



UNIVERSIDAD DE CUENCA
Facultad de Ciencias Médicas
Carrera de Enfermería

Síndrome de fragilidad del adulto mayor (00257), en el Asilo Rosa Elvira de León, Azogues 2018

**Proyecto de Investigación previa la
obtención del título de
Licenciado en Enfermería**

Autoras:

Jhenifer Rocio Astudillo Ortiz C.I. 0105733521

Angie Milena Velastegui Ortega C.I. 1804013108

Directora:

Mg. Patricia Piedad Naulaguari Medina. C.I. 0301511739

Cuenca – Ecuador

Febrero 2019



RESUMEN

Antecedentes: los síndromes geriátricos son problemas no fácilmente encasillables en las conocidas enfermedades clásicas, el síndrome de fragilidad presenta múltiples características como pérdida de peso, fatiga, debilidad, pérdida de actividad, desempeño motor lento, pérdida del equilibrio y la marcha, componentes cognoscitivos potenciales.

Objetivo: identificar el síndrome de fragilidad del adulto mayor en los usuarios del asilo Rosa Elvira de León, Azogues 2018.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal. El universo estuvo conformado por 60 adultos mayores del asilo Rosa Elvira de León. Se aplicó una encuesta estructurada, validada con prueba piloto. Para el análisis de datos se utilizó el programa SPSS 24 y los resultados se presentaron a través de tablas y gráficos de barra, con análisis de frecuencias y porcentajes.

Resultados: adultos mayores de más de 80 años (63.3%), sexo femenino (78.3%), estado civil viudo/a (58.3%), residencia rural (73.3%) y de etnia mestiza (66.7%). La prevalencia del síndrome de fragilidad del adulto mayor es de 36.7%.

Conclusión: el síndrome de fragilidad del adulto mayor en el asilo Rosa Elvira de León tiene relación con la edad mayor a 80 años, el sexo femenino y el nivel socioeconómico bajo.

Palabras clave: Síndrome. Adulto mayor. NANDA.



ABSTRACT

Background: the geriatric syndromes are not easily confined problems in the known classic diseases, the fragility syndrome presents multiple characteristics such as weight loss, fatigue, weakness, loss of activity, slow motor performance, loss of balance and gait, potential cognitive components.

Objective: identify the frailty syndrome of the elderly in the users of the nursing home Rosa Elvira de León, Azogues 2018.

Method and Materials: a descriptive, cross-sectional study was carried out. The universe consisted of 60 seniors from the Rosa Elvira de León nursing home. A structured survey was applied, validated with a pilot test. For data analysis, the SPSS 24 program was used and the results were presented through tables and bar graphs, with analysis of frequencies and percentages.

Results: adults older than 80 years (63.3%), female sex (78.3%), marital status widowed (58.3%), rural residence (73.3%) and ethnic mixed race (66.7%). The prevalence of frailty syndrome in the elderly is 36.7%.

Conclusion: the frailty syndrome of the elderly in the Elderly Elvira de León nursing home is related to the age older than 80 years, the female sex and the low socioeconomic status.

Key words: Syndrome. Elderly adult. NANDA.



ÍNDICE

CONTENIDO

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
CAPÍTULO I.....	13
1.1.Introducción.....	13
1.2.Planteamiento del problema.....	14
1.3.Justificación.....	15
CAPÍTULO II.....	17
MARCO TEÓRICO.....	17
2.1.Marco Referencial.....	17
CAPITULO III.....	21
3.1Marco Conceptual.....	21
3.1.1Síndrome de Fragilidad del Adulto Mayor.....	21
CAPÍTULO IV.....	31
4.OBJETIVOS.....	31
DISEÑO METODOLÓGICO.....	32
4.1.Tipo de estudio.....	32
4.2.Área de estudio.....	32
4.3.Universo y muestra.....	32
4.4.Criterios de inclusión y exclusión.....	32
4.5.Variables y Operacionalización.....	32
4.6.Método, Técnicas e instrumentos.....	33



4.7.Procedimiento.....	34
4.8.Plan de tabulación y análisis.....	35
4.8.1.Métodos y modelos de análisis.....	35
4.8.2. Programas utilizados.....	35
4.9. Aspectos éticos.....	35
RESULTADOS.....	37
CAPÍTULO VI.....	37
DISCUSIÓN.....	46
CAPÍTULO VIII.....	49
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	49
8.1 Conclusiones.....	49
8.2 Recomendaciones.....	51
CAPÍTULO IX.....	52
Referencias Bibliográficas.....	52
ANEXOS.....	56

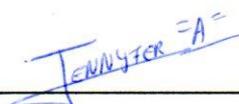


Cláusula de licencia y autorización para Publicación en el Repositorio Institucional

Jhenifer Rocio Astudillo Ortiz, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación **Síndrome de fragilidad del adulto mayor (00257), en el Asilo Rosa Elvira de León, Azogues 2018**, de conformidad con el Art. 114 del CODIGO ORGANICO DE LA ECONOMIA SOCIAL DE LOS CONCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Así mismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación del proyecto de investigación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 28 de febrero del 2019



Jhenifer Rocio Astudillo Ortiz
C.I: 0105733521



Cláusula de propiedad intelectual

Jhenifer Rocio Astudillo Ortiz, autora del proyecto de investigación **Síndrome de fragilidad del adulto mayor (00257), en el Asilo Rosa Elvira de León, Azogues 2018**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 28 de febrero del 2019

JHENIFER = A =

Jhenifer Rocio Astudillo Ortiz

C.I. 0105733521



Cláusula de licencia y autorización para Publicación en el Repositorio Institucional

Angie Milena Velastegui Ortega, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación **Síndrome de fragilidad del adulto mayor (00257), en el Asilo Rosa Elvira de León, Azogues 2018**, de conformidad con el Art. 114 del CODIGO ORGANICO DE LA ECONOMIA SOCIAL DE LOS CONCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Así mismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este proyecto de investigación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 28 de febrero del 2019

Angie Milena Velastegui Ortega.

C.I: 1804013108



Cláusula de propiedad intelectual

Angie Milena Velastegui Ortega, autora del proyecto de investigación **Síndrome de fragilidad del adulto mayor (00257)**, en el **Asilo Rosa Elvira de León, Azogues 2018**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 28 de febrero del 2019

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Angie Milena Velastegui Ortega', written over a dotted line.

Angie Milena Velastegui Ortega

C.I. 1804013108



DEDICATORIA

En primer lugar, esta tesis dedico a Dios quien me ha dado la vida, por guiarme a lo largo de mi existencia, ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y de debilidad.

A mis padres a los cuales adoro con mi vida: Urbano Astudillo y Cecilia Ortiz, por ser los principales promotores de mis sueños, por confiar y creer en mis expectativas, por los consejos, valores y principios que me han inculcado

A mi hija que ha sido mi fuerza y fortaleza para seguir adelante y que ha tenido que soportar mi ausencia.

A mis docentes por los conocimientos a lo largo de la preparación de nuestra profesión, por su paciencia y, su rectitud como docentes.

*Con
cariño;*

*Jhennifer
Astudillo*



DEDICATORIA

Al Creador de todas las cosas, al que me ha dado la sabiduría, fortaleza y confianza; al que me ha dado todo para llegar hasta donde hoy lo he hecho, a Dios en primer lugar dedico esta tesis.

A su vez a mi madre Rubiela quien es mi motor para día a día continuar adelante la que me ha apoyado en el transcurso de esta carrera la que me ha alentado y motivado para continuar y terminar con mi meta propuesta.

A mi tío Raúl quien con su esfuerzo me ha apoyado durante toda mi carrera tanto económicamente y moralmente.

A mi hermana Valeria quien me ha apoyado y levantado ante las caídas que he tenido en el transcurso de mi carrera.

A mi enamorado quien me ha apoyado moralmente para que pueda concluir mi carrera de la manera más exitosa.

Con amor:

Angie

Velastegui



AGRADECIMIENTO

Nuestro más sincero agradecimiento a Dios, por regalarnos la vida y guiarnos en cada uno de nuestros días para ser mejores personas y tener amor por nuestra profesión.

Agradecemos a la Licenciada Patricia Naulaguari Medina, directora y asesora de la presente investigación, por brindarnos su conocimiento, paciencia, apoyo y motivación para que este proyecto se culmine con éxito.

Al hogar de ancianos Rosa Elvira de León por su apertura para que se realice dicha investigación en tan prestigioso establecimiento y a la Universidad de Cuenca por contribuir al desarrollo de este trabajo.

*¡Gracias
Infinitas!*

*Jhennifer Rocio Astudillo
Ortiz*

*Angie Milena Velastegui
Ortega*



CAPÍTULO I

1.1. Introducción

La población adulta mayor ha experimentado en los últimos años un acelerado crecimiento, constituyéndose en un desafío para los servicios de salud. Por primera vez en la historia de la humanidad, la esperanza de vida se ha prolongado más allá de los 60 años. Esto se debe en gran parte a la notable reducción de la mortalidad en las primeras etapas de la vida, sobre todo durante la infancia y el nacimiento, así como al descenso de la mortalidad entre las personas mayores^{1,2}

El proceso del envejecimiento genera cambios importantes en el estilo de vida de la población adulta mayor y posee características especiales en la forma de presentación de sus enfermedades; adicionalmente está expuesto a múltiples problemas que condicionan su autonomía; los cuales derivan de su estado cognitivo, afectivo, funcional, nutricional y social. Por lo tanto, es necesaria la aplicación de un sistema especial de valoración que nos permita obtener una visión integral del adulto mayor, a través de la identificación de los problemas que condicionan su calidad de vida, lo que en consecuencia nos permitirá diseñar un plan de atención individualizado, de calidad y que responda a las necesidades de cada paciente ^{1, 5, 6}.

El sedentarismo, al parecer una de las características de nuestro siglo, es la base de muchas de las actuales enfermedades. La inactividad física produce deterioro de muchas funciones corporales ⁷. En este contexto, surge el concepto de “fragilidad”, que se trata de un síndrome geriátrico que representa el continuo entre un adulto mayor sano y aquel que se encuentra en estado de vulnerabilidad ante estresores externos. Tan sólo una delgada línea separa, en los ancianos frágiles, lo fisiológico y funcional de lo patológico. Una vez traspasada, el camino



hacia la discapacidad y, posteriormente, a la dependencia puede resultar inminente si no se actúa a tiempo ⁸.

El término “fragilidad” ha variado a lo largo del tiempo y fue conceptualizado como: riesgo de “romperse”, aumento del riesgo de morir, susceptibilidad inusual de enfermar, pérdida de la fuerza y la resistencia. Los fenotipos más comúnmente relacionados incluyen: debilidad muscular, fragilidad ósea, desnutrición, riesgo de caídas, vulnerabilidad al traumatismo, vulnerabilidad a infecciones, alto riesgo de confusión, presión arterial inestable y disminución de las capacidades.

Partiendo de lo antes citado, el presente estudio se enmarca dentro de la Taxonomía NANDA I para identificar las características definitorias del síndrome de fragilidad del adulto mayor (00257) en los usuarios del asilo Rosa Elvira de León, Azogues 2018 y los factores relacionados específicos.

1.2. Planteamiento del problema

Uno de los cambios más importantes, ha sido la plena y acelerada transición demográfica, que dio inicio en la década de los treinta con el descenso paulatino de la mortalidad y, que se acentuó a mediados de los setenta con la declinación también de la fecundidad. Estas variaciones han implicado profundos cambios en la estructura por edad de la población, donde la cantidad relativa de personas de mayor edad ha aumentado gradualmente y la de niños tiende a disminuir ^{1,9}.

En el Ecuador la población adulta mayor se ha constituido en un grupo vulnerable de crecimiento estadístico significativo, que se encuentra expuesto a problemas importantes en su condición de salud que pueden provocar cambios en su calidad de vida. El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC, 2011) afirma que en el Ecuador hay 1'229.089 adultos mayores, conformando el 7% de la población, cifra que irá en aumento; para el año 2050 se estima que los adultos



mayores representarán el 18% de la población ecuatoriana. De igual manera la esperanza de vida de la población que en el 2010 fue de 75 años, para el 2050 subirá a 80,5 años ^{1, 2}.

Los síndromes geriátricos son problemas no fácilmente encasillables en las conocidas enfermedades clásicas, son casi exclusivos de los ancianos, tienen una alta prevalencia entre ellos en los distintos niveles asistenciales y son fuentes de discapacidad funcional y/o social ¹⁰. El síndrome de fragilidad presenta múltiples características como pérdida de peso, fatiga, debilidad, pérdida de actividad, desempeño motor lento, pérdida del equilibrio y la marcha, componentes cognoscitivos potenciales. La fragilidad es un desafío importante al que se enfrentará el mundo a medida que avance el siglo XXI, toda vez que un alto índice de envejecimiento poblacional ya se ha hecho patente, lo que conducirá inexorablemente a un incremento de la población adultos mayores más vulnerable ^{9, 11}.

A nivel local existe información general relacionada con la calidad de vida en la población adulta mayor; sin embargo, no existen estudios que analicen el síndrome de fragilidad del adulto mayor con un enfoque enfermero, aplicando la Taxonomía NANDA I en grupos poblacionales específicos. En este contexto, se formula la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo está caracterizado el síndrome de fragilidad del adulto mayor (00257) en los usuarios del asilo Rosa Elvira de León, Azogues 2018?

1.3. Justificación

El proceso del envejecimiento genera cambios importantes en la población y, tiene repercusiones significativas en la calidad de vida, misma que en la actualidad se ha convertido en el principal objetivo de la Política Nacional de Salud, que enfatiza la necesidad de brindar atención a grupos vulnerables o de riesgo, que en el presente trabajo de investigación corresponde a los adultos



mayores del asilo Rosa Elvira de León de la ciudad de Azogues, provincia del Cañar ¹².

La carencia de investigaciones centradas en el síndrome de fragilidad del adulto mayor a nivel local justifica la realización del presente estudio, el mismo que servirá de línea de base para generar proyectos que beneficien a esta población vulnerable; así como

de sustento para la estructuración de guías de práctica de enfermería aplicables a la población geriátrica de la región y país.

Al mismo tiempo, el proyecto se encuentra dentro de las prioridades de investigación en salud planteadas por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador para el período 2013 – 2017 en el área 19: sistema nacional de salud; línea atención primaria de salud; sub-líneas: promoción, prevención y Atención basada en la comunidad.

Los beneficiarios directos del estudio son: la población adulta mayor del asilo Rosa Elvira de León, en quienes se analizó la situación relacionada con este síndrome; el personal de salud, porque conocerán la realidad de los adultos mayores en relación al tema investigado; y, por último, las instituciones formadoras de talentos humanos en enfermería, para que en base al presente estudio puedan estructurar planes de estudio y proyectos de vinculación adecuados para esta población vulnerable y sus familias, así como direccionar el trabajo de enfermería bajo la Taxonomía NANDA.

Los resultados serán difundidos por los medios pertinentes a los estudiantes de la Carrera de Enfermería; también se realizará los trámites para viabilizar la publicación en una revista médica indexada, como la revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, que apoye la difusión de la información generada con la investigación



CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Marco Referencial

En este nuevo siglo, resulta trascendental el análisis de la calidad de vida de la población como indicador del cumplimiento de objetivos planteados dentro de cada grupo poblacional en diferentes áreas o ámbitos de la vida diaria. En relación al síndrome de fragilidad del anciano existen trabajos que permiten identificar algunos aspectos importantes que servirán de base para la realización del presente trabajo de investigación, mismos que se detallan a continuación:

Azpiazu y col (2002) en su estudio sobre la Calidad de en mayores de 65 años no institucionalizados, encontraron como edad media del grupo de estudio 74,7 años (IC del 95%, 74,3-75,1%); mujeres, 59,7% (IC del 95%, 56,4-62,9%); sin estudios 41% (IC del 95%, 37,7-44,2%); clases sociales I y II 38,3% (IC del 95%, 35,1-41,6%). Percibían su estado de salud como bueno o muy bueno 52,1% (IC del 95%, 48,8-55,4%), 57,5% (IC del 95%, 52,2-62,6%). Concluyendo que las mujeres muestran una percepción peor de su estado de salud y su calidad de vida que los varones ¹³.

Durante el 2007 Lázaro y col, presentan su trabajo realizado en la población adulta mayor de Zaragoza, en donde el 9,6% de los sujetos presentaba “dependencia grave/absoluta”, porcentaje que aumentaba a 15,5% y a 18,7% para las personas mayores de 75 y 80 años respectivamente. La “dependencia leve/moderada” está relacionada con ser mujer ($p < 0,01$), salud auto-percibida mala-regular ($p < 0,0001$), ser viudo/a ($p < 0,01$), y sin estudios primarios ($p < 0,01$) ¹⁴. Castell y otros (2010), en su trabajo sobre prevalencia de fragilidad en una población urbana de mayores de 65 años, encontraron que la tasa de respuesta obtenida fue del 73,3%, el 48,6% eran hombres y la mediana de edad fue de 76



años (71 – 83). La prevalencia de fragilidad estimada en la población de estudio fue del 10,3% (IC del 95%: 8,2 – 12,5): el 8,1% en hombres y el 11,9% en mujeres ($p=0,084$). La fragilidad se asoció de forma independiente a edad superior a los 85 años ($OR=3,61$; IC del 95%: 1,26 – 10,29), a bajo nivel educativo ($OR=1,71$; IC del 95%: 1,01 – 2,90), a comorbilidad ($OR=1,27$; IC del 95%: 1,03 – 1,56 por cada proceso crónico) y a discapacidad ($OR=15,61$; IC del 95%: 8,88–27,45) ¹⁵.

Carrasco J, Díaz M (2011), en su investigación “Modificando prácticas en salud ambiental a través del Modelo de Nola Pender en la Comunidad Educativa Ricardo Palma – Mórrope, 2011 – 2012, Chiclayo. 2013”; tuvo como objetivo: Modificar las prácticas en salud ambiental de una comunidad educativa primaria rural a través del modelo de Nola Pender. La investigación fue mixta tipo concurrente, con enfoque metodológico acción participación. La muestra fue probabilística causal de 32 estudiantes entre el 4. to y 5. to grado de educación primaria, los sujetos de estudio fueron 5 docentes. Los instrumentos de recolección de datos fueron: el cuestionario tipo Likert a los alumnos y la entrevista semiestructurada a docentes. Después de la intervención de 2 años utilizando el modelo de Nola Pender se obtuvo: gestión para las prácticas en salud ambiental mediante la aplicación del diseño curricular por los docentes, generando beneficios de autoeficacia percibidos y compromiso con la adquisición de prácticas en salud ambiental por parte de los escolares, evidenciada por el 59 % de aceptable y 29 % sobresaliente. Por tanto, el modelo permitió la modificación de las prácticas en salud ambiental con escolares en zonas rurales del Perú, siendo esto replicable a nivel nacional ¹⁶.



Jürschik Giménez et al (2011), en su estudio encontraron que la prevalencia de fragilidad fue del 8,5%. Los factores asociados a fragilidad fueron el sexo femenino y tener pocos ingresos mensuales. A medida que la fragilidad aumenta, el estado cognitivo, las actividades de la vida diaria y el estado nutricional se deterioran y existe mayor comorbilidad. Las puntuaciones de los criterios de fragilidad empleados presentaron una correlación significativa con las puntuaciones de las escalas de valoración geriátrica estudiadas ¹⁷.

Rojas (2014), en su estudio denominado "Tipología y funcionalidad familiar en el adulto mayor con Síndrome de fragilidad que acude a la unidad UMF 220, de Toluca México, encontró que el género con síndrome de fragilidad más frecuente fue el masculino con 69%, la tipología familiar fue la familia semi integrada en 88% y el 12% la familia desintegrada. Respecto a la funcionalidad familiar se encontró a la familia moderadamente funcional en un 69%, la familia disfuncional en 19%, y la familia severamente disfuncional en el 13%. El área de la funcionalidad familiar más afectada fue la comunicación en el 69%. Respecto al grupo etario, el más frecuente fue 75 – 79 en el 69%, con una media 78.56, desviación estándar del 7.08. Además, se obtuvo un 65% (84) pacientes Robustos es decir que no cumplieran con ningún criterio para Síndrome de fragilidad, 22% pacientes se determinaron como pre- frágiles con 1 criterio y 12% se determinaron como frágiles con 2 o más criterios ⁹.

Sousa y dos Santos (2014) realizaron un estudio para identificar la ocurrencia y los factores asociados a las condiciones de prefragilidad y fragilidad en ancianos. Pudieron constatar la ocurrencia de 313 (32,7%) ancianos no frágiles, 522 (55,4%) prefrágiles y 128 (12,8%) frágiles; se consolidaron a los factores asociados a la prefragilidad y fragilidad, respectivamente: a los intervalos de edad de 70 a 79 años y 80 años o más; al uso de 1 a 4 medicamentos y 5 o más; al mayor número de enfermedades, a la incapacidad funcional para actividades instrumentales de la vida diaria; y a la percepción de salud negativa. La ausencia de compañero permaneció asociada a la prefragilidad, en cuanto que la fragilidad



se asoció a la hospitalización en el último año, a la incapacidad funcional para actividades básicas de la vida diaria y al indicativo de depresión ¹⁸.

Calero et al (2016) en su investigación realizada en la ciudad de Quito – Ecuador sobre la Influencia de las actividades físico – recreativas en la autoestima del adulto mayor hallaron como resultados del post test un incremento de la autoestima en 5.85 puntos porcentuales, lo que equivale al 14.7% de mejora en la autoestima general, luego de actividades físico-recreativas diseñadas para el mantenimiento de la salud física y mental como medio de obtención de una mejor calidad de vida en el adulto mayor, incrementando la autoestima ⁵.



CAPITULO III

3. Marco Conceptual

3.1 Síndrome de Fragilidad del Adulto Mayor

3.2 *Antecedentes*

El envejecimiento de la población es una de las tendencias más significativas en el siglo XXI. Tiene repercusiones importantes y de vastos alcances en todos los aspectos de la sociedad. A escala mundial, cada segundo dos personas cumplen 60 años, es decir, el total anual es de casi 58 millones de personas que llegan a los 60 años. Dado que actualmente una de cada nueve personas tiene 60 o más años de edad, y las proyecciones indican que la proporción será una de cada cinco personas hacia 2050, el envejecimiento de la población es un fenómeno que ya no puede ser ignorado ¹⁹.

El envejecimiento es un proceso que no sólo afecta a las personas, sino que también ocurre en las poblaciones, y es lo que se llama el envejecimiento demográfico. Se produce por el aumento en la importancia relativa del grupo de adultos mayores y la disminución en la importancia porcentual de los menores, como consecuencia de la caída de la natalidad. Este proceso de cambio en el balance entre generaciones está ocurriendo en América Latina y en Ecuador de una manera mucho más rápida que la ocurrida en países desarrollados ¹².

El Ecuador se muestra como un país en plena fase de transición demográfica, este fenómeno demuestra que los adultos/as mayores al 2010 representaron el 7% de la población del Ecuador y para el 2050 representarán el 18% de la población ^{12, 18}. El envejecimiento poblacional es uno de los fenómenos de mayor impacto de nuestra época lo que ocasiona un aumento de personas de 65 y más años de edad y el aumento de los índices de enfermedades crónico



degenerativas e incapacidades. Se han invertido recursos para conocer, pensar y proponer acciones tendientes a preparar a la población para llegar a esta edad, incorporar a los adultos mayores a la sociedad y finalmente ofrecer posibilidades de una vejez digna, tranquila y saludable.

predictores de discapacidad en las actividades de la vida diaria. Otros investigadores consideran que la fragilidad es sinónimo de vulnerabilidad, discapacidad o dependencia, e incluso de mayor vulnerabilidad a factores de estrés ^{13, 19}.

Existe evidencia sobre la rentabilidad de identificar la fragilidad, ya que mejora los resultados clínicos y la calidad de atención centrada en la persona. Sin embargo, no hay un consenso firme sobre los criterios y/o indicadores de fragilidad, así como en la utilización de un instrumento de valoración que cuantifique el nivel de esta. En la actualidad, los criterios más utilizados en la investigación internacional de la fragilidad son los propuestos por Fried y cols: pérdida de peso involuntaria de al menos 5 kg durante el último año, autoinforme de agotamiento, disminución de la fuerza muscular, actividad física reducida, velocidad lenta para la marcha ^{13, 19}.

En España predomina la utilización del test de Barber, cuya utilidad está cuestionada en la actualidad. También, se sigue identificando la fragilidad, en parte con la dependencia, por lo que se utilizan para su valoración escalas que midan el nivel funcional y la situación psicosocial, mientras que en Norteamérica evalúan más los aspectos biológicos o de carácter físico. Esta cuestión sirve de ejemplo para plantear la dificultad que existe en la descripción de las vías fisiológicas y biológicas asociadas a la fragilidad, así como el hecho de distinguir los resultados de la fragilidad y los factores que contribuyen a su producción, de sus causas. Estas pueden ser comunes a diferentes síndromes y a enfermedades crónicas, que pueden ser tratadas con atención adecuada mediante la promoción de la salud ^{13, 19}.



Estudios nacionales e internacionales han constatado diferentes prevalencias que varían de 6.9% a 40.6% en ancianos frágiles y de 46.3% a 60.1% en aquellos prefrágiles. Entre los factores asociados, se destacan: sexo femenino, edad avanzada, baja escolaridad y baja renta; ausencia de compañero, vivir solo, percepción de salud negativa, incapacidad funcional, enfermedades concomitantes, hospitalización e indicativo de depresión ^{20, 21}.

En términos prácticos, el paciente frágil es aquel que se encuentra delicado de salud, débil y no es vigoroso o robusto. Es un síndrome que conlleva un riesgo alto de

mortalidad, discapacidad, institucionalización (conceptos centrales en la práctica de la Geriatría), así como hospitalizaciones, caídas, fracturas, complicaciones postoperatorias, mala salud e incluso tromboembolismo venoso. Además de lo anterior, la fragilidad es considerada un continuo entre el envejecimiento normal y un estado final de discapacidad y muerte, con un estado previo como lo es la pre-fragilidad ²².

Entre los modelos de enfermería que pueden ayudarnos a establecer las intervenciones más recomendadas por los investigadores, cabe destacar el modelo de promoción de la salud (MPS) de Nola J. Pender. En este modelo se estudia cómo las personas tomaban decisiones sobre su propio cuidado de la salud en un contexto de enfermería. Se identifican factores que influyen en la toma de decisiones y en las acciones de los individuos para prevenir las enfermedades ^{13, 19}.

Posteriormente, en 2009 se hace una revisión del modelo y se desarrolla un instrumento para estudiar la conducta de promoción de la salud de adultos que trabajan, adultos más mayores, pacientes en rehabilitación cardíaca y pacientes con cáncer tratados en el ambulatorio. Más de 40 estudios han demostrado la



capacidad predictiva del MPS en la nutrición, estilo de vida, ejercicio físico, etc. Este modelo integra la teoría del aprendizaje social de Bandura, la teoría del aprendizaje social (teoría cognitiva social) que incluye creencias, autoatribución, autoevaluación y autoeficacia. Y, por último, el modelo de valoración de expectativas humanas de Feather ^{13, 19}.

Por lo tanto, toda vez que el grupo de adultos mayores se hace predominante en la columna poblacional, la importancia de reconocer el síndrome de fragilidad y sus componentes es trascendental para dirigir una intervención enfermera oportuna y planificar los cuidados geriátricos, si bien hay limitaciones para reconocerla de forma precoz, el identificarla de forma tardía conduce a una progresión rápida hasta una etapa de desenlace. Es entonces imperante el desarrollo de métodos eficientes para detectar fragilidad y medir su severidad en la práctica clínica ²².

Sin embargo, a pesar de ser un problema de salud de gran trascendencia, a menudo no es identificado, lo cual condiciona un pobre pronóstico. Se necesita un abordaje interdisciplinario, con comunicación efectiva entre médicos y profesionales de la salud a fin de dirigir acciones de intervención fuertes y sostenidas encaminadas a la identificación de aquellos adultos mayores que se encuentren en riesgo de fragilidad o que la presenten. La identificación operacional del síndrome de Fragilidad resulta necesaria para los cuidados de salud, la investigación y las políticas de planeación ²².

3.3 Factores de riesgo

Los principales factores de riesgo para el desarrollo de fragilidad son ²²:



Generales y sociodemográficos: edad avanzada, sexo femenino, baja escolaridad, ingresos familiares bajos y no tener una adecuada autopercepción de salud.

Médicos: enfermedad coronaria, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad vascular cerebral, insuficiencia cardiaca congestiva, diabetes mellitus, hipertensión arterial, artritis, anemia, depresión, tabaquismo, uso de terapia de reemplazo hormonal, polifarmacia y deficiencia de vitamina D.

Funcionales: hospitalización reciente, dos o más caídas en los últimos doce meses, fractura de cadera después de los 55 años de edad, fuerza disminuida en las extremidades superiores, deterioro cognoscitivo, índice de masa corporal menor a

18.5kg/m² o mayor a 25kg/m² y dependencia en al menos una actividad básica de la vida diaria.

La población de adultos mayores de origen latinoamericano tiene un riesgo incrementado para el desarrollo de fragilidad, debido a las deficientes condiciones socioeconómicas con las que crecieron en la infancia como la pobreza, malnutrición y en general a malas condiciones de salud, que se perpetúan en la adultez por una mala educación, empleos de gran esfuerzo físico, con malas condiciones laborales y mal remuneradas ²².

3.4 Fisiopatología

Un artículo publicado por investigadores del Centro Geriátrico "Johns Hopkins" propone 3 trastornos relacionados con el envejecimiento, más los factores ambientales como base fisiopatológica ²³.



- 1. Sarcopenia.** La sarcopenia (disminución de la masa muscular relacionada con la edad) parece ser el principal componente del síndrome, y está relacionada con el empobrecimiento de la velocidad de la marcha, la disminución del apretón de mano, el incremento de caídas y la disminución de la capacidad para mantener la temperatura corporal. Es consecuencia, en lo fundamental, de la disfunción neuroendocrina e inmunológica relacionada con el envejecimiento y de factores ambientales. La sarcopenia puede ser diagnosticada asociando la talla, el peso corporal, la circunferencia de la pelvis, la fuerza del apretón de mano y los pliegues cutáneos ²³.
- 2. Disfunción neuroendocrina.** Está demostrado que en el envejecimiento se produce disfunción en el eje hipotálamo-glándula pituitaria-glándula suprarrenal, expresado por ²³:

Incremento del cortisol: La secreción de cortisol aumenta con la edad en ambos sexos. Altos niveles de cortisol están relacionados con la sarcopenia y con la disminución de la resistencia a enfermedades infecciosas. Las mujeres tienden a tener mayores niveles que los hombres, por lo que son más susceptibles de sufrir de fragilidad ²³.

Disminución de la hormona del crecimiento: Esta hormona juega un importante papel en el desarrollo y mantenimiento de la masa muscular en todas las edades. En ambos sexos su secreción disminuye en la medida que envejecemos (aunque los hombres mantienen mayores niveles), favoreciendo así el desarrollo de la sarcopenia ²³.

Disminución de la testosterona: En los hombres se produce una gradual declinación en la secreción de testosterona según avanza la edad, debido a una

disfunción del eje hipotálamo-pituitario y al fallo testicular. La testosterona ayuda a mantener la masa muscular y la disminución de su secreción contribuye a la sarcopenia ²³.

Disminución de los estrógenos: Los niveles de estrógenos decrecen abruptamente con la menopausia acelerando la pérdida de masa muscular ²³.

- 3. Disfunción inmune.** El envejecimiento está asociado con un incremento de los niveles de citoquinas catabólicas (como las interleucinas y el factor de necrosis tumoral) y con la declinación de la inmunidad humoral. La testosterona en los hombres limita la producción de citoquinas catabólicas, mientras que los estrógenos pueden aumentarlas, contribuyendo a una mayor incidencia de fragilidad en las mujeres. Hay evidencias de que el dimorfismo del sistema inmune, responsabilidad en parte de los sexosteroides, hacen al hombre más susceptible a la sepsis y a las mujeres más susceptibles a los procesos inflamatorios crónicos y a la pérdida de la masa muscular ²³.

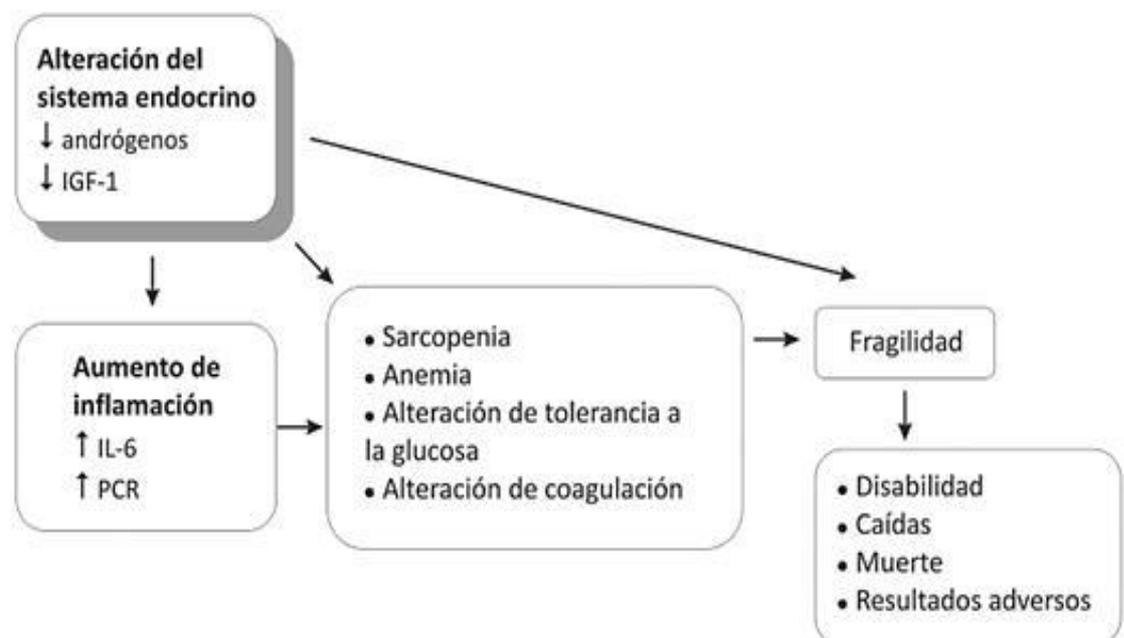
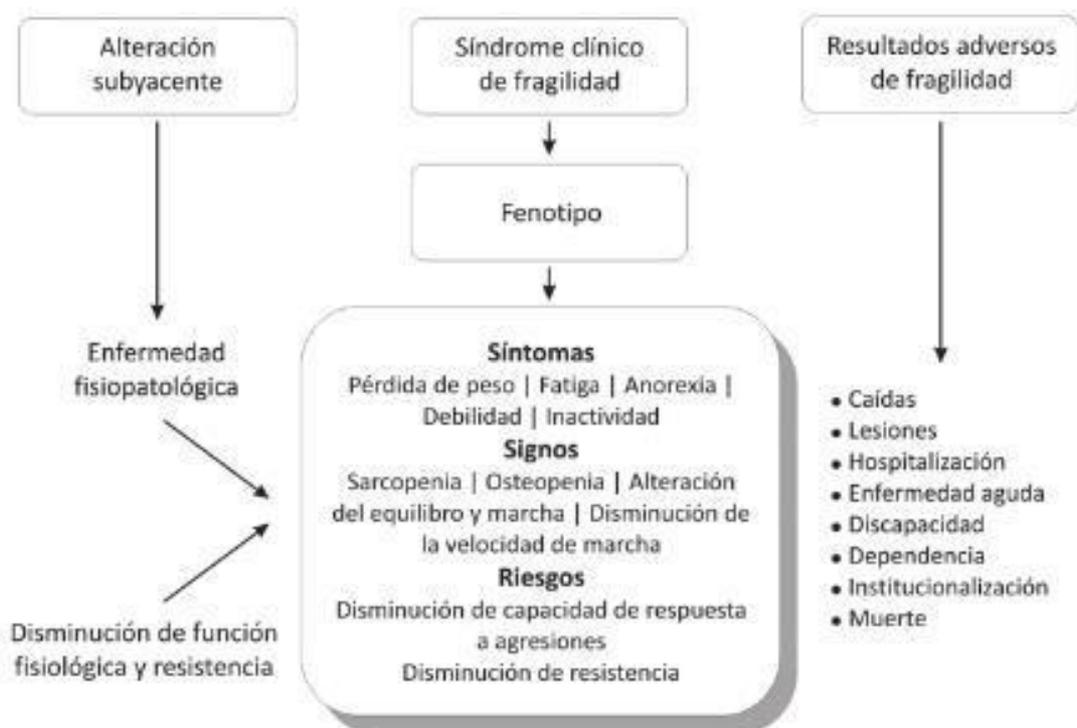


Figura 1 Fisiopatología de la fragilidad (Espinoza S, Walston JD. Frailty in older adults: insights and interventions. *Cleve Clin J Med.* 2005;72(12):1105-12.)

3.5 Cuadro clínico e instrumentos diagnósticos

Linda Fried publicó la definición de fragilidad como la presencia de 3 de los siguientes 5 criterios: fatiga crónica autorreferida, debilidad, inactividad, disminución de la velocidad de marcha y pérdida de peso. Este modelo fue replicado y sobre él se construyó el modelo moderno con identificación de factores causales fisiológicos, como activación del sistema de inflamación, alteración del sistema inmunitario, endocrino y musculoesquelético. También se consideran causales ciertas comorbilidades como hipertensión diastólica, ACV, cáncer y EPOC; se asoció asimismo a factores sociodemográficos entre los que se encuentran el sexo femenino y el nivel socioeducativo bajo ²⁴.

3.6 Resultados adversos de la fragilidad





3.7 TAXONOMÍA NANDA (00257) Síndrome de fragilidad del anciano

1. Definición: estado dinámico de equilibrio inestable que afecta al anciano que experimenta deterioro en uno o más dominios de la salud (física, funcional, psicológica o social) que produce un aumento de la susceptibilidad a efectos adversos en la salud, en particular a la discapacidad.

2. Características definitorias:

- Aislamiento social
- Déficit de autocuidado: alimentación
- Déficit de autocuidado: baño
- Déficit de autocuidado: uso del inodoro
- Déficit de autocuidado: vestido
- Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales
- Desesperanza
- Deterioro de la ambulación
- Deterioro de la memoria
- Deterioro de la movilidad física
- Disminución del gasto cardiaco



- Fatiga
- Intolerancia a la actividad

3. Factores relacionados:

- Alteración de la función cognitiva
- Antecedentes de caídas
- Enfermedad crónica
- Enfermedad psiquiátrica
- Hospitalización prolongada
- Malnutrición
- Obesidad sarcopénica
- Sarcopenia
- Sedentarismo
- Vivir solo.



CAPÍTULO IV

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo General

- Identificar el síndrome de fragilidad del adulto mayor en los usuarios del asilo Rosa Elvira de León, Azogues 2018.

4.2 Específicos

1. Caracterizar demográficamente a la población del hogar de ancianos por edad, sexo, estado civil, residencia, etnia, nivel de instrucción, profesión y nivel socioeconómico.
2. Establecer la prevalencia del síndrome de fragilidad del adulto mayor en los usuarios del asilo Rosa Elvira de León.
3. Identificar las características definitorias que se apliquen a la población en estudio como: aislamiento social; déficit de autocuidado: alimentación, baño, uso del inodoro, vestido; desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales; deterioro de la ambulación, deterioro de la movilidad física; deterioro de la memoria; fatiga e Intolerancia a la actividad.



CAPÍTULO V

5. DISEÑO METODOLÓGICO

5.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo y de corte transversal con análisis del Síndrome de fragilidad del adulto mayor (00257).

5.2 Área de estudio

El área de estudio estuvo constituida por el Asilp Rosa Elvira de León, ubicado en la ciudad de Azogues, provincia del Cañar, en la Avenida 24 de mayo y Samuel Abad.

5.3 Universo y muestra

Universo finito constituido por 60 adultos mayores del asilo Rosa Elvira de León, de la ciudad de Azogues.

5.4 Criterios de inclusión y exclusión

- Inclusión:** adultos mayores que cumplieron a la fecha más de 60 años verificado con fecha de nacimiento y corroborado con cedula de identidad. Además, que aceptaron y firmaron el consentimiento informado al momento de la investigación.

- Exclusión:** p a c i e n t e s que presentaron alguna discapacidad de tipo visual o auditiva que dificultó la aplicación del cuestionario.



5.5 Variables y Operacionalización:

Las variables consideradas y operacionalizadas en la investigación están presentes en el anexo 1 y fueron las siguientes:

- Demográficas: edad, sexo, estado civil, residencia, etnia, nivel de instrucción, profesión y nivel socioeconómico.
- Síndrome de fragilidad del adulto mayor (00257).
- Características definitorias: aislamiento social; déficit de autocuidado:

alimentación, baño, uso del inodoro, vestido; desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales; deterioro de la ambulación, deterioro de la movilidad física; deterioro de la memoria; fatiga e Intolerancia a la actividad.

5.6 Método, Técnicas e instrumentos

- a. **Método:** el método que se utilizó en el presente trabajo investigativo fue cuantitativo, descriptivo con registro de la información por parte de las autoras de este proyecto.
- b. **Técnica:** la técnica empleada fue la observación directa para la recolección de la información necesaria.
- c. **Instrumentos:** formulario elaborado por las autoras de la investigación que contenían los siguientes aspectos (anexo 2):
 - d. Datos demográficos.



- e. Síndrome de fragilidad del adulto mayor.
- f. Características definitorias: aislamiento social; déficit de autocuidado: alimentación, baño, uso del inodoro, vestido; desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales; deterioro de la ambulación, deterioro de la movilidad física; deterioro de la memoria; fatiga e Intolerancia a la actividad

Procedimiento

5.7 Autorización y aspectos éticos: para la realización de este proyecto de investigación se solicitó la autorización correspondiente a la Lcda. Piedad Romo Loyola, directora del Asilo Rosa Elvira de León (Anexo 3), para la recolección de los datos necesarios, se explicó que los datos obtenidos se mantendrán en anonimato, además que la finalidad de la presente investigación es exclusivamente investigativa.

5.8 Capacitación: antes y durante la realización de este trabajo investigativo, las investigadoras recibieron capacitación permanente, a través de revisión bibliográfica sobre el tema, complementada con la dirección y asesoría de la Lcda. Patricia Naulaguari Medina.

5.9 Supervisión: la supervisión del proyecto de investigación estuvo a cargo de la Lcda. Patricia Naulaguari Medina



Plan de tabulación y análisis

Métodos y modelos de análisis

Para la presentación de los resultados, se utilizó tablas y gráficos de barra y sectores, empleando la estadística descriptiva con análisis de frecuencias y porcentajes.

Programas utilizados

En el manejo, la presentación y el análisis de datos se utilizaron los programas Microsoft Word 2013, SPSS 24.0

.

5.10 Aspectos éticos

En base a la naturaleza del estudio y su diseño, no existió riesgos para los participantes; el manejo de los datos recolectados en todo momento fue confidencial. Además, el manejo de la base de datos y formularios estuvo a cargo de las investigadoras.

Previo a la ejecución del estudio, el presente trabajo de investigación fue revisado y aprobado por los comités de investigación y bioética pertinentes.

El acceso a la base de datos y formularios estarán también al alcance del Comité de Bioética y autoridades de la Universidad de Cuenca para la verificación de datos.

Culminada la investigación se mantendrá en archivo la base de datos y los formularios durante un periodo de 2 años; cumplido el tiempo mencionado los investigadores eliminará la información.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

El financiamiento de la investigación fue cubierto en su totalidad por l o s autores,
se declara que no existe conflictos de interés.



CAPÍTULO VI

6. RESULTADOS

Tabla 1.

Distribución de 60 adultos mayores según edad, sexo, estado civil, residencia y etnia, en el asilo Rosa Elvira de León, Azogues 2018

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Edad		
60 – 79	22	36,7
80 y más	38	63,6
Sexo		
Masculino	13	21,7
Femenino	47	78,3
Estado civil		
Soltero/a	8	13,3
Casado/a	12	20
Viudo/a	35	58,3
Divorciado/a	4	6,7
Unión libre	1	1,7
Residencia		
Rural	44	73,3
Urbana	16	26,7
Etnia		
Mestiza	40	66,7
Blanca	2	3,3
Afroecuatoriano	4	6,7
Indígena	14	23,3
TOTAL	60	100

Fuente: base de datos

Elaborado por: Astudillo Ortiz Jhenifer Rocio, Velastegui Ortega Angie Milena



Del total de la población estudiada, la población de adultos mayores tenían como \bar{x} de edad 81 años, con una edad mínima de 60 años y una máxima de 98 años. El 63.6% (n=38) corresponden al grupo etario de más de 80 años. Con predominio del género femenino (78.3%; n=47); de estado civil viudo/a 58.3% (n=35), con residencia rural (73.3% n=44); de etnia mestiza (66.7% n=40).

Tabla 2.

Distribución de 60 adultos mayores según nivel de instrucción, profesión, nivel socioeconómico, en el asilo Rosa Elvira de León, Azogues 2018

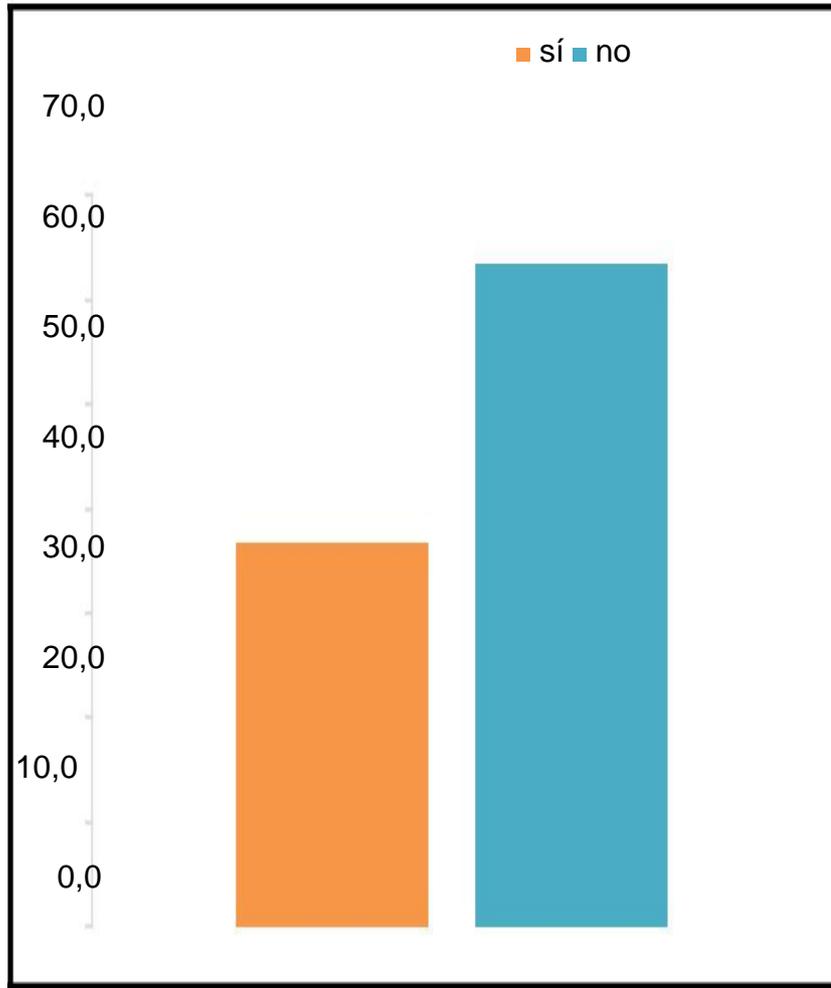
Variable	Frecuencia	Porcentaje
Nivel de instrucción		
Primaria incompleta	12	20
Primaria completa	28	46,6
Secundaria	19	31,7
Superior	1	1,7
Ocupación		
Agricultor	22	36,7
Quehaceres domésticos	16	26,7
Empleado público	14	23,3
Empleado privado	8	13,3
Nivel socioeconómico		
Alto	0	0
Medio	18	30
Bajo	42	70
TOTAL	60	100

Fuente: base de datos

Elaborado por: Astudillo Ortiz Jhenifer Rocio, Velastegui Ortega Angie Milena

Los adultos mayores tenían como nivel de instrucción predominante la primaria completa 46.6% (n=28), de ocupación agricultores (36.7% n=22); en relación al nivel socioeconómico sobresale el nivel bajo 70% (n=42).

Tabla 3.
Prevalencia del Síndrome de fragilidad del adulto mayor, en el asilo
Rosa Elvira de León, Azogues 2018



Fuente: base de datos

Elaborado por: Astudillo Ortiz Jhenifer Roció, Velastegui Ortega Angie Milena

La prevalencia del síndrome de fragilidad del adulto mayor en la población del asilo Rosa Elvira de León es de 36.7%.

Tabla 4.

Síndrome de fragilidad del adulto mayor, según edad en el asilo Rosa Elvira de León, Azogues 2018

Variable	Edad				Total
	60 – 79		80 y más		
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Síndrome de fragilidad del adulto mayor					
Si	4	6,7	18	30	22
No	18	30	20	33,3	38
TOTAL	22	36,7	38	63,3	60

Fuente: base de datos

Elaborado por: Astudillo Ortiz Jhenifer Rocio, Velastegui Ortega Angie Milena

Al establecer la relación del síndrome de fragilidad del adulto mayor con la edad se encontró una mayor prevalencia en la población de más de 80 años de edad en un 30% (n=18).

Tabla 5.
Síndrome de fragilidad del adulto mayor, según sexo en el asilo Rosa
Elvira de León, Azogues 2018

Variable	Sexo				Total
	Masculino		Femenino		
Síndrome de fragilidad del adulto mayor	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Si	6	10	16	26,7	22
No	7	11,7	31	51,6	38
TOTAL	13	21,7	47	78,3	60

Fuente: base de datos

Elaborado por: Astudillo Ortiz Jhenifer Rocio, Velastegui Ortega Angie Milena

En relación con el sexo se encontró una mayor prevalencia de síndrome de fragilidad del adulto mayor en la población de sexo femenino en un 26.7% (n=16).

Tabla 6.

Síndrome de fragilidad del adulto mayor, según nivel socioeconómico, en el asilo Rosa Elvira de León, Azogues 2018

Variable	Nivel socioeconómico				Total
	Medio		Bajo		
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Síndrome de fragilidad del adulto mayor					
Si	0	10	22	36,7	22
No	14	23,3	24	40	38
TOTAL	14	23,3	46	76,7	60

Fuente: base de datos

Elaborado por: Astudillo Ortiz Jhenifer Rocio, Velastegui Ortega Angie Milena

La condición socioeconómica baja presenta una mayor relación con el síndrome de fragilidad del adulto mayor en la población de adultos mayores en un 36.7% (n=22).

Tabla 7.

Síndrome de fragilidad del adulto mayor, según características definitorias (Taxonomía NANDA), en el asilo Rosa Elvira de León, Azogues 2018

<i>Características definitorias</i>	Si		No		Tota l
	N	%	N	%	
Aislamiento social					
Déficit de autocuidado: alimentación	15	68,2	7	31,8	22
Déficit de autocuidado: baño	13	59	9	41	22
	9	41	13	59	22
Déficit de autocuidado: uso del inodoro	14	63,6	8	36,4	22
Déficit de autocuidado: vestido	7	31,8	15	68,2	22
	4	18,2	18	81,8	22
Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales	12	54,5	10	45,5	22
Deterioro de la ambulación	12	54,5	10	45,5	22
	6	27,3	16	72,7	22
	9	41	13	59	22
Deterioro de la movilidad física	3	13,6	19	86,4	22
Deterioro de la memoria					
Fatiga e intolerancia a la actividad					
* Desequilibrio nutricional: mayor a las necesidades corporales					

Fuente: base de datos

Elaborado por: Astudillo Ortiz Jhenifer Rocio, Velastegui Ortega Angie Milena



De los 22 adultos mayores del asilo Rosa Elvira de León que presentan síndrome de fragilidad, se encontraron las siguientes características definitorias: el aislamiento social 68.2% (n=15), déficit de autocuidado: alimentación 59% (n=13) y dificultad para el uso del inodoro 63.6% (n=14); deterioro en la ambulación y movilidad física 54.5% (n=12).

Como característica definitoria, se pudo observar que de los 22 adultos mayores que presentaron síndrome de fragilidad, surge una característica definitoria no contemplada en la Taxonomía NANDA como es el Desequilibrio nutricional: mayor a las necesidades corporales presentando un 13.6% (n=3).

Las características definitorias como deterioro en la ambulación y movilidad física se constituyen además en factores de riesgo para caídas, lesiones, hospitalización, discapacidad y dependencia; a esto se suma el aislamiento social al que están expuestos por el abandono de sus familiares y el de la sociedad.



CAPÍTULO VII

7. DISCUSIÓN

La detección y tratamiento del anciano frágil es un tema prioritario en nuestra atención a las personas mayores, estrechamente ligado al tema de la funcionalidad y dependencia, su pérdida, y su prevención. En el presente trabajo de investigación desarrollado en el asilo Rosa Elvira de León se encontró una población con una edad mínima de 60 años y una máxima de 98 años. El 63.6% corresponden al grupo etario de más de 80 años; con predominio del género femenino 78.3%, de estado civil viudo/a 58.3%, con residencia rural 73.3%, etnia mestiza 66.7% n=40; de condición socioeconómica baja 36.7%.

En este mismo contexto, Azpiazu y col (2002) en su estudio sobre la Calidad de vida en mayores de 65 años no institucionalizados, encontraron como edad media del grupo de estudio 74,7 años (IC del 95%, 74,3-75,1%); mujeres, 59,7% (IC del 95%, 56,4-62,9%); sin estudios 41% (IC del 95%, 37,7-44,2%); clases sociales I y II 38,3% (IC del 95%, 35,1-41,6%). Percibían su estado de salud como bueno o muy bueno 52,1% (IC del 95%, 48,8-55,4%), 57,5% (IC del 95%, 52,2-62,6%). Concluyendo que las mujeres muestran una percepción peor de su estado de salud y su calidad de vida que los varones ¹³.

La prevalencia del síndrome de fragilidad del adulto mayor en la población del asilo Rosa Elvira de León es de 36.7%, situación diferente a esta muestra el estudio realizado por Jürschik Giménez et al (2011), en donde encontraron que la prevalencia de fragilidad fue del 8,5%. Los factores asociados a fragilidad fueron el sexo femenino y tener pocos ingresos mensuales. A medida que la fragilidad aumenta, el estado cognitivo, las actividades de la vida diaria y el estado nutricional se deterioran y existe mayor comorbilidad¹⁷.



En el caso del asilo Rosa Elvira de León se encontró una mayor prevalencia de síndrome de fragilidad del adulto mayor en la población de sexo femenino en un 26.7%. Mientras que Rojas (2014), en su estudio denominado “Tipología y funcionalidad familiar en el adulto mayor con Síndrome de fragilidad que acude a la unidad UMF 220, de Toluca México, encontró que el género con síndrome de fragilidad más frecuente fue el masculino con 69% ⁹, a diferencia de lo que ocurra en la población del estudio realizado en la ciudad de Azogues.

De los 22 adultos mayores del asilo Rosa Elvira de León que presentan síndrome de fragilidad, se encontraron las siguientes características definitorias: el aislamiento social 68.2%, déficit de autocuidado: alimentación 59% y dificultad para el uso del inodoro 63.6%; deterioro en la ambulación y movilidad física 54.5%.

En relación a la variable características definitorias, se pudo observar que de los 22 adultos mayores que presentaron síndrome de fragilidad, surge una característica definitoria no contemplada en la Taxonomía NANDA como es el Desequilibrio nutricional: mayor a las necesidades corporales presentando un 13.6%. Además, el deterioro en la ambulación y movilidad física se constituyen en factores de riesgo para caídas, lesiones, hospitalización, discapacidad y dependencia; a esto se suma el aislamiento social al que están expuestos por el abandono de sus familiares y el de la sociedad.



Lamentablemente, en la región y país no se han encontrado estudios relacionados con la aplicación del diagnóstico enfermero síndrome de fragilidad del adulto mayor (00257) perteneciente a la Taxonomía NANDA en la población de adultos mayores, que permita correlacionar estos criterios a la población estudiada.



CAPÍTULO VIII

8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

8.1 Conclusiones

- La población de adultos mayores del asilo Rosa Elvira de León está constituida mayoritariamente por el grupo etario de más de 80 años (63.3%), sexo femenino (78.3%), estado civil viudo/a (58.3%), residencia rural (73.3%) y de etnia mestiza (66.7%).

- En relación al nivel de instrucción existe predominio de la primaria completa (46.6%), de ocupación agricultor (36.7%), con un nivel socioeconómico bajo (70%).

- La prevalencia del síndrome de fragilidad del adulto mayor en la población del asilo Rosa Elvira de León es de 36.7%.

- El síndrome de fragilidad del adulto mayor se encontró con mayor prevalencia en la población de más de 80 años de edad en un 30%, sexo femenino en un 26.7%.

- La condición socioeconómica baja presenta una mayor relación con el síndrome de fragilidad del adulto mayor en la población de adultos mayores en un 36.7%.



- El Desequilibrio nutricional: mayor a las necesidades corporales se presenta como característica definitoria nueva en la población estudiada, presentando un 13.6%.

- Las características definitorias como deterioro en la ambulación y movilidad física se constituyen además en factores de riesgo para caídas, lesiones, hospitalización, discapacidad y dependencia; a esto se suma el aislamiento social al que están expuestos por el abandono de sus familiares y el de la sociedad.



8.2 Recomendaciones

- Establecer dentro de las instituciones de cuidado para adultos mayores protocolos de atención centrados en el cuidado de características definitorias como deterioro en la ambulaci3n y movilidad f3sica, que se constituyen en factores de riesgo importantes para ca3das, lesiones, hospitalizaci3n, discapacidad y dependencia.

- Fomentar la participaci3n de la familia en el cuidado de los adultos mayores que se encuentran asilados en los hogares de ancianos en la regi3n y pa3s; a trav3s de programas masivos de concientizaci3n del cuidado del adulto mayor por parte de la familia y de la sociedad.



CAPÍTULO IX

Referencias bibliográficas

1. García Hernández L. Evaluación geriátrica integral del adulto mayor hospitalizado, en el hospital de atención integral del adulto mayor, agosto 2014. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. 2015.
2. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento. 2009.
3. Casado del Olmo M, Fernández Araque A, Santa Clotilde Jiménez E. Calidad de vida en mujeres mayores de 65 años que acuden habitualmente al centro de salud (Z.B.S. Valladolid). Biblioteca Lascasas. 2007; 3(1).
4. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud. Informe mundial. Suiza: OMS; 2015. Report No.: ISBN 978 92 4 356504 0.
5. Calero Morales S, Klever Díaz T, Caiza Cumbajin MR, Rodríguez Torres ÁF, Analuiza Analuiza EF. Influencia de las actividades físico - recreativas en la autoestima del adulto mayor. Revista Cubana de Investigación Biomédica. 2016; 35(4).
6. Botero de Mejia BE, Pico Merchán ME. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. Rev hacia la Promoción de la Salud. 2007 enero - diciembre; 12.
7. Bortz M. W. El síndrome por desuso. The Western Journal of Medicine. Palo Alto (Cal.) No. 141 (Nov. 1984).



8. Rojo Noriega E. Síndrome de fragilidad: detección y abordaje. Universidad de Cantabria. 2016
9. Rojas Jarquín D. Tipología y funcionalidad familiar en el adulto mayor con síndrome de fragilidad que acude a la UMF 220, Toluca, México de diciembre del 2012 a junio del 2013. Universidad Autónoma del Estado de México.
10. Romero Cabrera A. Fragilidad: un síndrome geriátrico emergente. MediSur,

[Internet]. 2010;8(6):81-90. Recuperado de :
o

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180019804014>

-
11. Gallardo J. Implicancias del Síndrome de desuso en el paciente crítico. Especialización en Enfermería en el Cuidado del paciente crítico. Universidad Nacional de Córdoba. 2016
 12. Soliz Carrión D, Flores G, Santi León F, Jalkh Roben I, et al. Agenda de igualdad para adultos mayores. 2013.
 13. Azpiazu Garrido M, Cruz Jentoft A, Villagrasa Ferrer JR, Abanades Herranz JC, García Marín N, Alvear Valero de Bernabé F. Factores asociados a mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. Rev Esp Salud Pública. 2002; 76.



14. Lázaro Alquézar A, Rubio Aranda E, Sánchez Sánchez A, García Herrero JC. Capacidad funcional para las actividades de la vida diaria en las personas mayores que acudieron a centros de convivencia en Zaragoza capital en 2005. Rev Esp Salud Pública. 2007 Noviembre; 81.
15. Castell Alcalá M, Otero Puime A, Sánchez Santos M, Garrido Barral A, González Montalvo J, Zunzunegui MV. Prevalencia de fragilidad en una población urbana de mayores de 65 años y su relación con comorbilidad y discapacidad. ElSevier. 2010;42(10); 520-527
16. Salgado Montenegro, F. Cuidado del adulto mayor autovalente desde el modelo de Mola J. Pender – Chiclayo, Perú. 2013 Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo Perú.
17. Jürschik Giménez P, Escobar Bravo A, Nuin Orrio C, Botigué Satorra T. Criterios de fragilidad del adulto mayor: estudio piloto. ElSevier. 2011;43(4); 190-196
18. Sousa Pegorari M, dos Santos Tavares D. Factores asociados al síndrome de fragilidad en ancianos residentes en área urbana. Rev. Latino-Am. Enfermagem sept.-oct. 2014;22(5):874-82
19. Ferreira Salazar C, García Gracia K, Macías Leiva L, Pérez Avellaneda A, Tomsich C. Mujeres y Hombres del Ecuador en Cifras III. Informe. Quito: ONU Mujeres - INEC, Comisión de Transición hacia la Definición de la Institucionalidad Pública que garantice la Igualdad entre hombres y mujeres; 2013. Report No.: ISBN: 978-9942-07-390-7.



20. Rodríguez Díaz M, Pérez-Marfil M, Cruz-Quintana F. Propuesta de plan estandarizado de cuidados para prevenir la dependencia y la fragilidad. Gerokomos. 2014;25(4):137-143
21. UNFPA. Envejecimiento en el Siglo XXI: Una Celebración y un Desafío. Resumen Ejecutivo. Londres. 2012.
22. Consejo de Salubridad General. Diagnóstico y tratamiento del Síndrome de Fragilidad en el Adulto Mayor: Guía de Referencia Rápida. México 2014.
23. Lluís Ramos Guido Emilio, Llibre Rodríguez Juan de Jesús. Fragilidad en el adulto mayor: Un primer acercamiento. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2004 Ago

[citado 2019 Ene 01]; 20(4). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252004000400009&lng=es.



CAPÍTULO X
10 ANEXOS
Anexo 1

Operacionalización de variables

<i>Variable</i>	Definición	Dimensión	Indicador	<i>Escala</i>
Edad	<input type="checkbox"/> Tiempo que lleva viviendo una persona desde que nació.	<input type="checkbox"/> Tiempo en años	Año cumplido <input type="checkbox"/> desde el nacimiento registrado en el	Ordinal Mayores de 60 <input type="checkbox"/> años
	<input type="checkbox"/> Situación orgánica que			Nominal



<p>Sexo</p>	<p>distingue al hombre de la mujer.</p>	<p>Biología <input type="checkbox"/> ca</p>	<p>Género <input type="checkbox"/> o</p>	<p><i>Masculi</i> <input type="checkbox"/> <i>no</i> <i>Femeni</i> <input type="checkbox"/> <i>no</i></p>
<p>Estado Civil</p>	<p>Condición de persona según registro civil en función de si tiene o no pareja y situación respectiva su legal o a esto.</p>	<p>Relación legal <input type="checkbox"/> ón</p>	<p>Esta relación civil referida por la persona a.</p>	<p>Nominal <input type="checkbox"/> <i>Soltero</i> <input type="checkbox"/> <i>Casado</i> <input type="checkbox"/> <i>Viudo</i> <i>Divorcio</i> <input type="checkbox"/> <i>do</i> <i>Unión</i> <input type="checkbox"/> <i>Libre</i></p>
<p>Residencia</p>	<p>El lugar donde alguien <input type="checkbox"/> habita,</p>	<p><input type="checkbox"/> Área</p>	<p>Lugar que <input type="checkbox"/> ar que</p>	<p>Nominal <input type="checkbox"/> <i>Urbana</i></p>



	como consecuencia de residir.	geográfica	hábitat.	<input type="checkbox"/> <i>Rural</i>
Etnia	Identificación con un conjunto de personas que pertenece a una misma raza y, generalmente, a un comunidad a misma ad lingüística y cultural.	Cultura <input type="checkbox"/> I	Raza <input type="checkbox"/> a.	Nominal <input type="checkbox"/> <i>Mestiza</i> <input type="checkbox"/> <i>Blanca</i> <input type="checkbox"/> <i>Afroecuatoriano</i> <input type="checkbox"/> <i>Indígena</i> <input type="checkbox"/> <i>a</i>
Nivel de	<input type="checkbox"/> Formación académica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Titulo	Nominal <i>Primaria completa</i> <input type="checkbox"/> : <i>ta</i> o <input type="checkbox"/> <i>incompleta</i>



<p>instrucción</p>	<p>ión finaliza mome da al nto del estudio .</p>	<p>Social</p>	<p>o certific ado acredit ado.</p>	<p>eta. Secund compl aria: eta o incompl eta. Tercer nivel: <input type="checkbox"/> completa o incompl eta</p>
<p>Profesión</p>	<p>Actividad laboral <input type="checkbox"/> desempeñada al momento.</p>	<p>Labora <input type="checkbox"/> I</p>		<p>Nominal</p>
	<p><input type="checkbox"/> Jerarquía que tiene una persona o un grupo con respecto a otro</p>			<p>Nominal</p>



<p>Nivel socioeconómico</p>	<p>o al resto. Usualmente se mide por el ingreso como individuo y/ como grupo o como, y otros factores educativos y ocupación.</p>	<p><input type="checkbox"/> Social</p>	<p>Esc d Graffa ala e r- Méndez Castellano</p>	<p>1. <i>Alto.</i> 2. <i>Medio.</i> 3. <i>Bajo</i></p>
------------------------------------	--	--	--	--



Anexo 2

ENCUESTA

UNIVERSIDAD DE CUENCA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE ENFERMERÍA

““Síndrome de fragilidad del adulto mayor (00257), en
el asilo Rosa Elvira de León, Azogues 2018”

I. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

1.1 Edad:

--	--	--

1.2. Sexo: M____ F____

1.3. Estado civil:

- Soltero
- Casado
- Viudo
- Divorciado
- Unión Libre

1.4. Residencia: _____

1.5. Etnia:

- Mestizo:
- Blanca:
- Indígena:
- Afroecuatoriano:

1.6. Nivel de
instrucción:



- a) Primaria Primaria:incompleta ()
completa ()
- b) Secundaria Secundaria Incompleta
completa () ()
- c) Tercer Tercer Incompleta ()
Completa ()

1.7. ¿Cuál es su profesión?

1.8. Nivel socio económico (anexo escala de Graffar-Méndez Castellano)

- ()Alto.
- ()Medio
- ()Bajo

Peso: _____ **Talla:** _____ **IMC:** _____

Valoración: _____

II. Síndrome de fragilidad del adulto mayor

Criterio	Si	No
Fuerza de prensión palmar (menos del 20%)		
Fatiga/paciente exhausto (respuesta positiva)		
Menos activo físicamente (menos de 20% del gasto calórico)		
Marcha lenta (menos de 20% para		
Pérdida de peso no intencional (4.5 kg/año)		
Total		

Sí: presencia de al menos 3 de 5

criterios.

No: meno de 2 criterios.



III. Características definitorias

Características definitorias:	Si	No
<input type="checkbox"/> Aislamiento social		
<input type="checkbox"/> Déficit de autocuidado: alimentación		
<input type="checkbox"/> Déficit de autocuidado: baño		
<input type="checkbox"/> Déficit de autocuidado: uso del inodoro		
<input type="checkbox"/> Déficit de autocuidado: vestido		
Desequilibrio nutricional: inferior a las <input type="checkbox"/> necesidades corporales		
<input type="checkbox"/> Deterioro de la ambulación		
<input type="checkbox"/> Deterioro de la movilidad física		
<input type="checkbox"/> Deterioro de la memoria		
<input type="checkbox"/> Fatiga e intolerancia a la actividad		



ESCALA DE GRAFFAR-MÉNDEZ CASTELLANO

Sección: _____

Fecha: ____/____/____

V₀₁: Sexo:

- (1) Masculino
- (2) Femenino

V₀₂: Edad: _____ años cumplidosV₀₃: Lugar de Nacimiento:

- (1) Distrito Capital
- (2) Resto del País
- (3) Fuera del País

V₀₄: Estado Civil:

- (1) Solter@
- (2) Casad@
- (3) Unid@
- (4) Divorciad@
- (5) Viud@

V₀₅: Calificación Promedio de Bachillerato (*sin decimales*):

_____ ptos.

V₀₆: Tipo de Institución donde Obtuvo Título de Bachiller:

- (1) Pública
- (2) Privada
- (3) Semi-Privada (*subsidiada*)

V₀₇: Año de Graduación (*últimos dos dígitos*): _____V₀₈: Rama de Educación Media que Cursó:

- (1) Ciencias
- (2) Humanidades
- (3) Ciencias y Humanidades
- (4) Otra (especifique): _____

V₀₉: Jefe de Familia:

- (1) Madre
- (2) Padre
- (3) Hermanos u Otros Familiares
- (4) Cónyuge o Pareja
- (5) Usted
- (6) Otro (especifique): _____

V₁₀: Profesión del Jefe de Familia (*ver al dorso*):

- (1) Universitaria
- (2) Técnica Superior
- (3) Empleado sin Profesión Universitaria
- (4) Obrero Especializado
- (5) Obrero no Especializado

V₁₁: Nivel de Instrucción de la Madre (*ver al dorso*):

- (1) Universitaria
- (2) Secundaria Completa o Técnica Superior Completa
- (3) Secundaria Incompleta
- (4) Primaria o Alfabeto
- (5) Analfabeta

V₁₂: Principal Fuente de Ingreso de la Familia (*ver al dorso*):

- (1) Fortuna Heredada o Adquirida
- (2) Honorarios profesionales
- (3) Sueldo Mensual
- (4) Sueldo Semanal
- (5) Donaciones

V₁₃: Ingreso Familiar Mensual (*aproximadamente*):

_____ (Bs .F.)

V₁₄: Condiciones de la Vivienda (*ver al dorso*):

- (1) Óptimas con Gran Lujo
- (2) Óptimas con Lujos sin Exceso
- (3) Buenas Condiciones Sanitarias
- (4) Condiciones Sanitarias Deficientes
- (5) Condiciones Sanitarias Marcadamente Inadecuadas

V₁₅: Tenencia de la Vivienda donde Habita el Grupo Familiar:

- (1) Propia Totalmente Pagada
- (2) Propia Pagándose
- (3) Alquilada con Opción a Compra
- (4) Alquilada
- (5) Prestada, Al Cuido o Invasada

V₁₆: Cantidad de Integrantes del Grupo Familiar (*Incluye Ud.*):

V₁₇: Medio de Transporte empleado para llegar a la Universidad (*último utilizado*):

- (1) Metro
- (2) Transporte Universitario
- (3) Por Puesto
- (4) Vehículos Particulares (*padres, amigos*)
- (5) Vehículo Propio
- (6) Ninguno

V₂₀: Tiempo Aproximado en minutos que Invierte en un día paraTrasladarse a la Universidad (*ida y vuelta*): _____V₁₉: ¿Trabaja Ud.?:

- (1) No
- (2) Fijo (Ir a V₂₁)
- (3) Por Contrato (Ir a V₂₁)
- (4) Por Cuenta Propia (Ir a V₂₁)
- (5) A Destajo (Ir a V₂₁)

V₂₀: En Caso de no Trabajar, Ud. depende de:

- (1) Aporte de los Padres
- (2) Beca
- (3) Crédito Educativo
- (4) Pasantía Remunerada
- (5) Hermanos u Otros Familiares
- (6) Cónyuge o Pareja
- (7) Contribuciones Particulares (*amigos, etc.*)
- (8) No Aplica

V₂₁: Diga la Razón Más Importante por la Cual se Inscribió en la Escuela:

- (1) Por el Horario
- (2) Por la Familia
- (3) Por Vocación
- (4) Por Experiencia Laboral
- (5) Por Decisión del CNU
- (6) Por Equivocación
- (7) Por Recomendación
- (8) Por Demanda del Mercado Laboral
- (9) Por Prueba Interna
- (10) No Sabe
- (11) Otra (especifique): _____

V₂₂: Estrato Social (*Según Método Graffar-Méndez Castellano*):

- (1) I
- (2) II
- (3) III
- (4) IV
- (5) V

**Anexo****CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**“Síndrome de fragilidad del anciano (00257), en el asilo Rosa Elvira de León,
Azogues**

2018”

Yo Angie Milena Velastegui Ortega portadora de la C.I. 1804013108 y Yo Jhenifer Rocio Astudillo Ortiz portadora de la C.I. 0105733521 estudiantes de la Carrera de Enfermería. Solicitamos su participación para la obtención de datos para la presente investigación.

Introducción

El síndrome de fragilidad presenta múltiples características como pérdida de peso, fatiga, debilidad, pérdida de actividad, desempeño motor lento, pérdida del equilibrio y la marcha, componentes cognoscitivos potenciales. La fragilidad es un desafío importante al que se enfrentará el mundo a medida que avance el siglo XXI, toda vez que un alto índice de envejecimiento poblacional ya se ha hecho patente, lo que conducirá inexorablemente a un incremento de la población adultos mayores más vulnerable.

Propósito del estudio

- Identificar el síndrome de fragilidad del adulto mayor en los usuarios del asilo Rosa Elvira de León, Azogues 2018.



Procedimiento

Para realizar esta investigación se cuenta con la autorización de la directora del asilo, la información será recolectada en un formulario que tomará 30 minutos de su tiempo, el cual consta de preguntas sencillas relacionadas con el síndrome de fragilidad del anciano, el cuestionario está compuesto por 2 partes: la sociodemográfica y las relacionadas con la Taxonomía NANDA – I, que son de utilidad para poder cumplir el propósito planteado en este estudio.

Riesgo/beneficio

Este estudio no implica ningún riesgo para usted, pero su participación permitirá obtener datos que serán un referente para desarrollar planes de intervención a futuro sobre este tema.

Confidencialidad de los datos

La información proporcionada se guardará en un lugar seguro donde solo los investigadores tendremos acceso, por lo tanto, sus nombres **NO** serán mencionados en los reportes o publicaciones que se realicen a futuro.

Derechos y opciones del participante



Le indicamos además que, por su participación en el estudio, no recibirá compensación económica alguna. En caso de usted acceder voluntariamente le solicitamos que nos confirme su participación con su firma respectiva, luego de lo cual se le asignara un código de identificación.

CONSENTIMIENTO

Yo: _____, portadora de la
C.I. _____

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. **ACEPTO** participar en esta investigación proporcionando la información necesaria.

_____ _____ Firma del participante o huella digital	____/____/____ Fecha
--	--------------------------------

_____ _____ Firma del investigador	_____ _____ Firma del investigador
---	---



Anexo 3

**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERIA**

Sra. Lcda.

**Piedad Romo Loyola
Directora del Asilo Rosa Elvira de León
De nuestras consideraciones**

De nuestra consideración.

Por medio de la presente nos dirigimos a Ud. de la manera más comedida se nos digne la autorización para realizar un proyecto de investigación de tipo descriptivo el cual lleva por título “**Síndrome de fragilidad del adulto mayor (00257), en el asilo Rosa Elvira de León, Azogues 2018**” para lo cual es necesaria la interacción con el personal del asilo así como con los adultos mayores de la institución, a los cuales se les aplicará un formulario o encuesta en la cual se evaluará los puntos importantes sobre el tema de investigación. En espera de su valiosa colaboración le anticipamos nuestros sinceros agradecimientos.

Atentamente

Astudillo Ortiz Jhenifer Rocio
C.I. 0105733521

Velastegui Ortega Angie Milena
C.I. 1804013108

Mg. Patricia Naulaguari Medina
Directora del trabajo de investigación

Docente Carrera de Enfermería
Universidad de Cuenca