



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA  
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD  
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE NICARAGUA**



**MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA 2008-2010 EL SALVADOR**

**Tesis para optar al grado de Maestra en Salud Pública:**

**“SINDROME DE FRAGILIDAD DE LOS ADULTOS MAYORES,  
PARTICIPANTES DEL CLUB DE LA TERCERA EDAD, DE LA UNIDAD DE  
SALUD SANTA LUCIA, ILOPANGO, SAN SALVADOR, EL SALVADOR.  
ENERO A OCTUBRE DE 2011”**

**Autora: Fátima Patricia Miranda Miranda.**

**Tutora: Msc. Rosario Hernández García.**

**EL SALVADOR, NOVIEMBRE DE 2011**

## INDICE

DEDICATORIA .....	i
AGRADECIMIENTOS .....	ii
RESUMEN.....	iii
I. INTRODUCCION .....	1
II. JUSTIFICACION.....	2
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	3
IV. OBJETIVOS .....	4
V. MARCO REFERENCIAL .....	5
VI. DISEÑO METODOLOGICO .....	10
VII. RESULTADOS.....	26
VIII. DISCUSION .....	28
IX. CONCLUSIONES .....	32
X. RECOMENDACIONES.....	33
XI. BIBLIOGRAFIA .....	34
ANEXOS.....	35

## **DEDICATORIA**

A mi Madre y Padre, que me siguen apoyando a pesar del tiempo y de los años, a mi hermana, ya que siempre cuento con ella, en las buenas y en las malas; a mi esposo, quien a pesar de las adversidades, me dio fuerzas para continuar y no desfallecer ante el reto; y al ángel de mi vida, mi hija, por tener paciencia al asistir conmigo, a las clases de fines de semana.

A los docentes que me han acompañado durante el largo camino, brindándome siempre su orientación con profesionalismo ético en la adquisición de conocimientos y afianzando mi formación como estudiante de post-grado.

## **AGRADECIMIENTOS**

Al Todo Poderoso, por darme la oportunidad de haber finalizado mi estudio, y darme cada día la Vida, ya que es el mejor regalo que he obtenido.

Al Coordinador del RIIS Oriente, Municipio de Ilopango, Departamento de San Salvador, El Salvador; ya que facilito el que pudiéramos finalizar el presente trabajo, con su accesibilidad y comprensión.

Al Personal de la Unidad de Salud Santa Lucía, Ilopango, San Salvador, El Salvador, por haber participado del estudio.

A los Adultos Mayores del Club de la Unidad de Salud Santa Lucía, ya que con su ejemplo diario, nos ayudan a tratar de ser mejores, para poder ayudar a personas que se lo merecen, como ellos.

## RESUMEN

### OBJETIVO

Determinar la Prevalencia del Síndrome de Fragilidad en la población integrante del Club de adultos mayores, de la Unidad de Salud Santa Lucia, relacionado con los conocimientos de los profesionales que les atienden, en el periodo de Enero a Octubre del año 2011.

### METODOLOGIA

#### A. TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio tiene un enfoque cuantitativo, retrospectivo, de índole transversal, con el fin de caracterizar al adulto mayor en la población que asiste al Club de la Unidad de Salud Santa Lucia. El universo lo constituyen 40 adultos mayores pertenecientes al Club de Adultos Mayores, de la Unidad de Salud, siendo todos estos el objeto de estudio.

Criterios de inclusión:

Pertenezca al Club de Adultos Mayores de la Unidad de Salud.

Que desee participar del estudio.

Que sea adulto mayor: definido éste como todo hombre o mujer que tenga 60 años o más de edad.

#### B. MUESTRA:

Con que se trabajo está distribuida de la siguiente manera:

40 adultos mayores de donde 5 (12.5%) son hombres y 35 (87.5%) mujeres.

11 Miembros del equipo que atienden el club.

#### C. INSTRUMENTO

Una entrevista de 16 respuestas cerradas basadas en la Escala Geriátrica de Evaluación Funcional.

Una entrevista semiestructurada para el personal, la cual consta de 5 preguntas, las cuales tienen como objetivo principal caracterizar el conocimiento que los entrevistados tienen sobre la Escala Geriátrica de Evaluación Funcional, fragilidad del Adulto Mayor, aspiraciones del personal de salud, con respecto a la atención que se le brinda al Adulto Mayor.

Obtención de la Información.

Se realizara a través de las entrevistas al personal, a los miembros del Club y una revisión documental teórica y revisión de expedientes clínicos, revisión de normas y protocolos existentes.

#### D. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN:

Se utilizará diferentes programas computacionales: Excel y Epi.-info., haciendo vaciamiento de la información en tablas que permitirán un análisis descriptivo basado en frecuencias y porcentajes.

### RESULTADOS

De los 40 Adultos Mayores del Club de la Unidad de Salud, 5 (12.5%) son del sexo masculino y 35 (87.5%) son del sexo femenino, de los cuales el 65% resulto tener Síndrome de Fragilidad, y la mayoría se evaluaron predominantemente en la categoría 4 y 5, a excepción de uso de medicamentos, sueño y memoria.

El conocimiento del Personal de Salud de la Unidad tiene conocimiento deficiente, sobre lo que es el Síndrome de Fragilidad del Adulto Mayor.

## **I. INTRODUCCION**

El número de personas Adultas Mayores que en el mundo rebasa la edad de 60 años, aumentó en el siglo XX de 400 millones en la década del 50, a 700 millones en la década del 90; estimándose que para el año 2025 existirán alrededor de 1,200 millones. También se ha incrementado el grupo de los mayores de 80 años de edad, que en los próximos 30 años constituirán el 30 % de los adultos mayores (AM) en los países desarrollados y el 12% en los países en vías de desarrollo. Las características demográficas del envejecimiento en las Américas se conocen bien. Según proyecciones de las Naciones Unidas, para mediados de este siglo. América Latina y el Caribe tendrán 112 habitantes de 60 años de edad o mayores por cada 100 de 15 años o menores y en América del Norte esta razón será de 148 a 100. Actualmente, en El Salvador, la población de Adultos Mayores es de 358,982 personas. Lo que en porcentaje equivale al 9.4%, con mayoría en el área urbana (9.7%), con respecto a la rural (9.1%). Los avances de la Medicina y la divulgación de prácticas de hábitos y estilos de vida en la población, han contribuido a aumentar la esperanza de vida de las personas y por ende hacer de la población adulta mayor, un grupo cada vez más amplio a quienes debe brindárseles asistencia médica acorde de sus necesidades a fin de que el proceso de envejecimiento sea adecuado y digno. La Unidad de Salud de Santa Lucia, está ubicada a 7.5 kilómetros de San Salvador; cuenta con una población total de 34,626 habitantes de la cual la población geriátrica existente es de 3,193 y de éstos 1,310 son hombres y 1,883 son mujeres. Lo cual representa el 9.22% de la población total. Con dicha población en la Unidad de Salud se cuenta con un Club de Adultos Mayores de 40 participantes, en el cual se dinamizan aspectos que mejoren su calidad de vida, especialmente relacionados con Nutrición; Salud sexual, Promoción de la salud y Salud mental, Morbilidad, Daño y rehabilitación, Saneamiento ambiental, etc.; tratando de atender sus necesidades a través de brindarle diferentes servicios para su beneficio personal. Esto incluye evaluación ponderal relacionado con talla/edad, controles nutricionales, exámenes de laboratorio; además se les ofrecen atenciones para la prevención de cáncer cervicouterino como la Toma de Citología; la prevención del cáncer de seno con la evaluación clínica de mamas y el examen de próstata para la detección y prevención del cáncer de próstata.

## II. JUSTIFICACION

La Fragilidad, esta frecuentemente implícita en el Adulto Mayor, independientemente de la edad, la frecuencia de pacientes con ella aumenta cada día, trayendo consigo un importante número de complicaciones asociadas, que se mantienen y/o se desarrollan en la [vejez](#). También hay efectos negativos de índole social y psicológica que pueden afectar a las diferentes personas adultas mayores ya que les afecta su vida cotidiana y les puede conllevar a [problemas](#) emocionales no expresados.

Por lo que con el presente trabajo se pretende proponer recomendaciones y mejorar las capacidades en los profesionales de salud.

Contribuyendo con esta investigación al mejoramiento de los servicios que se brindan a ésta población, facilitándole la apropiación de conocimientos, habilidades y destrezas, actitudes y valores que les permitan acceder a una mejor calidad de vida.

A nivel de Ministerio de Salud (MINSAL) el aporte del presente estudio aportara a la actualización de normas y programas dirigidos a la atención integral del Adulto Mayor.

### **Los resultados del presente estudio servirán para apoyar:**

1. El Mejoramiento de los Servicios que se brindan al Adulto Mayor.
2. Facilitar la apropiación de conocimientos, habilidades y destrezas, actitudes y valores que les permitan acceder a una mejor calidad de vida.
3. A la actualización de normas y programas dirigidos a la atención integral del Adulto Mayor.

### **III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Actualmente la población de Adultos mayores que se atiende dentro del Club del adulto mayor del Programa que se desarrolla en la Unidad de Salud de Santa Lucía del municipio de Ilopango no cuenta con la evaluación del diagnóstico de Síndrome de Fragilidad; situación que se convierte en problema, dado que en su mayoría son diagnosticados con otro tipo de patologías. En las cuales se les pudiera estar brindando tratamiento farmacológico erróneo, al no contar con un diagnóstico preciso y por ende causar iatrogenia en ellos por omisión. Incluso factores que podrían estar influyendo negativamente en su salud y actividades de la vida diaria, situación que pone en desventaja a cada uno de las integrantes de la población, así como a los miembros del club y a la institución ya que se requiere de una atención individualizada por parte del personal de servicio del centro. Y a la fecha no hay ninguna investigación ni acciones encaminadas a buscar alternativas de solución a la problemática.

#### **1.1 Problema**

Por todo ello, se ha planteado la siguiente interrogante:

¿Cuántos de los Adultos Mayores que participan en el Club de la Unidad de Salud Santa Lucía, Ilopango, presentan Síndrome de fragilidad?

## **IV. OBJETIVOS**

### **1. General:**

Determinar la Prevalencia del Síndrome de Fragilidad en la población integrante del Club de adultos mayores, de la Unidad de Salud Santa Lucia, del Municipio de Ilopango, Departamento de San Salvador; relacionado con los conocimientos de los profesionales que les atienden, en el periodo de Enero a Octubre del año 2011.

### **2. Objetivos Específicos:**

1. Identificar la prevalencia de las características funcionales socio demográficas que singularizan el Síndrome de Fragilidad en la población de adultos mayores del Club.
2. Reconocer las características mentales que singularizan el Síndrome de Fragilidad en la Población de Adultos Mayores del Club.
3. Detectar características Socio Demográficas, que influyen en el Síndrome de Fragilidad.
4. Explorar el conocimiento que tienen los profesionales que laboran en la Unidad de Salud Santa Lucia sobre el Síndrome de Fragilidad en el Adulto Mayor.

## **V. MARCO REFERENCIAL**

El envejecimiento individual ha estado presente en todas las etapas del desarrollo social, y ha sido siempre de interés para la medicina. En la actualidad existe conciencia que el aumento de la población adulto mayor representa para el país un reto al que es imprescindible dar una respuesta adecuada sobre todo teniendo en cuenta que las condiciones de vida, no les son favorables.

El Salvador no escapa de todo este fenómeno y actualmente esta población presenta más de un 7.5% de la población de 60 años y más.

La necesidad de hacer investigaciones sobre todo lo relacionado con la tercera edad. Se debe a los cambios que se están dando en los índices sociodemográficos, como son el decremento de la natalidad, y la mortalidad, la disminución de la tasa de hijos por mujer y el incremento de la esperanza de vida al nacer, todo lo cual está provocando un gradual incremento de la tercera edad. Las actuales tendencias en salud, priorizan los aspectos preventivos y comunitarios; por lo que el grupo etareo que nos ocupa se encuentra expuesto a riesgos con respecto a su edad, y se hace merecedora de una atención prioritaria.

### **SINDROME DE FRAGILIDAD**

La fragilidad es un síndrome clínico que representa un continuo entre el adulto mayor saludable hasta aquel extremadamente vulnerable en alto riesgo de morir y con bajas posibilidades de recuperación.

Se ha definido como:

Criterios médicos: presencia de enfermedades crónicas, alteración de la marcha, déficit sensorial, mala auto percepción de salud, caídas a repetición, polifarmacia, hospitalizaciones frecuentes.

Criterios funcionales: dependencia en actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y dependencia en actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).

Criterios socioeconómicos: vivir solo, viudez reciente, edad mayor de 80 años, bajos ingresos económicos.

Criterios cognoscitivos/afectivos: depresión, deterioro cognitivo.

Criterio de necesitar institucionalización en hogares de larga estancia.

Linda Fried, definió la fragilidad de acuerdo a la presencia de al menos 3 de 5 criterios:

Fatiga crónica auto reportada, debilidad, inactividad, disminución de la velocidad de la marcha y pérdida de peso.

Teniendo definido el síndrome ha sido posible estudiar sus características fisiopatológicas con mayor precisión. Se ha descrito un ciclo de fragilidad, cuyos elementos centrales, que subyacen a las manifestaciones clínicas, son un ciclo negativo de malnutrición crónica, sarcopenia, disminución de la fuerza, poder, tolerancia al ejercicio y disminución del gasto energético total. Cualquier elemento externo o interno (enfermedad, depresión, caídas, evento estresante vital, reacción adversa a medicamentos, etc.), puede activar el círculo vicioso o potenciarlo. Así mismo se entienden las intervenciones dirigidas a frenar el riesgo como serían mantener el normo peso, hacer ejercicio, evitar la inactividad, etc.

Se considera que algunos cambios fisiológicos asociados al envejecimiento podrían ser centrales al origen del síndrome, disfunción inmune caracterizada por un estado pro inflamatorio, desregulación neuroendocrina y sarcopenia.

Las líneas actuales de investigación muestran interesantes asociaciones con fragilidad entre las que destacan mayor riesgo de fragilidad en pacientes obesos y bajo peso, y en pacientes con anemia. Así como mayor presencia de proteínas proinflamatorias, entre otros.

Si somos capaces de identificar al paciente frágil, comprender mejor su fisiopatología y posiblemente identificar factores que antes no se conocían, se puede llegar a encontrar una forma de prevenir su aparición o tratarla cuando exista.

Este grupo etareo a través de la identificación de su diagnóstico de Fragilidad; se convierte en beneficiario de estrategias de atención que orienten a la población adulto(a) a la prevención de factores causales asociados; teniendo a la vez el propósito, de mejorar

el sistema de atención al adulto mayor, favorecer el manejo domiciliario, reducir los costos que generan las caídas y complicaciones en ellos, disminuir la mortalidad, etc.

Para lograr este objetivo, las acciones tanto asistenciales, docentes e investigativas deberán estar dirigidas fundamentalmente, a cambiar estilos de vida para tratar de lograr que las personas lleguen a la vejez con las óptimas capacidades funcionales posibles. Sin embargo sabemos que para que este proceso de cambio se produzca, el adulto mayor necesita, además de las condiciones objetivas, los conocimientos que induzcan adquirir nuevas actitudes frente a la vida.

Al llegar a la tercera edad, puede presentarse una serie de deficiencias e incapacidades que pueden limitar su desempeño. Tanto para ellos como para su familia, es necesario se complemente con la inclusión de parámetros que evalúen el nivel de impacto en la capacidad, para desempeñarse por sí mismos ante los problemas de salud que los afectan. Es por eso que su salud debe medirse en correspondencia con su funcionalidad.

Las mediciones del estado funcional evalúan el funcionamiento de las personas con respecto al desempeño en las actividades de la vida diaria y el grado de dependencia que pueden tener, y constituyen un indicador del estado de salud del individuo.

En la actualidad en el sector salud se genera un proceso de cambio que obliga a la modernización del mismo, con miras a mejorar la atención al paciente de una manera integral. Dicho proceso, ha evidenciado fortalezas y debilidades en cada una de las fases del desarrollo institucional. El aumento del promedio de vida ha llevado a un aumento de la población del adulto mayor, el cual se ha identificado como un problema en el ámbito de la medicina de atención primaria, ya que su impacto se da en la salud del paciente, en la elevación de los gastos de atención y en la calidad de servicios que se ofrecen a estos usuarios. Una vez detectados los pacientes que tengan criterio de fragilidad o aquellos que por la complejidad y magnitud de sus problemas biomédicos psicológicos y sociales

necesiten una evaluación más especializada para mantenerse en el medio familiar o comunitario y deberán recibir un manejo más complejo.

La problemática del adulto mayor adquiere primordial importancia y factor decisivo en las investigaciones médicas y sociales. Las investigaciones sobre el tema se dirigen ya no sólo a los aspectos relacionados con el proceso “fisiológico” de envejecer; también se pretende conocer aquellas condiciones que colocan al Adulto Mayor en una situación de riesgo, o potencian la disminución progresiva de la capacidad de reserva inherente al envejecimiento.

En lo que concierne a la especie humana se reconocen tipos diferentes de envejecimiento, entre los que sobresalen el individual y el demográfico o poblacional. El envejecimiento individual es el proceso de evolución -hasta ahora irreversible- que experimenta cada persona en el transcurso de su vida mientras que el envejecimiento poblacional es el incremento del número de Adulto Mayor con respecto al conjunto de la población a que pertenecen. Esta dualidad de interpretaciones hace que el análisis del envejecimiento deba hacerse en 2 planos diferentes: el social y el individual.

Otra característica del envejecimiento es su heterogeneidad; ésta resulta de interacciones complejas entre los factores genéticos y ambientales. De todo lo anterior resulta la división en los diferentes tipos de envejecimiento (patológico, habitual, exitoso) llevando a una variedad individual de edad fisiológica que no coincide exactamente con la edad cronológica.

El término adulto mayor frágil ha variado mucho su significado; para algunos la marca es la existencia de determinados procesos clínicos, para otros, la dependencia en actividades de la vida diaria, otros la necesidad de institucionalización. De modo genérico el adulto mayor frágil tiene un estado con reservas fisiológicas disminuidas, lo que conlleva asociado un aumento de riesgo de incapacidad, una pérdida de la resistencia y un aumento de la vulnerabilidad manifestada por mayor morbilidad y mortalidad.

Estos pacientes serían los que se benefician de una valoración geriátrica integral; sin embargo, los criterios considerados no son suficientemente útiles y proporcionan una alta

prevalencia de mayores frágiles. La fragilidad es un estado asociado al envejecimiento, que se caracteriza por una disminución de la reserva fisiológica. Este estado se traduciría en el individuo en un aumento del riesgo de incapacidad, una pérdida de la resistencia y una mayor vulnerabilidad a eventos adversos manifestada por mayor morbilidad y mortalidad. Capacidad reducida del organismo a enfrentar el estrés.

El envejecimiento en sí es un proceso de deterioro también caracterizado por una vulnerabilidad aumentada y una viabilidad disminuida que se da en el tiempo y que progresivamente disminuye la reserva fisiológica.

## **VI. DISEÑO METODOLOGICO**

### **A. TIPO DE ESTUDIO**

El presente estudio tiene un enfoque cuantitativo de índole transversal, con el fin de caracterizar al Adulto Mayor en la población que asiste al Club de la Unidad de Salud Santa Lucia, del Municipio de Ilopango, Departamento de San Salvador, El Salvador. El universo lo constituyen 40 adultos mayores pertenecientes al Club de Adultos Mayores, de la Unidad de Salud, siendo todos estos el objeto de estudio.

Criterios de inclusión:

Pertenezca al Club de Adultos Mayores de la Unidad de Salud.

Que desee participar del estudio.

Que sea adulto mayor: definido éste como todo hombre o mujer que tenga 60 años o más de edad.

### **B. MUESTRA:**

Con que se trabajó, se distribuyó de la siguiente manera:

40 adultos mayores de donde 5 (12.5%) son hombres y 35 (87.5%) mujeres.

11 Miembros del equipo que atienden el club.

### **C. TECNICAS/INSTRUMENTOS**

Una entrevista de 16 respuestas cerradas basadas en la Escala Geriátrica de Evaluación Funcional.

Cuestionario con preguntas cerradas y algunas abiertas.(Semiestructurado).

Obtención de la Información.

Se realizó a través de las entrevistas al personal y a los miembros del Club, revisión documental teórica, revisión de expedientes clínicos, revisión de normas y protocolos existentes.

#### D. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN:

Se utilizaron diferentes programas computacionales: Excel y Epi.-info., haciendo vaciamiento de la información en tablas, que permitieron un análisis estadístico, basado en frecuencias y porcentajes.

## E. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

OBJETIVO	VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR DE LA VARIABLE	ESCALA
<p>1. Identificar la prevalencia de las características funcionales que singularizan el Síndrome de Fragilidad en la población de adultos mayores del Club.</p>	<p>Continencia</p>	<p>Capacidad para controlar la función de la vejiga y el recto.</p>	<p>Grado de Continencia</p>	<p>Alteración de la continencia en 4 o menos según EGEF.</p>	<p>5. Perfectamente continente. 4. Perdida ocasional del control de la micción. 3. Incontinencia urinaria con limitaciones en la vida cotidiana. 2. Incontinencia urinaria que le impide realizar su vida cotidiana. 1. Doble incontinencia (urinaria y fecal) con pérdida de la autonomía.</p>

<p>1. Identificar la prevalencia de las características funcionales que singularizan el Síndrome de Fragilidad en la población de adultos mayores del Club.</p>	<p>Movilidad</p>	<p>Acción muscular en una articulación como consecuencia del esfuerzo voluntario o no del individuo.</p>	<p>Grado de Movilidad</p>	<p>Alteraciones de la movilidad menor que 4 según EGEF.</p>	<p>5. Se moviliza sin limitaciones tanto fuera como dentro del hogar. 4. Alguna limitación de la movilidad en particular con transporte particular. 3. Dificultades de movilidad que limita satisfacer su vida cotidiana. 2. Depende para moverse de la ayuda de otra persona. 1. Se encuentra totalmente confinado a la cama.</p>
---	------------------	--	---------------------------	---	--

<p>1. Identificar la prevalencia de las características funcionales que singularizan el Síndrome de Fragilidad en la población de adultos mayores del Club.</p>	<p>Equilibrio</p>	<p>Estado de estabilidad o reposo por la igualdad de acción de fuerzas opuestas.</p>	<p>Grado de Equilibrio</p>	<p>Alteración del equilibrio menor que 4 según EGEF.</p>	<p>5.No refiere trastorno del equilibrio. 4. Refiere trastorno del equilibrio pero no afecta su vida cotidiana. 3. Trastorno del equilibrio con caídas y limitación de la autonomía. 2. Trastorno del equilibrio que lo hacen dependiente en su vida cotidiana. 1. La falta de equilibrio lo mantiene totalmente incapacitado.</p>
---	-------------------	--	----------------------------	--	--

<p>1. Identificar la prevalencia de las características funcionales que singularizan el Síndrome de Fragilidad en la población de adultos mayores del Club.</p>	<p>Visión</p>	<p>Capacidad de ver objetos que reflejan las ondas luminosas que inciden en zonas de la retina alejadas de la macula.</p>	<p>Grado de Visión</p>	<p>Alteración en la visión menor que 4 según EGEF.</p>	<p>5. Tiene visión normal aunque para ello use lentes. 4. Refiere dificultad para ver pero esto no limita su vida cotidiana. 3. Dificultad para ver que limita sus actividades cotidianas. 2. Problemas de visión que lo obliga a depender de otra persona. 1. Ciego o totalmente incapacitado por la falta de la visión.</p>
<p>1. Identificar la prevalencia de</p>	<p>Audición</p>	<p>Capacidad para percibir sonidos</p>	<p>Grado de Audición</p>	<p>Alteraciones de la audición menor</p>	<p>5. Tiene audición normal aunque</p>

<p>las características funcionales que singularizan el Síndrome de Fragilidad en la población de adultos mayores del Club.</p>				<p>que 4 según EGEF.</p>	<p>para ello use prótesis auditiva. 4. Refiere dificultad para oír pero esto no limita su vida cotidiana. 3. Dificultad para oír con algunas limitaciones en la comunicación. 2. Severos problemas de audición que limitan su comunicación. 1. Sordo o aislado por la falta de audición.</p>
<p>1. Identificar la prevalencia de las características funcionales que</p>	<p>Uso de Medicamentos</p>	<p>Uso de tres o más medicamentos de forma permanente o por un periodo</p>	<p>Polifarmacia</p>	<p>Polifarmacia. Uso de más de tres medicamentos.</p>	<p>5. No toma medicamentos. No cuentan suplementos</p>

<p>singularizan el Síndrome de Fragilidad en la población de adultos mayores del Club.</p>		<p>mayor de un mes.</p>			<p>vitamínicos. 4. Usa menos de tres medicamentos en forma habitual. 3. Usa de tres a cinco Medicamentos por más de un mes ó indicados por varios médicos. 2. Usa más de 6 medicamentos. 1. Se automedica, o no lleva control de los medicamentos que toma.</p>
<p>1. Identificar la prevalencia de las características funcionales que singularizan el</p>	<p>Sueño</p>	<p>Estado caracterizado por la disminución del nivel de conciencia.</p>	<p>Alteración del Sueño</p>	<p>Síndrome demencial con alteraciones del sueño.</p>	<p>5. No refiere trastorno del sueño. 4. Trastornos ocasionales del</p>

Síndrome de Fragilidad en la población de adultos mayores del Club.		Reducción de la actividad de los músculos esqueléticos y depresión de la actividad metabólica		Alteraciones en el sueño menor que 4 según EGEF.	sueño pero no requiere de somníferos. 3. Debe de usar somníferos para lograr que el sueño lo satisfaga. 2. Pese al uso de psicofármacos mantiene trastorno del sueño. 1. Trastorno severo del sueño que le impide realizar su vida diaria.
2. Reconocer las características mentales que singularizan el Síndrome de	Estado emocional	Aspecto afectivo de la conciencia en contraposición con la volición y la cognición	Grado del Estado Emocional	Síndrome demencial con alteraciones del sueño. Alteraciones en el	5. Usualmente de buen humor. 4. Trastornos emocionales ocasionales que

Fragilidad en la Población de Adultos Mayores del Club.				sueño menor que 4 según EGEF.	supera sin ayuda. 3. Trastornos emocionales que lo obligan al uso de psicofármacos. 2. Mantiene limitación por trastornos emocionales aun con tratamiento. 1. Trastornos emocionales que lo incapacitan. Intento o ideas suicidas.
2. Reconocer las características mentales que singularizan el Síndrome de Fragilidad en la Población de	Memoria y Trastornos Cognitivos	Facultad mental que permite retener y recordar, mediante procesos asociativos inconscientes,	Calidad de Memoria	Alteración de la memoria menor que 4 según EGEF.	5. Buena memoria. Niega trastornos de la misma. 4. Refiere problemas de memoria pero no limita sus

Adultos Mayores del Club.		sensaciones experimentadas previamente, así como ideas, conceptos y cualquier información aprendida de forma conciente.			actividades diarias. 3. Trastornos evidentes de memoria que limitan las actividades de su vida. 2. Trastorno de memoria que lo hace dependiente parte del tiempo. 1. Pérdida de memoria que lo hace totalmente incapaz y dependiente.
3. Detectar características Socio Demográficas, que influyen en el	Situación Familiar	Se refiere a la presencia global o parcial del soporte familiar en la vida cotidiana del	Apoyo familiar	Síndrome demencial con apoyo familiar.	5. Cuenta con el apoyo familiar que demanda sus necesidades. 4. Existe apoyo

Síndrome de Fragilidad.		adulto mayor e incluso en situaciones de crisis y de necesidad.			familiar pero tiene limitación en alguna ocasión. 3. El apoyo familiar está restringido a situaciones de crisis. 2. El apoyo familiar es escaso e inseguro, incluso en momentos de crisis. 1. Abandono familiar total.
3. Detectar características Socio Demográficas, que influyen en el Síndrome de Fragilidad.	Situación Social	Presencia global o parcial de soporte social, o limitación de este a situaciones de crisis.	Apoyo social	Presencia global o parcial de soporte social, o limitación de este a situaciones de crisis.	5. Buena relación social. Apoyo total por vecinos y amigos. 4. Buena relación social, apoyo limitado de vecinos y/o amigos. 3.

					Relación social limitada. Apoyo se limita a crisis. 2. Relación social limitada. Ausencia de apoyo de vecinos y/o amigos. 1 .Ausencia de relaciones sociales y de apoyo por vecinos y amigos.
3. Detectar características Socio Demográficas, que influyen en el Síndrome de Fragilidad.	Situación Económica	Capacidad para cubrir necesidades básicas	Ingresos suficientes	Síndrome Demencial con mala situación económica. <input type="checkbox"/> Cualquier combinación de los problemas sociales	5. Niega problemas económicos. 4. Sus ingresos cubren sus necesidades básicas pero no otras. 3. Tiene ocasionalmente

					dificultad para cubrir necesidades básicas. 2. Habitualmente dificultad para cubrir necesidades básicas. 1. Dependencia económica de la asistencia social.
3. Detectar características Socio Demográficas, que influyen en el Síndrome de Fragilidad.	Estado Funcional Global	Satisfacción con el recuento de la vida. Sin limitación de sus facultades biopsicosociales lo que lo hacen total o parcialmente independiente	Alteración del estado Funcional Global menor que 4 según EGEF.	Capacidad funcional	5. Es independiente, activo y está satisfecho con la vida que lleva. 4. Independiente, alguna limitación funcional para sentirse satisfecho. 3.

					Tiene limitaciones en su vida diaria, lo que exige ayuda de otros. 2. Depende en su vida de los cuidados de otra persona. 1. Esta totalmente incapacitado y exige cuidados constantes
3. Detectar características Socio Demográficas, que influyen en el Síndrome de Fragilidad.	Sexo y Edad	Distinción básica entre un hombre y una mujer, tomando en cuenta las manifestaciones fenotípicas y genotípicas. Duración de la existencia de un		Femenino.  Masculino.  a. 60-64 años. b. 65-69 años. c. 70-74 años.	

		individuo medida en unidad de tiempo expresada en términos del periodo transcurrido desde su nacimiento.		d. 75-79 años. e. más de 80 años	
--	--	--	--	-------------------------------------	--

### OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

OBJETIVO	VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR	VALORES	ESCALA
Explorar el conocimiento que tienen los profesionales que laboran en la Unidad de Salud Santa Lucia sobre el Síndrome de Fragilidad en el adulto mayor.	<b>Conocimiento de los profesionales de la Unidad de Salud</b>	<u>Hechos</u> , o <u>datos</u> de <u>información</u> adquiridos por una <u>persona</u> a través de la <u>experiencia</u> o la <u>educación</u> , la <u>comprensión teórica</u> o <u>práctica</u> de un asunto u <u>objeto</u> de la <u>realidad</u> .	Grado de conocimiento sobre fragilidad del Adulto Mayor.	Excelente Muy bueno Bueno Regular Deficiente	De 0 a 10

## **VII. RESULTADOS**

De los 40 Adultos Mayores del Club de la Unidad de Salud, 5 (12.5%) son del sexo masculino y 35 (87.5%) son del sexo femenino, los cuales se evaluaron predominantemente en la categoría 4 y 5, a excepción de uso de medicamentos, sueño y memoria.

Dos de cada diez Adultos Mayores consumen entre tres y cinco medicamentos de manera habitual. En el caso del "Sueño", se pudo apreciar que el 67.5% de los Adultos Mayores, necesitan de un somnífero para que el sueño los satisfaga. La memoria fue evaluada de 4 y 3 en el 95% de los Adultos Mayores. La Situación Funcional Global fue evaluada en 5 lo que equivale al 85% de los Adultos Mayores. (Tabla 1)

De las 35 mujeres que conforman el Club del Adulto Mayor, el 71.43 resulto ser frágiles y de los 5 hombres el 20 % resulto ser frágil; lo cual se logra identificar debido a los distintos puntajes que obtuvieron al aplicar la Escala Geriátrica del Estado Funcional(Tabla 2).

Dentro de los Criterios de Fragilidad se encuentra que la diferencia entre ambos sexos no lleva a dar grandes conclusiones, ya que son las mujeres las que encabezan la lista, pero si ayuda el saber que los Antecedentes patológicos personales encabezan el listado, seguido por polifarmacia, los problemas sociales siguen en orden, los mayores de 80 años con alguna alteración de EGEF; el estado funcional global y alteración en el equilibrio siguen con el 5%, siguiendo con anciano solo y alteración de la memoria menor que 4.(Tabla 3)

### **NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE SALUD DE LA UNIDAD SANTA LUCIA ILOPANGO SOBRE SINDROME DE FRAGILIDAD EN EL ADULTO MAYOR (Tabla 4).**

Se encuestaron 5 médicos y 6 enfermeras graduadas, que laboran en la Unidad de Salud Santa Lucía.

El 27.3% del Personal expresó haber evaluado a la mayoría de los Adultos Mayores, pertenecientes al Club de la Unidad de Salud y el 72.7% refiere no haber realizado evaluación a éstos.

El 9% de los médicos y enfermeras expresó conocer la Escala Geriátrica de Evaluación Funcional. El 100% no utiliza este instrumento en el proceso de evaluación de los Adultos Mayores debido a las siguientes razones:

- Tiempo escaso para el desarrollo de la consulta, relacionado con el elevado número de pacientes que acuden diariamente a la Unidad de Salud.
- No ven objetivo concreto en su aplicación ya que luego de evaluado el Adulto Mayor mediante la misma, no tiene orientación ni tiempo para desarrollar acciones concretas de salud en función de los resultados.

El 91% de los profesionales de la salud que laboran en la Unidad desconocen los criterios de fragilidad.

Finalmente, y en correspondencia con el resultado anterior, existe un 91% del personal de la Unidad de Salud Santa Lucía que no han recibido nunca información alguna sobre el tema de fragilidad en el Adulto Mayor.

Solo una encuestada refirió haber recibido información sobre la fragilidad en el Adulto Mayor durante sus estudios de pregrado.

## VIII. DISCUSION

Con esta investigación se realizó el primer estudio de Prevalencia del Síndrome de fragilidad en adultos mayores de la Unidad de Salud Santa Lucía, resultando que el 65% de los participantes, pueden clasificarse dentro de dicho Síndrome.

Este tema no es conocido en nuestro país, ya que la mayoría de veces el pensar en adultos mayores es sinónimo de enfermedades crónicas y de esta manera son catalogados para poder proporcionarles un control cada cierto tiempo; pero con el Síndrome de Fragilidad, se identifican cuáles son los problemas específicos de éstos Adultos Mayores, y nos damos cuenta que no necesariamente se debe de contemplar lo biológico y fisiológico en ellos, sino que hay que verlo desde los diferentes contextos en los cuales se desarrolla, como por ejemplo el Sociodemográfico. Hay ciertos criterios como “pérdida de audición” o “de visión”, “debilidad muscular” y “trastornos mentales”; o bien la presentación atípica de la enfermedad, la necesidad de utilizar los servicios sociales comunitarios e incluso la institucionalización, que también ayudan a poder decidir si alguien puede clasificarse como frágil o no.

Hay factores de riesgo derivados de: el envejecimiento biológico, alteraciones del equilibrio y marcha por múltiples discapacidades, enfermedades agudas o crónicas (conocidas o no), factores de riesgo en cuanto a abusos (estilos de vida, factores sociales, factores económicos), factores de riesgo en cuanto a desuso (inactividad, inmovilidad, déficit nutricionales), que pueden llevar a alguien a fragilidad.

En el caso de, los criterios cubanos de fragilidad, estos se basan en los resultados obtenidos de la evaluación al Adulto Mayor a partir de la Escala Geriátrica del Estado Funcional, instrumento cuyas variables clasifican como: médicas, funcionales, mentales y sociodemográficas; lo que denota su enfoque multifactorial e integrador. En nuestro estudio los criterios de fragilidad de mayor prevalencia fueron: “Adultos Mayores con alteraciones de la memoria según la EGEF”, “Adultos Mayores con alteraciones en el sueño” y “Polifarmacia”.

Definitivamente la escala alerta sobre una condición de riesgo e induce a su estudio. Ya que por ejemplo es muy diferente la situación de riesgo que pudiera tener un Adulto Mayor que consume más de tres medicamentos de forma habitual, correctamente prescritos, que la de otro que también los consume pero se automedica.

En consonancia con este análisis, se aprecia la gran utilidad que este tipo de evaluación tiene para el profesional del primer nivel de atención. Una vez conocida la incidencia de los diferentes criterios de fragilidad en toda una población de Adultos Mayores frágiles bajo la atención de un Equipo Multidisciplinario de Salud, será posible elaborar estrategias en función de prevenir la fragilidad y atenderla como problema de salud.

Como parte de la caracterización de los Adultos Mayores frágiles en la Unidad de Salud Santa Lucía, existe asociación entre la fragilidad y las siguientes condiciones:

- Edad igual o mayor que 70 años. (52.5%)
- No tener pareja. (67.5%)
- Nivel de escolaridad bajo. (57.5)%
- No trabajar actualmente. (82.5%)
- Padecer tres o más problemas de salud de carácter crónico. (52.5%)

Aunque la fragilidad no es exclusiva de personas mayores, se observa con mayor frecuencia (52.5%) en personas mayores o iguales a los 70 años. Esto es porque las limitaciones y enfermedades asociadas al envejecimiento son parte inseparable de la fragilidad. El estado civil es un importante elemento a tener en cuenta cuando se evalúa la fragilidad, pues en el ánimo de los adultos mayores tienen gran influencia los estados de viudez, soltería o divorcio.

Con relación al bajo nivel de escolaridad, los resultados de nuestro estudio demuestran que las personas no logran tener un verdadero control de su salud, ya que tienden a automedicarse por pensar que asistir a un centro de salud no es necesario. El no desempeñar una actividad productiva, tiene relación con la fragilidad, ya que los acomoda a una vida sedentaria, que contribuye a los distintos padecimientos de la edad Adulta Mayor.

En el caso de la condición “padecer problemas de salud de carácter crónico” es otra forma que lleva a fragilidad debido a que implica en la práctica un deterioro más acelerado de la salud de la persona y por tanto, mayor frecuencia de eventos agudos, disminución de la capacidad funcional, necesidad superior de consumo de medicamentos, de apoyo familiar y de recursos de asistencia médica y social. En nuestro estudio, padecer tres o más problemas de salud de carácter crónico se asoció a la condición de Adulto Mayor Frágil.

Al realizar la revisión de los 40 expedientes, correspondientes a los Adultos Mayores del Club de la Tercera Edad, constatamos que 21(52.5%) de ellos padecen de tres o más problemas de salud, así como corroboramos su estado civil, en donde el 67.5%, no tiene pareja actual, al mismo tiempo comprobamos que el 67.5% tiene problemas de sueño, y han tenido necesidad de medicarse para poder conciliarlo.

Con las entrevistas al personal, el 27.3% de éstos expresó haber evaluado a la mayoría de los Adultos Mayores, pertenecientes al Club de la Unidad de Salud y el 72.7% refiere no haber realizado evaluación a éstos, puede explicarse tal resultado, ya que en la Unidad de Salud, se asignan los Programas a un Recurso en específico, con el afán de obtener un verdadero compromiso de éste con lo asignado, ya que así se puede pedir resultados a alguien en particular.

El 9% de los médicos y enfermeras expresó conocer la Escala Geriátrica de Evaluación Funcional, el único recurso que respondió de manera afirmativa, es una médico en Servicio Social, que está realizando su incorporación a el país, ya que sus estudios de pregrado, los ha realizado en Cuba, país en el cual este tema ya es conocido y se han realizado estudios sobre el mismo. El 100% no utiliza este instrumento en el proceso de evaluación de los Adultos Mayores, es lógico que si alguien desconoce la manera de aplicar la Escala Geriátrica de Evaluación Funcional, la esté aplicando, con los Adultos mayores, más si se considera que el tiempo para dar atención a un usuario es de 10 minutos y ésta aproximadamente, necesitaría 30 para desarrollarla por completo y si al final no desarrollará ninguna actividad con los resultados, la encuentra poco productiva para su jornada diaria.

El 91% de los profesionales de la salud que laboran en la Unidad desconocen los criterios de fragilidad, así como también no han recibido información sobre el tema, ya que a nivel de pensum de las distintas Universidades del país, no se encuentra dicho tema. Lo cual podría cambiarse, siempre y cuando se demuestre, que a través del conocimiento de la Fragilidad que un Adulto Mayor puede tener, puede mejorarse su calidad de vida.

## **IX. CONCLUSIONES**

1. El Síndrome de fragilidad en el adulto mayor tiene una alta Prevalencia dentro del Club del Adulto Mayor de la Unidad de Salud Santa Lucía., en cuya expresión incide de manera considerable la Memoria.
2. Hay factores que se ven relacionados directamente con la Fragilidad del Adulto Mayor, como la edad mayor de los 70 años, no tener pareja, el bajo nivel de escolaridad, no trabajar actualmente y el padecer tres o más enfermedades crónicas.
3. Es deficiente el conocimiento que tienen los profesionales de la Unidad de Salud, sobre el Síndrome de Fragilidad en el Adulto Mayor.
4. El no contar con preparación sobre Fragilidad del Adulto Mayor, desde el pregrado, contribuye a que los profesionales de la salud, desconozcan por completo el tema, y no le den importancia a los distintos puntos que se evalúan en la Escala Geriátrica de Evaluación Funcional.

## **X. RECOMENDACIONES.**

### **A las Universidades Públicas y Privadas**

1. Incluir en la formación de pregrado y postgrado de los profesionales de la salud el tema de la fragilidad en el adulto mayor.
2. Desarrollar investigaciones que profundicen en el estudio de la fragilidad entre los adultos mayores y contribuyan al perfeccionamiento de la normativa del Adulto Mayor.

### **Al Ministerio de Salud**

3. Incluir en el protocolo de atención de adulto mayor la determinación del síndrome de fragilidad como herramienta para brindar cuidado profesional que aporte a la mejora de la calidad de vida de este grupo y de sus familiares así como facilite el abordaje medico preventivo al personal.

### **Al Nivel Local**

2. Incentivar al Personal de Salud para que dedique más tiempo a la atención adecuada del Adulto Mayor, y puede tener una mejor clasificación de la verdadera necesidad de éste y poder darle mejores soluciones a sus necesidades funcionales, mentales y socio demográficas.

## XI. BIBLIOGRAFIA

1. Alarcon T, Gonzalez Montalvo JI. Fragilidad y vejez compañeros inevitables de camino. Editorial. RevEspGeriatrGerontol 1997; 32 (NM1): 1-2.
2. Batzán Cortés JJ y col. Atención sanitaria al anciano frágil: de la teoría a la evidencia científica. Medicina clínica 2000; 115 (NM 18):707-17
3. Compos Ortega Cruz S. Características generales de la población de la tercera edad en el mundo. En: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. El adultomayor en América Latina: sus necesidades y sus problemas médico sociales. México, DF: CIRSS, OPS, OMS, 1995:13-33.
4. Espinosa JM. El anciano en atención primaria. Aten Primaria 2000; 26:515-06. [Medline]
5. Kalache A. Situación global del envejecimiento. Consulta Interregional sobre el Envejecimiento de la Población organizada por el Banco Interamericano de Desarrollo, en la ciudad de Washington el 1-2 junio del 2000.
6. Maestro Castelblanque E, Albert Cuñat V. ¿Quiénes son los ancianos frágiles – ancianos de riesgo? Estudio en personas mayores de 65 años del Área Sanitaria de Guadalajara. Medicina General. 2002; 45:443-680.
7. Mañas R. Aproximación al desarrollo de un Programa Nacional de Investigación sobre Envejecimiento desde el concepto de fragilidad. Rev. EspGeriatr y Gerontol 2001; 36 (NM 3):24-35.
8. Mussoll J y col. Resultados de la aplicación en atención primaria de un protocolo de valoración geriátrica integral en ancianos de riesgo. Rev. EspGeriatr y Gerontol 2002; 37 (NM 5):249-253.
9. Prieto O, Vega E. La atención al anciano en Cuba. Desarrollo y perspectivas. La Habana, 1996:3-9.
10. Rocabruno JC y col. Tratado de Gerontología y Geriatria Clínica. Ed. Científico Técnica. La Habana, 1999.
11. Salgado A. Geriatria. Historia, definición, objetivos y fines, errores conceptuales, asistencia geriátrica. Medicine (Madr) 1983; 50: 3235-3239.

**ANEXOS**

## ANEXO 1

**TABLA 1**  
**Distribución de Adultos Mayores según Escala Geriátrica de Evaluación Funcional, aplicada a los Adultos Mayores del Club de la Tercera Edad de la Unidad de Salud Santa Lucía.**

Variables	Adultos Mayores según categoría evaluativa de la variable									
	5		4		3		2		1	
	No.	% *	No.	% *	No.	% *	No.	% *	No.	% *
Continencia	35	87.5	5	12.5						
Movilidad	33	82.5	6	15	1	2.5				
Equilibrio	36	90	3	7.5	1	2.5				
Visión	28	70	10	25	2	5				
Audición	25	62.5	11	27.5	3	7.5	1	2.5		
Uso de medicamentos	5	12.5	8	20	25	62.5			2	5
Sueño	4	10	8	20	27	67.5	1	2.5		
Estado emocional	29	72.5	8	20	3	7.5				
Memoria	2	5	7	17.5	31	77.5				
Situación familiar	28	70	9	22.5	2	5			1	2.5
Situación social	30	75	8	20	2	5				
Situación económica	29	72.5	6	15	4	10	1	2.5		
Situación Funcional Global	34	85	4	10	2	5				

\*Con respecto a la población total de Adultos Mayores. (40)

**TABLA 2**  
**Distribución de adultos mayores según estado de fragilidad y sexo**

Sexo	Adultos mayores frágiles		Adultos mayores no frágiles		Totales	
	No.	%	No.	%	No.	%
Femenino	25	71.43	10	28.57	35	87.5
Masculino	1	20	4	80	5	12.5
Totales	26	65	14	35	40	100,0

**TABLA 3. Distribución de adultos mayores según criterios de fragilidad y sexo de la Unidad de Salud Santa Lucía de Enero a Octubre de 2011.**

Criterios de fragilidad	Adultos Mayores					
	Femenino		Masculino		Totales	
	No.	% n:35	No.	% n: 5	No.	%n:40
Alteraciones de movilidad y el equilibrio menor de 4 según EGEF	1	2.85	1	20	2	5
Polifarmacia (uso de más de 3 medicamentos)	9	25.7	1	20	10	25
APP* de síndrome demencial con: Alteraciones del estado emocional Alteraciones del sueño Alteraciones de la movilidad Alteraciones del uso de medicamentos Deficiente apoyo familiar Deficiente apoyo social Mala situación económica	25	71.4	1	20	26	65
Cualquier combinación de los problemas sociales (situación familiar, social y económica) menores de 4 según EGEF	7	20	1	20	8	20
Anciano solo con alguna alteración del EGEF	0	0	1	20	1	2.5
Mayor de 80 años con alguna alteración del EGEF	3	8.57	0	0	3	7.5
Alteraciones de la memoria menor que 4 según EGEF	1	2.85	0	0	1	2.5
Alteraciones del estado funcional global menor de 4 según EGEF	1	2.85	1	20	2	5

\*Antecedentes patológicos personales.

**TABLA 4.**  
**Resultados de la Entrevista al Personal de Salud**

Nivel de Conocimiento del personal de salud	PROFESIONALES DE LA SALUD					
	MEDICOS		ENFERMERAS		Totales	
	No.	% n:5	No.	% n: 6	No.	%n:11
<b>Evaluación de Adultos Mayores</b>	<b>2</b>	<b>40</b>	<b>1</b>	<b>16.7</b>	<b>3</b>	<b>27.3</b>
<b>Escala Geriátrica de Evaluación Funcional</b>	<b>1</b>	<b>20</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>9</b>
<b>Aplicación de la Escala Geriátrica</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Conocimiento de Fragilidad en el Adulto Mayor</b>	<b>1</b>	<b>20</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>9</b>
<b>Información sobre Fragilidad en el Adulto Mayor</b>	<b>1</b>	<b>20</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>9</b>

## ANEXO 2

### **Cuestionario para conocer el grado de Fragilidad que tiene un Adulto Mayor del Club de la Unidad de Salud Santa Lucía.**

#### **Datos generales del Adulto Mayor:**

**Unidad de Salud:**

**Nombre y apellidos:**

**Dirección particular:**

**Fecha de nacimiento:**

**Edad:**

---

Encargado de pasar el cuestionario:

---

Para uso del entrevistador:

Seleccione el ítem según la información aportada por el Adulto Mayor

1. Género

1. Femenino
2. Masculino

2. Edad

1. 60-64 años
2. 65-69 años
3. 70-74 años
4. 75-79 años
5. más de 80 años

3. Estado civil

1. Soltero
2. Con pareja estable
3. Viudo
4. Divorciado

4. Estado funcional

1. Totalmente incapacitado
2. Depende en su vida de los cuidados de otras personas
3. Tiene limitaciones en su vida diaria
4. Independiente, con alguna limitación para sentirse satisfecho
5. Es independiente activo y satisfecho

5. En cuanto a su capacidad de continencia, usted se clasificaría en:

1. Doble incontinencia (urinaria y fecal)
2. Incontinencia urinaria que le impide realizar su vida cotidiana
3. Incontinencia urinaria que con limitaciones en la vida cotidiana
4. Perdida ocasional del control de la micción
5. Perfectamente continente

6. En cuanto a su capacidad de movilizarse, usted se clasificaría en:
  1. Se encuentra confinado en cama
  2. Depende de la ayuda de otra persona para movilizarse
  3. Dificultades de movilidad que limita satisfacer su vida cotidiana
  4. Alguna limitación de la movilidad en particular con transporte
  5. Se moviliza sin limitaciones tanto fuera como dentro del hogar
  
7. En cuanto a su capacidad de equilibrio, usted se clasificaría en:
  1. Falta total de equilibrio lo cual lo incapacita
  2. Trastorno del equilibrio que lo hace dependiente en su vida cotidiana
  3. Trastorno del equilibrio con caídas y limitación de la autonomía
  4. Refiere trastorno del equilibrio pero no afecta su vida cotidiana
  5. No refiere trastorno del equilibrio
  
8. En cuanto a visión, usted se clasificaría en:
  1. Ciego o totalmente incapacitado por falta de visión
  2. Problemas de visión que lo obliga a depender de otra persona
  3. Dificultad para ver que le limita sus actividades cotidianas
  4. Refiere dificultad para ver pero no limita su vida cotidiana
  5. Tiene visión normal aunque para ello use lentes
  
9. En cuanto a la Audición, usted se clasificaría en:
  1. Sordo o aislado por falta de audición
  2. Severos problemas de audición que limitan su comunicación
  3. Dificultad para oír con algunas limitaciones en la comunicación
  4. Refiere dificultad para oír pero esto no limita su vida cotidiana
  5. Tiene audición normal aunque para ello use prótesis auditiva
  
10. En cuanto al Sueño, usted se clasificaría en:
  1. Trastorno severo del sueño que le impide realizar su vida diaria
  2. Trastorno Pese al uso de psicofármacos mantiene trastorno del sueño
  3. Debe usar somníferos para lograr que el sueño lo satisfaga
  4. Trastornos ocasionales del sueño pero no requiere de somníferos
  5. No refiere trastorno del sueño
  
11. En cuanto a uso de medicamentos, usted se clasificaría en:
  1. Se auto médica o no lleva control de los medicamentos que toma
  2. Usa más de seis medicamentos
  3. Usa de tres a cinco medicamentos por más de un mes o indicados por varios médicos
  4. Usa menos de tres medicamentos en forma habitual
  5. No toma medicamentos.

12. En cuanto a su estado emocional, usted se clasificaría en:
1. Trastornos emocionales que lo incapacitan (Intento o ideas suicidas)
  2. Mantiene limitación por trastornos emocionales aun con medicamentos
  3. Trastornos emocionales que lo obligan al uso de psicofármacos
  4. Trastornos emocionales ocasionales que supera sin ayuda
  5. Usualmente de buen humor
13. En cuanto a su capacidad de memoria, usted se clasificaría en:
1. Pérdida de memoria que lo hace totalmente incapaz o independiente
  2. Trastorno de memoria que lo hace dependiente parte del tiempo
  3. Trastornos evidentes de memoria que limitan las actividades de su vida
  4. Refiere problemas de memoria pero no limita sus actividades diarias
  5. Buena memoria.
14. En cuanto a su situación familiar, usted se clasificaría en:
1. Abandono familiar total
  2. El apoyo familiar es escaso e inseguro, incluso en momentos de crisis
  3. El apoyo familiar está restringido a situaciones de crisis
  4. Existe apoyo familiar, pero tiene limitación en alguna ocasión
  5. Cuenta con el apoyo familiar que demanda sus necesidades
15. En cuanto sus relaciones sociales, usted se clasificaría en:
1. Ausencia de relaciones sociales y de apoyo por vecinos y amigos
  2. Relación social limitada, ausencia de apoyo de vecinos y amigos
  3. Relación social limitada, apoyo se limita a crisis
  4. Buena relación social, apoyo limitado de vecinos y amigos
  5. Buena relación social, apoyo total por vecinos y amigos.
16. En cuanto a su situación económica, usted se clasificaría en:
1. Dependencia económica de la asistencia social
  2. Habitualmente dificultad para cubrir necesidades básicas
  3. Tiene ocasionalmente dificultad para cubrir sus necesidades básicas
  4. Sus ingresos cubren sus necesidades básicas pero no otras
  5. Niega problemas económicos

### ANEXO 3

Investigación: "Conocimiento del Recurso de la Unidad de Salud Santa Lucia sobre El Síndrome de Fragilidad en el adulto mayor."

Responsable de recolectar la información:

1. Si ha realizado al menos una evaluación en consulta a adultos mayores en la Unidad de Salud. Usted considera que evaluó:

\_\_\_ a la totalidad de los adultos mayores

\_\_\_ a la mayoría

\_\_\_ a la mitad

\_\_\_ a la minoría

\_\_\_ sólo a aquellos que demandaron consulta

2. ¿Conoce la Escala Geriátrica de Evaluación Funcional? (De ser su respuesta negativa, pase a la pregunta 4)

Sí\_\_\_ No\_\_\_

De ser positiva su respuesta enuncie las variables que se evalúan en la misma.

---

3. ¿La Aplica? Sí\_\_\_ No\_\_\_

En caso de ser negativa su respuesta diga por qué:

---

4. Ha recibido usted información acerca de la fragilidad en el adulto mayor y su evaluación:

\_\_\_ En el pregrado

\_\_\_ En el postgrado

\_\_\_ Nunca

\_\_\_ Por otra vía (Diga cuál (es): \_\_\_\_\_

5. ¿Desearía recibir preparación en esta temática?

Sí\_\_\_ No\_\_\_

¿Por qué?

---

## CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	2010		2011			
	Noviembre	Diciembre	Enero a Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre
Elaboración del Perfil del Proyecto	X	X				
Entrega y Revisión del perfil		X				
Elaboración de Protocolo			X			
Validación del instrumento de recolección de datos				X		
Recolección de información				X	X	
Limpieza de datos					X	
Análisis y tabulación de información					X	
Pre defensa de Tesis					X	
Entrega y defensa de la Tesis						X