

**REPÚBLICA DE CUBA**  
**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA**  
**DR. JOSÉ ASSEF YARA**

**POLICLÍNICO MÁXIMO GÓMEZ**  
**CHAMBAS**

**TÍTULO: Estrategia de intervención educativa sobre el manejo adecuado del adulto mayor frágil en el CMF 6 del área de salud Máximo Gómez.**

**AUTOR: Dra. Ayelín Sánchez Torres**

**CIEGO DE ÁVILA ,2019**

**REPÚBLICA DE CUBA**  
**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA**  
**DR. JOSÉ ASSEF YARA**

**POLICLÍNICO MÁXIMO GÓMEZ**  
**CHAMBAS**

**TÍTULO: Estrategia de intervención educativa para sobre el manejo adecuado del adulto mayor frágil en el CMF 6 del área de salud Máximo Gómez.**

**En opción al título de Especialista de Primer Grado de Medicina General Integral.**

**AUTOR: Dra. Ayelín Sánchez Torres.**

**Residente de Medicina General Integral.**

**Policlínico Máximo Gómez.**

**Tutor: Dra. Lizsetty Laidelis González Rodríguez**

**Especialista en Medicina General Integral**

**Profesor Instructor**

**Ciego de Ávila, 2019**

## **RESUMEN:**

Se realizó un estudio pre-experimental, de corte transversal, con el objetivo de aplicar una estrategia de intervención educativa para elevar el conocimiento del Adulto Mayor Frágil (AMF) y/o cuidadores sobre el manejo adecuado del mismo en el CMF# 6 del área de salud "Máximo Gómez" del municipio Chambas, en el período comprendido de enero del 2018 hasta enero del 2019. El universo de trabajo estuvo constituido por 193 personas que representan el total de población mayor de 60 años del CMF, la muestra fue seleccionada por criterio intencional, teniendo en cuenta que de ella solo son considerados 111 personas como AMF. Se aplicó encuestas inicial y final a los AMF y/o cuidador. Concluida la estrategia de intervención educativa el 84.6% de los encuestados elevaron su nivel de conocimiento sobre sus características y actividades para lograr una vida más sana y llevadera, demostrando la efectividad de la investigación.

**Palabras clave:** Adulto mayor frágil, Cuidador, Estrategia de intervención educativa.

## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
INTRODUCCIÓN	<b>1</b>
MARCO TEÓRICO	<b>6</b>
DISEÑO METODOLÓGICO	<b>16</b>
ANÁLISIS DISCUSIÓN Y DE LOS RESULTADOS	<b>25</b>
CONCLUSIONES	<b>38</b>
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	<b>39</b>
ANEXOS	

## **INTRODUCCIÓN:**

El número de personas 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 de ancianos.(1) También se ha incrementado el grupo de los "muy viejos", o sea los mayores de 80 años de edad, que en los próximos 30 años constituirán el 30 % de los adultos mayores en los países desarrollados y el 12 % en los llamados en vías de desarrollo.(1,2) El proceso de transición demográfica que tiene lugar difiere entre países. Entre los países con transición avanzada se encuentran, por ejemplo, Japón, Italia y Grecia. En Las Américas se encuentran Argentina, Bahamas, Barbados, Canadá, Chile, Estados Unidos, Jamaica, Martinica, Puerto Rico y Uruguay, entre otros. En este grupo también está Cuba, con una población con edad de 60 o más años por encima del 15 % .En este último país toda persona que alcanza los 60 años de edad y los supera es considerada un adulto mayor. (3)

El reto social que el proceso de transición demográfica representa para las naciones, se debe a las grandes necesidades que genera desde el punto de vista económico, biomédico y social. Su repercusión sobre el sistema de salud radica en que son los ancianos los mayores consumidores (relativos o absolutos) de medicamentos y servicios de salud. A nivel estatal representa un considerable aumento de los gastos para la Seguridad y la Asistencia Social. De la misma manera que el envejecimiento transforma sustancial y progresivamente la situación de salud individual, también influye sobre la estructura y la dinámica de la familia como célula básica de la sociedad. (4-6)

El ancestral interés de los humanos por vivir el mayor número de años posible, unido al creciente desarrollo de la ciencia y la técnica, sustentan la tendencia actual que considera que si importante es vivir más años, es esencial que estos transcurran con la mejor calidad de vida posible. La problemática del anciano adquiere primordial importancia y factor decisivo en las investigaciones médicas y sociales. (7) 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 homeostasis y de la capacidad de reserva inherentes al envejecimiento. Es de destacar que, aunque la edad constituye un elemento importante, se considera insuficiente como criterio aislado para evaluar, cuantificar y definir las necesidades de una persona mayor enferma (8,9)

La condición de fragilidad coloca al adulto mayor en una situación de riesgo de desarrollar, empeorar o perpetuar efectos adversos para su salud, debido a la disminución de su reserva fisiológica; se relaciona con mayor riesgo de evolucionar hacia la discapacidad y la dependencia, y en última instancia, hacia la muerte. El concepto se refiere a una condición dinámica, dado que lo más probable es que cualquier adulto mayor no permanezca igual de frágil o de vigoroso por largos períodos de tiempo, y por otra parte, no todos los adultos mayores son frágiles en la misma medida.(10)

En Cuba, según consenso de los especialistas en el tema, se considera que los adultos mayores frágiles son aquellos que por sus condiciones biológicas, psicológicas, sociales o funcionales están en riesgo de desarrollar un estado de necesidad. El nivel primario de atención médica es el más cercano al adulto mayor y es donde se ha propuesto iniciar las estrategias de atención, promoción de salud, prevención y adecuación de los servicios y recursos sanitarios a sus necesidades.(11)Entre los programas priorizados del Sistema Nacional de Salud cubano se encuentra el de Atención Integral al Adulto Mayor, que concibe la evaluación integral al Adulto Mayor y la aplicación de la Escala Geriátrica de Evaluación Funcional (EGEF)(anexo 1)de la cual se derivan los criterios cubanos de fragilidad (anexo 4)

Cuba presenta un envejecimiento poblacional progresivo con un incremento marcado en los últimos años. Se prevé que para el año 2020 alrededor de 400 000 cubanos habrán cumplido los 80 años.(12 )Se estima que el porcentaje de adultos mayores alcance el 25 % para el 2025, momento en el que Cuba será el país más envejecido de América Latina y para el año 2050, uno de los más envejecidos del mundo. Resulta un gran reto identificar adultos mayores aparentemente sanos con alto riesgo de deterioro de la salud y posible necesidad de institucionalización.(13) Es por ello que uno de los aspectos de mayor estudio en la actualidad en el campo de la geriatría clínica es el concepto de fragilidad, un

síndrome complejo de vulnerabilidad aumentada en adultos mayores caracterizado por una inadecuada respuesta al estrés que provoca eventos adversos tales como discapacidad, caídas, aumento de morbilidad y mortalidad.(14) La mayor importancia de identificar un adulto mayor frágil o vulnerable radica en la posibilidad de realizar medidas de prevención con la finalidad de disminuir las tasas de morbimortalidad a largo plazo; sin embargo, resulta necesario realizar esta búsqueda en la comunidad, en aquellas personas mayores de 60 años que acuden a los servicios de salud.(15)

La identificación, evaluación y tratamiento del adulto mayor frágil constituye la piedra angular de la medicina geriátrica. La fragilidad representa el estado de vulnerabilidad fisiológica y es el resultado de una pobre reserva funcional asociado a la disminución de la capacidad del organismo a afrontar situaciones de estrés. Esta declinación es fundamentalmente en los sistemas neuromuscular, endocrino e inmunológico. El síndrome de fragilidad tiene una base fisiopatológica definida en que la sarcopenia está asociada a marcadores bioquímicos e inflamatorios ya identificados tales como proteína C reactiva, factor de necrosis tumoral, fibrinógeno, IGF-1, interleuquina-6, DHEAS y otros. (16,17)

Aunque continúa en la actualidad un debate activo en relación a la naturaleza de la fragilidad, en donde sí hay acuerdo es en el impacto que tiene en el adulto mayor, en su familia y en particular en el cuidado dado dentro de la sociedad. Está claro que mayor evidencia será necesaria para identificar otros aspectos biológicos clínicos y dominios sociales alrededor de este síndrome de fragilidad. Esta aproximación multidimensional sobre la fragilidad refleja la esencia en el cuidado de personas mayores. Siempre se tendrá que hacer énfasis en la promoción de la salud, prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados de intervención. (18)

Esta investigación ha sido motivada por un lado a partir de los datos sólidos y significativos encontrados en materia de demografía en cuanto al envejecimiento poblacional existente en Cuba y en nuestra provincia Ciego de Ávila. Si cada vez vamos a constituir una población más mayor, con mayor riesgo a enfermar y a utilizar los recursos sanitarios, sería trascendental conocer la diferencia entre el anciano sano y anciano frágil, poder medirlo y proporcionar un papel más importante a la prevención en el sistema sanitario.

Por otro lado, la elección del tema de este trabajo también se basa en la importancia que se ha reconocido recientemente a la fragilidad, otorgándole el nombre de síndrome geriátrico, y a la gran prevalencia encontrada de dicho síndrome en la población mayor.

Por todo lo antes expuesto se decide realizar este trabajo debido a la importancia que tiene identificar a los adultos mayores frágiles a tiempo, para intervenirlos y prevenir que sufran eventos adversos para su salud y de esta manera garantizar su calidad de vida.

En correspondencia con las problemáticas abordadas, se plantea como **problema científico**: ¿Cómo contribuir a la elevación del conocimiento del adulto mayor frágil y/o cuidadores pertenecientes al CMF 6 del área de salud Policlínico Máximo Gómez sobre el manejo adecuado del mismo?

La novedad científica de la investigación está dada en implementación de la estrategia de intervención educativa encaminada a preparar al Adulto Mayor Frágil y a los cuidadores para contribuir a la elevación de sus conocimientos y a mejorar la calidad de vida de este tipo de pacientes en el CMF 6 del área de salud del Policlínico Máximo Gómez del municipio Chambas.

Dirigido a solucionar el problema se define como **objetivo general de la investigación**: Aplicar una estrategia de intervención educativa para elevar el conocimiento del adulto mayor frágil y/o cuidadores sobre el manejo adecuado del mismo en el CMF 6 del área de salud del Policlínico Máximo Gómez, municipio Chambas.

#### **Y como objetivos Específicos:**

- Identificar los factores de riesgo que pueden desencadenar el síndrome de fragilidad en los adultos mayores en el CMF 6 del área de salud del Policlínico Máximo Gómez.
- Diseñar una estrategia de intervención educativa para elevar el conocimiento del adulto mayor frágil y/o cuidadores sobre los mismos para contribuir al mejoramiento de su calidad de vida.

- Evaluar la efectividad de la estrategia de intervención educativa para preparar a los AMF y/o cuidadores en cuanto a su condición para elevar su calidad de vida en el CMF 6 del área de salud del Policlínico Máximo Gómez.

**Hipótesis:** si se implementa una estrategia de intervención educativa para contribuir a elevar el conocimiento del AMF y/o al cuidador, entonces se puede contribuir a mejorar su calidad de vida en el CMF 6 del área de salud “Máximo Gómez”.

## **MARCO TEÓRICO:**

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 adultos mayores 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 -con implicaciones y dimensiones del micromundo y macromundo- y el individual. (19)

En el intento de encontrar términos con los cuales identificar la disminución de la capacidad funcional inherente al adulto mayor y por tanto el aumento de su dependencia del medio, surgen los conceptos de "fragilidad" y "anciano frágil". Se ha comprobado que la detección precoz de la fragilidad y el empleo oportuno de técnicas diagnósticas, terapéutica y rehabilitadoras pueden modificar positivamente la expresión esperada de la discapacidad en el anciano, por lo que intervenir en este sentido tiene implicaciones tanto en el envejecimiento secundario que hace referencia al que se produce en los seres vivos cuando son sometidos a la acción de fenómenos aleatorios y selectivos, que ocurren a lo largo del tiempo de vida y que interaccionan con los mecanismos y cambios propios del envejecimiento primario para producir el "envejecimiento habitual". (20)

Los principales representantes de este envejecimiento secundario son los problemas de salud de carácter crónico y los cambios adaptativos para mantener la homeostasis del medio interno. Su investigación abarca tanto la causa, prevención, desarrollo, manifestación, pronóstico y tratamiento de la enfermedad y de sus consecuencias, como lo relacionado con hábitos y estilos saludables de vida. (21)

Sea cual sea el tipo de envejecimiento considerado, la característica fundamental común a cualquiera de ellos es la pérdida de la reserva funcional, que condiciona una mayor susceptibilidad a la agresión externa al disminuir los mecanismos de respuesta y su eficacia para conservar el equilibrio del medio interno. Esta disminución de la respuesta se

manifiesta inicialmente sólo bajo circunstancias de intenso estrés para luego pasar a manifestarse ante mínimas agresiones. Según se pierde la reserva funcional la susceptibilidad es mayor, aumentando la posibilidad de que cualquier noxa causal desencadene en pérdida de función, discapacidad y dependencia. (22)

Muchas teorías intentan explicar la base fisiológica de la fragilidad. La pérdida de masa muscular que produce deterioro del estado físico, también llamada sarcopenia, es una de las más aceptadas en la actualidad. Es así que Fried y col., propone cinco criterios diagnósticos, uno de los cuales es la velocidad de la marcha como reflejo directo de masa muscular, habiendo demostrado una estrecha correlación con eventos adversos a futuro. (23)

Actualmente no existen estudios que determinen la frecuencia de este cuadro en la población adulta mayor de la comunidad en el país y debido a que los individuos frágiles están con alto riesgo de eventos adversos como institucionalización, síndromes geriátricos, discapacidad dependencia y muerte, se desarrolla el presente estudio para describir la frecuencia del síndrome de fragilidad en la población adulta mayor en la comunidad. Se ha definido el envejecimiento poblacional como la proporción de personas de edad avanzada en una población determinada. Aunque las causas del envejecimiento poblacional son las mismas en todos los países, a lo largo del tiempo estas han tenido un papel diferente en cada etapa. La disminución de la natalidad y la fecundidad parecen ser la causa más importante, mientras que la disminución de la mortalidad aparece como un determinante del envejecimiento o no, en dependencia de cuál es el grupo de edades donde se produce esta disminución. Las migraciones son el tercer factor que influye: los flujos migratorios, tanto internos como externos, pueden llevar al aumento de las proporciones de adultos mayores en una población determinada. Principales causas del envejecimiento poblacional:

– Disminución de la natalidad.

– Disminución de la mortalidad.

– Migraciones externas

Este fenómeno no es un problema exclusivo del mundo desarrollado, desde la última década del pasado siglo se reconoce que es también una realidad para los países en desarrollo. El envejecimiento en América Latina y el Caribe ha sido muy rápido y lo será más. Si en 1950 había 5,5 millones de adultos mayores latinoamericanos y caribeños, medio siglo después la cifra se incrementó a más de 50 millones en el 2006, las cifras se duplican en menos de 25 años; o sea serán alrededor de 100 millones en el 2025 y casi 200 millones en el 2050, además más del 75 % de las personas que nacen hoy, vivirán sus 60 años y un 40 % sobrepasarán sus 80 años. En los últimos 25 años la esperanza de vida al nacer de latinoamericanos y caribeños se incrementó en 17 años. El envejecimiento en todos los países se producirá sin el respaldo del desarrollo económico que siempre caracterizó al proceso en el mundo desarrollado. Los países en desarrollo deberán enfrentar, además de los latentes problemas económicos, el envejecimiento de sus poblaciones. Asimismo, el envejecimiento en nuestra región es su heterogeneidad. Existen países en distintas etapas del envejecimiento, mientras que Bolivia, Guatemala o Haití poseen un envejecimiento poblacional incipiente, otros como Uruguay, Argentina, Barbados y Cuba presentan un envejecimiento avanzado. (24)

El factor clave del proceso durante todo este siglo ha sido una acelerada declinación de la fecundidad. La tasa global de fecundidad pasó de 5,76 hijos por mujer en 1919 a 3,61 en 1953; en 1970 fue de 3,70 mientras que en 1978 bajó por primera vez del nivel de reemplazo poblacional, al registrarse 1,95 hijos por mujer, continuando a partir de entonces por debajo de dicho nivel; su valor más reducido se registró en el año 2006 con 1,39. El mantenimiento por más de tres décadas de esta situación ha provocado que las cohortes de los recién nacidos comiencen a ser menores que las cohortes que le anteceden, provocando que la proporción de personas de 60 años y más aumente con respecto al total de la población, lo que se conoce como proceso de envejecimiento poblacional.

– La entrada al país de alrededor de 1 000 000 de inmigrantes, en las tres primeras décadas del siglo xx, contribuyó a que se alcanzara una tasa de crecimiento elevada entre 1919 y 1950 (2,31 %); a partir de ese momento la emigración superó a la inmigración.

– A pesar de lo anterior, el mejoramiento del nivel de mortalidad puede señalarse como el principal componente del envejecimiento durante el período de 1900 a 1960 y aunque posteriormente la disminución de la fecundidad fue el factor de mayor relevancia, la mortalidad continuó disminuyendo de forma acelerada. La esperanza de vida al nacer se elevó de 55,7 años en la década de los 50 hasta 77,98 años en el presente, o sea, aumentó en 22 años durante este periodo. Esto ha motivado que Cuba tenga niveles de mortalidad similares a los de las áreas más desarrolladas del mundo y que su esperanza de vida al nacer, sea mayor que la del promedio de estos países. (25)

La esperanza de vida geriátrica o esperanza de vida a los 60 años, en Cuba, ha aumentado sensiblemente: en 1950 era de 15,5 años y en menos de 40 años se elevó a más de 22 según datos del período 2005-2007. Los actuales niveles de envejecimiento de la población anciana son comparables con los más altos del mundo. Es muy marcada la esperanza de vida geriátrica de los hombres cubanos, la cual es casi de 21 años, por poco más de 23 para las mujeres. (25,26)

Otro indicador que demuestra la magnitud y la rapidez del crecimiento de la longevidad de los cubanos, es el rango de supervivencia de su población: hoy ya más del 87 % de los cubanos sobreviven a los 60 años y en los próximos 10 años lo hará el 90 %. Un dato importante que se comienza a manejar es el aumento de la cantidad de los llamados viejos-viejos, con implicaciones socioeconómicas y médicas muy especiales. La esperanza de vida actual de las personas que en Cuba cumplen 80 años es de 9,3 años. (26,27)

Más del 80 % de personas de 60 años o más en Cuba refieren padecer al menos de una enfermedad crónica. Según el estudio SABE de La Habana y la reciente Encuesta Nacional de Envejecimiento Poblacional, las mujeres refieren tener más enfermedades crónicas que los hombres, y a mayor edad, mayor cantidad de padecimientos. (28)

El proceso de envejecimiento humano individual es el resultado de la suma de dos tipos de envejecimiento: el primario, intrínseco o *per se* y el secundario. El envejecimiento primario es el proceso o grupo de procesos responsables del conjunto de cambios observados con la edad en los individuos de una especie y no relacionados con la presencia de enfermedad. Su investigación se centra en los mecanismos genéticos, moleculares y celulares que intervienen en el proceso de envejecimiento y que, de expresarse adecuadamente, condicionan lo que se ha denominado "envejecimiento con éxito"(28,29)

Sea cual sea el tipo de envejecimiento considerado, la característica fundamental común a cualquiera de ellos es la pérdida de la reserva funcional, que condiciona una mayor susceptibilidad a la agresión externa al disminuir los mecanismos de respuesta y su eficacia para conservar el equilibrio del medio interno. Esta disminución de la respuesta se manifiesta inicialmente sólo bajo circunstancias de intenso estrés para luego pasar a manifestarse ante mínimas agresiones. Según se pierde la reserva funcional la susceptibilidad es mayor, aumentando la posibilidad de que cualquier noxa causal desencadene en pérdida de función, discapacidad y dependencia. (30)

Las bases de la valoración geriátrica se iniciaron en las décadas de los 60 y los 70 del siglo XX; en los 80 se demostró su utilidad, mientras que en la década de los 90 el interés en este tema se concentró en la evaluación de la fragilidad de los ancianos. Se ha planteado incluso que la medicina geriátrica debe dirigirse concretamente al llamado «anciano frágil» Una búsqueda en Medline realizada en el año 1997 arrojó que el término fragilidad fue citado en 335 artículos desde 1989 hasta 1992 (24-31) y en 563 artículos desde este año hasta Enero de 1996. (23-32)

### **CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO.**

Para unos autores lo que determina la fragilidad es la coexistencia de determinados procesos clínicos; para otros la dependencia en las actividades de la vida diaria y para otros la necesidad de cuidadores institucionales. También ha sido relacionada con: declinación funcional, impedimento inestable y discapacidad. (33)

La condición de fragilidad coloca al AM en una situación de riesgo de desarrollar, empeorar o perpetuar efectos adversos para su salud, debido a la disminución de su reserva fisiológica, todo lo cual se relaciona con mayor riesgo de evolucionar hacia la discapacidad y la dependencia, y en última instancia, hacia la muerte. Lo que sí parece evidente es que el concepto se refiere a una condición no estática. Es posible que cualquier adulto mayor no permanezca igual de frágil o de vigoroso por largos periodos de tiempo, y por otra parte, no todos los adultos mayores son frágiles en la misma medida. (34)

Entre las definiciones de fragilidad encontradas se encuentra la de Buchner que la considera “el estado en que la reserva fisiológica está disminuida, llevando asociado un riesgo de incapacidad, una pérdida de la resistencia y un aumento de la vulnerabilidad”. Por su parte Brocklerhurst defiende la idea de que se trata de un “equilibrio precario, entre diferentes componentes, biomédicos y psicosociales, que condicionarán el riesgo de institucionalización o muerte”. Campbell y Buchner la entendieron como sinónimo de inestabilidad, de mayor probabilidad o riesgo de cambiar de «status», de caer en dependencia o de incrementar la pre-existente, mientras que Fried LP considera a los ancianos frágiles como un subgrupo de alto riesgo, susceptible de un control sociosanitario riguroso sobre los que instaurar políticas curativas y preventivas específicas.(35)

Una definición de Batzán JJ y Cols plantea que “La fragilidad puede definirse como la disminución progresiva de la capacidad de reserva y adaptación de la homeostasis del organismo (homeostenosis) que se produce con el envejecimiento, está influenciada por factores genéticos (individuales) y es acelerada por enfermedades crónicas y agudas, hábitos tóxicos, desuso y condicionantes sociales y asistenciales”. Por su parte, Brown y Cols definieron la fragilidad como “la disminución de la habilidad para desarrollar actividades prácticas y sociales importantes de la vida diaria”. Otras definiciones se refieren a: “demanda excesiva sobre capacidad reducida”; “balance precario fácilmente perturbable” ;estado que coloca a la persona “en riesgo de sufrir

eventos adversos a su salud”; o que la hace “inherentemente vulnerable a los cambios del entorno”; o “incapaz de integrar las respuestas para enfrentar el stress”. (36)

Por otra parte, la Organización Panamericana de la Salud ha definido como adultos mayores frágiles a los que padecen o están en riesgo de presentar los llamados “Gigantes de la Geriátrica” o las Cinco “I”: Inmovilidad, Inestabilidad, Incontinencia, Deterioro Intelectual y la Iatrogenia. (36,37) Maestro Castelblanque y Albert Cuñat relacionan la fragilidad con una mayor necesidad y riesgo de utilizar recursos sociales y sanitarios, institucionalización, deterioro de la calidad de vida y muerte”. Otros la definen como un estado fisiológico que induce a un aumento de la vulnerabilidad ante factores estresantes debido a la disminución de las reservas fisiológicas, e incluso a la desregulación de múltiples sistemas fisiológicos.(36-38) Existen otras definiciones de fragilidad mucho más operacionales que consideran determinadas reglas o criterios resultantes de investigaciones u observaciones concretas.(37-39) Por ejemplo en un reciente artículo del año 2005 se plantea que un AM puede definirse como frágil si presenta tres o más de los siguientes síntomas: pérdida no intencional de peso, pobre resistencia como signo de agotamiento, disminución de la fuerza del apretón de mano, baja velocidad al caminar y baja actividad física. Otra manera de definir la fragilidad ha sido sumando el número de deterioros, la que a pesar de su fuerte valor predictivo consume mucho tiempo y no se utiliza ampliamente en la práctica clínica. Una tercera clase de clasificaciones operacionales confía en el juicio clínico para interpretar los resultados tomados de la entrevista al paciente y el examen clínico. (38-40)

En Cuba, según consenso de los especialistas en el tema, se considera que los AM frágiles son aquellos que por sus condiciones biológicas, psicológicas, sociales o funcionales están en riesgo de desarrollar un estado de necesidad. Hasta la fecha no existe consenso sobre los instrumentos que se deben aplicar por el médico para detectar este estado. (41) Los diferentes criterios de fragilidad han sido agrupados por algunos autores de la siguiente manera:

✓ Criterios médicos:

- Padecer enfermedades crónicas e invalidantes.

- Presencia de síndromes geriátricos.
  - Caídas a repetición.
  - Mala salud autopercebida.
  - Polifarmacia definida como consumo de tres o más fármacos, consumo de sedantes.
  - Ingreso hospitalario reciente o repetido.
  - Visitas domiciliarias con frecuencia superior a una vez al mes.
- ✓ Criterios funcionales:
- Dificultad para la deambulación y la movilización. Dependencia para la realización de actividades básicas de la vida diaria (ABVDs).
  - Dificultad para la realización de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVDs).
- ✓ Criterios mentales:
- Deterioro cognitivo.
  - Depresión.
- ✓ Criterios sociodemográficos:
- Vivir solo.
  - Viudez reciente.
  - Edad superior a 80 años.
  - Género femenino.
  - Escasos ingresos económicos.
  - Nivel de instrucción bajo.
  - Presencia o ausencia de cuidador.
  - Estrés del cuidador. (42)

Los criterios empleados están en consecuencia con la evidencia científica acumulada y las características particulares de las regiones en las cuales se ha investigado. Por ejemplo, un estudio mexicano desarrollado en el Área Sanitaria de Guadalajara en el año 2002, encontró que las variables predictoras de fragilidad en esa población de adultos mayores fueron: el paseo diario menor de 30 minutos, la puntuación en el Test de Adelaida (Perfil

de actividades de (Adelaida) inferior a dos puntos, la falta de práctica religiosa y la percepción de la propia actividad como nula o moderada. (43)

El principio esencial de la definición clínica de fragilidad ha sido el concepto de que ningún sistema alterado por sí solo define este estado, sino que múltiples sistemas deben estar involucrados, de manera que estas desregulaciones se hacen aparentes clínicamente cuando los factores estresantes las desenmascaran ya en un fenotipo clínico".(44)

En lo que sí parece haber consenso, es en el hecho de que el reconocimiento clínico de la fragilidad sólo puede establecerse mediante la valoración integral sistemática de los adultos mayores; que debiera ser del conocimiento y practicada por todo profesional que tenga a su cargo la atención a pacientes de la tercera edad, principalmente en el nivel comunitario.(45)

En nuestro país, el diagnóstico de fragilidad en el adulto mayor se basa en la aplicación de la Escala Geriátrica de Evaluación Funcional (EGEF) (Anexo 1) a partir de la cual se han establecido los criterios cubanos de fragilidad (Anexo 4). Es conocido que el nivel primario de atención médica es el más cercano al AM y que es allí donde se ha propuesto que se inicien las estrategias de atención, promover actividades preventivas, identificar grupos de riesgo para intervenir precozmente y adecuar los servicios y recursos sanitarios a sus necesidades. (46)

El desarrollo en Cuba del Programa del médico y enfermera de la familia, iniciado en 1984, y el surgimiento de la Especialidad en Medicina General Integral, constituyen fortalezas para el Sistema Nacional de Salud (S.N.S) que suponen una mejora en la calidad de la atención a los mayores de 60 años en su entorno comunitario.(46-47)

Entre los programas priorizados del Sistema Nacional de Salud cubano se encuentra el de Atención Integral al AM, que concibe la realización del diagnóstico de fragilidad como parte del proceso de evaluación integral al AM. Desde 1989 nuestro país muestra que presenta un envejecimiento poblacional progresivo con una proyección de un 25% de adultos mayores para el 2025, momento en el que Cuba será el país más envejecido de América Latina, mientras que se espera que para el año 2050 sea uno de los más envejecidos del mundo. Asimismo "se prevé que para el año 2020 alrededor de 400,000 cubanos habrán cumplido los 80 años. (48)

Sin embargo, se desconoce en nuestro país la prevalencia de fragilidad en poblaciones de adultos mayores; así como tampoco están identificadas las características que singularizan o distinguen en nuestro medio a los AMF. El disponer de esta información resultaría de gran utilidad al profesional de la salud del nivel primario de atención médica, porque le orientaría en su trabajo con los mayores de 60 años racionalizando su accionar en el proceso de pesquizado y prevención de la fragilidad. (46-49)

De esta manera podrá priorizar la atención a aquellos subgrupos de adultos mayores con mayor probabilidad de ser considerados frágiles. Partir de la prevalencia de los diferentes criterios de fragilidad establecidos en nuestro medio, permite realizar comparaciones puntuales y estimar luego en qué medida esta condición está presente y es vulnerable. Este conocimiento sería crucial en la planificación y desarrollo de estrategias de intervención en salud en la población de adultos mayores.

## **DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN:**

Se realizó un estudio pre- experimental de corte transversal de intervención educativa con el objetivo de elevar el conocimiento del AMF y/o cuidadores sobre el manejo adecuado del mismo, en el CMF 6 en el área de salud Máximo Gómez del municipio Chambas en el período comprendido desde enero 2018 hasta enero 2019.

El universo estuvo conformado por 193 pacientes mayores de 60 años pertenecientes al CMF 6 del área de salud “Máximo Gómez” del municipio Chambas. La muestra fue intencional quedando conformada por 111 AMF, previa aplicación de la Escala Geriátrica Funcional, de ellos 75 son AMF Y 36 son cuidadores. Se explicaron las características de la investigación a los AMF y/o cuidadores previo consentimiento informado (Anexo 2). A estas personas se le aplicó una encuesta previa discusión y aprobación de acuerdo a los objetivos propuestos.

### **Criterios de inclusión:**

- Estar registrados en las Historias de Salud Familiar del Consultorio Médico Familia.
- Poseer residencia oficial en el área seleccionada.
- Aceptar voluntariamente participar en la investigación.
- Tener más de 60 años, o ser cuidador crucial de un adulto mayor (AM) en el caso de aquellos que por sus condiciones de salud no pudieran participar directamente en la investigación.

### **Criterios de exclusión:**

- A los AM no frágiles.
- Estén institucionalizados permanentemente.
- Estuviesen hospitalizados.
- Hubiesen fallecido antes o durante el estudio.
- Estuviesen ausentes del área en el momento del estudio.

La estrategia (anexo 6) estuvo conformada por 3 etapas esenciales:

### **Etapas de la Investigación:**

**Primera Etapa:** Diagnóstico.

Acción 1: Aplicación de la encuesta

Objetivo: Explorar en los AMF y/o cuidadores de los pacientes los conocimientos que poseen sobre los riesgos asociados al síndrome de fragilidad.

- Concepto adulto mayor frágil.
- Enfermedades que pueden padecer.
- Cantidad de medicamentos diarios que consumen.
- Identificación de los principales riesgos de las caídas en el hogar.

Plazos para la realización: Julio / 2018.

Se aplicará una encuesta previamente diseñada a los AMF y/o cuidadores con el fin de conocer la atención que les brindan a estos pacientes.

### **Segunda Etapa:**

Implementación

Acción 1: Realizar acciones de la estrategia de intervención.

Objetivo: Elevar nivel de conocimientos que poseen sobre la atención que se le brinda al adulto mayor frágil.

Plazos para la realización: enero 2018 / enero 2019

Se realizaron ocho actividades con 45 min de duración, con una frecuencia mensual, empleando las técnicas participativas-comunicativas necesarias para lograr los objetivos propuestos.

Prevaleció un clima abierto y franco, donde se propició el intercambio en la actividad grupal, aportando cada miembro conocimientos, valoraciones y experiencias.

El aplicador tuvo en cuenta la dinámica de grupo, que permite valorar qué situaciones se presentan en su interacción.

### **Tercera Etapa:**

Evaluación

Acción 1: Aplicación de la encuesta.

Objetivo: Evaluar el conocimiento de los AMF y/o cuidadores después de haber implementado la estrategia de intervención.

Plazos para la realización: enero/2018-enero/2019.

Para la evaluación de la misma se creó una escala de puntuación en base a 100 puntos los cuáles fueron distribuidos en las preguntas anteriormente mencionadas y se consideró los siguientes criterios:

Altos: Entre 80 –100 puntos.

Medios: Entre 60 –84 puntos.

Bajos: Menos de 60 puntos

### **Clave de calificación**

Para la evaluación de las preguntas se establecieron calificaciones de Alto, Medio y Bajo.

#### **Pregunta #1**

Tiene un valor de 10 puntos y el inciso correcto es el (c).

#### **Pregunta #2**

Tiene un valor de 10 puntos y el inciso correcto es el (d).

#### **Pregunta #3**

Por ser una de las preguntas más compleja que se evalúa tiene un valor de 30 puntos,6 puntos por cada una de las enfermedades que escriba al completar y teniendo en cuenta que escriba hasta 5 enfermedades.

#### **Pregunta #4**

Tiene un valor de 20 puntos ,10 puntos correctos (c, d)

#### **Pregunta #5**

Posee un valor de 30 puntos, 6 puntos por cada inciso correcto. ( b,c,d,e,f).

#### **Los métodos aplicados durante la investigación fueron los siguientes**

##### **Métodos de procesamiento de la información y técnicas a utilizar:**

La información se obtuvo de encuestas previas y finales, con consentimiento y aprobación de los participantes, los datos fueron procesados y llevados a tablas las cuales se les aplicó el método porcentual aritmético y se utilizaron los programas Microsoft Word y Excel y se reflejaron las frecuencias absolutas y los porcentos.

##### **Métodos teóricos:**

Análisis- síntesis: permitió penetrar en el conocimiento del adulto mayor frágil y la atención que reciben de las personas que conviven con ellos a través de la observación , para implementar una estrategia educativa en función de mejorar la calidad de vida de los mismos, así como la determinación de la bibliografía revisada y extraer lo necesario para solucionar el problema.

Histórico- lógico: se utilizó para estudiar lo relacionado con el adulto mayor frágil desde su surgimiento y desarrollo hasta la actualidad.

Inducción y deducción: se empleó el paso de los hechos singulares a las proposiciones generales como premisa para elaborar las acciones que erradicaron las insuficiencias con respecto a la atención al adulto mayor frágil.

Hipotético- deductivo: para evaluar la efectividad de la estrategia educativa como respuesta a la hipótesis.

Sistémico: permitió la integración de las acciones y su interrelación a partir de la determinación de sus objetivos y métodos, y el establecimiento de las relaciones entre ellos, para conformar la estrategia educativa.

### **Métodos empíricos:**

**Encuesta inicial y final:** Se utilizó como técnica para la obtención de la información sobre los conocimientos que poseen los AMF y / o cuidadores sobre s la condición que presentan los primeros dadas sus características que les permita mejorar su calidad de vida, se aplicó a la población antes mencionada, la que constituye la muestra de trabajo en el CMF 6 Área de Salud Máximo Gómez, municipio Chambas (Anexo 3).

### **Aspectos éticos:**

A todos los pacientes se les realizó una historia clínica y una exploración física previo consentimiento informado para participar en la investigación, por medio de la cual se obtuvieron datos sociodemográficos, clínicos y complementarios.

Se tomaron en cuenta las pautas establecidas por la Asociación Médica Mundial(AMM) a través de la promulgación de la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, así mismo el Comité de ética de la Sede de Salud.

La autora de la investigación hace una valoración integral de este tema en Cuba, en la provincia y el municipio para sensibilizar sobre el tema a los futuros participantes de la investigación.

Los resultados fueron analizados para emitir conclusiones en correspondencia con los objetivos propuestos. Y se redactó un informe final teniendo en cuenta los requisitos establecidos por el comité académico.

Se aplicó una encuesta inicial, y después de implementada la estrategia se vuelve a aplicar, donde se comprobó los conocimientos adquiridos por los AMF y el cuidador responsable para prepararse en cuanto a su condición a la hora de recibir una atención que les permita tener mejor calidad de vida y respondiendo a cada una de las interrogantes planteadas según la encuesta. Para la realización de dicha investigación se tuvo en cuenta el consentimiento informado y los cuatro principios éticos básicos (respeto, beneficencia, no maleficencia y justicia) (Anexo 2)

**Variable Independiente:**

Estrategia de intervención educativa: Sistema de actividades efectivas para lograr cambios de comportamiento específicos y sostenidos en sectores de la población. Debe estar centrado en el sujeto, implicándolo afectivamente, con una correcta comunicación.

**Variable dependiente:** para mejorar la calidad de vida de los AMF del CMF 6 del área de salud del policlínico “Máximo Gómez del municipio Chambas

Las variables seleccionadas fueron:

- Sociodemográficas: Fragilidad, grupo de edad, sexo, número de convivientes, estado laboral, estado civil, nivel de escolaridad.
- Biomédicas: Hábitos tóxicos (consumo de café, consumo de alcohol y hábito de fumar) y antecedentes de salud de carácter crónico que padece.

**Operacionalización de Variables:**

Variable	Tipo	Indicador	Operacionalización
Fragilidad	Sociodemográfica	-AM frágil: aquel en el que se encuentren uno o más criterios de fragilidad. - AM no frágil: aquel	Clasifica al AM en Frágil o No frágil atendiendo a los criterios establecidos de Fragilidad en Cuba. (Anexo1)

		que no presente ninguno de los criterios de fragilidad	
Grupos de Edad	Sociodemográfica	60-64 65-69 70-74 75-79 80-84 85-89 90-94 95 o más	Años cumplidos
Sexo	Sociodemográfica	Femenino. -Masculino.	- Sexo del AM.
Número de convivientes.	Sociodemográfica	Número de personas	Número de personas que conviven con el AM.
Estado Laboral.	Sociodemográfica	-Trabajador actual - Jubilado pensionado - Jubilado no pensionado. - Ama de casa. - Desocupado	Estatus laboral actual del AM
Estado civil.	Sociodemográfica	_Soltero. -Con pareja estable. Viudo. -Divorciado	- Estado civil actual del AM.

Nivel de escolaridad.	Sociodemográfica	-Primaria sin terminar. -Primaria terminada. -Secundaria terminada. -Preuniversitario terminado. -Técnico medio terminado. -Universitario. -No escolarizado	Nivel de escolaridad alcanzado por el AM. Se corresponde con los campos que para esta variable se establecen en la Historia de Salud Familiar.
Hábito de fumar	Biomédica	- No fuma - Sí fuma	Sí fuma: es aquella persona que fuma diario como mínimo 3 cigarrillos.
Consumo de café	Biomédica	-No consumo -Sí consumo	Sí consume: es aquella persona que consume diario como mínimo una taza de café.
Consumo de alcohol	Biomédica	-No consumo. -Sí consumo.	Sí consume : Es aquella persona que consume alcohol cómo mínimo tres veces por semanas.
Antecedentes de salud	Biomédica	No. Sí (cuáles) Problemas de	HTA, Diabetes Mellitus, Asma Bronquial, Insuficiencia

		Salud de Carácter Crónico.	Circulatoria Periférica, Osteoartrosis, Alteraciones visuales y auditivas, Cardiopatías, Estreñimiento, Trastornos aparato digestivo, Demencia, Enfermedad cerebrovascular, Alteraciones prostáticas, Parkinson, Neoplasias y Parálisis de miembros.
--	--	----------------------------	--

## ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Se estudiaron 193 adultos mayores residentes en el área seleccionada del Policlínico “Máximo Gómez”, de los cuales el 56,2% (102) pertenece al sexo femenino, y el 43,8% (91) al sexo masculino (Gráfico 1).

El siguiente gráfico representa lo anterior expuesto de esta población de adultos mayores. A todos ellos se les aplicó la Escala Geriátrica de Evaluación Funcional (EGEF).

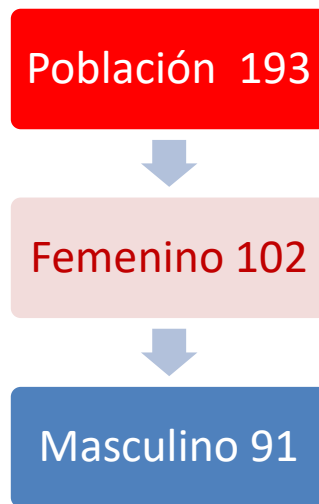


Tabla 1. Distribución de adultos mayores frágiles según sexo en el CMF 6 del área de salud del Policlínico “Máximo Gómez” del municipio Chambas. Diciembre 2018.

Sexo	Adultos Mayores frágiles		Adultos Mayores no frágiles		Total	
	No	%	No	%	No	%
Masculino	49	25,3	42	51,2	91	43,8
Femenino	62	32,1	40	26,4	102	56,2
Total	111	57,5	82	41,9	193	100

\*Con respecto a la población total de adultos Mayores (193)

De esta población se aprecia que 49 pacientes del sexo masculino representan el 25,3 % de la muestra y 62 pacientes del sexo femenino que representan el 32,1 %, se obtuvo prevalencia del síndrome de fragilidad en un 57,5 % de los AM, es decir en 111 de los AM de un total de 193. Comparado con otro estudio realizado en Cuba donde la prevalencia del síndrome de fragilidad en su universo de trabajo fue de (51,4%) (49)

Un estudio reporta que la prevalencia en relación a sexo fue mayor en el femenino con una proporción del 33,3% (50), lo que es similar con nuestro resultado teniendo en cuenta que en esta investigación la población es mayor que la muestra. La similitud se debe a que ambos estudios se realizaron en la población cubana, sin diferencias significativas.

Considerando los criterios cubanos de fragilidad (Anexo 4) en esta comunidad es esperado que de cada diez AM, aproximadamente seis sean mujeres frágiles y que al menos cuatro hombres tengan esta categoría.

Tabla 2. Distribución de adultos mayores según resultado de la Escala Geriátrica de Evaluación Funcional aplicada en el CMF 6 del área de salud del Policlínico “Máximo Gómez”. Municipio Chambas. Diciembre del 2018

Variables	Adultos Mayores según categoría evaluativa de la variable									
	5		4		3		2		1	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Continencia	132	68,3	39	20,2	9	4,6	6	3,1	7	3,6
Movilidad	108	55,9	38	19,6	21	10,8	15	7,7	11	5,6
Equilibrio	122	63,2	24	12,4	29	15,0	10	5,1	8	4,1
Visión	98	50,7	43	22,2	24	12,4	15	7,7	13	6,7
Audición	93	48,1	45	23,3	26	13,4	17	8,8	12	6,2
Uso de Medicamentos	39	20,2	23	11,9	95	49,2	26	13,4	10	5,1
Sueño	103	53,3	36	18,6	28	14,5	14	7,2	12	6,2
Estado Emocional	121	62,6	43	22,2	12	6,2	11	5,6	6	3,1
Memoria	119	61,6	10	5,1	30	15,5	24	12,4	10	5,1
Situación familiar	137	70,9	19	9,8	14	7,2	13	6,7	10	5,1
Situación social	150	77,7	9	4,6	13	6,7	12	6,2	9	4,6
Situación Económica	155	80,3	4	2,0	13	6,7	12	6,2	9	4,6
Situación Funcional Global	91	47,1	62	32,1	20	10,3	14	7,2	6	3,1

- Con respecto a la población total de Adultos Mayores N= (193).

Según el resultado de este instrumento se aprecia que en la mayoría de las variables, los AM de esta población están clasificados predominantemente en las categorías 4 y 5; con

excepción de las que exploran “Uso de Medicamentos “. En el caso del “Uso de Medicamentos”, identificamos que en esta población, nueve de cada 10 AM consume entre tres y cinco medicamentos de manera habitual y aproximadamente uno de cada 10 consume más de 6 medicamentos.

### **CARACTERIZACIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES FRÁGILES DE ESTA POBLACIÓN.**

Si analizamos específicamente al grupo de los AMF apreciamos que el criterio de Polifarmacia se presenta como promedio en 7 de cada 10 adultos mayores frágiles. (AMF) (38,8%), en alteraciones de la memoria menor que 4 según EGEF y el (33,1 %) (Tabla 2)

Explorando el número de criterios por adulto mayor frágil (AMF) identificamos que el 50,4% de los AMF tiene solo uno de ellos (predominantemente la polifarmacia). Tres de cada 10 AMF fueron clasificados como tal porque cumplen dos criterios, mientras que en el 20% restante concomitan 3 o más criterios de fragilidad.

Tabla 3. Distribución de adultos mayores frágiles según grupos de edades y sexo en el CMF 6 del área de salud del Policlínico “Máximo Gómez” Municipio Chambas. Diciembre de 2018

GRUPOS DE EDADES	Adultos Mayores Frágiles					
	Femeninos		Masculinos		Total	
	Total	%	Total	%	Total	%
60-64	15	24,1	17	34,6	32	28,8
65-69	6	9,6	8	16,3	14	12,6
70-74	9	14,5	6	12,2	15	13,5
75-79	8	12,9	6	12,2	14	12,6
80-84	13	20,9	6	12,2	19	17,1
85-89	8	12,9	3	6,1	11	9,9
90-94	2	3,2	3	6,1	5	4,5
95 ó más	1	1,6	---	---	1	0,9
Total	62	100	49	100	111	100

En los AMF, se evaluó la expresión de variables sociodemográficas y biomédicas. Al evaluar la relación de la fragilidad con la edad se aprecia que en las edades comprendidas entre los 60 y los 69 años, se puede constatar con esta condición el 22,5 % de la muestra predominando en este caso el sexo masculino. Esta relación se invierte en el grupo de 70-74 años, etapa de la vida a partir de la cual el porcentaje de AMF con respecto a la población en cada grupo etáreo se incrementa progresivamente, hasta llegar al 100% en el grupo de 95 o más años. El 43,2% de los AMF tiene entre 70 y 84 años de edad. (Tabla 3)

Se encontró asociación entre la condición de fragilidad y tener una edad igual o mayor que 80 años la cual fue superior cuando se calculó para la edad igual o mayor que 70 años (Tabla 3)

En cuanto el grupo etáreo notamos que conforme a mayor edad del paciente aumenta el riesgo de síndrome de fragilidad. En relación a esta variable un estudio reportó que el grupo mayor de 80 años solo representó el (32,7%) de edad del síndrome de fragilidad, en nuestro estudio se muestra que el grupo de mayor de 80 años es el que reporta mayor fragilidad con un 32,4% sin diferencias significativas.

Tabla 4. Distribución de adultos mayores frágiles según estado civil y sexo en el CMF 6 del área de salud del Policlínico “Máximo Gómez” Municipio Chambas. Diciembre de 2018.

ESTADO CIVIL	Adultos Mayores Frágiles					
	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Soltero	3	4,8	1	2,0	4	3,6
Con pareja estable	26	41,9	13	26,5	39	35,1
Viudo	21	33,8	30	61,2	51	45,9
Divorciado	12	19,3	5	10,2	17	15,3
Total	62	100	49	100	111	100

Al explorar su estado civil encontramos que el 35,1% de los AMF tiene pareja estable. Aproximadamente 1 de cada 2 AMF (45,9%) ha enviudado y por cada mujer frágil viuda existen entre 2 y 3 hombres frágiles con esa condición.(Tabla 4)

Con respecto a la población de AM viudos y con pareja estable en esta comunidad, el porcentaje de AMF con estas condiciones es proporcionalmente mayor; estos constituyen el 35,1% con pareja estable y el 45,9 de los viudos. Se encontró marcada diferencia entre la condición de frágil y ser soltero.

Tabla 5. Distribución de adultos mayores frágiles según número de convivientes y sexo en el CMF 6 del área de salud del Policlínico “Máximo Gómez” Municipio Chambas. Diciembre de 2018.

Número de convivientes	Adultos Mayores Frágiles					
	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
0	9	14,5	3	6,1	12	10,8
1-2	26	41,9	12	24,4	38	34,2
3-4	23	37,0	25	51,0	48	43,2
5-6	4	6,4	6	12,2	10	9,0
7-8	---	--	3	6,1	3	2,7
9-10	---	--	--	--	--	--
Total	62	100	49	100	111	100

El 77,4% de los AMF convive con 1- 4 personas y como promedio, con cada AMF conviven 3 personas. Sin embargo, uno de cada 10 AMF vive solo (10,8 %) y es de destacar que el porcentaje de mujeres con esta última categoría triplica al de los hombres. (Tabla 5)

Otro estudio realizado revela que el 64,2 % conviven solos, seguidos por los que conviven con 7-8 personas 60,0% y alcanzando un porcentaje bastante superior en los que conviven con entre 9-10 personas, llegando a obtener el 75 %.

Tabla 6. Distribución de adultos mayores frágiles según estado laboral y sexo en el CMF6 del Policlínico “Máximo Gómez”. Municipio Chambas. Diciembre 2018.

Estado Laboral	Adultos Mayores Frágiles					
	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Trabajador	3	4,8	2	4,0	5	4,5
Jubilado pensionado	25	40,3	37	75,5	62	55,8
Jubilado no pensionado	2	3,2	8	16,3	10	9,0
Ama de casa	32	51,6	-	-	32	28,8
Desocupados			2	4,0	2	1,8
Total	62	100	49	100	111	100

En relación con el estado laboral se aprecia que el 55,8% de los AMF son jubilados pensionados, con respecto a investigaciones que declara el 69,1% de los AMF como jubilados pensionados y con predominio en el porcentaje de hombres con respecto a las mujeres. (Tabla 6)

Sin embargo, como grupo, los AMF masculinos constituyen el 75,5% del total de Jubilados Pensionados en esta población y se mantienen con porcentajes algo por encima del 50% en el resto de las categorías con excepción de la categoría Trabajador, la que representa el 4,5%.

Tabla 7. Distribución de adultos mayores frágiles según, nivel de escolaridad y sexo en el CMF 6 del Policlínico “Máximo Gómez”. Municipio Chambas. Diciembre 2018.

Nivel de Escolaridad	Adultos Mayores Frágiles					
	AMF		Femenino		Masculino	
	Total	%	Total	%	Total	%
No Escolarizados	5	4,5	2	40	3	60
Primaria sin terminar	23	20,7	14	60,8	9	39,1
Primaria Terminada	31	27,9	19	61,2	12	38,7
Secundaria Terminada	39	35,1	22	56,4	17	43,5
Preuniversitario Terminado	6	5,4	2	33,3	4	66,6
Técnico medio terminado	5	4,5	2	40,0	3	60
Universitario	2	1,8	1	50	1	50
Total	111	100	62	55,8	49	44,1

El nivel de escolaridad en esta población de AMF es más bien bajo. El 53,1% de los AMF no alcanza el nivel secundario, con predominio del sexo femenino en una relación 9,9 con respecto al masculino. En tesis realizadas por otros autores la relación es de un 3,2 y prevalece el sexo femenino por encima del masculino.(Tabla 7)

Tabla 8. Distribución de adultos mayores frágiles según prevalencia de antecedentes de salud de carácter crónico y sexo en el CMF 6 del policlínico “Máximo Gómez” Municipio Chambas. Diciembre 2018.

Antecedentes de salud	Adultos Mayores Frágiles					
	Femeninos (62)		Masculinos (49)		Total (111)	
	No	%	No	%	No	%
Hipertensión Arterial	59	95,1	42	85,7	101	90,9
Osteoartrosis	31	50	36	73,4	67	60,3
Insuficiencia Circulatoria Periférica	46	74,1	20	40,8	66	59,4
Alteraciones visuales	47	75,8	44	89,7	91	81,9
Cardiopatías	29	46,7	27	55,1	56	50,4
Alteraciones Auditivas	32	51,6	35	71,4	67	60,3
Diabetes Mellitus	21	33,8	23	46,9	44	39,6
Estreñimiento	18	29,0	19	38,7	37	33,3
Trastornos aparato digestivo	12	19,3	10	20,4	22	19,8
EPOC-Asma Bronquial	8	12,9	6	12,2	14	12,6
Demencias	15	24,1	17	34,6	32	28,8
Enfermedad Cerebrovascular	6	9,6	5	10,2	11	9,9
Alteraciones Prostáticas			3	6,1	3	2,7
Parkinson	1	1,6	2	4,0	3	2,7
Parálisis de miembros	2	3,2	2	4,0	4	3,6
Neoplasias	1	1,6	1	2,0	2	1,8

En relación con la prevalencia de antecedentes de salud de carácter crónico en la población de AMF se aprecia que los cinco más frecuentes son: Hipertensión Arterial (90,9%), Alteraciones Visuales (81,9%), Osteoartrosis y Alteraciones auditivas (60,3) respectivamente, Cardiopatías (50,4 %) y la Insuficiencia Circulatoria Periférica (59,4%). (Tabla 8)

Otras investigaciones revelan como resultado que los antecedentes de salud de carácter crónico en su población están concebidos de la siguiente manera Hipertensión Arterial (55,8%), Osteoartrosis (52,5%), Insuficiencia Circulatoria Periférica (43,9%), Alteraciones Visuales (41,7%) y Cardiopatías (34,9%), coincidiendo algunas de estas enfermedades con nuestra investigación .

Es de destacar que la frecuencia con la que se presentan los antecedentes de salud de carácter crónico en el grupo de los AMF, es muy superior a como se presentan en el resto de la población de AM.

Tabla 9. Distribución de adultos mayores frágiles según prevalencia de hábitos tóxicos en el CMF 6 del Policlínico “Máximo Gómez”. Municipio Chambas. Diciembre 2018

Hábitos Tóxicos	Adultos Mayores Frágiles					
	Femeninos (62)		Masculinos (49)		Total (111)	
	No	%	No	%	No	%
Hábitos de fumar	13	20,9	21	42,8	34	30,6
Consumo de café	38	61,2	46	93,8	84	75,6
Consumo de alcohol	5	8,0	19	38,7	24	21,6

De los hábitos tóxicos se exploraron el hábito de fumar, el consumo de café y el consumo de alcohol. En relación con el primero de estos, se aprecia que en esta población de AMF predominan los no fumadores que constituyen el 69,3 % del total. En el grupo de los frágiles fumadores (30,6%) predomina el sexo masculino con un 42,8%.

Algunos autores destacan que en su población seleccionada el 80,2% de los AMF del total son fumadores activos y que el 14,3% fumó alguna vez. Además refieren su preferencia por el cigarro coincidiendo con nuestra investigación.

Aproximadamente 8 de cada 10 AMF de esta comunidad refiere consumir café, con una relación hombre-mujer de 5,4 en este grupo; sin embargo otros autores declaran el 3,2. Se encontró además que 2 de cada 10 AMF consume café después de las 7:00pm. El número de tazas de café promedio que consumen diariamente los AMF de esta población es de 2 y 1 de cada 10 AMF consume más de 5 tazas de café al día.

En relación con el Consumo de Alcohol se encontró que, como promedio, el 76,6% de los AMF de esta población refiere no consumirlo. Siendo el 91,7 de la población seleccionada por otros autores. Sin embargo, consume alcohol el 8,0% de las mujeres frágiles y en otros casos lo hace el 2,8% de estas, contra el 38,7% de los hombres con la misma categoría; porcentajes que se aproximan a la frecuencia de aparición de este hábito tóxico en esta comunidad según sexo (3,5% y 21,2%) respectivamente.

Al analizar los resultados de la encuesta inicial se pudo constatar que los adultos mayores y cuidadores responsables poseían pocos conocimientos sobre las características de los AMF y cómo actuar para ayudar a estas personas y mejorar su calidad de vida

Tabla 10. Nivel de conocimientos sobre características de los AMF y cómo proceder para mejorar su calidad de vida para erradicar en cierta medida algunos de los antecedentes de salud. Se le realizó a 75 AMF y 36 cuidadores responsables.

Conocimientos sobre las características de los AMF	Antes de la Intervención Educativa.		Después de la Intervención Educativa	
	No	%	No	%
Alto	6	5,4	94	84,6
Medio	2	1,8	7	6,3
Bajo	103	92,7	10	9,0

Se observa que antes de la intervención solo el 5,4% reconoció correctamente algunas de las características de los AMF, enfermedades que pueden padecer, así como actividades que pueden realizar para mejorar su calidad de vida, el 1,8% ocupa el nivel medio, mientras que el mayor número se ubicó en el nivel más bajo, puesto que solo fueron capaz de identificar una característica del AMF y que un gran número de encuestados no conocían las principales causas de riesgo para sufrir caídas entre otras condiciones que aquejan al AMF. Después de la intervención el mayor número de la muestra se ubicó en el nivel alto de conocimiento 84.6%, solo el 6.3% se ubicó en el nivel medio pues presentaron dificultad en identificar las características y condiciones del AMF y cómo mejorar su calidad de vida y solo un 9% fue incapaz de reconocer de forma breve estos conocimientos.

## **CONCLUSIONES**

Antes de la estrategia se evidenció que la mayoría de los AMF no conocían las características que los convierte en frágiles, enfermedades que pueden padecer, así como actividades que pueden realizar para mejorar su calidad de vida .La implementación de la estrategia educativa permitió preparar a los AMF para que conozcan sobre la condición de fragilidad de ellos, así como a los familiares o cuidadores con el objetivo de garantizar su calidad de vida.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alonso Galbán Patricia. Fragilidad en el adulto mayor al nivel comunitario. Ciudad de La Habana, Cuba. Diciembre del 2005. 81p.
2. Alarcón T, González Montalvo JI. Fragilidad y vejez compañeros inevitables de camino [editorial]. Rev. Esp Gerontología 1997; 32 (NM1):1-2.
3. Anuario Estadístico 2005 [serie en Internet]. [citada 2006 ]. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/cgi-bin/wxis/anoario/?IsisScript=anuario/iah.xis&tag5003=anuario&tag5021=e&tag6000=B&tag5013=GUEST&tag5022=2005>
4. Abizanda P. Predictores de mortalidad, deterioro funcional e ingreso hospitalario en una muestra de ancianos residentes en la comunidad. Rev Esp Geriatr Gerontol. 1998; 33 (NM 4):219-25.
5. Batzán JJ, Valero C, Regalado P, Carrillo E. Evaluación de la fragilidad en el anciano. Rev Esp Geriatr Gerontol. 1997; 32:26-34.
6. Batzán Cortés JJ. Atención sanitaria al anciano frágil: de la teoría a la evidencia científica. Med Clín. 2000;115 (NM 18):707-17.
7. Buchner DM, Wagner EH. Preventing frail health. Clin Geriatr Med. 1992;8:1-17.
8. Brown I, Renwick R, Raphael D. Frailty: constructing a common meaning, definition, and conceptual framework. Int J Rehabil Research. 1995;18:93-102.
9. Brocklehurst JC. The geriatric service and the day hospital. In: Brocklehurst JC, editor. Textbook of geriatric medicine and gerontology. 3th ed. Edinburg: Churchill-Livingstone;1985.p.982-95.
10. Carpeta Metodológica. Adultos mayores frágiles [serie en Internet]. [citada 2005]. Disponible en: <http://aps.sld.cu/bvs/materiales/carpeta/carpeta.html>

11. Castanedo JF, Vicente N. Modelo de atención gerontológica en el Consejo Popular Los Sitios Ciudad de La Habana, Cuba. *Rev Electrónica Geriátría*. 2000;2:1-8.
12. Composortega Cruz S. Características generales de la población de la tercera edad en el mundo. En: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, editor. *El adulto mayor en América Latina: sus necesidades y sus problemas médico sociales*. México DF: CIRSS, OPS, OMS;1995.
13. Campbell AJ, Buchner DM. Unstable disability and the fluctuations of frailty. *Age and ageing*. 1997;26:315-8.
14. 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.
15. Canadian Study of Health and Aging Working Group. Disability and frailty among elderly Canadians: a comparison of six surveys. *Int Psychogeriatr*. 2001;13Suppl 1:159-68.
16. Clark LP, Dion DM, Barker WH. Taking to bed. Rapid functional decline in an independently mobile older population living in an intermediate-care facility. *J Am Geriatr Soc*. 1990;38:967-72.
17. Chin A Paw MJ, Dekker JM, Feskens EJ, Schouten EG, Kromhout D. How to select a frail elderly population? A comparison of three working definitions. *J Clin Epidemiol*. 1999;52:1015-21.
18. Chin A Paw MJ, de Groot LC, van Gend SV, Schoterman MH, Schouten EG, Schroll M, et al. Inactivity and weight loss: effective criteria to identify frailty. *J Nutr Health Aging*. 2003;7:55-60.
19. Cassel ChK, Cohen HJ, Larson EB, Meier DE, Resnick NM, Rubenstein LZ, editors. *Geriatric medicine*. 3th ed. Nueva York: Springer;1997.

20. De la Fuente C. Fundamentos demográficos y biomédicos para una atención sanitaria específica al anciano. En: Rodríguez Mañas L, Solano Jaurrieta JJ, editores. Bases de la Atención Sanitaria al Anciano. Madrid: Sociedad Española de Medicina Geriátrica; 2001.p.15-55.
21. De Alba C, Gorroñogotía A, Litago C, Martín I, Luque A. Actividades preventivas en los ancianos. Aten Primaria. 2001;2(Suppl 2):161-80.
22. De Alba C, Gorroñogotía A, Litago C, Martín I, Luque A. Actividades preventivas en los ancianos. Aten Primaria. 2001;2(Suppl 2):161-80.
23. Espinosa JM. El anciano en atención primaria. Aten Primaria. 2000;26:515-6.
24. Elkan R, Kendrick D, Dewey M, Hewitt M, Robinson J, Blair M, et al. Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. BMJ 2001;323:1-9.
25. Fried LP, Walston J. Frailty and failure to thrive. In: Hazzard WR, Blass JP, Ettinger WH, Halter JB, Ouslander JG, editors. Principles of geriatric medicine and gerontology. 4th ed. Nueva York: McGraw-Hill;1999.p.1387-402.
26. Finch CE, Tanzi RE. Genetics of aging. Science. 1997; 278:407-11.
27. Fried LP. Frailty. In: Hazzard WR, Bierman EL, Blass SP, editors. Principles of Geriatric and Gerontology. 3th ed. Nueva York: McGraw Hill;1994.p.1149-56.
28. Fried LP, Tangen CM, Walston J. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol Med Sci. 2001;56A: M146-M56.
29. Fried LP, Ferrucci L, Darer J, Williamson JD, Anderson G. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. J Gerontol Am Biol Sci Med Sci. 2004;59: 55-63.
30. Fried LP, Kronmal RA, Newman AB. Risk factors for 5 years mortality in older adults. The Cardiovascular Health Study. JAMA. 1998;279:585-92.

31. Grimley Evans J, Franklin Williams T, editors. Oxford textbook of geriatric medicine. Oxford : Oxford University Press;1992.
32. Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Mini Nutritional Assessment: a practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. Facts Res Gerontol. 1994;Suppl 2:15 - 59.
33. González-Montalvo JI, Pérez del Molino J, Rodríguez-Mañas L, Salgado A, Guillén F. Geriatria y asistencia geriátrica: para quién y cómo (I). Med Clin (Barc). 1991;96:183-8.
34. Gealey SG. Quantification of the term frail as applied to the elderly client. J Am Acad Nurse Pract. 1997;9:505-10.
35. Hogan DB, MacKnight C, Bergman H. Steering Committee, Canadian Initiative on Frailty and Aging. Models, definitions, and criteria of frailty [review]. Aging Clin Exp Res. 2003;15(Suppl 3):1-29.
36. Halliwell B. The antioxidant paradox. Lancet. 2000;355:1179-80.
37. Hayflick L. The future of ageing. Nature. 2000;408:267-9.
31. Hammerman D. Toward an understanding of frailty. Ann Intern Med. 1999;130:945-50.
38. Hazzard WR, Blass JP, Ettinger WH, Halter JB, Ouslander JG, editors. Principles of geriatric medicine and gerontology. 4th ed. Nueva York: McGraw-Hill;1999.
39. Jones DM, Song X, Rockwood K. Operationalizing a frailty index from a standardized comprehensive geriatric assessment. J Am Geriatr Soc. 2004;52:1929-33.
40. Kessel H. La edad como criterio. Med Clin (Barc). 1998;110:736-9.

41. 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 [serie en Internet]. [citada 17-Nov-2003]

Disponible en: [www.gerontologia.org/envejecimiento\\_poblacional.htm](http://www.gerontologia.org/envejecimiento_poblacional.htm)

42. Lipsitz LA. Physiological complexity, aging and the path to frailty [review]. *Sci Aging Knowledge Environ*. 2004;16.

43. Lipsitz LA, Goldberger AL. Loss of "complexity" and aging. Potential applications of fractals and chaos theory to senescence. *JAMA*. 1992;267:1806-9.

44. Mussoll J. Resultados de la aplicación en atención primaria de un protocolo de valoración geriátrica integral en ancianos de riesgo. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2002; 37 (NM 5):249-53.

45. Mañas R. Aproximación al desarrollo de un Programa Nacional de Investigación sobre Envejecimiento desde el concepto de fragilidad. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2001;36 (NM 3):24-35.

46. Manual de la Organización Panamericana de la Salud para la atención al adulto mayor. Washington: OPS;2003.

47. Mitnitski AB, Song X, Rockwood K. The estimation of relative fitness and frailty in community-dwelling older adults using self-report data. *J Gerontol Am Biol Sci Med Sci*. 2004;59:M627-32.

48. Report of the council on scientific affairs: American Medical Association white paper on elderly health. *Arch Intern Med*. 1990;150:2459-72.

49. Rodríguez Mañas L. Envejecimiento y enfermedad: manifestaciones y consecuencias. En: Fernández-Ballesteros R, editor. *Gerontología Social*. Madrid: Pirámide;2000.p. 153-65.

50. Rocabruno JC. Tratado de Gerontología y Geriatria Clínica. La Habana: Editorial Científico Técnica;1999.
51. Rocabruno JC. Tratado de Gerontología y Geriatria Clínica. La Habana: Editorial Científico Técnica;1999.
52. Rocabruno JC. Tratado de Gerontología y Geriatria Clínica. La Habana: Editorial Científico Técnica;1999.
53. Rocabruno JC. Tratado de Gerontología y Geriatria Clínica. La Habana: Editorial Científico Técnica;1999.
54. Rockwood K, Fox RA, Stolee P, Robertson D, Beattie BL. Frailty in elderly people: an evolving concept. CMAJ. 1994;150:489-95.
55. Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people . CMAJ. 2005;173(5): 489-95.
56. Rockwood K, Stadnyk K, MacKnight C, McDowell I, Hébert R, Hogan DB. A brief clinical instrument to classify frailty in elderly people [letter]. Lancet. 1999;353(9148):205-6.
57. Rockwood K, Mitnitski A, MacKnight C. Some mathematical models of frailty and their clinical implications. Rev Clin Gerontol. 20 02;12:109-17.
58. Ribera JM. Servicios de geriatría hospitalarios: ¿valen para algo? Med Func Ho
59. Rockwood K, Howlett SE, MacKnight C, Beattie BL, Bergman H, Hebert R, et al. Prevalence, attributes, and outcomes of fitness and frailty in community-dwelling older adults: report from the Canadian Study of Health and Aging. J Gerontol Am Biol Sci Med Sci. 2004;59:1310-7.
60. Salgado A. Geriatria. Historia, definición, objetivos y fines, errores conceptuales, asistencia geriátrica. Medicine (Madr). 1983;50:3235-9.

61. Selva A, San José A, Solans A, Villardell M . Características diferenciales de la enfermedad en el anciano. Fragilidad. *Medicine (Madr)*. 1999;124:5789-96.
62. Song X, Mitnitski A, MacKnight C, Rockwood K. Assessment of individual risk of death using self-report data: an artificial neural network compared with a frailty index. *J Am Geriatr Soc*. 2004;52:1180-4.
63. Simon C. The role of the primary care team in support of informal carers. *Br Community Nurs*. 2002;7:6-14.
64. Strawbridge WJ, Shema SJ, Balfour JL, Higby HR, Kaplan GA. Antecedents of frailty over three decades in an older cohort. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 1998;53:S9-16.
65. Tallis RC, Fillit HM, Brocklehurst JC, editors. *Brocklehurst's textbook of geriatric medicine and gerontology*. 5th ed. Edimburgo: Churchill-Livingstone;1998.
66. Tenntedt SL, Mc Kinlay JB, Sullivan LM. Informal care for frail elders: the role of secondary caregivers. *Gerontologist*. 1989;29:677-83.
67. Prieto O, Vega E. *La atención al anciano en Cuba. Desarrollo y perspectivas*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas;1996.
68. Powell C. Frailty: help or hindrance? *J R Soc Med*. 1997;90( Suppl):23-6.
69. Pathy MSJ, editor. *Principles and practice of geriatric medicine*. 3th ed. Chichester : John Wiley & Sons;1998.

## **Anexos:**

### **Anexo 1. Escala Geriátrica de Evaluación Funcional (EGEF).**

Instrucciones: Defina la categoría de cada variable por la respuesta del paciente, si éste no coopera utilice la opinión del cuidador responsable. Ante la duda entre categorías, marque el inferior.

#### **I- CONTINENCIA**

- 5- Perfectamente continente.
- 4- Ha perdido ocasionalmente el control de la micción.
- 3- Incontinencia urinaria, con limitaciones en su vida cotidiana.
- 2- Incontinencia urinaria impide realizar su vida cotidiana.
- 1- Doble Incontinencia (urinaria y fecal) con pérdida de autonomía.

#### **II- MOVILIDAD**

- 5- Se moviliza sin limitaciones, tanto fuera como dentro del hogar.
- 4- Alguna limitación en la movilidad en particular con transporte público.
- 3- Dificultades de movilidad que limitan satisfacer su vida cotidiana.
- 2- Depende para moverse de la ayuda de otra persona.
- 1- Se encuentra totalmente confinado a la cama o sillón.

#### **III- EQUILIBRIO**

- 5- No refiere trastorno del equilibrio.
- 4- Refiere trastorno del equilibrio, pero no afecta su vida cotidiana.
- 3- Trastornos del equilibrio, con caídas y limitación de la autonomía.
- 2- Trastornos del equilibrio que lo hace dependiente de ayuda en su cotidiana.
- 1- La falta de equilibrio lo mantiene totalmente incapacitado.

#### **IV- VISIÓN**

- 5- Tiene visión normal (aunque para ello use lentes).
- 4- Refiere dificultad para ver, pero esto no lo limita en su vida cotidiana.
- 3- Dificultad para ver, que limita sus actividades cotidianas.

- 2- Problemas de la visión, le obligan a depender de otra persona.
- 1- Ciego o totalmente incapacitado por falta de visión.

#### V- AUDICIÓN

- 5- Tiene audición normal (aunque 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 su vida cotidiana.
- 2- Severos problemas de audición, que limitan su comunicación.
- 1- Sordo o aislado por falta de audición.

#### VI- USO DE MEDICAMENTOS

- 5- No toma medicamentos (no incluye vitaminas o productos naturales).
- 4- Usa menos de 3 de forma habitual.
- 3- Usa de 3 a 5 por más de un mes o indicados por varios médicos.
- 2- Usa más de 6 medicamentos.
- 1- Se automedica o no lleva control de los medicamentos que toma.

#### VII- SUEÑO

- 5- No refiere trastornos del sueño.
- 4- Trastornos ocasionales del sueño pero no tiene necesidad de somníferos.
- 3- Debe usar somníferos para lograr un sueño que lo satisfaga.
- 2- Pese al uso de Psicofármacos mantiene trastornos del sueño.
- 1- Trastornos severos del sueño que le impiden realizar su vida diaria.

#### VIII- ESTADO EMOCIONAL

- 5- Se mantiene usualmente con buen estado de ánimo.
- 4- Trastornos emocionales ocasionales que supera sin ayuda profesional.
- 3- Trastornos emocionales le obligan al uso de psicofármacos.
- 2- Mantiene trastornos emocionales que lo limitan, aún con tratamiento.
- 1- Los trastornos emocionales lo incapacitan. Intento o Idea suicida.

## IX- MEMORIA

- 5- Buena Memoria. Niega trastornos de la misma.
- 4- Refiere problemas de memoria, pero estos no limitan sus actividades diarias.
- 3- Trastornos evidentes de memoria, que limitan actividades de su vida diaria.
- 2- Trastornos de memoria que le obligan a ser dependiente parte del tiempo.
- 1- La pérdida de memoria lo mantiene incapacitado y dependiente total.

## X- APOYO FAMILIAR

- 5- Cuenta con todo el apoyo familiar que demandan sus necesidades.
- 4- Existe apoyo familiar, pero puede tener limitaciones en ocasiones.
- 3- Apoyo familiar restringido a cuando el anciano tiene situación de crisis.
- 2- Apoyo familiar inseguro incluso en momentos de crisis para el anciano.
- 1- Ausencia o abandono familiar total.

## XI- APOYO SOCIAL

- 5- Buena relación social. Apoyo total de vecinos y/o amigos.
  - 4- Buena relación social. Cuenta con apoyo de vecinos o amigos pero este es limitado.
  - 3- Relación social limitada. Apoyo de vecinos y amigos se restringe a momentos de crisis.
  - 2- Relación social limitada. Ausencia de apoyo de vecinos y/o amigos
  - 1- Aislado. Ausencia total relaciones sociales y de apoyo por parte de vecinos o amigos.
- Los trastornos emocionales lo incapacitan. Intento o Idea suicida.

## XII- SITUACIÓN ECONÓMICA

- 5- Niega problemas económicos.
- 4- Sus ingresos cubren necesidades básicas, pero no otras.
- 3- Tiene ocasionalmente dificultad para cubrir necesidades básicas.
- 2- Tiene habitualmente dificultad para cubrir necesidades básicas.
- 1- Depende económicamente de la asistencia social.

## ESTADO FUNCIONAL GLOBAL (calculado por el promedio de las 12 variables anteriores)

- 5- Es independiente, activo y está satisfecho con la vida que lleva.
- 4- Es independiente, alguna limitación funcional para sentirse satisfecho.

- 3- Tiene limitaciones que exigen ayuda diaria.
- 2- Depende en su vida diaria de los cuidados de otra persona.
- 1- Está totalmente incapacitado y exige custodia permanente.

**ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACION DE LOS  
PACIENTES EN LA INVESTIGACION.**

Yo \_\_\_\_\_ acepto participar de forma voluntaria en la investigación que realizará la Dra. Ayelín Sánchez para elevar el nivel de conocimiento de los AMF y/ o cuidadores sobre el manejo adecuado del adulto mayor frágil y retirarse de la misma en el momento que desee.

Para que así conste, firmo junto al médico que me brinda las explicaciones.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Dra. Ayelín Sánchez Torres

Anexo 3: **ENCUESTA INICIAL Y FINAL APLICADA A AMF Y/ O CUIDADOR RESPONSABLE.**

**OBJETIVO:** Obtener información sobre los conocimientos que posee el AMF y/o cuidador responsable sobre las características de este para mejorar su calidad de vida.

Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Nivel escolar \_\_\_\_\_

Rappot : Estimado adulto mayor (o cuidador responsable ):

A continuación le presentamos una encuesta que nos permitirá conocer los conocimientos que poseen sobre las características del AMF para transformar su accionar y llegar a mejorar su calidad de vida con el desarrollo de una investigación científica que se está realizando en nuestra área de salud y específicamente en el CMF al cual perteneces . De estar de acuerdo en proporcionarnos esta información y con ello participar de la investigación, le agradeceríamos, responda a cada una de las preguntas. Le agradecemos de antemano su colaboración.

Gracias.

1-¿Qué condición debe poseer una persona para ser considerado AMF?

Marque con una (x) lo que considere correcto:

- a) \_\_\_ Paciente que posee menos de 60 y padece algunas enfermedades.
- b) \_\_\_ Paciente que posee más de 60 años y no padece de ninguna enfermedad.
- c) \_\_\_ Paciente que posee más de 60 años y padece de enfermedades que afecten el desarrollo de sus actividades diarias.
- d) \_\_\_ Paciente que no padece enfermedades.

2-¿Cuántas enfermedades puede padecer un AMF?

- a)\_\_\_Hasta tres enfermedades .

- b)\_\_\_Una enfermedad.
- c)\_\_\_Ninguna
- d)\_\_\_Más de tres enfermedades.
- e)\_\_\_Dos enfermedades.

3) Completa algunas de las enfermedades que puede padecer un AMF.

---

---

4)- ¿Qué cantidad de medicamentos debe consumir una persona para ser considerado un AMF?

- a)\_\_\_Dos medicamentos .
- b)\_\_\_ Ninguno
- c)\_\_\_ De tres a cinco medicamentos
- d)\_\_\_ Más de cinco medicamentos.

5) Marca las principales causas de riesgos para el sufrimiento de caídas del AMF .

- a)\_\_\_Iluminación suficiente para eliminar las áreas oscuras .
- b)\_\_\_ Estado constructivo de las escaleras.
- c)\_\_\_Iluminación insuficiente en las diferentes habitaciones en el hogar.
- d)\_\_\_Suelo mojado y resbaladizo .
- e)\_\_\_Obstrucción del paso.
- f)\_\_\_ Ausencia de pasamanos.
- g)\_\_\_ Medicamentos etiquetados en el botiquín

#### **Anexo 4. Criterios cubanos de Fragilidad.**

Doble incontinencia.

Alteraciones de Movilidad y el equilibrio menor de 4 según EGEF.

Polifarmacia (Uso de tres o más medicamentos)

Alteración de todas las variables de la EGEF en 4 o menos.

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.

Cualquier combinación de los problemas sociales (situación familiar, social y económica) menores de 4 según EGEF.

Anciano solo con alguna alteración del EGEF.

Mayor de 80 años con alguna alteración del EGEF.

Alteraciones de la memoria menor que 4 según EGEF.

Alteraciones del estado funcional global menor de 4 según EGEF.

Cuando se hace mención a “alteraciones” se refiere a que la variable correspondiente en la EGEF se ha evaluado en la categoría 3 o inferior a esta.

## **Anexo 5.** Cuestionario aplicado a los AMF y/o cuidador responsable

Objetivo: Conocer datos generales de la población investigada.

Datos generales del Adulto Mayor:

CMF:

Nombre y apellidos:

Dirección particular:

Fecha de nacimiento:

---

Rappot :Estimado adulto mayor (o cuidador responsable ):

A continuación le presentamos un cuestionario que recoge importantes datos sobre su situación de salud individual los cuales serán utilizados para el desarrollo de una investigación científica que se está realizando en nuestra área de salud y específicamente en el CMF al cual perteneces . De estar de acuerdo en proporcionarnos esta información y con ello participar de la investigación, le agradeceríamos, responda a cada una de las preguntas.

Le agradecemos de antemano su colaboración.

Gracias.

(Para el uso del investigador: Seleccione el ítem según la información aportada por el adulto mayor o su cuidador en caso que este no pueda responder.)

### **Cuestionario**

Marque con una (X) según corresponda:

#### **Pregunta1. Género**

1. \_\_\_ Femenino

2. \_\_\_ Masculino

#### **Pregunta 2. Estado civil**

1. \_\_\_ Soltero

2\_\_\_ . Con pareja estable

3. \_\_\_ Viudo

4. \_\_\_ Divorciado

### **Pregunta 3. Estado Laboral**

1\_\_\_ . Trabajador

2\_\_\_ . Jubilado pensionado

3. \_\_\_ Jubilado No pensionado

4\_\_\_ . Ama de casa

5\_\_\_ . Desocupado

### **Pregunta 4. Nivel de Escolaridad.**

1\_\_\_ . Primaria sin terminar

2\_\_\_ . Primaria terminada

3. \_\_\_ Secundaria terminada

4\_\_\_ . Preuniversitario terminado

5\_\_\_ . Técnico medio terminado

6\_\_\_ . Universitario

7\_\_\_ . No escolarizado

### **Pregunta 5. Número de convivientes.**

\_ ¿Cuántas personas viven en la vivienda?

### **Pregunta 6. ¿Usted fuma?**

1\_\_\_ . Sí

2\_\_\_ . No

A) ¿Cuántos cigarros al día usted fuma?

### **Pregunta 7. Consumo de alcohol**

1. \_\_\_ No

2\_\_\_ . Si

A) **Consumes bebidas alcohólicas**

1.  Una vez por semana.
2.  Dos veces por semana.
3.  Tres veces por semana.
4.  Más de tres veces.
5.  Ninguna vez.

**Pregunta 8. Consumo de café.**

1 . No

2 . Sí

A) Número de tazas/día

1

2

3

más de 3

**Pregunta 9. Problemas de salud de carácter crónico.**

NO  Sí

En caso de ser positiva la respuesta cuáles de los siguientes padece:

- 1 . Hipertensión Arterial
- 2  Diabetes Mellitus
- 3  Enfermedad Cerebro Vascular
- 4  Cardiopatías
- 5  Úlcera Péptica

6. \_\_ Estreñimiento
7. \_\_ EPOC- Asma Bronquial
8. \_\_ Parkinson
- 9\_\_. Parálisis de miembros
- 10\_\_. Insuficiencia Circulatoria Periférica
11. \_\_Artrosis
12. \_\_ Alteraciones Prostáticas
13. \_\_Alteraciones auditivas
14. \_\_ Alteraciones visuales
15. \_\_ Neoplasias
16. \_\_ Demencia
- 17\_\_. Otros

## **Anexo 6**

### **Estrategia de intervención educativa para el manejo adecuado del adulto mayor frágil.**

#### **FUNDAMENTACION:**

La fragilidad en el adultos mayo res debe ser considerada como un proceso continuo que se inicia con una pérdida de la reserva fisiológica del organismo suficiente para provocar un principio de deterioro funcional, si éste progresa lleva al individuo a una situación de vulnerabilidad, que requiere la utilización de recursos sociales y de salud.

En Cuba, según consenso de los especialistas en el tema, se considera que los Adultos Mayores Frágiles (AMF) son aquellos que por sus condiciones biológicas, psicológicas, sociales o funcionales están en riesgo de desarrollar un estado de necesidad. El nivel primario de atención médica es el más cercano al adulto mayor y es donde se ha propuesto iniciar las estrategias de atención, promoción de salud, prevención y adecuación de los servicios y recursos sanitarios a sus necesidades.

En los programas de salud. Teniendo en cuenta las debilidades en el conocimiento de estos pacientes y el adecuado manejo de los (AMF) se diseñó esta estrategia para enfrentar los problemas que pueden presentar este tipo de pacientes .

#### **b) OBJETIVOS**

**OBJETIVO GENERAL:** Realizar una estrategia educativa a los AMF y/o cuidadores en el CMF 6, del área de salud máximo Gómez, Chambas.

#### **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

1. Explorar conocimientos a los Adultos Mayores Frágiles y/o cuidadores en cuanto a  
:

- Factores de riesgo que pueden desencadenar el síndrome de fragilidad en los adultos mayores.

2. Aplicar estrategia educativa que contribuya a elevar conocimientos sobre la atención adecuada a los AMF para mejorar su calidad de vida.

3. Evaluar la efectividad de la estrategia de intervención educativa para preparar a la familia en el manejo del adulto mayor frágil para elevar su calidad de vida antes y después de la estrategia educativa.

#### **4) REQUISITOS DE INGRESOS:**

AMF y/o cuidador que pertenezcan al CMF 6 del área de salud Máximo Gómez, municipio Chambas, incluidos en la muestra de estudio.

#### **5) DURACION:**

8 frecuencias (Se realizaron 8 actividades de 1 hora de duración, con una frecuencia mensual)

#### **6) MODALIDAD:** Encuentros

#### **7) PERFIL DEL EGRESADO:**

El egresado contará con el conocimiento necesario sobre AMF .En esta estrategia educativa se analiza como d mejorar la calidad de vida de los pacientes que tienen esta condición. Resume los contenidos revisados en un ejercicio integrador que promueve la dinámica grupal y enfatiza la necesidad, factibilidad e importancia de las actividades de prevención en el escenario local de los equipos de salud.

#### **8) ESTRUCTURA DEL PLAN DE ESTUDIO Y ASPECTOS ORGANIZATIVOS:**

**FRECUENCIA MENSUAL:** 1 frecuencia (Se realiza 1 encuentro de una hora de duración, con una frecuencia cada mes)

**TOTAL DE HORAS:** 8 horas

Se realizará en el área de salud con una matrícula de 111 de AMF , en 8 encuentros el curso.

El mismo se planificará de la siguiente forma

Cursos	Fecha de inicio	Fecha de terminación
Primera vez	3-9-2018	25-2- 2018

### **PROGRAMA ANALÍTICO:**

Todas las actividades que son tratadas en la estrategia se han preparado con la aplicación a Situaciones problemáticas de salud en relación con la metodología de OMS y con la atención al AMF.

**SEDE:** CMF 6, del área de salud Máximo Gómez, Chambas.

### **TEMA 1: Introducción**

**Objetivo:** Presentar a los participantes y el programa.

**Contenidos:** Brindar información de los propósitos que perseguimos con esta investigación. Plantear el sistema de actividades que conforman la propuesta para los AMF y/o cuidadores del CMF 6 del área de salud Máximo Gómez, Chambas.

**Tema:** “Estrategia Interesante “

**Materiales:** Sillas, lápiz y papel

**Tiempo:** 1 H

**Responsable:** Dra. Ayelín Sánchez Torres.

**Participantes:** 75 AMF y 36 cuidadores.

**Cierre:** PNI (Positivo, Negativo e Interesante)

### **TEMA 2. CONCEPTO DE AMF. ENFERMEDADES QUE LO AQUEJAN .SUS PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS.**

**Contenidos:** En este encuentro se dio a conocer el concepto de AMF, así como las enfermedades y las características principales de las que pueden padecer.

**Tema:** “Soy un AMF”.

**OBJETIVO:**

- Dotar a los pacientes de conocimientos sobre las principales características y enfermedades que padece como AMF.

**Técnica participativa:** Gotas antiestrés.**Materiales:** Pizarra, tiza, borrador, pancartas, caja pequeña, lápiz, papel, libro de texto de Medicina Interna.**Tiempo:** 1 H**Responsable:** Dra. Ayelín Sánchez Torres.**Participantes:** 75 AMF y 36 cuidadores.**Cierre:** PNI**TEMA 3. HÁBITOS TÓXICOS QUE ATENTAN CONTRA LA SALUD DE LOS AMF.****Tema:** “Cuido mi cuerpo”.**OBJETIVO:** Concientizar a los AMF sobre la importancia de no tener hábitos tóxicos que afecten su salud.**Contenidos:** En este encuentro se debatió que los hábitos tóxicos: fumar, consumir alcohol y café son factores predisponentes que descompensan enfermedades de base en los AMF.**Técnica participativa:** Dramatización.**Materiales:** Pizarra, tiza, borrador, pancartas, lápiz, papel, libro de texto de Medicina Interna.**Tiempo:** 1 H**Responsable:** Dra. Ayelín Sánchez Torres.**Participantes:** 75 AMF y 36 cuidadores.

**Cierre:** PNI

#### **TEMA 4.: IMPORTANCIA DE LA REALIZACIÓN DE EJERCICIO FÍSICO PARA LOS AMF.**

**Tema:** El ejercicio físico su importancia para la salud .

**OBJETIVO:**

- Que los pacientes dominen, importancia de los ejercicios físicos para mantenerse sanos y fuertes.

**Contenido:** Con la realización de juegos de roles los pacientes conocerán por qué es importante la práctica de ejercicios físicos para la salud.

**Técnica participativa:** Se aplicó una técnica de análisis general. “Juego de roles”.

**Materiales:** pizarra, tiza, borrador, objetos reales.

**Tiempo:** 1 H

**Responsable:** Dra. Ayelín Sánchez Torres

**Participantes:** 75 AMF y 36 cuidadores.

**Cierre:** PNI

#### **TEMA 5: ACTIVIDADES PRÁCTICAS QUE PERMITEN UN BUEN ESTADO DE SALUD MENTAL.**

**Tema:**” Mi mente sana”

**OBJETIVO:** Conocer actividades prácticas que les permitan un buen estado de salud mental.

**Contenido:** Se realizaran manualidades prácticas dirigidas por los abuelitos Mary y Eloy de costuras y de confección de adornos con materiales desechables, como una de las formas de mantenerse activos y con la mente ocupada para ejercitarla.

**Técnica participativa:** “Mi taller”.

**Materiales:** Pizarra, tiza, borrador, lápiz, papel, tela, hilo, tijera, materiales desechables de la naturaleza.

**Tiempo:** 1 H

**Responsable:** Dra. Ayelín Sánchez Torres

**Participantes:** 75 AMF y 36 cuidadores.

**Cierre:** PNI

## **TEMA 6: CUIDADOS DEL AMF**

**Tema:** Cuidados generales del AMF.

**Contenido:** Se orienta sobre cómo prevenir las Caídas, que hacer para evitar la Depresión, cómo prevenir las úlceras por presión .Con la realización de la técnica los AMF conversaran sobre los cuidados que deben tener para mantener una buena calidad de vida a partir de una idea dada, después de escuchada la disertación de la doctora.

### **OBJETIVO:**

- Que los pacientes dominen los cuidados que deben tener para mantener una buena calidad de vida.

**Técnica participativa:**” Sigue la idea”

**Materiales:** Papel, lápiz, láminas ilustrativas.

**Tiempo:** 1 H

**Responsable** Dra. Ayelín. Sánchez Torres

**Participantes:** 75 AMF y 36 cuidadores.

**Cierre:** PNI

## **TEMA 7: Factores sociodemográficos**

### **Tema: AMF según factores sociodemográficos**

**Objetivo:** Conocer factores sociodemográficos que afectan en la calidad de vida del AMF.

**Contenido:** Que los pacientes conozcan los factores sociodemográficos que pueden influir en el desarrollo de ellos como AMF

**Técnica participativa:** Preguntas y respuestas

**Materiales:** pizarra, tiza, borrador, pancarta. Videos.

**Tiempo:** 1 H

**Responsable:** Dra. Ayelín Sánchez Torres

**Participantes:** 75 AMF y 36 cuidadores.

**Cierre:** PNI

## **TEMA 8: ¿Cómo ha sido el curso?**

**Objetivo:** Valorar las actividades impartidas y hacer un recuento práctico de todos los contenidos, así como aplicar por segunda vez la encuesta.

### **Contenidos:**

1. Integración de los temas abordados en los encuentros de forma práctica.
2. Aplicación de la encuesta.

### **Tareas para el tema**

En esta actividad realizaremos un abordaje práctico de los temas impartidos así como la aplicación de la encuesta por segunda vez.

**9) MÉTODOS:** Conferencia, Taller, Discusión de Problemas de salud (DPS)

### **10) RECURSOS Y MEDIOS DE ENSEÑANZA:**

Pancartas, pizarras, tiza, lápiz, papel, borrador, manuales.

## **11) CLAUSTRO:**

Dra. Ayelín Sánchez Torres Médico del CMF 6, área salud Máximo Gómez, Chambas.

## **PROGRAMA DE ACTIVIDADES**

### **13) EVALUACION:**

- La asistencia y puntualidad.
- La participación será basada en la apreciación de la profesora en las discusiones de grupo y en los ejercicios. Aportará 20 puntos.
- La evaluación final será una discusión de problemas de salud donde la participación será un punto clave para el resultado final del curso.

### **14) BIBLIOGRAFIA**

1. Composortega Cruz S. Características generales de la población de la tercera edad en el mundo. En: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, editor. El adulto mayor en América Latina: sus necesidades y sus problemas médico sociales. México D F. 2005. 2. Carpeta Metodológica. Adultos mayores frágiles [serie en Internet]. [citada 2005]. Disponible en: <http://aps.sld.cu/bvs/materiales/carpeta/carpeta.html> CIRSS, OPS, OMS;1995
3. De Alba C, Gorroñogotía A, Litago C, Martín I, Luque A. Actividades preventivas en los ancianos. Aten Primaria. 2001;2(Suppl 2):161-80.
4. Espinosa JM. El anciano en atención primaria. Aten Primaria. 2000;26:515-6.
5. Rodríguez Mañas L. Envejecimiento y enfermedad: manifestaciones y consecuencias. En: Fernández-Ballesteros R, editor. Gerontología Social. Madrid: Pirámide;2000.p. 153-65.
6. Mañas R. Aproximación al desarrollo de un Programa Nacional de Investigación sobre Envejecimiento desde el concepto de fragilidad. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2001;36 (NM 3):24-35.