartir. Si durante todo el tiempo de vida en común no han consolidado y enriquecido su relación, pueden resurgir disputas que parecían haber quedado en el olvido. Es factible que ya no sirvan los patrones de relación previos y haya que elaborar otros nuevos. En esta etapa es crucial la relación con la pareja, con los hijos y con los nietos si los hay.³⁸ La sexta y última etapa es la que se inicia con la muerte de uno de los cónyuges. Es en esta etapa cuando se hace presente el sentimiento de soledad y la búsqueda de nuevas formas de involucrarse con la familia. Forma que va a depender del estado de salud en el que se encuentre y de si el anciano es hombre o mujer. Esta es una de las pérdidas más importantes del anciano y que más debilita su red social y familiar, en especial cuando es la mujer la que muere, con el consiguiente aumento estadístico de la mortalidad del esposo en los siguientes seis meses.

Cuando los hijos incorporan al anciano viudo a sus hogares, este debe adaptarse a las reglas, pero además el antiguo sistema debe reorganizarse para incluir al nuevo

miembro y en ocasiones, modificar alguna de sus normas. Existe una tendencia a mantener las antiguas pautas, lo que suele promover estrés en el anciano, sobre todo si tenemos en cuenta la dificultad para el cambio del anciano y el miedo a realizarlo. Es un acontecimiento vital estresante tanto para el adulto mayor, como para la familia que lo recibe; independientemente de que esta incorporación puede ser o no voluntaria, y aun siéndolo puede no ser unánimemente deseada por todos los miembros de la familia. De la adaptabilidad de esta familia y de cómo resuelvan esta situación, dependerá que la nueva incorporación contribuya a su crecimiento y el de sus componentes o genere una inadaptación que desemboque en conflictos y hasta enfermedades.³⁹

La incorporación no sólo ocasiona cambios en las reglas, sino que también pueden aparecer alianzas entre el abuelo y los nietos o entre abuelo y el padre o la madre, perturbando el sistema previo organizado.

En la práctica, todo funciona como si el anciano fuese incorporado a una nueva familia y, para ello, ha tenido que abandonar su hogar, y en ocasiones su barrio o ciudad, trasladándose a un lugar desconocido en parte, y con unas formas de vida muy distintas de las suyas.

Cuando el mayor es una persona dependiente, y en especial cuando sufre una demencia, se pueden presentar problemas adicionales como dificultades en la vivienda, (camas, baños no adaptados, etc.); cambios en los hábitos de vida, dudas en el cuidado, dificultades en la comunicación, agotamiento y estrés, sentimientos de culpa en los cuidadores, cambios en los roles familiares, responsabilidades desiguales en la atención y disminución de la vida social de los cuidadores, entre otros.

Cuando el anciano requiere muchos cuidados, su atención llega a convertirse en el elemento central del cuidador afectando concretamente sus actividades cotidianas. Muchas veces el adulto mayor no es trasladado al domicilio de un hijo, sino a los domicilios de todos los hijos de forma rotativa, convirtiéndose en “abuelo maleta” o “abuelo golondrina”. Cada familia puede tomar esta iniciativa por distintos

motivos, pero la situación más frecuente, responde a la intención de los hijos de equiparar familiarmente las cargas del cuidado. Esto dificulta la adaptación tanto del anciano como de sus familiares, ocasionando estrés por el continuo cambio, lo que, en ocasiones, agrava los cuadros de demencia de los adultos mayores.

Salud familiar

Es el resultado de la interrelación dinámica del funcionamiento de la familia, sus condiciones materiales de vida y la salud de sus integrantes.

Es decir, se refiere a la salud del grupo familiar como célula funcional en la sociedad donde se desarrolla. No significa ausencia de enfermedad ni de problemas de salud.

No se refiere a la salud de cada uno de los integrantes de la familia ni es una categoría sumativa.

La salud familiar es la resultante de la interacción dinámica interna entre los miembros de la familia y el medio, es susceptible de experimentar cambios a lo largo del desarrollo de la familia, varía en dependencia de la capacidad de la familia para afrontar los acontecimientos propios del ciclo vital o los accidentales, y de los recursos protectores con que cuenta (el funcionamiento familiar, la capacidad de ajuste o de adaptación a los cambios para superar las crisis, el apoyo social, la salud de los miembros, entre otros).

Se expresa en la satisfacción y en el bienestar de los miembros con la familia, con una intimidad respetuosa, donde prime el respeto al derecho individual, se potencie la autodeterminación, la responsabilidad de sí mismo y para con la familia, propiciando el crecimiento y desarrollo individual según las exigencias de cada etapa del ciclo evolutivo, en la capacidad de enfrentar de modo eficiente y adecuado los problemas y conflictos de la vida cotidiana, apoyándose mutuamente, para asumir los cambios y ajustarse a ellos.

La situación de la salud de la familia no es más que la situación concreta de salud

que presenta el conjunto de los miembros, donde interviene, el funcionamiento familiar, la estructura, la forma de enfrentamiento a las etapas del ciclo vital, el modo de vida de la familia (factores socioeconómicos, socioculturales, psicosociales), las potencialidades propias de la familia (recursos protectores) y las del medio (sistema de salud, redes de apoyo). Estos elementos permitirán arribar a la conclusión de la situación específica de la salud familiar que se manifestará en bienestar de salud, de riesgo o de daño de la misma.

Otra dificultad no menos compleja es ¿cómo evaluar la salud familiar? Las propias limitaciones existentes en la delimitación del concepto salud familiar crean dificultades metodológicas para su evaluación. Resulta difícil lograr un diagnóstico fidedigno sobre la salud familiar. Se han utilizado como modalidades para la medición, la entrevista familiar, los test de familia que miden la percepción subjetiva de los miembros de la familia, las representaciones gráficas, la observación, los registros, encuestas, etcétera.

REPERCUSIÓN FAMILIAR

Expresa el impacto que tiene el evento vital que atraviesa la familia, exigiéndole reajustes, cambios o modificaciones en su dinámica interna y modo de vida, que pueden favorecer la salud o dificultarla.³⁷

Área socioeconómica: evalúa los recursos socioeconómicos, que son las posibilidades económicas y materiales con que cuenta la familia, y el espacio habitacional, que cuenta la vivienda.⁴⁰

Área socio psicológica: evalúan la integración de la familia con la sociedad, en la cual está la incorporación al estudio y al trabajo de los miembros de la familia, participación social, que se relaciona con las actividades sociales, recreativas en que participa la familia, la convivencia social, que no es otra cosa que la relación de la familia con otros elementos de la sociedad como son los vecinos.⁴⁰

Área estado de salud: evalúa el estado de salud individual, que se refiere a la

presencia de afecciones, procesos patológicos o la ausencia de enfermedad en los miembros de familia.⁴⁰

“Área de funcionamiento familiar: expresa la dinámica de las relaciones entre los miembros de la familia, la cual se produce en forma sistémica y es relativamente estable. Condiciona el ajuste de la familia al medio social y el bienestar subjetivo de sus integrantes.³⁷

Las categorías que se evalúan son las siguientes:

Cohesión: Unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas domésticas.

Armonía: Correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.

Comunicación: Los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias y conocimientos de forma clara y directa.

Adaptabilidad: Habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera.

Afectividad: Capacidad de los miembros de la familia de vivencias y demostrar sentimientos y emocionales positivas unos a los otros.

Rol: Cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.

Permeabilidad: Capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias y ayuda de otras familias e instituciones.”

2.5 HIPOTESIS

El síndrome de fragilidad en el adulto mayor afecta la salud familiar, parroquia

Cunchibamba 2015 -2016.

2.6 SEÑALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable dependiente. Salud familiar

Variable independiente. Síndrome de Fragilidad

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación tuvo un enfoque mixto, el cual se definió como un proceso que recolectó, analizó y vinculó métodos de los enfoques cuantitativos y cualitativos.

Cualitativo: Porque se identificó a los adultos mayores frágiles, además se describió las características sociodemográficas, los factores asociados, la estructura familiar, además la situación de salud de las familias con adultos mayores frágiles.

Cuantitativo: porque se cuantificó los resultados del estudio, para establecer frecuencias y porcentajes, que ayudo a identificar a los adultos mayores frágiles y se evaluó la afectación en la salud familiar.

3.1 MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN

Investigación de Campo.- La presente investigación se realizó en la parroquia Cunchibamba, cantón Ambato, mediante visitas domiciliarias, para recoger de forma directa los datos necesarios para la investigación, por lo cual se trata de un estudio que se elaboró mediante datos originales o de fuentes primaria

Investigación Documental bibliográfica. - Con este tipo de investigación se obtuvo información a partir de libros, revistas, información de internet, misma que sirvió para fundamentar científicamente los principales conceptos de la presente investigación.

3.2 NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación maneja un método observacional, ya que el investigador no controló ni manipuló el objeto de estudio, solo se limitó a observar y medir, además tiene un nivel descriptivo, porque evaluó a los adultos mayores para clasificarlos en los diferentes grados de fragilidad, además, describe las características sociodemográficas, factores asociados, estructura familiar y que áreas de la salud familiar se afectan, es transversal, ya que los datos recopilados en los adultos mayores y sus familias fue por una sola ocasión y no se realizó un control de los mismos.

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

Se trabajó con una población total de 200 adultos mayores de 65 años, que pertenecen a los sectores atendidos por las postgradistas de Medicina Familiar y Comunitaria de la parroquia Cunchibamba, de la ciudad de Ambato, dato obtenido del ASIS del 2015, se realizó un tamizaje para detectar a los adultos mayores con fragilidad, que en total fueron 163 pacientes que cumplieron los siguientes criterios de inclusión y exclusión conformando la población objeto de estudio.

3.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Adultos mayores con síndrome de fragilidad que pertenecen a los sectores atendidos por las postgradistas de medicina familiar y comunitaria.

3.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Adultos mayores frágiles y/o sus familiares que se nieguen a participar en la investigación.

3.3.3 CRITERIOS ÉTICOS

Se solicitó la aprobación del Director del Centro de Salud de Cunchibamba y del

presidente del GAD de la parroquia, a los cuales se explicó los objetivos y beneficios de la investigación respecto a la salud de los adultos mayores.

Se obtuvo el consentimiento informado (Anexo 1) de los participantes de la presente investigación, previa explicación de los objetivos y los beneficios esperados. Se garantizó la confidencialidad y anonimato de cada uno de los adultos mayores y sus familias en el proceso investigativo, manteniéndose la identificación de la recopilación de datos solamente con números de historias clínicas.

3.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable independiente: Síndrome de Fragilidad

Tabla No. 1 Operalización de la variable independiente

Conceptualización	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Técnica	Instrumento
<p>Fragilidad La fragilidad es un estado asociado al envejecimiento, que se caracteriza por una disminución de la reserva fisiológica o lo que se ha llamado un estado de pérdida de la homeostasis. Este estado se traduciría en el individuo en un aumento del riesgo de incapacidad, una pérdida de la resistencia y una</p>	<p>Fragilidad</p> <p>Grado de fragilidad</p> <p>Factores sociales y demográficos</p>	<p>Frágil No frágil</p> <p>Fragilidad leve</p> <p>Fragilidad moderada Fragilidad grave</p> <p>Edad Sexo Nivel de educación Estado civil Ocupación</p>	<p>Test de Barber</p> <p>Requiere ayuda en alguna AIVD e independiente en todas las ABVD.</p> <p>Requiere ayuda en AIVD y en alguna de ABVD</p> <p>Requiere ayuda en AIVD Y ABVD</p> <p>¿Cuál es su edad? ¿Cuál es su género? ¿Cuál es su nivel de educación? ¿Cuál es su estado civil? ¿Cuál es su ocupación?</p>	<p>Encuesta</p> <p>Aplicación de escalas geriátricas</p>	<p>Test Barber</p> <p>Historia clínica geriátrica del MSP del Ecuador con sus respectivas escalas geriátricas.</p> <p>Índice de Katz modificado ABVD</p>

<p>mayor vulnerabilidad a eventos adversos manifestada por mayor morbilidad y mortalidad.⁶</p>	<p>Factores clínicos asociados</p>	<p>Enfermedades crónicas no transmisibles Polifarmacia</p> <p>Ingreso hospitalario</p> <p>Deterioro cognitivo</p> <p>Depresión</p>	<p>¿Tiene alguna enfermedad?</p> <p>¿Cuántos medicamentos consume diariamente?</p> <p>¿Ha estado hospitalizado en este último año?</p> <p>Escala cognitiva Mmse</p> <p>Escala de Yesavage</p>		<p>_Índice Lawton y Brody modificado AIVD</p> <p>_Escala de depresión geriátrica Yesavage modificada</p> <p>_Escala cognitiva Mmse modificado Pfiffer</p>
---	------------------------------------	--	---	--	---

Elaborado por: Garcés K. 2016

Variable dependiente: Salud familiar

Tabla No. 2 Operalización de la variable dependiente

Conceptualización	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Técnica	Instrumento
<p>Salud familiar</p> <p>Es el resultado de la interacción dinámica interna entre los miembros de la familia y el medio, es susceptible de experimentar cambios a lo largo del desarrollo de la familia, varía en dependencia de la capacidad de la familia para afrontar los acontecimientos</p>	<p>Estructura familiar</p> <p>Área socioeconómica</p> <p>Área socio psicológica</p>	<p>Tamaño de la familia</p> <p>Ontogénesis familiar</p> <p>Vinculo generacional</p> <p>Recursos económicos y materiales con que cuenta la familia</p> <p>Integración social en la que se evalúan las actividades sociales, recreativas y el vínculo social.</p>	<p>¿Con cuantas personas vive usted y qué relación tienen con usted?</p> <p>¿Qué afectación económica tiene la familia?</p> <p>¿Se han afectado las actividades sociales en la familia?</p>	Encuesta	Cuestionario

<p>propios del ciclo vital o los accidentales, y de los recursos protectores con que cuenta (el funcionamiento familiar, la capacidad de ajuste o de adaptación a los cambios para superar las crisis, el apoyo social, la salud de los miembros, entre otros).</p>	<p>Área de funcionamiento familiar</p> <p>Área de salud familiar</p>	<p>Cohesión Armonía Comunicación Adaptabilidad Afectividad Permeabilidad</p> <p>Afectación de la salud en los miembros de la familia</p>	<p>¿Se ha afectado el funcionamiento familiar?</p> <p>¿Qué afectación en el estado de salud ha presentado la familia?</p>		
---	--	--	---	--	--

Elaborado por: Garcés K. 2016

3.5 PLAN DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Previo diseño del proyecto de investigación, se procedió a trabajar con el total de la población de adultos mayores de los sectores atendidos por las postgradistas de Medicina Familiar y Comunitaria para seleccionar la muestra se aplicó un instrumento que ayudo a determinar la presencia o ausencia de fragilidad en el adulto mayor, esta técnica fue aplicada por la autora de este estudio y se realizó mediante visitas domiciliarias.

Una vez obtenida la muestra se procedió al agendamiento de citas para que los adultos mayores frágiles identificados acudan en compañía de su familiar al Centro de salud de Cunchibamba, con el fin de realizar al adulto mayor una valoración clínica integral, con el llenado de la historia clínica, aplicación las escalas geriátricas del MSP del Ecuador al adulto mayor y la aplicación al familiar del cuestionario que valora repercusión en la salud familiar. Con las condiciones adecuadas de privacidad y confort para que los resultados sean confiables.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Test de Barber: se utilizó para identificar adultos mayores frágiles, evalúa si el adulto mayor vive solo, le falta alguien que le pueda ayudar si lo necesita, depende de alguien para sus necesidades diarias, hay días en que no consigue comer algo caliente, no puede salir de casa por alguna enfermedad, tiene mala salud, tiene problemas de visión, tiene problemas de oído, ha estado hospitalizado este último año. Con una respuesta positiva se identifica al adulto mayor frágil. ¹⁴ (Anexo 2)

Historia clínica geriatría del MSP del Ecuador: Permitió la recolección de datos sociodemográficos, factores asociados (polifarmacia, enfermedades crónicas no transmisibles, ingresos hospitalarios) y mediante la aplicación de sus escalas geriátricas ABVD YAIVD se logró clasificar a los ancianos por grados de fragilidad en frágil leve, moderado y grave. La aplicación de MMSE permitió evaluar el estado cognitivo del anciano frágil y mediante la escala de Yesavage se identificó depresión en los adultos mayores frágiles. (Anexo 3)

Índice de KATZ modificado, evaluación de las actividades básicas de la vida diaria: facilita prever el orden en la pérdida de funciones en los adultos mayores, asigna una puntuación de 2 puntos a la actividad que se hace sin apoyo o con mínima ayuda resultando independiente, 1 punto a la actividad que se hace con moderada ayuda y 0 puntos si es totalmente dependiente.

Escala de Lawton y Brody modificada, evaluación de las actividades instrumentales de la vida diaria: Independiente hasta 8 puntos, necesita cierta ayuda de 8 a 20 puntos, necesita mucha ayuda más de 20 puntos.

Tabla No. 3 Criterios de Rockwood

Criterios de Rockwood para clasificar a la fragilidad según sus grados de afectación funcional			
Escalas geriátricas	FRAGILIDAD LEVE	FRAGILIDAD MODERADO	FRAGILIDAD GRAVE
Índice de KATZ ABVD	Requiere ayuda en una ABVD	Requiere ayuda en una ABVD	Requiere ayuda en 2-3 ABVD
Índice de Lawton y Brody AIVD	Hasta 8 puntos independiente	8 a 20 puntos necesita cierta ayuda	8 a 20 puntos necesita cierta ayuda

Elaborado por: Garcés K. 2016

Evaluación cognitiva (MMSE) modificado: no sugiere déficit cognitivo entre 14 y 19 puntos, si sugiere déficit cognitivo de 13 puntos o menos.

Escala de depresión geriátrica Yesavage modificada: normal de 0 a 5 puntos, probable depresión 6 a 9 puntos y depresión estable más de 10 puntos.

Instrumento para identificar repercusión en la salud familiar: instrumento elaborado por la autora y validado por expertos, consta de 10 items. (Anexo 4)

Para la construcción del instrumento se realizó una revisión bibliografía acerca del tema, en busca de los principales aspectos que se pretende evaluar en la salud

familiar, además se buscó instrumentos de evaluación existentes, tanto nacionales como internacionales. A partir de esta información se procedió a elaborar un instrumento el cual fue validado por cinco expertos especialistas en Medicina Familiar los cuales se basaron en los criterios de Moriyama.

Este instrumento valoró las áreas: socioeconómica, socio-psicológica, funcionamiento familiar y del estado de salud.

La calificación de este instrumento se obtuvo mediante la suma de los valores numéricos de cada ítem de acuerdo al criterio seleccionado por el familiar del adulto mayor.

- Casi nunca 1
- A veces 2
- Muchas veces 3
- Siempre 4

Tabla No. 4 Calificación según áreas, socioeconómica, socio-psicológica, funcionamiento familiar y del estado de salud

Nivel de repercusión	Área socioeconómica (ítems 1)	Área socio psicológica (ítems 2,3,4,5)	Área Funcionamiento familiar (ítems 6,7,8)	Área de Estado de salud (ítems 9,10)	Clasificación global
No repercusión	1 punto	1-4 puntos	1-3 puntos	1-2 puntos	1 a 10 puntos
Repercusión leve	2 puntos	5-8 puntos	4-6 puntos	3-4 puntos	11-20 puntos
Repercusión moderada	3 puntos	9-12 puntos	7-9 puntos	5-6 puntos	21-30 puntos
Repercusión severa	4 puntos	13-16 puntos	10-12 puntos	7-8 puntos	31-40 puntos

Elaborado por: Garcés K. 2016

La clasificación global de la repercusión familiar se obtuvo mediante la suma de los valores numéricos de cada área estudiada:

No repercusión (1-10): cuando el evento no ha exigido cambios a la familia en su dinámica interna y en el modo de vida familiar.

Repercusión leve (11-20): Cuando el evento ha exigido a la familia muy pocos cambios en su dinámica interna y en el modo de vida familiar.

Repercusión Moderada (21-30): Cuando el evento ha exigido a la familia algunos cambios en su dinámica interna y en el modo de vida familiar

Repercusión severa (31-40): Cuando el evento ha exigido a la familia gran cantidad de cambios y modificaciones importantes en su dinámica interna y en el modo de vida familiar

3.6 PLAN DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Previo al análisis de los datos obtenidos mediante la aplicación de la encuesta y de las escalas geriátricas del MSP del Ecuador a los adultos mayores y sus familias, se creó una base de datos en Excel que posteriormente fue exportada hacia el programa SPSS, programa estadístico informático muy usado en las ciencias exactas, sociales y aplicadas, tiene una capacidad para trabajar con grandes bases de datos, mediante el cual se obtuvieron estadísticas descriptivas (frecuencias absolutas y relativas), mediante el cruce de variables, para determinar síndrome de fragilidad según el grado de afectación funcional en el adulto mayor, características sociodemográficas, factores asociados a los adultos mayores frágiles y verificar si existe una asociación entre el síndrome de fragilidad y la afectación en la salud familiar.

La exposición de los resultados se realizó mediante cuadros estadísticos apropiados a las variables del estudio, además de la realización de pruebas de significación que permitieron la validación de la hipótesis de investigación.

Valor de Chi cuadrado de Pearson:

Chi cuadrado de Pearson	Grados de libertad	p= probabilidad
72.236	6	.000

Nivel de significación: 0.05 o 5%

CAPÍTULO IV

ÁNALISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1 Análisis de los resultados

Esta investigación aborda a todos los adultos mayores frágiles según las características sociodemográficas, grado de fragilidad, factores asociados y analiza la repercusión en la salud familiar.

4.2 Interpretación de datos

Tabla No. 5 Síndrome de fragilidad en los adultos mayores según sexo, Parroquia Cunchibamba 2015 – 2016.

SEXO	FRAGILIDAD EN EL ADULTO MAYOR				Total		$X^2=22.023$ $p=0.024$
	Adultos mayores Frágiles		Adultos mayores no Frágiles				
	N°	%	N°	%	N°	%	
Hombres	66	40.4%	20	54.0%	86	43.0%	
Mujeres	97	59.6%	17	46.0%	114	57.0%	
Total	163	100%	37	100%	200	100%	

Fuente: Encuesta

Elaboración: K. Garcés 2016

En una población total de 200 pacientes adultos mayores de 65 años, siendo 86 (43.0%) hombres, y 114 (57.0%) mujeres, se obtuvo 163 adultos mayores frágiles que corresponden al 81.5% del total de la población.

Al analizar el sexo, concuerda con un estudio realizado por el Instituto Mexicano del Seguro Social delegación Veracruz sur en el periodo 2014, con respecto al sexo

se demostró que la prevalencia es más alta en las mujeres con una proporción del 60.9%, similar al obtenido en el presente estudio con un 59.6%.¹⁴

La similitud se debe a que, en ambos estudios, la población objeto de investigación fue mayor en el sexo femenino, relacionándose con los datos poblacionales a nivel mundial y de Ecuador, que evidencia que la mayor expectativa de vida se encuentra entre las mujeres.

Tabla No. 6 Distribución del síndrome de fragilidad de los adultos mayores según el grado de afectación funcional de acuerdo al género Parroquia Cunchibamba 2015 – 2016.

SEXO	GRADO DE FRAGILIDAD						Total		X ² =22.691 p=0.026
	Fragilidad leve		Fragilidad moderada		Fragilidad grave				
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Hombres	36	50.7%	17	29.8 %	13	37.2%	66	40.4%	
Mujeres	35	49.3%	40	70.2%	22	62.8%	97	59.6%	
Total	71	100%	57	100%	35	100%	163	100%	

Fuente. - Encuesta

Elaboración. - K. Garcés 2016

En la tabla anterior se puede observar la clasificación de los adultos mayores frágiles según el grado de afectación funcional que presentan, así tenemos que, de un total de 163 (100%) adultos frágiles, 71 (43.6%) presentan fragilidad leve, 57 (34.9%) fragilidad moderada y 35 (21.5%) fragilidad grave.

Al analizar la relación del grado de fragilidad según sexo, se encontró que en el grupo con fragilidad leve no existe una diferencia significativa entre hombres y mujeres, mientras que el grupo de fragilidad moderada y grave el mayor porcentaje se ubicó entre las mujeres con 70.2% y 62.8% respectivamente.

En un estudio de investigación de la Universidad de Cantabria realizado por Laura Salado hace referencia que el sexo tiene una marcada influencia sobre la prevalencia

y el desarrollo de fragilidad. El sexo femenino se asocia con mayor miedo a las caídas y, por tanto, a una menor actividad física. (Cuanto menos actividad física se realiza mayor es la pérdida de la masa muscular).⁴¹

Tabla No. 7 Grado de Fragilidad del adulto mayor y su relación con la edad Parroquia Cunchibamba 2015 – 2016.

EDAD	GRADO DE FRAGILIDAD						Total	X ² =82.681 p=0.000
	Fragilidad leve		Fragilidad moderada		Fragilidad grave			
	N°	%	N°	%	N°	%		
Senectud gradual (65-70 años)	47	66.2%	11	19.3%	2	5.7%	60	36.8%
Senilidad o vejez Declarada (71-90 años)	24	33.8%	40	70.2%	15	42.9%	79	48.5%
Longevos (más 90 años)	0	0.0%	6	10.5%	18	51.4%	24	14.7%
Total	71	100%	57	100%	35	100%	163	100%

Fuente: HCL Geriátrica del MSP Ecuador
Elaboración: K. Garcés 2016

Al analizar la distribución de los adultos mayores frágiles según edad y grados de fragilidad, se observó en el grupo de fragilidad leve, 47(66.2%) pacientes con senectud gradual (65-70 años), en el grupo de fragilidad moderada, 40 (70.2%) pacientes con senilidad o vejez declarada (71-90años), mientras que, en el grupo de fragilidad grave, 18 (51.4%) pacientes son longevos (más de 90 años). Al relacionar la edad al grado de fragilidad que presentan los adultos mayores frágiles se obtuvo una $p = 0.000$. Demostrando una relación directa de edad y grado de fragilidad.

Estos resultados concuerdan con un estudio realizado por el Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana, en el 2015, en el cual se encontró que el riesgo absoluto que tiene un anciano mayor de 70 años de ser frágil es de 0.74 y el de anciano mayor de 80 años fue de 0.8, el autor relaciona a las limitaciones y enfermedades asociadas al envejecimiento como parte inseparable de la fragilidad.¹⁰

Tabla No. 8 Grado de Fragilidad del adulto mayor y su relación con el nivel de instrucción. Parroquia Cunchibamba 2015 – 2016.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	GRADO DE FRAGILIDAD						Total		$\chi^2=14.672$ p=0.023
	Fragilidad leve		Fragilidad moderada		Fragilidad grave		N°	%	
	N°	%	N°	%	N°	%			
Analfabeto	41	57.7%	36	63.2%	25	71.4%	102	62.5%	
Primaria incompleta	23	32.3%	20	35.1%	10	28.6%	53	32.5%	
Primaria completa	7	10.0%	1	1.7%	0	0.0%	8	5.0%	
Secundaria									
Total	71	100%	57	100%	35	100%	163	100%	

Fuente: HCL Geriátrica del MSP Ecuador
Elaboración: K. Garcés 2016

Al relacionar el nivel de instrucción de los adultos mayores según el grado de fragilidad, se pudo identificar que el nivel de instrucción analfabetos - primaria incompleta presenta un porcentaje significativo en los diferentes grados de fragilidad, presentando su mayor porcentaje en el grupo de fragilidad grave con 71.4% del total de adultos mayores con fragilidad grave.

El porcentaje que alcanzó el nivel de instrucción secundaria, en los diferentes grados de fragilidad fue el más bajo, presentando su porcentaje más alto en el grupo de fragilidad leve con apenas el 10% del total de adultos mayores con fragilidad leve. Al relacionar el nivel de instrucción al grado de fragilidad que presentan los adultos mayores frágiles se obtuvo una $p = 0.023$, siendo una relación estadísticamente significativa entre los grados de fragilidad y el nivel de instrucción.

En un estudio de fragilidad en el adulto mayor a nivel comunitario realizado por el Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana, por la autora Patricia Galbán, relaciona el nivel de instrucción de los adultos mayores a la fragilidad, en el estudio el riesgo relativo de ser frágil que tienen los adultos mayores con bajo nivel de escolaridad fue de 1.58. ⁴²

Tabla No. 9 Grado de Fragilidad del adulto mayor y su relación con el estado civil Parroquia Cunchibamba 2015 – 2016.

ESTADO CIVIL	GRADO DE FRAGILIDAD						Total	X ² =70.567 p=0.032
	Fragilidad leve		Fragilidad moderada		Fragilidad grave			
	N°	%	N°	%	N°	%		
Casado / unión libre	42	59.1%	33	57.9%	12	34.3%	87	53.4%
Divorciados / separados	5	7.0%	4	7.0%	3	8.6%	12	7.4%
Solteros	7	9.9%	5	8.8%	4	11.4%	16	9.8%
Viudo	17	24.0%	15	26.3%	16	45.7%	48	29.4%
Total	71	100%	57	100%	35	100%	163	100%

Fuente: HCL Geriátrica del MSP Ecuador
Elaboración: K. Garcés 2016

En la tabla anterior se puede identificar la relación que existe entre el grado de fragilidad y el estado civil de los adultos mayores frágiles. De esta forma se puede apreciar que en grupo de adultos mayores con fragilidad leve y en el grupo con fragilidad moderada el mayor porcentaje de adultos mayores viven en pareja y representan 42(59.1%) y 33(57.7%) respectivamente. Mientras que el grupo de fragilidad grave el estado civil viudo representa 16 (45,7%) del total de adultos mayores con fragilidad grave.

Al relacionar el estado civil al grado de fragilidad que presentan los adultos mayores frágiles se obtuvo una $p = 0.032$ la cual indica que existe una relación estadísticamente significativa entre el estado civil y los grados de fragilidad.

En el 2014 se publicó un estudio sobre fragilidad en las personas de edad avanzada mexicanas residentes en la comunidad, se investigó la prevalencia y asociación de las características sociodemográficas con la fragilidad. Los autores refieren que el estado civil es un importante elemento a tener en cuenta cuando se evalúa la fragilidad, en esta investigación los autores consideraron como variable predictora de fragilidad el no tener pareja OR 1.23 (viudos, divorciados, solteros), mientras

que el estado civil casado o unión libre lo consideraron variable protectora por la estabilidad emocional que provoca vivir en pareja. ⁴³

Tabla No. 10 Grado de Fragilidad del adulto mayor y su relación con el estado laboral. Parroquia Cunchibamba 2015 – 2016.

ESTADO LABORAL	GRADO DE FRAGILIDAD						Total	X ² =80.858 p = 0.000
	Fragilidad leve		Fragilidad moderada		Fragilidad grave			
	N°	%	N°	%	N°	%		
Trabajo	60	84.5%	26	45.5%	0	0.0%	86	52.8%
Jubilado	2	2.8%	1	1.8%	3	8.6%	6	3.7%
QQDD	9	12.7%	27	47.4%	2	5.7%	38	23.3%
Desocupado	0	0.0%	3	5.3%	30	85.7%	33	20.2%
Total	71	100%	57	100%	35	100%	163	100%

Fuente: HCL Geriátrica del MSP Ecuador

Elaborado por: K. Garcés 2016

En cuanto al grado de fragilidad en relación con el estado laboral de los adultos mayores, se encontró en el grupo de fragilidad leve 60(84.5%) de adultos mayores que trabajan, en el grupo de fragilidad moderada 27(47,4) de adultos mayores realizan algún tipo de quehacer doméstico, seguido de 26(45.5%) adultos mayores que trabajan, mientras que en el grupo de fragilidad grave la mayor parte de adultos mayores son desocupados, quiere decir que no realizan ninguna actividad laboral, esto se relaciona al grado de afectación funcional que tienen estos adultos mayores.

Al relacionar el estado laboral al grado de fragilidad que presentan los adultos mayores frágiles se obtuvo una $p = 0.000$ lo cual indica una asociación estadísticamente significativa entre estas variables.

En un estudio brasilero publicado en el 2013 en el cual se investiga la prevalencia de síndrome de fragilidad en los adultos mayores, se identificó una prevalencia de

fragilidad mayor en los adultos mayores que no trabajan o realizan actividades sin remuneración económica. La jubilación se mostró como un importante factor desencadenante de fragilidad en los adultos mayores con una asociación estadísticamente significativa ($p=0.036$).¹⁰

Tabla No. 11 Grado de Fragilidad del adulto mayor y su relación con la polifarmacia. Parroquia Cunchibamba 2015 – 2016.

POLIFARMACIA	GRADO DE FRAGILIDAD						Total		$X^2=43.632$ $p=0.000.$
	Fragilidad leve		Fragilidad moderada		Fragilidad grave				
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
SI	18	25.4%	40	70.2%	30	85.7%	88	54%	
NO	53	74.6%	17	29.8%	5	14.3%	75	46%	
Total	71	100%	57	100%	35	21.4%	163	100%	

Fuente: HCL Geriátrica del MSP Ecuador
Elaboración: K. Garcés 2016

La polifarmacia se refiere al consumo de tres o más fármacos a la vez ya sean prescritos por el médico o por auto prescripción, no incluye vitaminas ni suplementos alimenticios.

En la tabla anterior se puede evidenciar la relación que tiene la polifarmacia con el grado de fragilidad del adulto mayor. Como se puede observar en el grupo de adultos mayores con fragilidad leve, 53(74.6%) pacientes no presentan polifarmacia, en el grupo de fragilidad moderada, 40(70.2%) adultos mayores presentan polifarmacia, pero es en el grupo de adultos mayores con fragilidad grave, en el que se evidencia 30(85.7%) el mayor porcentaje de adultos mayores que consumen tres o más medicamentos.

Al relacionar la polifarmacia al grado de fragilidad que presentan los adultos mayores frágiles se obtuvo una $p = 0.000$. Existe una asociación estadísticamente significativa entre los grados de fragilidad y la polifarmacia.

La Sociedad Americana de Geriátrica público en el mes de enero del presente año,

un estudio en el cual se aborda la relación de la polifarmacia con la progresión de la fragilidad, así como la relación con la mortalidad. Como resultados principales se detectó que cada nuevo fármaco que se aumente al adulto mayor se asocia con un aumento del riesgo de 22% (IC al 95% = 1:06- 1.41) de pasar de adulto mayor robusto a morir. En conclusión demuestra a la polifarmacia ser un factor contribuidor de la transición de una situación de robustez a una situación de pre-fragilidad, fragilidad y hasta la muerte.⁴⁴

Tabla No. 12 Ingreso hospitalario y su relación con el grado de fragilidad del adulto mayor. Parroquia Cunchibamba 2015 – 2016.

INGRESO HOSPITALARIO	GRADO DE FRAGILIDAD						Total	X ² =6.519 p=0.038
	Fragilidad leve		Fragilidad moderada		Fragilidad grave			
	N°	%	N°	%	N°	%		
SI	8	11.3%	10	17.5%	11	31.4%	29	17.8%
NO	63	88.7%	47	82.5%	24	68.6%	134	82.2%
Total	71	100%	57	35.0%	35	21.4%	163	100%

Fuente: HCL GERIATRICA DEL MSP ECUADOR
Elaboración: K. Garcés 2016

Al relacionar el grado de fragilidad con los ingresos hospitalarios que han presentado los adultos mayores frágiles en los últimos doce meses, se pudo observar que el porcentaje de ingresos hospitalarios en los tres grados de fragilidad fueron bajos, siendo el más representativo en el grupo de adultos mayores con fragilidad grave en el cual 11(31.4%) pacientes tuvieron un ingreso hospitalario en los últimos doce meses.

Al relacionar ingresos hospitalarios al grado de fragilidad que presentan los adultos mayores frágiles se obtuvo una $p = 0.037$, existe una asociación estadísticamente significativa entre el grado de fragilidad y el haber estado ingresado en el hospital.

Resultado similar al encontrado en una investigación publicada en el 2014 por Maycon Sousa Pegorari y Darlene Mara dos Santos Tavares en Brasil, en el cual se

identificó que la condición de fragilidad permaneció asociada a hospitalización en el último, los autores asocian a que los adultos mayores frágiles presentan reducción de su capacidad para responder a condiciones de estrés; vulnerabilidad que los predispone a enfermedades crónicas, anorexia, sarcopenia, osteopenia, déficits cognitivos e incapacidad, aspectos que pueden justificar la mayor susceptibilidad a los ingresos hospitalarios.⁴⁵

Tabla No. 13 Distribución de las Enfermedades crónicas no transmisibles según el grado de fragilidad del adulto mayor. Parroquia Cunchibamba 2015 – 2016.

Enfermedades crónicas no transmisibles	GRADO DE FRAGILIDAD						Total	X ² =51.270 p=0.000
	Fragilidad leve		Fragilidad moderada		Fragilidad grave			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Bronquitis crónica	4	10.8%	16	43.2%	17	46.0%	37	100%
Hipertensión arterial	14	58.3%	9	32.1%	11	39.3%	34	100%
Diabetes tipo 2	3	30.0%	4	40.0%	3	30.0%	10	100%
Osteomioarticulares	10	19.5%	14	27.5%	27	53.0%	51	100%
Gastritis crónica	8	28.6%	4	16.7%	6	25.0%	18	100%
Obesidad	6	46.1%	4	30.8%	3	23.1%	13	100%

Fuente: HCL Geriátrica del MSP Ecuador
Elaboración: K. Garcés 2016

El síndrome de fragilidad en el adulto mayor es multifactorial, y diferentes enfermedades crónicas no transmisibles están relacionadas con su aparición y desarrollo. Al relacionar las enfermedades crónicas no transmisibles según el grado de fragilidad de los adultos mayores, se puede apreciar, que la hipertensión arterial es la patología más frecuente en los adultos mayores con fragilidad leve con el 58.3%, en los adultos mayores con fragilidad moderada, es la bronquitis crónica la patología con mayor frecuencia con 43.2%, mientras que en la fragilidad grave son los adultos mayores con enfermedades osteomioarticulares que se presentan 53.0% de pacientes.

En el 2012 se publicó un artículo original del autor Ricardo González Domínguez y Alberto González Pedraza, que investigó sobre la fragilidad: prevalencia, características sociodemográficas y de salud en los adultos mayores. Los autores refieren que la fragilidad y las enfermedades crónicas se relacionan de manera compleja, ya que estas enfermedades pueden ser la causa o factor precipitante del síndrome de fragilidad. Al relacionar fragilidad y comorbilidades se identificó que más de la mitad de los adultos mayores 51.8% presentaron hipertensión arterial ($p=0.382$), mientras que 26.2% presentaron enfermedades articulares ($p= 0.001$) y 18.4% refirieron ser diabéticos tipo 2 ($p=0.253$) y 3.6% fueron obesos, resultados estadísticamente significativos y similares al presente estudio. ⁴⁶

Tabla No. 14 Depresión y su relación según el grado de fragilidad de los adultos mayores. Parroquia Cunchibamba 2015 – 2016.

DEPRESIÓN	GRADO DE FRAGILIDAD						Total	X ² =11.386 p=0.023
	Fragilidad leve		Fragilidad moderada		Fragilidad grave			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Normal	39	54.9%	23	40.4%	7	20.0%	69	42.3%
Probable depresión	26	36.6%	29	50.8%	19	54.3%	74	45.4%
Depresión establecida	6	8.5%	5	8.8%	9	25.7%	20	12.3%
Total	71	100%	57	100%	35	100%	163	100%

Fuente: HCL Geriátrica del MSP Ecuador
Elaboración: K. Garcés 2016

Con respecto a la depresión de 163 adultos mayores frágiles, 74(45.4%) presentan una probable depresión según el puntaje obtenido en la escala de depresión geriátrica de Yesavage modificada.

Al analizar según los grados de fragilidad, se pudo observar que 39(54.9%) de adultos mayores con fragilidad leve no presentan depresión, en el grupo con fragilidad moderada, 29(50,8%) de adultos mayores presentan una probable

depresión, al igual que en el grupo con fragilidad grave, 19(54.3%) adultos con probable depresión, seguido con 9 (25.7%) adultos mayores con depresión establecida.

Al relacionar depresión con el grado de fragilidad que presentan los adultos mayores se obtuvo una $p=0.023$, lo que representa una relación estadísticamente significativa.

Un estudio publicado en el 2014 en el cual se investiga factores asociados al síndrome de fragilidad en acianos. Identificó que los adultos mayores frágiles presentaron 80% más probabilidades para el desarrollo de síntomas depresivos. Con una asociación estadísticamente significativa en pre-frágiles (OR=3,82; IC=3,72-3,93) y en adultos mayores frágiles (OR=11,23; IC=10,89-11,58). Los autores refieren que la presencia de síntomas depresivos (bajo estado de ánimo, anorexia, inactividad, pérdida de peso, disminución de la fuerza), puede constituirse como un factor de riesgo para este síndrome.⁴⁵

Tabla No. 15 Deterioro cognitivo y su relación según el grado de fragilidad de los adultos mayores. Parroquia Cunchibamba 2015 – 2016.

DETERIORO COGNITIVO	GRADO DE FRAGILIDAD						Total		$\chi^2=22.495$ $p=0.000$
	Fragilidad leve		Fragilidad moderada		Fragilidad grave		N°	%	
	N°	%	N°	%	N°	%			
Sin deterioro cognitivo	42	59.2%	14	24.6%	7	20.0%	63	38.7%	
Con deterioro cognitivo	29	40.8%	43	75.4%	28	80.0%	100	61.3%	
Total	71	100%	57	100%	35	100%	163	100%	

Fuente: HCL Geriátrica del MSP Ecuador
Elaboración: K. Garcés 2016

Con respecto al nivel cognitivo de 163 adultos mayores frágiles, 100 (61.3%) presentan deterioro cognitivo según el puntaje obtenido en la evaluación cognitiva (MMSE) modificada.

Al analizar según los grados de fragilidad, se pudo observar que 42(59.2%) de

adultos mayores con fragilidad leve se encuentran sin deterioro cognitivo, en el grupo con fragilidad moderada, 43(75.4%) de adultos mayores presentan deterioro cognitivo, al igual que en el grupo con fragilidad grave, 28 (80.0%) adultos con deterioro cognitivo.

Al relacionar nivel cognitivo al grado de fragilidad que presentan los adultos mayores frágiles se obtuvo una $p=0.000$, quiere decir que hay una relación estadísticamente significativa entre el nivel cognitivo y el grado de fragilidad del adulto mayor.

Resultado que se relaciona con un estudio de la Universidad de Cantabria España, en el cual más del 50% de los adultos mayores frágiles presentaron deterioro cognitivo, en el estudio indican que la fragilidad es un síndrome complejo, abarca cambios en el estado físico y mental de los ancianos, además refieren que el deterioro del nivel cognitivo está relacionado con diferentes factores nutricionales e inflamatorios presentes en el adulto mayor.⁴¹

Tabla No. 16 Estructura familiar según el grado de fragilidad de los adultos mayores. Parroquia Cunchibamba 2015 – 2016.

ESTRUCTURA FAMILIAR		GRADO DE FRAGILIDAD						Total n=(163)	
		Fragilidad leve n=(71)		Fragilidad moderada n=(57)		Fragilidad grave n=(35)			
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
TAMAÑO DE LA FAMILIA	Familia pequeña	41	57.7%	36	63.2%	8	22.9%	85	52.1%
	Familia mediana	27	38.0%	20	35.1%	19	54.3%	66	40.5%
	Familia grande	3	4.2%	1	1.8%	8	22.9%	12	7.4%
ONTOGENESIS FAMILIAR	Familia Nuclear	45	63.4%	37	64.9%	7	20.0%	89	54.6%³
	Familia Extensa	22	31.0%	20	35.1%	26	74.3%	68	41.7%
	Familia Ampliada	4	5.6%	0	0.0%	2	5.7%	6	3.7%
VINCULO GENERACIONAL	Unigeneracional	26	36.6%	21	36.6%	6	17.1%	53	32.5%
	Bigeneracional	24	33.8%	19	33.3%	4	11.4%	47	28.8%
	Trigeneracional	19	26.8%	12	21.1%	18	51.4%	49	30.1%
	Multigeneracional	2	2.8%	5	8.8%	7	20.0%	14	8.6%

Fuente: HCL geriátrica del MSP Ecuador
Elaborado por: K. Garcés 2016

Al clasificar las familias de los adultos mayores según el tamaño, se identificó que más de la mitad son pequeñas, para un 52.1%, predominando los núcleos familiares monoparental. Cuando se analiza la ontogénesis, se reflejó un porcentaje elevado en las familias nucleares para un 54.6% del total. Si observamos la clasificación por el vínculo generacional, las familias unigeneracionales fueron las de mayor frecuencia con un 32.5%. Es importante destacar que en todas las familias nucleares que se estudiaron estaban constituidas por pareja de adultos mayores que Vivían solos.

Tabla No. 17 Calificación del impacto en la salud familiar de manera general y su relación según el grado de fragilidad de los adultos mayores. Parroquia Cunchibamba 2015 – 2016.

Repercusión familiar	GRADO DE FRAGILIDAD						Total		X ² =72.236 p=0.000
	Fragilidad Leve		Fragilidad moderada		Fragilidad Grave				
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
No repercusión familiar	35	49.4%	8	14.0%	3	8.6%	46	28.0%	
Repercusión familiar leve	28	39.4%	10	17.6%	9	25.7%	47	29.0%	
Repercusión familiar moderada	4	5.6%	34	59.6%	11	31.4%	49	30.0%	
Repercusión familiar severa	4	5.6%	5	8.8%	12	34.3%	21	13.0%	
Total	71	100%	57	100%	35	22%	163	100%	

Fuente: Encuesta

Elaboración: K. Garcés 2016

Como se evidencia en la tabla anterior, en casi todas las familias hubo cierta repercusión ante el evento del adulto mayor frágil, reportándose el mayor porcentaje con una repercusión familiar moderada 49(30.0%), siguiéndole la repercusión familiar leve 47(29.0%). Al relacionar según grados de fragilidad se evidencia que en la fragilidad leve predomina la no repercusión familiar con 35(49.0%), en la fragilidad moderada predomino la repercusión familiar moderada con 34(59.6%), mientras que en los de fragilidad grave, es la repercusión familiar severa la que presenta un mayor porcentaje 12(34.3%).

En un estudio realizado en Cuba, en el 2002 basado en el impacto de los acontecimientos vitales de la familia en la salud familiar, indica que la dinámica familiar como todo proceso en desarrollo no es lineal y ascendente, este proceso se ve afectado en muchas ocasiones por situaciones, que introducen cambios en su estructura y funcionamiento familiar, debido a la existencia de hechos que actúan como fuentes generadoras de estrés, como es el caso de la presencia de un adulto mayor frágil miembro de esa familia; los cuales tienen una expresión particular en cada familia en dependencia de su historia, su propia dinámica, de la significación

que asigna al evento o situación, y de los recursos con que cuenta para hacerle frente. En este caso las tareas que debe desarrollar la familia, son tareas de enfrentamiento que se derivan de las llamadas crisis no transitorias o para normativas; en el caso del adulto mayor frágil la crisis se denomina crisis por desorganización.⁴⁰

Tabla No. 18 Distribución de la repercusión familiar según áreas evaluadas y el grado de fragilidad de los adultos mayores. Parroquia Cunchibamba 2015 – 2016.

Áreas de salud familiar evaluadas		GRADO DE FRAGILIDAD						Total n=(163)		
		Fragilidad leve n=(71)		Fragilidad moderada n=(57)		Fragilidad grave n=(35)				
		N°	%	N°	%	N°	%			
Área Socio-económica	No repercusión	31	43.7	10	17.5	0	0.0	41	25.1	X²=45.155 p=0.000
	Leve	30	42.3	12	21.1	3	8.6	45	27.6	
	Moderada	6	8.5	20	35.1	4	11.4	30	18.5	
	Severa	4	5.5	15	26.3	28	80.0	47	28.8	
Área Socio-psicológica	No repercusión	25	35.3	14	24.6	4	11.4	43	26.4	X²=14.293 p=0.027
	Leve	13	18.3	11	19.3	9	25.7	33	20.2	
	Moderada	28	39.4	30	52.6	15	42.9	73	44.8	
	Severa	5	7.0	2	3.5	7	20.0	14	8.6	
Área de funcionamiento familiar	No repercusión	15	21.1	20	35.1	13	37.2	48	29.4	X²= 20.090 p=0.003
	Leve	46	64.8	26	45.8	8	22.8	80	49.1	
	Moderada	7	9.8	9	15.8	12	34.3	28	17.2	
	Severa	3	4.3	2	3.5	2	5.7	7	4.3	
Área Estado Salud	No repercusión	21	29.6	9	15.8	1	2.8	31	19	X²=71.545 p=0.000
	Leve	3	4.2	14	24.6	19	54.3	36	22.1	
	Moderada	47	66.2	32	56.1	6	17.1	85	52.1	
	Severa	0	0	2	3.5	9	25.8	11	6.7	

Fuente: Encuesta
Elaboración: K. Garcés 2016

En la tabla anterior se analiza las áreas que intervienen en la repercusión familiar, se observa que en el área socioeconómica la repercusión severa reflejó el mayor porcentaje con un 47(28.8%) adultos mayores, el área socio-psicológica reportaron una repercusión moderada con un 73(44.8%) adultos mayores, mientras que el área

de funcionamiento familiar reporto un porcentaje mayor con repercusión leve 80(49.1%) adultos mayores. En cuanto al área de estado de salud el mayor porcentaje correspondió a la repercusión moderada 85(52.1%) adultos mayores.

En la mayor parte de las familias la carencia de recursos económicos, fue el aspecto negativo que afecto al área socioeconómica,⁴⁷ las familias de los adultos mayores frágiles se sintieron sobrecargadas en cuanto a ciertas demandas que requieren de recursos económicos, como alimentación, costo de medicamentos, por lo que en esta área se produjo un impacto importante en las familias con cierto sentido negativo, lo cual es fácilmente explicable por el reajuste en el estilo de vida de la familia. En cuanto a estos resultados, coincidimos con otros estudios realizados en el extranjero, donde se describe que el contexto económico está muy ligado a la vida de la familia, siendo uno de los estresantes familiares más frecuentes.⁴⁷

4.3 Verificación de la hipótesis

La verificación de la hipótesis planteada de que “el síndrome de fragilidad en el adulto mayor afecta la salud familiar, parroquia Cunchibamba 2015-2016”, se realizó por medio de la prueba de Chi Cuadrado (Ji cuadrado: X^2) para el 95.0% de Confianza, con un 5% de error de muestreo.

Planteamiento de la Hipótesis.

Hipótesis nula (Ho): “El síndrome de fragilidad en el adulto mayor no afecta la salud familiar”.

Hipótesis Alterna (H1): “El síndrome de fragilidad en el adulto mayor afecta la salud familiar”.

Nivel de significación: 0.05 o 5%

Valor de Chi cuadrado de Pearson:

Chi cuadrado de Pearson	Grados de libertad	p= probabilidad
72.236	6	.000

Regla de decisión

Dentro del conjunto de posibilidades, se ha podido distinguir dos opciones sobre las cuales aceptar o rechazar las hipótesis planteadas, y estas son:

- Si el valor de $p > 0.05$ ∴ se acepta la hipótesis nula y se rechaza hipótesis alterna
- Si el valor de $p < 0.05$ ∴ se acepta la hipótesis alterna y se rechaza hipótesis nula

Decisión: Dado que el valor de p es menor que 0.05 se rechaza la hipótesis nula por lo quedando probada la hipótesis de la investigación: “El síndrome de fragilidad en el adulto mayor afecta la salud familiar”.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

En los sectores atendidos por las postgradistas de Medicina Familiar y Comunitaria de la parroquia de Cunchibamba se constató un elevado índice de fragilidad en el adulto mayor, preponderando en las féminas, y en los adultos mayores con una relación que indica que a edad mayor y menor nivel de instrucción mayor es el grado de fragilidad, los adultos mayores que no tienen pareja y además los desocupados y jubilados muestran una relación estadísticamente significativa con la fragilidad.

Dentro de los factores asociados a la fragilidad se identificó a la polifarmacia, ingreso hospitalario, comorbilidades, nivel cognitivo y depresión los cuales presentaron una asociación estadísticamente significativa. Estos adultos mayores en su mayoría procedían de familias pequeñas, nucleares, unigeneracionales.

El síndrome de fragilidad en el adulto mayor constituye un problema de salud que repercute moderadamente en la salud familiar, afectando fundamentalmente el área económica, sin desestimar las áreas socio-psicológica y el funcionamiento familiar en el cual se reportó un porcentaje moderado de repercusión.

5.2. Recomendaciones

Socializar los resultados de la investigación a los directivos del centro de salud y el distrito para trazar acciones de salud que permitan diagnosticar de forma oportuna el síndrome de fragilidad en los adultos mayores, e implementar medidas preventivas adecuadas, mediante un tratamiento farmacológico y no farmacológico dirigido a sus comorbilidades, control de los factores de riesgo y la educación para la salud.

Llevar a cabo un proyecto de intervención social estructurado para el primer nivel de atención y poder enfrentar el reto que representa el síndrome de fragilidad del adulto mayor, mediante la conformación de clubs de adultos mayores donde se lleven actividades enfocadas a la actividad física, mental, nutrición, además conformar redes de apoyo con su familia ya que esto ayudaría a motivarlos y a que se sientan integrados a nivel familiar y comunitario.

Continuar realizando estudios en la atención primaria de salud sobre el adulto mayor para mejorar la calidad y atención de este grupo etario.

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

6.1 DATOS INFORMATIVOS

6.1.1 Título de la propuesta:

Elaboración Proyecto de intervención social dirigida a las familias con adultos mayores frágiles

6.1.2 Institución Ejecutora:

Centro de Salud de Cunchibamba - Universidad Técnica de Ambato

6.1.3 Beneficiarios:

Adultos mayores frágiles y sus familias

6.1.4 Ubicación:

Provincia: Tungurahua, Cantón Ambato, Parroquia Cunchibamba, Barrio Centro, Montalvo, San Vicente, San Jorge.

6.1.5 Tiempo estimado para la ejecución:

Las actividades se pondrán en marcha de acuerdo a la disposición de las autoridades del establecimiento, previa solicitud de aprobación.

6.1.6 Inicio:

A determinarse

6.1.7 Equipo técnico responsable:

Profesionales del Centro de salud de Cunchibamba, técnicos del MIES, GAD de Cunchibamba.

6.2 Antecedentes de la propuesta

Después de realizada la presente investigación se pudo evidenciar que en la parroquia de Cunchibamba existen una población bastante significativa de adultos mayores, de los cuales el 81.5% se consideraron adultos mayores frágiles. Es pertinente indicar que del total de adultos mayores frágiles el 21.4% presentan fragilidad grave, lo cual ha provocado alteración en la salud de las familias que cuidan a estos adultos mayores.

Es esta la razón por la cual se realiza una propuesta de un programa educativo a las familias con estos adultos mayores con fragilidad leve a moderada para de esta forma atenuar su evolución y que no llegue afectar la dinámica familiar.

6.3 Justificación

La fragilidad en el adulto mayor es un concepto relativamente nuevo en geriatría, desde el 2011 la OMS lo ha denominado como un síndrome geriátrico, sin embargo, aún no existe una definición operativa ni un consenso en cuanto a su abordaje lo cual permite futuras investigaciones con un aporte científico que contribuya a tener una clara realidad de la salud de los adultos mayores.

Evaluar e identificar en el adulto mayor el síndrome de fragilidad constituye un papel fundamental del Médico Familiar en la atención primaria de salud. El síndrome de fragilidad supone un estado previo a la discapacidad, por lo cual es importante realizar este proyecto de intervención social dirigido a los adultos mayores frágiles y a sus respectivas familias a fin de minimizar los efectos de la fragilidad y sus consecuencias, optimizando una buena calidad de vida para los adultos mayores frágiles, con un trabajo intersectorial donde se involucre el MIESS, MSP, GAD de Cunchibamba, mediante la implementación de sencillas herramientas en promoción de salud, con el fin de reducir costos económicos a nivel familiar, comunitario y en el sistema sanitario por la presencia de un adulto mayor dependiente.

6.4 Objetivos

Objetivo general

Elaborar un proyecto de intervención social dirigido a las familias con adultos mayores frágiles.

Objetivos específicos

1. Impartir a las familias con adultos mayores con fragilidad leve a moderada temas relacionados con la prevención del deterioro funcional-cognitivo.
2. Realizar actividades lúdicas para el bienestar psicológico y social del adulto mayor frágil y sus familias.

6.5 Análisis de factibilidad

El proyecto de intervención social es posible realizarla gracias a que se cuenta con el personal de salud de Cunchibamba, además de la predisposición de los mismos y de la voluntad de los investigadores de participar en el beneficio de los adultos mayores frágiles.

Esta propuesta tiene como esencia beneficiar a las familias de los adultos mayores frágiles. Su aplicación es factible debido a que no se requiere de gastos económicos importantes.

6.6 Fundamentación

La fragilidad es un término relativamente nuevo, ya que a pesar de que se ha utilizado desde hace años y de forma frecuente asociado a los adultos mayores, fue hace poco tiempo que lo definieron como un síndrome clínico, caracterizado por un conjunto de signos y síntomas con diferentes etiologías. El síndrome de fragilidad es una entidad independiente del envejecimiento, no todos los ancianos por el hecho de serlos serán frágiles. Más bien se lo considera como un puente entre el envejecimiento normal saludable y un estado de discapacidad y muerte.

El presente programa educativo está basado en un modelo de enseñanza andrológico, dadas las características de la población en las que se quiere intervenir.

La andragogía es la disciplina que estudia la planificación, aplicación y evaluación de intervenciones educativas con adultos, este modelo sigue varios principios.

- Participación: Implica el análisis crítico de las situaciones planteadas, mediante el aporte de soluciones constructivas. Así, bajo este principio se estimula el razonamiento.

Horizontalidad: Se refiere fundamentalmente a que tanto el facilitador como el participante están en igualdad de condiciones

Estrategias para la enseñanza según el modelo Andragógico

- Establecer un clima igualitario y de convivencia.
- Considerar la experiencia y las habilidades previas de los participantes, tales como su capacidad para tomar decisiones.
- Favorecer e incentivar la participación.
- Entregar contenidos significativos y funcionales.
- Retroalimentación durante todo el proceso.

Descripción de la propuesta

Actividad 1

Problema de salud. Pérdida de la funcionabilidad en el adulto mayor

Área de intervención. Esfera funcional

Técnica educativa. Técnica de desarrollo de habilidades

Participantes. Adultos mayores con grado de fragilidad leve y moderada

Objetivo.

1. Mejorar el tono, masa y la fuerza muscular.
2. Mejorar el equilibrio, flexibilidad y movilidad articular.
3. Mejorar las funciones cardiorrespiratorias

Recursos humanos. Técnico de Rehabilitación física del MIESS, personal de salud del SCS de Cunchibamba.

Recursos materiales. Grabadora, sillas, palos de escoba, música.

Recursos económicos. Solventados por el investigador en colaboración con el GAD de Cunchibamba y el personal de salud de SCS de Cunchibamba

Frecuencia. Una vez al mes

Tiempo. 30 minutos con intervalos de descanso de 10 minutos

Actividad 2

Problema de salud. Disminución de la capacidad de atención, esto se traduce en el hecho de codificar mal la información, de esta manera con el paso del tiempo puede afectar con una pérdida de memoria.

Área de intervención. Esfera cognitiva

Técnica educativa. Dinámica grupal

Participantes. Adultos mayores con grado de fragilidad leve y moderada

Lugar. Salón GAD Cunchibamba (Debe de ser un lugar amplio, libre de distractores, con mesas y sillas movibles con el fin de adaptar el lugar a las diversas actividades).

Objetivo.

1. Mejorar los procesos de atención y memoria

Recursos humanos. Personal de salud del Centro de Cunchibamba, Psicólogo del Centro de Salud N1

Recursos materiales. Libros con refranes, poesías, rompecabezas, cartillas con gráficos, hojas con ejercicios cognitivos, memoramas, domino, objetos conocidos, fotocopias de figuras con distintos rellenos, figuras de animales, grabadora y

música.

Recursos económicos. Solventados por el investigador en colaboración con el GAD de Cunchibamba y el personal de salud de SCS de Cunchibamba

Frecuencia. Una vez al mes

Tiempo. 45 minutos con intervalos de descanso de 10 minutos

Actividad 3

Problema de salud. Probable depresión presente en los adultos mayores

Área de intervención. Esfera psicológica y social

Técnica educativa. Dinámica grupal

Participantes. Adultos mayores con grado de fragilidad leve y moderada

Objetivo.

1. Fomentar la comunicación, la amistad y el establecimiento de relaciones interpersonales variadas.

Recursos humanos. Personal de salud del Centro de Cunchibamba, Psicólogo del Centro de Salud N1

Recursos materiales. Videos, computadora, proyector

Recursos económicos. GAD de Cunchibamba y el personal de salud del centro de salud de Cunchibamba.

Frecuencia. Una vez al mes

Tiempo. 30 minutos

6.7 Metodología

Tabla No. 19 Modelo operativo

Fases	Actividades	Metas	Resultados	Responsables	Tiempo
Planeación de la propuesta	Presentación y coordinación de la propuesta del programa educativo a autoridades de la parroquia y de salud.	Aceptación y colaboración de las autoridades y personal de salud de Cunchibamba.	Personal de salud capacitado en el programa educativo	Investigador, personal del centro de salud de Cunchibamba	A determinarse
Ejecución de la propuesta	Socialización de la propuesta Difusión del programa educativo	Prevenir o atenuar la evolución de la fragilidad en el adulto mayor. Disminuir la repercusión en la salud familiar por la presencia de un adulto mayor frágil	Equipo de salud informado y concienciado a ejecutar el programa educativo. Familias con adultos mayores frágiles capacitados.	Investigador, personal del centro de salud de Cunchibamba	A determinarse
Evaluación de la propuesta	Elaboración de indicadores para monitorear y controlar la ejecución del programa y su impacto	Cumplir con el cronograma elaborado	Índice bajo de adultos mayores con grado de fragilidad grave.	Investigador, personal del centro de salud de Cunchibamba	A determinarse

.Elaborado por: Garcés K. 2016

6.8 Administración

La presente propuesta de programa educativo sería implementada en las familias de adultos mayores frágiles que posee la parroquia de Cunchibamba de la ciudad de Ambato en el transcurso de un año.

El investigador mediante previo consentimiento de las autoridades de la parroquia y de la unidad operativa del lugar, se convierte en el responsable de capacitar al personal de salud, administrar recursos y tiempo necesarios para realizar las actividades del programa educativo, por lo cual se manejará el siguiente orden jerárquico.

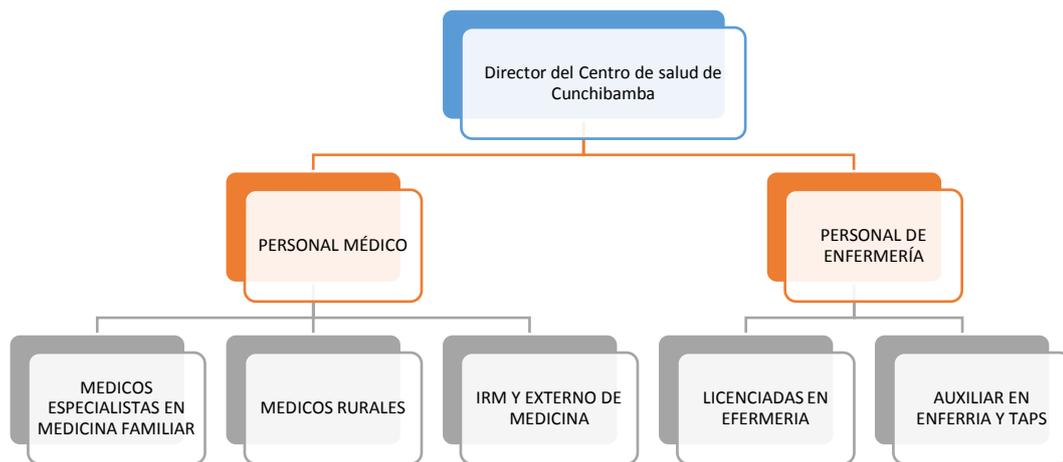


Gráfico No. 2 Esquema de la administración de la propuesta

Elaborado: K. Garcés 2016

6.9 Previsión de la evaluación

La propuesta del programa educativo será dirigida a los profesionales de salud del centro de salud de Cunchibamba con la finalidad de ser valorada y aceptada para su ejecución.

El material didáctico utilizado para la esfera cognitiva y afectiva será sometido a revisión por parte del psicólogo de la unidad operativa.

El monitoreo se lo realizará mensualmente por medio del cumplimiento estricto de las estrategias educativas utilizadas en este programa.

La evaluación final se analizará mediante un informe sobre las actividades realizadas y se estudiará el impacto de las mismas en las familias con adultos mayores frágiles mediante los siguientes indicadores (incremento en el porcentaje de adultos mayores con mejoramiento en la esfera funcional, cognitiva, disminución en el porcentaje de depresión, que conllevaría a disminuir la afectación en la salud de las familias con adultos mayores).

BIBLIOGRAFÍA

1. Andrade Trujillo CA. Nivel de depresión en Adultos mayores de 65 años y su impacto en el estado nutricional en la parroquia Asunción. Tesis de grado. Escuela Superior Politécnica de Chimborazo;2011
2. Grupo de trabajo del consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informes estudios e investigación de Madrid; 2014. http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/FragilidadyCaídas_personamayor.pdf (último acceso 16 de septiembre 2014).
3. Grupo de trabajo del programa nacional del adulto mayor. Programa nacional del Adulto mayor. Ministerio de salud pública de Uruguay. Dirección general de salud; 2005. <http://www.msp.gub.uy/> (último acceso 16 de septiembre 2014).
4. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas mundiales 2014. Disponible en: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2014/es/
5. Instituto nacional de estadísticas y censos/ Ecuador en cifras INEC. Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.com> <http://www.inec.gob.ec>
6. Carrasco M. Fragilidad: Un síndrome geriátrico en evolución. Programa de geriatría. Pontífice Universidad Católica de Chile; 2011. <http://escuela.med.puc.cl/deptos/programageriatria/Fragilidad.html>. (último acceso 20 de septiembre 2014).
7. Castell MJ, Sánchez M, Julián R, Queipo R, Martín S, and Otero A; Frailty prevalence and slow walking speed in persons age 65 and older: implications for primary care. BMC Family Practice. [Internet]. 2013. [citado 10 sep 2014]". Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/14/86>
8. Pérez Martín M, Delgado Cruz A, Naranjo Ferregut J. Medio Familiar de los Adultos Mayores. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Rio [Internet]. 2012; 16(1). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156131942012000100012 (ultimo acceso 10 enero 2015).
9. González AM. Rodríguez, L; Fragilidad, paradigma de la atención al adulto

- mayor. GEROINFO. Publicación de Gerontología y Geriátrica. [Internet]. 2010. [citado 10 sep 2014]. 3 (1). Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/fragilidad.pdf>
10. Ramos D, Bettinelli LA, Pasqualotti A, Corso D, Brock F, Erdmann LE. Prevalencia de Síndrome de Fragilidad en los Adultos Mayores de una Institución Hospitalaria. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [Internet]. 2013. [citado 10 septiembre 2014]. 21(4). Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/es_0104-1169-rlae-21-04-0891.pdf
 11. Grupo de trabajo de la Guía Geronto Geriátrica de atención primaria de salud para el adulto mayor. Guía Clínica Geronto Geriátrica de Atención Primaria. Ministerio de Salud Publicad del Ecuador; Quito septiembre 2008.
 12. Marín PP. Fragilidad en el Adulto Mayor y Valoración Geriátrica Integral. Boletín de la Escuela de Medicina. Universidad Católica de Chile; 2000 29(1). <http://escuela.med.puc.cl/publ/boletin/geriatria/FragilidadAdulto.html> (último acceso 15 de octubre 2014).
 13. Grupo de trabajo de las Normas y Protocolos de Atención Integral de Salud de las y los Adultos Mayores. Normas y Protocolos de Atención Integral de Salud de las y los Adultos Mayores. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Dirección de Normatización del SNS; 2010.
 14. Xolocotzi D. Determinación de la prevalencia del Síndrome de Fragilidad en Adultos Mayores de 65 años de la UMF 1 Orizaba. Tesis de Especialidad. Universidad Veracruzana; 2014. <http://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/Tesis-David.pdf> (último acceso 12 de febrero 2015).
 15. Woo J, Goggins W, Sham A. Public health significance of the frailty index. [Internet]. 2006. [citado 10 sep 2014]. 28(8): 515-521. Disponible en: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1080/09638280500215867>
 16. Romero ÁJ. Fragilidad y Enfermedades Crónicas en los Adultos Mayores. Med Int Mex. 2011; 27(5): 455-462. <http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2011/mim115g.pdf> (ultimo acceso 12 de enero 2016).
 17. Lluís GE, Llibre JJ. Fragilidad en el adulto mayor. Un primer acercamiento. Revista Cubana de medicina general integral. La Habana. 2004; 20(4).

- http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086421252004000400009&script=sci_artext (último acceso 10 de noviembre 2015).
18. Díaz M, Silveira P, Guevara T, Ferriol M. Fragilidad, Dependencia y Repercusión Social en Ancianos Atendidos por el Equipo Multidisciplinario de Atención Geriátrica. *Revista Acta Médica del Centro*. 2014; 8(2). <http://www.medigraphic.com/pdfs/medicadelcentro/mec2014/mec142h.pdf> (último acceso 05 de enero 2016).
 19. Arnaiz J, Ayul S, Savio I. Fragilidad del adulto mayor. *Revista. Medica Clínica de Uruguay*. 2014; 44 (1): 17-24. http://issuu.com/farmanuario/docs/tendencias_uy_44 (último acceso 17 mayo 2015).
 20. Declaración universal de Derechos Humanos- Naciones Unidas 1943. Artículos del 11 al 20. Disponible en: http://www.un.org/es/documents/udhr/index_print.shtml
 21. Duran A. Código de la familia. [Internet]. 2013. <http://www.derechoecuador.com/articulos/detalle/archive/doctrinas/derechodefamilia/2013/10/31/codigo-de-familia> (último acceso 16 de febrero 2016)
 22. Grupo de trabajo del Manual del Modelo de Atención Integral en Salud. *Manual del Modelo de Atención Integral en Salud MAIS*. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Subsecretaría de Gobernanza de la Salud Pública; 2013.
 23. Constitución de la República del Ecuador. Decreto Legislativo 0. Registro Oficial 449 de 20 de octubre 2008. Estado Vigente. Disponible en: http://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf (último acceso 20 de enero 2016).
 24. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. *Plan Nacional de Buen Vivir*. Ecuador. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo; 2013.
 25. Congreso Nacional del Ecuador. Codificación de la Ley del Anciano. Comisión de Legislación y Codificación. 2012. <http://igualdad.gob.ec/122-adulto-mayor.html> . (último acceso 20 de octubre 2015).
 26. García M. Consentimiento informado. *Sociedad Ecuatoriana de Bioética*. [Internet]. 2008. [citado 05 de enero 2016]. Disponible en:
 27. http://www.bioetica.org.ec/articulos/articulo_consentimiento.htm
 28. Organización panamericana de salud OPS/OMS. *Plan regional de atención a las*

- personas adultas mayores OPS/OMS. Washington 2010; <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2010/adultoMayor/archivos/lineamiento.pdf>. (último acceso 10 de febrero 2016).
29. Grupo de trabajo de la Guía clínica del adulto mayor. Guía clínica del adulto mayor frágil. Ministerio de salud de Chile; 2008. http://www.desamquellon.cl/descargas/Cursos/ADM/1.Guia_Clinica_Adulto_Mayor_Fragil.doc (último acceso 14 de marzo 2016).
30. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica. Guía de la Práctica Clínica Síndrome de fragilidad en el anciano, prevención diagnóstico y tratamiento. Instituto Mexicano del Seguro Social; 2011. <http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/gpc.htm> (último acceso 14 de marzo 2016).
31. Serra M. Meliz JL. Polifarmacia en el Adulto Mayor. Revista Habanera de Ciencias Médicas 2013; 12(1). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729519X2013000100016 (último acceso 15 de marzo 2016).
32. Arango V. Polifarmacia en el Anciano. Revista Médica Javeriana 2013. <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v43n1/0025%20Polifarmacia.PDF> (último acceso 15 de marzo 2016).
33. Montes J, Gutierrez L, Silva F, Garcia G, Del Rio Y. Perfil cognitivo de adultos mayores de 60 años con y sin deterioro cognitivo. Revista Chilena Neuropsicología 2012; 7(3): 121-126. <http://www.neurociencia.cl/dinamicos/articulos/222472-rcnp2012v7n3-5.pdf> (último acceso 15 de julio 2016).
34. Jara M. La Estimulación Cognitiva en Personas Adultas Mayores. Revista Cúpula 2012. <https://animamultiespacio.files.wordpress.com/2009/12/estimulacioncognitiva.pdf> (último acceso 15 de noviembre 2015).
35. Sancho I. La Influencia de la Psicoestimulación Cognitiva en el Funcionamiento Cognitivo y la Calidad de vida de Personas Mayores. Tesis de Grado. Universidad Pontificia Comillas Madrid; 2015 <https://repositorio.comillas.edu/jspui/bitstream/11531/1111/1/TFM000135.pdf> (último acceso 30 de Noviembre 2015).

36. Grupo de Trabajo de la Guía de Referencia Rápida. Guía de Referencia Rápida Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención. Instituto Mexicano del Seguro Social, Dirección de Prestaciones Médicas; 2014. <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/194GRR.pdf> (último acceso 12 de noviembre 2015).
37. Becerra M. Depresión en el adulto mayor. Revista de la facultad de medicina de la UNAM 2013; http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spivsa/antol%20%20anciano/2parte2013/VIII_depre_am.pdf (último acceso 18 de noviembre 2015).
38. Guridi M, Franco V, Guridi Y, Perez D, Fernandez A. Funcionamiento y Repercusión Familiar en Adolescentes Embarazadas Atendidas en el Policlínico de Calabazar. Revista Psicología Científica 2012; 17(1). <http://www.psicologiacientifica.com/adolescentes-embarazadas-repercusion-familiar-polclinico-calabazar/> (último acceso 10 de enero 2016).
39. Torres Olmedo A. Comportamiento Epidemiológico del adulto mayor según su tipología Familiar. Tesis de Especialidad. Universidad de Colima Colombia; 2014 http://digeset.ucol.mx/tesis_posgrado/.pdf (último acceso 12 de enero 2016).
40. Buil, P; Díez Espino, J. Anciano y familia. Una relación en evolución. Anales Sis San Navarra 1999; 13(27):07-09. www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol22/suple1/suple3.htm - 27k. (último acceso 12 de enero 2016).
41. Herrera P, Gonzales I, Cárdenas S. Metodología para Evaluar el Impacto de los Acontecimiento Vitales de la Familia en la Salud Familiar. Revista Cubana de Medicina General Integral 2002; 18(2) http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S08642125200200020013 (último acceso 12 de enero 2016).
42. Salado L. La Fragilidad en el anciano. Tesis de grado. Universidad de Catabria 2014. <http://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/5126/SaladoMoralesL.pdf?sequence=1>
43. Galbán P. Fragilidad en el Adulto Mayor al Nivel Comunitario. Tesis de

- Especialidad. Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana. 2015.
http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/revsalud/tesis_patry.pdf
44. Sánchez S, Sánchez R, García C, Rosas O, Avila A, Ruiz L. Frailty among community-dwelling elderly Mexican people: prevalence and association with sociodemographic characteristics, health state and the use of health services. *Geriatr Gerontol Int.* 2013 Apr;14(2):395-402.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2380988>
45. Jansen K, Bell S, Hilmer S. Effects of Changes in Number of Medications and Drug Burden Index Exposure on Transitions Between Frailty States and Death: The Concord Health and Ageing in Men Project Cohort Study. *Journal of American Geriatrics Society.* 2016. 64(1):89-95.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26782856>.
46. Sousa M, Santos D. Factores asociados al síndrome de fragilidad en ancianos residentes en área urbana. *Revista Latino-Am. Enfermagen.* 2014;22(5):874-882. http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n5/es_0104-1169-rlae-22-05-00874.pdf (último acceso 12 de mayo 2016).
47. González R, González A. Fragilidad: prevalencia, características sociodemográficas y de salud, y asociación con calidad de vida en adultos mayores. *Artículo original ATEN FAM.* 2012; 19(1):1-6.
http://www.journals.unam.mx/index.php/atencion_familiar/article/view/29046/26999 (último acceso 12 de mayo 2016).
48. Cotarelo A, Estevez A, Guridi M. Capacidad Funcional y Repercusión Familiar de pacientes Adultos Mayores. *Revista Cubana de Reumatología* 2013; 15(3).
<http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/rt/printerFriendly/265/427> (último acceso 12 de mayo 2016).

ANEXOS



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
Y COMUNITARIA

Anexo 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

“Síndrome de fragilidad en el adulto mayor y su repercusión en la salud familiar, parroquia Cunchibamba 2015-2016”.

Sr(a):

Me propongo realizar una tesis sobre el síndrome de fragilidad en el adulto mayor y su repercusión en la salud familiar, para lo cual se utilizará el test de Barber para detectar fragilidad en el adulto mayor y además se aplicará la Historia Clínica Geriátrica del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, con la aplicación de sus respectivas escalas geriátricas.

Su participación es voluntaria y podrá retirarse del estudio si así lo creyera conveniente.

Su participación consistirá en:

- Permitir la aplicación de diferentes escalas de evaluación geriátrica para detectar síndrome de fragilidad y de un instrumento que permitirá identificar repercusión en la salud familiar.

Declaro que se me ha informado sobre beneficios derivados de mi participación en el estudio, que es el siguiente:

- Identificar Síndrome de fragilidad en el adulto mayor y detectar la

repercusión del síndrome de fragilidad del adulto mayor en la salud familiar

Por medio del presente acepto participar en el estudio.

.....

Firma del Entrevistado

CI.

.....

Firma del Investigador

CI.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
Y COMUNITARIA

Anexo 2.

Test de Barber

	ITEMS	si	No
1	Vive sola		
2	Le falta alguien que lo pueda ayudar		
3	Depende de alguien para sus necesidades diarias		
4	Hay días en que no consigue comer algo caliente		
5	No puede salir de casa por alguna enfermedad		
6	Tiene mala salud		
7	Tiene problemas de visión		
8	Tienes problemas de oído		
9	Ha estado este último año		
	Puntuación		

Resultado de la puntuación 0 no sugiere riesgo de dependencia 1 o más sugiere fragilidad o riesgo de dependencia



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
Y COMUNITARIA

Anexo 4

Instrumento para medir repercusión en la salud familiar

¿El adulto mayor vive con usted? 1. Sí 2. No

¿El adulto mayor alterna el lugar de residencia? 1. Sí 2. No

Áreas de salud familiar	ITEMS	Nunca (1)	Pocas veces (2)	A veces (3)	Siempre (4)
Área socio económica					
	¿Ha tenido gastos extras relacionado con los cuidados o enfermedad del adulto mayor?				
Área socio psicológica	¿En ocasiones se comporta de forma, molesta o inadecuada, de tal forma que puedan sentir vergüenza o incomodidad?				
	¿Han tenido que cambiar, interrumpir o alterar sus planes de diversión, sus actividades sociales o de ocio para atender al adulto mayor?				
	¿Ha tenido que cambiar, interrumpir o alterar las labores de la casa y la rutina doméstica para atender al adulto mayor?				
	¿El cuidar del adulto mayor le impidió dedicar a otros miembros de la familia el tiempo y la atención que necesitaban?				
Área de	¿Por las noches ocasiona molestias a los demás por su actividad o por sus				

estado de salud	comportamientos?				
	¿Han presentado tristeza, angustia por los cambios físicos y mentales que ha presentado el adulto mayor?				
	¿Se siente estresado al tener que cuidar al adulto mayor y tener además que atender otras responsabilidades de la familia?				
	¿Ha habido muchos roces, discusiones en casa, se ha ido algún miembro de la familia o ha amenazado con irse por la presencia del adulto mayor?				



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
Y COMUNITARIA

Anexo 5

Fotografías del trabajo de recolección de la información

Foto 1



Foto 2



Foto 3

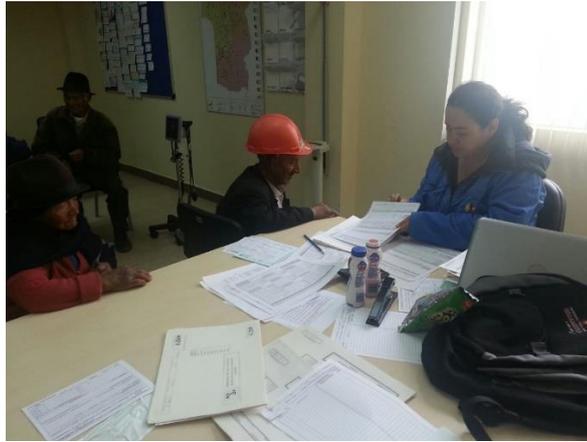


Foto 4



Foto 5



Foto 6



Foto 7



Foto 8



Foto 9



Foto 10