

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA ESTATAL DEL CARCHI

POSGRADO



MAESTRÍA EN ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA

“Síndromes de Fragilidad en el adulto mayor”

Trabajo de titulación previa la obtención del
Título de Magister en Enfermería Familiar y Comunitaria

Autor: Lic. Luis Fernando Meneses Campaña,

Tutora: MSc. Johanna Elizabeth Caicedo Mina

Tulcán, 2023

CERTIFICADO DEL TUTOR

Certifico que el estudiante **Meneses Campaña Luis Fernando** con el número de cédula **175657367-9** ha elaborado el Trabajo de Titulación “Síndromes de fragilidad en el adulto mayor”.

Este trabajo se sujeta a las normas y metodología dispuesta en el Reglamento de la Unidad de Titulación de Posgrado con RESOLUCIÓN No. 171-CSUP-2023, por lo tanto, autorizo su presentación para la sustentación respectiva.

f.....

DOCENTE TUTORA

Tulcán, diciembre de 2023

AUTORÍA DE TRABAJO

El presente trabajo de titulación constituye un requisito previo para la obtención del título de Magister en Enfermería Familiar Comunitaria.

Yo, Meneses Campaña Luis Fernando con cédula de identidad número 1756573679 declaro: que la investigación es absolutamente original, auténtica, personal y los resultados y conclusiones a los que he llegado son de mi absoluta responsabilidad.

f.....

Luis Fernando Meneses Campaña

AUTOR

Tulcán, diciembre de 2023

ACTA DE CESIÓN DE DERECHOS DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Yo, Meneses Campaña Luis Fernando declaro ser autor/a de los criterios emitidos en el trabajo de titulación: “Síndromes de Fragilidad en el Adulto Mayor” y eximo expresamente a la Universidad Politécnica Estatal del Carchi y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

f.....

Luis Fernando Meneses Campaña

AUTOR

Tulcán, diciembre de 2023

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, elevo mi gratitud a Dios por regalarme el don de la vida para cumplir con este objetivo propuesto y por culminarlo con mucho éxito, también agradezco a mi familia por su apoyo, por estar siempre a mi lado, brindándome el aliento necesario para cumplir con mis anhelos y superar dificultades que se presentaron durante este proceso.

Mi agradecimiento también va dirigido a mi tutora, MSc Johanna Caicedo, por su valioso apoyo, consejos y por tener la mayor predisposición de compartir su experiencia y aportar en la revisión y corrección de la presente investigación.

A la Universidad Politécnica Estatal del Carchi por esta gran experiencia de aprendizaje y por impartir una educación de calidad que busca formar grandes profesionales e innovar los conocimientos para afrontar los desafíos que se presentan en la sociedad.

Aprovecho también para agradecer al Sr. Ing. Juan Pablo López, por su valioso apoyo, paciencia y tiempo brindado durante todo este proceso que ahora me permite culminar la presente investigación y lograr tan anhelado objetivo.

Asimismo, extender mi gratitud a los participantes de mi investigación, quienes de manera desinteresada ofrecieron su tiempo y colaboración para hacer posible este estudio.

Finalmente, dedico este logro a todas las personas que, de manera directa o indirecta, aportaron a la realización de esta investigación.

Luis Fernando Meneses Campaña

DEDICATORIA

A Dios por ayudarme a convertirme en un gran profesional y darme el don de ayudar a los demás.

A mi familia, por estar conmigo siempre en mis decisiones y por ser esa parte fundamental en mi vida que me inspira a seguir luchando por conseguir mis metas y mis anhelos.

A mis docentes, por impartir sus conocimientos y brindarme una formación de calidad para aportar de manera positiva a la sociedad con mis conocimientos forjados en las aulas de la Universidad Politécnica Estatal del Carchi.

Finalmente está dedicada a todas las personas que participaron en esta investigación que de una u otra manera aportaron en este estudio, con el anhelo de que en cualquier momento se dé continuidad, favoreciendo a esta población en la cual se encuentran muchas brechas que causan una vulnerabilidad y conlleva a situaciones en las cuales se ve afectado la calidad de vida de los adultos mayores.

ÍNDICE

RESUMEN	xiii
ABSTRACT	xiv
CAPITULO I	15
PROBLEMA	15
1.1 Planteamiento del Problema	15
1.2. Preguntas de Investigación	19
1.3 Objetivos de investigación	19
1.3.1. Objetivo General.....	19
1.3.2 Objetivos Específicos	19
1.4 Justificación	20
CAPITULO II	23
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	23
2.1 Antecedentes	23
2.2 Marco teórico	27
2.2.1 El envejecimiento una fase de la vida en los seres humanos.	27
2.2.2 Fragilidad un síndrome geriátrico emergente.....	29
2.2.3 Cambios generales en el adulto mayor	31
2.2.4 Nutrición en el adulto mayor para el mantenimiento de su salud y bienestar.	33
2.2.5 Incontinencia urinaria	34
2.2.6 Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor.	35
Vulnerabilidad afectiva	35
Vulnerabilidad socioeconómica	35
Envejecimiento y atención a la dependencia.....	35
Riesgo de caídas en adultos mayores.....	36

2.3 Teorizantes de enfermería	37
2.4 Marco legal	38
Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores.....	38
En la carta magna de la república del Ecuador.....	38
Ley Orgánica del adulto mayor de la República del Ecuador.....	38
2.4.4 Defensoría del pueblo	40
CAPITULO III	41
METODOLOGÍA.....	41
3.1 Descripción del área de estudio/grupo de estudio.	41
3.2 Enfoque y tipo de investigación.....	42
3.3 Definición y operacionalización de variables	44
3.4 Procedimientos	47
3.5 Consideraciones Bioéticas	49
CAPITULO IV.....	50
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	50
CAPITULO V.....	55
5.1 PROPUESTA	55
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	66
Conclusiones	66
Recomendaciones	67
Referencias	68
Referencia Bibliográfica.	68
ANEXOS	75

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Croquis Parroquia El Carmelo tomado de plataforma GAD El Carmelo (2019)	41
Figura 2: Condiciones desencadenantes del síndrome de fragilidad tomado de aplicación excel	50

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de la variable independiente: Adulto Mayor	45
Tabla 2. Operacionalización de variable dependiente: Síndrome de Fragilidad	46
Tabla 3. Matriz de correlaciones condiciones desencadenantes.....	51
Tabla 4. Nivel de fragilidad en los adultos mayores de la parroquia El Carmelo.....	52
Tabla 5. Edad.....	53
Tabla 6. Etnia.....	54
Tabla 7. Planificación de la propuesta del programa de intervención en enfermería para el síndrome de fragilidad en los adultos mayores.....	57
Tabla 8. Desarrollo de la propuesta del programa de intervención en enfermería para el síndrome de fragilidad en los adultos mayores de la parroquia El Carmelo.....	61

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Validación Abstract	75
Anexo 2. Consentimiento Informado	77
Anexo 3. Instrumento de encuesta.....	78

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo determinar la prevalencia y los factores de riesgo asociados al síndrome de fragilidad en los adultos mayores en la parroquia El Carmelo provincia del Carchi. Se realizó una investigación cuantitativa, de tipo transversal, descriptiva, de campo, correlacional, documental. Se utilizó dos escalas de valoración geriátrica Frail para determinar el síndrome de fragilidad considerando los siguientes criterios: disminución en velocidad y marcha, actividad física, cansancio físico, pérdida de peso no intencional, debilidad muscular y el test de Barber para determinar fragilidad considerando entorno, movilidad, deterioro en visión, deterioro auditivo y enfermedades agudas o crónicas. Se aplicó las escalas de valoración a 169 adultos mayores. Se determinó que el 32,5% de adultos mayores presenta fragilidad y un 58% pre-fragilidad. Se propone un plan de intervención en enfermería para el manejo del síndrome de fragilidad en los adultos mayores de la parroquia El Carmelo, que contribuya a mejorar la calidad de vida y evitar el deterioro de su capacidad cognitiva, física y mental, sobre todo evitar la dependencia, daños irreparables al organismo, discapacidad y la muerte. Finalmente la propuesta permitirá prevenir los factores de riesgo desencadenantes del síndrome de fragilidad y la adaptabilidad de los cambios en la salud de aquellos que padecen esta enfermedad, fomentando un envejecimiento saludable y mejorando su calidad de vida, programa que beneficiará directamente a los adultos mayores de la parroquia El Carmelo.

Palabras Claves: Prevalencia, Síndrome Fragilidad, Dependencia, Factores de riesgo.

ABSTRACT

Topic: "Frailty syndromes in older adults" The objective of this research is to determine the prevalence and risk factors associated with frailty syndrome in older adults in the El Carmelo parish, province of Carchi. A quantitative, transversal, descriptive, field, correlational, documentary research was carried out. Two Frail geriatric assessment scales were used to determine the frailty syndrome considering the following criteria: decrease in speed and gait, physical activity, physical fatigue, unintentional weight loss, muscle weakness and the Barber test to determine frailty considering the environment. mobility, vision impairment, hearing impairment and acute or chronic diseases. The assessment scales were applied to 169 older adults. It was determined that 32.5% of older adults present frailty and 58% prefrailty. A nursing intervention plan is proposed for the management of frailty syndrome in older adults in the El Carmelo parish, which contributes to improving the quality of life and avoiding the deterioration of their cognitive, physical and mental capacity, especially avoiding dependency, irreparable damage to the body, disability and death. Finally, the proposal will prevent the risk factors that trigger frailty syndrome and the adaptability of changes in the health of those who suffer from this disease, promoting healthy aging and improving their quality of life, a program that will directly benefit older adults. from the El Carmelo parish.

Keywords: Prevalence, Frailty Syndrome, Dependency, Risk factors.

CAPITULO I

PROBLEMA

1.1 Planteamiento del Problema

El síndrome de fragilidad se define como el proceso natural de envejecimiento que conlleva una serie de problemas médicos, lo que resulta en una vulnerabilidad fisiológica y una capacidad reducida para resistir el estrés. Esto aumenta la susceptibilidad a enfermedades agudas, caídas, discapacidad, institucionalización y muerte. La fragilidad en los adultos mayores puede tener diferentes causas, manifestarse en diferentes áreas y presentarse en diferentes grados. La prevalencia del síndrome de fragilidad varía en diferentes informes consultados, oscilando entre el 14,8% y el 83% en todo el mundo, principalmente debido a la variedad de instrumentos de diagnóstico utilizados. (Quevedo *et al.*, 2018).

A nivel mundial, se estima que entre el 3% y el 6% de las personas de 65 a 70 años y aproximadamente el 16% de las personas mayores de 80 años presenten fragilidad en la vejez. La prevalencia media del síndrome de fragilidad en los adultos mayores es de alrededor del 53,7%. Sin embargo, se observa una incidencia superior en el género femenino, alcanzando el 60%; así mismo, las mujeres tienen una incidencia un 2,3% mayor que los hombres (Moya *et al.*, 2022).

La fragilidad en el adulto mayor es un fenómeno importante a nivel mundial y su prevalencia varía según la edad y el género. Es evidente que a medida que aumenta la edad, la incidencia de fragilidad también se incrementa. Esto destaca la necesidad de tomar medidas preventivas y de atención médica adecuada para este grupo de población en riesgo.

La diferencia de prevalencia entre hombres y mujeres es significativa con las mujeres presentando una mayor incidencia de fragilidad en comparación con los hombres. Esta disparidad puede deberse a una serie de factores, incluyendo diferencias biológicas, sociales y culturales. Es importante tener en cuenta esta

diferencia de género al diseñar programas de salud y estrategias de prevención dirigidas a los adultos mayores.

Según las estimaciones de la ONU, se espera que la cantidad de personas mayores de 65 años en todo el mundo se triplique entre 2010 y 2050, aumentando de 523 millones a 1.486 millones. Es importante destacar que este proceso de envejecimiento será más pronunciado en los países en desarrollo, donde la población de mayores de 65 años se multiplicará por 3,5 veces, en comparación con un aumento de 1,7 veces en los países desarrollados (Abreus y González, 2023).

A medida que las personas envejecen, sus sistemas biológicos se vuelven menos eficientes, lo que puede llevar a una mayor fragilidad física y disminución de la resistencia; los adultos mayores frágiles tienen una mayor probabilidad de sufrir caídas y lesiones debido a la debilidad muscular, así mismo, la falta de equilibrio y la disminución de la movilidad, lo que puede resultar en fracturas óseas y otros traumatismos.

Según los resultados de un estudio reciente en el Ecuador, se observa que la edad promedio en la que los adultos mayores experimentan fragilidad es de 72 a 75 años, con una desviación estándar de 7,16. Las comorbilidades más comunes entre este grupo de personas fueron la sarcopenia y la hipertensión arterial. En cuanto a la relación entre la edad y la presencia de comorbilidades, se encontró que la artritis tiende a manifestarse a una edad más temprana, con una media de 67,93 años y una desviación estándar de 1,79. La disminución de la agudeza visual también suele aparecer en etapas tempranas, con una media de 68,28 años y una desviación estándar de 1,11. Por otro lado, la discapacidad intelectual se presenta a una edad más avanzada, con una media de 80 años. (Moya *et al.*, 2022).

Los adultos mayores son vulnerables y están expuestos a diferentes factores sociodemográficos y médicos que aumentan su predisposición a desarrollar fragilidad. Es crucial reconocer las comorbilidades y los factores funcionales asociados a la fragilidad, así como crear conciencia en el personal de salud de que este síndrome puede prevenirse e incluso revertirse si se identifica a tiempo. Esto garantizará un envejecimiento activo con buena salud y capacidad funcional, tanto física como cognitiva. Sin embargo, lograr esto representa un verdadero desafío en los servicios de salud, ya que se busca

mantener la autonomía e independencia de los adultos mayores y evitar que caigan en un estado de vulnerabilidad conocido como Síndrome de Fragilidad.

El síndrome de fragilidad tiene el potencial de convertirse en una de las principales causas de discapacidad en Ecuador, con un impacto significativo en el funcionamiento social y ocupacional de las personas mayores. En muchos aspectos, se asemeja a otras enfermedades crónicas y degenerativas, lo que subraya la importancia de abordarlo de manera integral para promover el bienestar y la calidad de vida de esta población vulnerable.

Los adultos mayores ecuatorianos, en un total de 1.7 millones realizan actividad física insuficiente (INEC, 2022). Se debe considerar que la falta de actividad física regular y un estilo de vida sedentario en el adulto mayor en el Ecuador, pueden contribuir al debilitamiento muscular, la pérdida de masa ósea y la disminución de la capacidad funcional, lo que aumenta el riesgo de desarrollar el síndrome de fragilidad. Esta inactividad física influye en la pérdida de independencia; el síndrome de fragilidad puede llevar a una disminución significativa de la autonomía y la independencia en los adultos mayores; esta pérdida de la capacidad para realizar actividades diarias básicas puede requerir asistencia adicional y limitar la calidad de vida.

Por otro lado, las enfermedades crónicas, como la diabetes, la enfermedad cardiovascular y la artritis, pueden afectar la fuerza, la movilidad y la salud en general de los adultos mayores, aumentando así su vulnerabilidad a la fragilidad; conllevando a una mayor utilización de recursos de atención médica: Los adultos mayores frágiles tienden a requerir una mayor cantidad de atención médica, incluidas hospitalizaciones, consultas médicas y terapia de rehabilitación. Esto puede generar una carga adicional tanto para los sistemas de atención médica como para los propios individuos y sus familias.

Este grupo de la población ecuatoriana son vulnerables y están expuestos a diferentes factores sociodemográficos y médicos que aumentan su predisposición a desarrollar fragilidad. Es crucial reconocer las comorbilidades y los factores funcionales asociados a la fragilidad, así como crear conciencia en el personal de salud de que este síndrome puede prevenirse e incluso revertirse si se identifica a tiempo. Esto garantizará un envejecimiento activo con buena salud y capacidad funcional, tanto física como cognitiva. Sin embargo, lograr esto representa un verdadero desafío en los servicios de salud, ya que se busca

mantener la autonomía e independencia de los adultos mayores y evitar que caigan en un estado de vulnerabilidad conocido como Síndrome de Fragilidad. (Alquinga, 2017).

Estos hallazgos, obtenidos del estudio llevado a cabo por (Moya *et al.*, 2022), brindaron información importante sobre la relación entre la fragilidad en adultos mayores y las comorbilidades más comunes asociadas a ella.

En la provincia del Carchi, un estudio realizado en una asociación con una muestra de 50 personas el 100% de sus miembros. Los resultados mostraron que el 66% padece fragilidad y un 33% se encuentra en estado de pre-fragilidad, su investigación se basó en la creación de programas educativos y recreativos que puedan ayudar a evitar el desarrollo de este síndrome o disminuir la sintomatología del paciente para prevenir el deterioro de la salud, cognición, físico y habilidades mentales. Cuando los adultos mayores realizan actividades cotidianas como alimentarse solos y caminar, mejora la calidad de vida para un envejecimiento saludable, evitando la dependencia, daño físico, discapacidad y muerte (Villarreal y Hernández, 2022).

En la parroquia de El Carmelo, de la provincia del Carchi, existe una población considerable de adultos mayores, por lo que el presente estudio, busca identificar una muestra que permita considerar a los adultos mayores de 65 años en adelante (300 adultos); por lo que es necesario considerar a los participantes en la investigación según sexo masculino y femenino, que faciliten el desarrollo del estudio, para que de esta manera se pueda determinar un programa sobre intervenciones de enfermería, para prevenir factores de riesgo relacionados con la fragilidad en el adulto mayor de la parroquia El Carmelo.

Es necesario analizar las condiciones desencadenantes del síndrome de fragilidad en adultos mayores de la parroquia El Carmelo, por lo que es importante seleccionar las técnicas e instrumentos adecuados que permitan verificar el nivel de síndrome de fragilidad en los adultos mayores y de esta manera, dirigir acciones promuevan las intervenciones de enfermería, para prevenir factores de riesgo relacionados con la fragilidad en este grupo vulnerable.

1.2. Preguntas de Investigación

- 1 ¿Cómo la propuesta del plan de intervención en enfermería para el síndrome geriátrico beneficiara a los adultos mayores de la parroquia el Carmelo?
- 2 ¿Cuál es nivel de síndrome de fragilidad en los adultos mayores de la parroquia el Carmelo?
- 3 ¿Cuáles son los factores desencadenantes del síndrome de fragilidad en adultos mayores de la parroquia El Carmelo?
- 4 ¿Cuáles son las intervenciones de enfermería, para prevenir factores de riesgo relacionados con la fragilidad en el adulto mayor de la parroquia El Carmelo?

1.3 Objetivos de investigación

1.3.1. Objetivo General

Proponer un programa de intervención en enfermería, para el síndrome de fragilidad en los adultos mayores de la parroquia El Carmelo, que contribuya a mejorar la calidad de vida.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Determinar la prevalencia del síndrome de fragilidad en los adultos mayores de la parroquia El Carmelo.
- Identificar factores de riesgo asociados al síndrome de fragilidad en adultos mayores de la parroquia El Carmelo.
- Elaborar un programa de intervención en enfermería, que actúen sobre los factores relacionados con el síndrome fragilidad en los adultos mayores de la parroquia El Carmelo.

1.4 Justificación

El presente estudio tiene como objetivo proponer un programa sobre intervenciones de enfermería, para prevenir factores de riesgo relacionados con la fragilidad en el adulto mayor de la parroquia El Carmelo, para lo cual es necesario contrastar la literatura consultada en diferentes fuentes para que, a través de los conceptos, teorías y resultados, se fundamente la presente investigación.

En Ecuador un estudio realizado en Azogues provincia del Cañar sobre el síndrome de fragilidad en el Centro de Rehabilitación Integral del IESS con una muestra de 220 adultos mayores, indicó que el 64,1 % mujeres y el 35,9 % hombres, con una edad percibida entre 65 y 93 años, encontrando como resultado un 22,7 % (69) de la población de estudio presentaban fragilidad y el 77,3% no, por otro lado, existen estudios casi similares como el de Orozco y Pucha realizado en Quito en el año 2019 en el cual participaron 139 adultos mayores que fueron atendidos en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, mismo que manifestó que un 28,06% (30) de la muestra presentaba síndrome de fragilidad (Bermeo, 2019). Es importante comprender los factores asociados, que incluyen variables fisiológicas, médicas, sociodemográficas, psicológicas y de discapacidad a través de la investigación bibliográfica, que permita distinguir los factores asociados e información precisa sobre este síndrome.

Se justifica el presente estudio de manera metodológica ya que, al realizarlo, se propone elaborar un programa sobre intervenciones de enfermería, para prevenir factores de riesgo relacionados con la fragilidad en el adulto mayor de la parroquia El Carmelo, alternativa que generará conocimientos válidos y confiables.

Se aplicarán instrumentos comprobados en otras investigaciones anteriores, considerando los criterios de Linda Fried (pérdida de peso involuntaria, agotamiento, debilidad, velocidad de marcha y escasa actividad física) para evaluar fragilidad y escala de Barber instrumento que se usa para la detección de riesgo de dependencia, vulnerabilidad o fragilidad en adultos mayores.

También se expone la valoración geriátrica integral (VGI) como herramienta que muestra beneficios significativos en el diagnóstico y tratamiento de los adultos mayores. Esta evaluación aborda aspectos clave como el estado funcional, cognitivo, emocional, nutricional, comorbilidades, polifarmacia y otros síndromes geriátricos. Al identificar un paciente frágil a través de la VGI, se puede seleccionar aquellas etapas tempranas de deterioro funcional, incluso cuando no es evidente, o en etapas previas a la discapacidad. En estas situaciones, es posible implementar intervenciones preventivas y promover un envejecimiento activo. La detección temprana puede y la intensidad adecuada de la intervención ayudar a evitar la dependencia y la discapacidad en los adultos mayores (Acosta, 2022).

Se considera que la presente investigación tiene una justificación práctica, debido a que su desarrollo propone estrategias que al aplicarse contribuirán a resolver el problema planteado. Todo esto debido a que el resultado esperado de la investigación tiene una aplicación concreta y puede mostrar resultados, a través de la aplicación de instrumentos que permitan analizar las condiciones desencadenantes del síndrome de fragilidad en adultos mayores de la parroquia El Carmelo; de la misma manera, que faciliten la identificar el nivel de síndrome de fragilidad en los adultos. Los resultados de la presente investigación será una respuesta o solución a la situación actual que afrontan los adultos mayores, en relación con el síndrome de fragilidad.

En la actualidad, se recomienda la implementación de programas de salud específicos para adultos mayores, especialmente en la parroquia del El Carmelo, en la provincia del Carchi. Estos programas deben llevarse a cabo en la comunidad donde residen los adultos mayores y deben adoptar un enfoque integral que abarque toda la complejidad de sus necesidades. Es importante destacar que la edad por sí sola no debe ser el factor determinante ni la cantidad de enfermedades que pueden desarrollarse. La intervención debe asegurar una vejez saludable para los adultos mayores, preservando su autonomía e independencia y evitando que caigan en situaciones de vulnerabilidad (Molés *et al.*, 2016).

El objetivo de la presente investigación es proponer un programa sobre intervenciones de enfermería, para prevenir factores de riesgo relacionados con la fragilidad en los adultos mayores, un grupo etario vulnerable de la sociedad, donde el olvido y abandono genera muchos problemas especialmente sociales, psicológicos, económicos, familiares y el aumento de las enfermedades por la razón de que se imposibilitan de realizar completamente sus actividades cotidianas, por lo tanto, el estudio beneficiara directamente a los adultos mayores de la parroquia El Carmelo e indirectamente servirá como base para estudiantes que en un futuro puedan continuar realizando intervenciones que permitan tener un enfoque integral del adulto mayor, proporcionando conocimientos sobre el tema y así lograr una atención de calidad en esta población.

El presente trabajo se articula a las líneas de investigación de la Universidad Politécnica estatal del Carchi y al objetivo de desarrollo sostenible 3 Salud y Bienestar de la Agenda 2030, considerando que aporta directamente con el Plan Nacional Creación de Oportunidades 2021-2025, que promueve el eje social que garantiza salud integral y calidad de vida a todos los ecuatorianos y en especial a los grupos de atención prioritaria.

CAPITULO II

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.1 Antecedentes

(Villarreal y Hernández, 2022) indican que el síndrome de fragilidad es una condición que afecta principalmente a los adultos mayores y, aunque no es muy conocido, es bastante común. Este síndrome se caracteriza por el deterioro acelerado del cuerpo debido a factores de riesgo como la presencia de múltiples enfermedades, el sedentarismo, el uso de varios medicamentos y el estrés, lo que puede llevar a una discapacidad, dependencia o incluso la muerte del paciente.

Con el fin de demostrar la prevalencia de casos de síndrome de fragilidad en la asociación Jesús el buen Pastor, se llevó a cabo un estudio utilizando la escala de Frail y la aplicación de encuestas. Los resultados revelaron que el 66 % de los adultos mayores en la muestra padecían esta enfermedad, mientras que el 33 % se encontró en una etapa previa a la fragilidad conocida como prefragilidad. Para abordar esta problemática, se deberá implementar un plan educativo que buscará suplir la falta de conocimiento sobre la enfermedad, promoviendo la salud y realizando actividades que permitan prevenir o reducir la aparición del síndrome de fragilidad en los casos de pre-fragilidad y fragilidad en los ancianos.

Tanto el conocimiento sobre la enfermedad como la práctica de ejercicio, una dieta adecuada, actividades lúdicas y fisioterapia pueden reducir los factores de riesgo asociados con el síndrome de fragilidad, al mismo tiempo que conciencian a los adultos mayores sobre la importancia del cuidado de su salud para disfrutar de una vejez plena y sin depender de sus familiares para llevar a cabo sus actividades diarias. Se implementará un plan educativo que buscará suplir la falta de conocimiento sobre la enfermedad, promoviendo la salud y realizando actividades que permitan prevenir o reducir la aparición del síndrome de fragilidad en los casos de pre-fragilidad y fragilidad en los ancianos.

(Moya *et al.*, 2022) argumentan en su investigación que las enfermedades relacionadas con el síndrome de fragilidad en adultos mayores se presentan a edades más tempranas en comparación con las cifras a nivel mundial. Entre las comorbilidades más comunes se encuentran la sarcopenia, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, la anemia y la depresión. Se demostró que el sexo femenino tiene una mayor prevalencia de comorbilidades en la mayoría de las patologías, una excepción de la discapacidad física, que fue más común en hombres. En términos de actividad económica, los hombres se dedican principalmente a la agricultura y la ganadería, mientras que las mujeres se ocupan principalmente del trabajo doméstico. En casos, las comorbilidades más frecuentes fueron la sarcopenia y la hipertensión arterial. Además, se demostró una asociación entre el nivel educativo y las comorbilidades:

(Acosta *et al.*, 2022) en su investigación se llega al consenso en que la fragilidad es un síndrome común en personas mayores que puede predecir la discapacidad, la enfermedad y la mortalidad. Se recomienda utilizar escalas rápidas de evaluación seguidas de una evaluación geriátrica integral que incluya pruebas de rendimiento físico para detectar y evaluar la fragilidad. Tanto la fragilidad como la discapacidad asociada son, al menos en parte, reversibles, lo que significa que la intervención temprana, incluyendo la actividad física y el control de las enfermedades concomitantes, puede ser una estrategia efectiva en su manejo. Para lograr resultados óptimos, se requiere una intervención multidisciplinaria y coordinada entre los profesionales de atención primaria y los recursos comunitarios. Es necesario llevar a cabo más estudios en el ámbito de la atención primaria para generar evidencia científica sólida que determine las intervenciones más eficaces y cuantifique su impacto. Además, es fundamental mejorar el conocimiento de los profesionales de la salud sobre el síndrome de fragilidad y promover su detección en el contexto de la atención primaria.

La atención primaria de salud es el entorno ideal para el diagnóstico y seguimiento de la fragilidad, utilizando herramientas como la escala FRAIL, el fenotipo de Fried o de modelos de acumulación de déficits. Para garantizar un seguimiento efectivo, es necesario contar con la colaboración de diversos profesionales de la salud y del ámbito social, además de involucrar al paciente y su familia. Es fundamental promover la investigación para identificar las

intervenciones más eficaces y comprender mejor los cursos clínicos más relacionados con la fragilidad (Acosta *et al.*, 2022).

Jama (2021) manifiesta que, durante el proceso de envejecimiento, es importante que las personas reciban atención especializada que les permita adaptarse a los cambios físicos y sociales asociados a su edad. El objetivo de esta investigación fue analizar el papel del Trabajo Social en la atención integral de los adultos mayores en el Centro Gerontológico Santa Gema de Galgani. El estudio se llevó a cabo utilizando un enfoque descriptivo, cualitativo, exploratorio y analítico, basado en teorías e investigaciones previas sobre el tema. Se recopilaron datos a través de encuestas en línea y en persona, aplicando un cuestionario a 50 adultos mayores del centro. Los resultados mostraron que la gestión del Trabajo Social en el ámbito gerontológico es fundamental para abordar las necesidades complejas de los adultos mayores.

Ramírez *et al.*, (2017) llevaron a cabo una investigación de corte transversal y análisis secundario de prueba diagnóstica para evaluar la validez de la escala de Edmonton en comparación con los criterios de fragilidad de Fried como estándar. Se incluyen pacientes mayores de 60 años de la comunidad, excluyendo aquellos con demencia severa o limitada para la movilidad. Los resultados revelaron que tanto la escalada de Edmonton como los criterios de Fried identificaron una prevalencia similar de fragilidad en la muestra de 101 pacientes en Floridablanca, Colombia. La sensibilidad de la escala de Edmonton, utilizando un punto de corte de 6 o más puntos, fue del 75% y la especificidad fue del 88%. Se destaca la visión multidimensional de la escala de Edmonton, que complementa los aspectos físicos y centrados en la sarcopenia de los criterios de Fried. Estas conclusiones sugieren que la Escala de fragilidad de Edmonton puede ser una herramienta útil en la evaluación de la fragilidad en poblaciones de adultos mayores.

(Méndez *et al.*, 2019) realizó una investigación en una población de 197 adultos mayores de 60 años, de los cuales se aplicó una entrevista a 111 adultos. Según los resultados de la encuesta el 51.35% (57) evidencio algún grado de fragilidad, siendo el sexo femenino con mayor prevalencia 77.19% (44). El 63.16% (36) de los adultos mayores mostró fragilidad ligera. En resumen, cinco de cada diez personas mayores con una edad de 60 años que habitan en los

asilos, padecen algún tipo de fragilidad, predominante ligera, poco frecuente y severa.

(Rivelli *et al.*, 2019) llevo a cabo un estudio en tres centros de atención médica en Paraguay en 2019, titulado "Fragilidad en la población de adultos mayores", se buscó determinar la frecuencia de fragilidad en los adultos mayores utilizando la escala de Fried en tres Unidades de Salud Familiar en Areguá, Paraguay, durante el año 2019. Este estudio fue observacional, descriptivo, prospectivo y multicéntrico. La muestra incluyó a 81 personas con una edad promedio de 71 años, y las mujeres predominaron en un 65%. Las comorbilidades más comunes fueron la hipertensión arterial, las enfermedades articulares y la diabetes mellitus. Se encontró fragilidad en un 53% de los participantes, y el criterio más frecuente ausente según la escala de Fried fue la lentitud al caminar. El factor de riesgo asociado con la fragilidad fue el género femenino. En resumen, el estudio reveló que un 53% de la muestra presentaba fragilidad, y esta condición era más frecuente en las mujeres.

(Astudillo *et al.*, 2019) buscó identificar la presencia del síndrome de fragilidad en los adultos mayores que residen en el asilo Rosa Elvira de León. Este estudio fue de naturaleza descriptiva y de corte transversal, y se aplicó una encuesta estructurada a una muestra de 60 adultos mayores. Los resultados mostraron que la prevalencia del síndrome de fragilidad en esta población fue del 36,7%. En resumen, se encontró una alta incidencia del síndrome de fragilidad en los adultos mayores del asilo, y se sugirió una asociación con edades superiores a los 80 años, sexo femenino y un nivel socioeconómico bajo.

(Sánchez, 2020) en su estudio realizado en la provincia de Carchi elaborado titulado prevalencia del síndrome de fragilidad en adultos mayores de la asociación Jesús el Buen Pastor en San Gabriel cantón Montufar, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia del síndrome de fragilidad en los adultos mayores, efectuó una investigación cuali-cuantitativa de tipo descriptiva, correlacional, de acción y de campo; en cuanto a los métodos teóricos se recurrió a los métodos histórico-lógico, inductivo deductivo, analítico sintético, sistémico, así también los métodos empíricos, tales como, observación científica, y la validación por obtención de resultados llevando a cabo técnicas de estudio como la encuesta. La población que se utilizó fue de 50 adultos mayores, obteniendo que el 66% padece de fragilidad y el 33% pre- fragilidad. Diseño un plan

educativo que le permitió suplir la deficiencia de conocimiento sobre esta enfermedad, concientizando a los adultos mayores con la realización de diferentes actividades de promoción de salud con el objetivo de disminuir la prevalencia del síndrome de fragilidad en los adultos mayores de dicha institución.

2.2 Marco teórico

2.2.1 El envejecimiento una fase de la vida en los seres humanos.

El envejecimiento actualmente se encuentra en el centro de la atención internacional y es muy difícil eximir de alguna sociedad en el planeta, los adultos mayores siempre han existido, pero la población que envejece resalta un nuevo fenómeno que no se evidencia, pero ya los estamos viviendo debido al aumento de la esperanza de vida y a la baja tasa de fecundidad, es decir que es muy progresivo el aumento de adultos mayores en casi todos los países. Esto denota también que una persona durante su proceso de envejecimiento requiere de atenciones especializadas que le permitan mejorar en su proceso natural adaptando cambios en su estado físico, constituyendo un verdadero reto para la sociedad (Jama, 2021).

A medida que las personas envejecen, experimentan una serie de cambios tanto a nivel físico, psicológico como social, lo cual puede llevar al desarrollo de diversos síndromes, incluyendo la fragilidad. La relación entre el proceso de envejecimiento y la aparición del síndrome de fragilidad, el cual se caracteriza por una disminución de la reserva fisiológica y la capacidad de adaptación del individuo. Es por ello que se debe destacar la importancia de comprender los factores asociados a la fragilidad en el adulto mayor, con el fin de implementar intervenciones preventivas y de manejo que contribuyan a mejorar la calidad de vida en esta población (Abreus y González, 2023).

En todo el mundo, la fragilidad en adultos mayores de 65 a 70 años fluctúa entre el 3 % y el 6 % y alcanza el 16 % entre las personas de 80 años o más. A partir de 2052, la población anciana de España supondrá el 37% de la población total, y entre un 20% y un 30% se volverán frágiles con la edad (Molés, y otros, 2016). En países latinoamericanos como Brasil, alrededor del 10 al 25% de las personas mayores de 65 y un 46% mayores de 85 años son frágiles. En los Estados Unidos, entre el 10 % y el 25 % de los adultos mayores de 65 años y el

46 % mayores de 85 años que residen en las comunidades son frágiles (Villarreal y Hernández, 2022).

El proceso del envejecimiento se enmarca en muchos criterios los cuales priorizan y resaltan la adaptabilidad de los diferentes cambios que se producen en los adultos mayores, el envejecimiento saludable se maneja a menudo para representar un estado activo sin enfermedad y para diferenciar a los individuos sanos de los enfermos. Esta definición es incierta en los adultos mayores, porque muchos de los cuales pueden padecer una o más afecciones crónicas bien controladas que les permite vivir una vida independiente. Para ello, en su Informe Mundial cuando se trata de envejecimiento, la Organización Mundial de la Salud lo define como el proceso de promover y mantener la capacidad funcional que permite gozar de un buen estado de salud en la vejez.

En este sentido, desde la perspectiva pragmática definida por el envejecimiento activo, en el presente trabajo se exhorta conceptualizar el envejecimiento saludable como un proceso en el que los adultos mayores adoptan o mejoran estilos de vida saludables a través del autocuidado, el apoyo y las estrategias de autogestión que utilizan de manera óptima las redes de apoyo formales y sociales. Y restablecer el funcionamiento físico, mental y social para alcanzar el máximo bienestar, salud y calidad de vida, teniendo en cuenta el contexto sociocultural (Mendoza *et al.*, 2018).

Otro criterio es el envejecimiento activo que fue introducido en 1999 por la Organización Mundial de la Salud, que lo define como “Proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad para optimar la calidad de vida de las personas durante el envejecimiento”. La palabra activo se describe como la participación continua de adultos mayores en actividades sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, y no solo actividades en las cuales se encuentren físicamente dinámicos o la capacidad de participar en otras actividades. Por las razones descritas anteriormente, la generatividad se ha propuesto como un medio para promover programas comunitarios, aunque el envejecimiento activo también es una estrategia viable para promover la generatividad en las personas a medida que envejecen (Mendoza *et al.*, 2018).

También se resalta el envejecimiento patológico, que se caracteriza por la incidencia de diferentes procesos, fundamentalmente enfermedades haciendo

que los diversos factores dificultan una adecuada adaptación a estos cambios, se manifiesta como el envejecimiento de todos los órganos, aumentando las comorbilidades que no están relacionadas con la edad, aunque son un factor de riesgo. Los principales problemas del envejecimiento son cognitivos, afectivos, conductuales y sociales (Caicedo, 2021).

2.2.2 Fragilidad un síndrome geriátrico emergente.

Se define como una condición clínica relacionada con la edad, en la que disminuyen la reserva fisiológica y la función de múltiples órganos y sistemas, lo que resulta en una disminución de la capacidad de afrontamiento y una mayor sensibilidad a los factores estresantes crónicos o agudos. La fragilidad se relaciona con un mayor riesgo de desenlaces adversos de salud como caídas, por recuperación o secuelas tras procesos clínicos coincidentes como infección, cirugía, efectos medicamentos, hospitalización, institucionalización y/o muerte. El síndrome geriátrico se caracteriza por múltiples etiologías, características clínicas y diagnósticas específicas y una vía de tratamiento general multicomponente, significando también el aumento en los costos de atención médica en todo el mundo (Acosta *et al.*, 2022).

La fragilidad es considerada como un síndrome caracterizado por la disminución de reservas y resistencia a estresores declinando de manera acumulativa los sistemas fisiológicos provocando vulnerabilidad para efectos adversos en la salud. A continuación, señalaremos los aspectos clínicos para el reconocimiento del síndrome de fragilidad:

a) Signos y síntomas

- Disminución de la fuerza
- Agotamiento o fatiga
- Enlentecimiento general y de la marcha
- Disminución de la actividad física
- Dificultad para subir y bajar escaleras
- Deterioro del estado nutricional
- Pérdida de peso, sarcopenia
- Deterioro sensorial (visión, audición)
- Deterioro cognitivo
- Tristeza, depresión, ansiedad

- Disminución de la capacidad de autocuidado

b) Asociación a enfermedades crónicas

- Diabetes mellitus
- Hipertensión arterial
- Insuficiencia cardíaca
- Otras

c) Condicionantes sociodemográficos

- Edad
- Polifarmacia
- Soporte social deficitario
- Relaciones sociales pobres, vivir solo
- Escasos recursos económicos

Se han utilizado diversos criterios basados en una evaluación geriátrica integral para evaluar y así prevenir este síndrome, desarrollando test simple y rápido, que permitirá conocer y detectar de manera objetiva el síndrome de fragilidad, en la presente investigación se utilizará la escala de Edmonton misma que ha sido aplicada en diferentes escenarios: unidades de agudos, hospital de día, consulta externa y atención ambulatoria. Tiene en cuenta 10 dominios, dos dominios (movilidad y estado cognitivo) son evaluados con el test del reloj, los otros dominios valorados son el estado de ánimo, la independencia funcional, el uso de medicamentos, el soporte social, la nutrición, la autopercepción de salud, la continencia, la carga de la enfermedad y la calidad de vida, dimensiones tradicionalmente abarcadas en una valoración geriátrica integral, también se tomará en cuenta los criterios de evaluación de Linda Fried para obtener una mejor caracterización del síndrome de fragilidad (Ramírez *et al.*, 2017).

Fried valúa los siguientes criterios:

- Baja energía o agotamiento
- Pérdida involuntaria de peso
- Lentitud en la movilidad
- Baja Actividad física
- Debilidad muscular

Mediante estos dos criterios de Linda Fried y Barber se procederá a formular las preguntas de la encuesta y así evaluar a la población propuesta, con

la finalidad de evidenciar cuantos criterios pueden presentar los adultos mayores y este caso si es mayor a tres criterios estaríamos considerando una fragilidad.

2.2.3 Cambios generales en el adulto mayor

El deterioro de la capacidad sensorial es uno de los principales signos del envejecimiento. A medida que aumenta esta pérdida de eficiencia, una persona notará cambios en la visión, el oído, el tacto y otros sentidos que reducirán la sutileza de cada uno de ellos acompañado de sus propios síntomas seniles y sus propias desventajas. Además de los cambios en el gusto y el tacto mencionados anteriormente, las estructuras oculares y auditivas también pueden verse afectadas. Estructuras de ojos y anexos: casi todas las estructuras oculares se ven significativamente afectadas por el proceso de envejecimiento. Asimismo, el cristalino se cambia de dos formas; disminuye su flexibilidad y, en consecuencia, la capacidad de enfocar a diferentes distancias y su transparencia.

También reduce el diámetro de la pupila y se producen cambios en la retina, que pueden provocar estrabismo visión nocturna reducida y visión de los colores especialmente verde y azul. La manifestación más típica del oído es la presbiacusia, y su patogénesis involucra dos fenómenos: anquilosis de la cadena ósea y cambios atróficos del oído interno (Caicedo, 2021).

El sistema musculo esquelético, uno de los órganos más grandes del cuerpo humano, representa aproximadamente el 40% del peso del cuerpo y es fundamental para todas las actividades diarias. La capacidad de los adultos mayores para mantenerse funcionales obedece en gran medida de su función muscular (fuerza y potencia muscular). La masa muscular y la fuerza reducen elocuentemente con la edad, y aunque las dos situaciones están relacionadas, los conceptos que se utilizan en la actualidad para manifestar cada uno de estos fenómenos son diferentes. El capilar de las fibras musculares esqueléticas disminuye con la edad, esto puede conducir a una menor entrega de oxígeno y nutrientes a los músculos periféricos, además de una menor capacidad de oxidación. Todo esto imposibilita que los músculos utilicen el oxígeno suministrado, lo que provoca la fatiga anticipada y, por lo tanto, una disminución del control muscular voluntario (Concha *et al.*, 2020).

La actividad física en los adultos mayores desempeña un papel fundamental en el mantenimiento de un estilo de vida saludable en la sociedad,

ya que el ejercicio y el deporte tienen efectos positivos en la prevención, tratamiento y recuperación de enfermedades, así como en la promoción de una buena salud. Las actividades aeróbicas, como caminar, correr, andar en bicicleta o nadar, contribuyen a aumentar el consumo máximo de oxígeno, mejorar la masa muscular y reducir el riesgo de morbilidad y mortalidad. A diferencia de los ejercicios de resistencia, este tipo de entrenamiento no busca aumentar la masa muscular, sino estimular la síntesis de proteínas musculares. La actividad física ofrece una variedad de beneficios que ayudan a prevenir el proceso de envejecimiento, mejoraran el estado funcional de los adultos mayores (Aldas *et al.*, 2021).

La estructura y función de las células cerebrales y los factores muestran una fuerte disminución de la función con la edad. Los cambios en el sistema nervioso central pueden estar asociados con la aparición de trastornos cognitivos y motores, que están muy relacionados con la capacidad funcional de los adultos mayores. Estudios han evidenciado que, en otras áreas del cerebro, como el cuerpo estriado, el hipotálamo y la corteza, se produce un marcado declive que puede provocar la aparición de enfermedades neurodegenerativas que afectan directamente la capacidad de mantener control de la postura, equilibrio y velocidad de la marcha.

Los estudios de imágenes han demostrado que el volumen del cerebro disminuye con la edad, mostrando una disminución del 16% en el volumen total del cerebro, demostrando que existe una relación entre el volumen del cerebro y la actividad física que se ve afectada, principalmente debido al rol de la corteza cerebral, habilidades motrices básicas que, como consecuencia del envejecimiento, provocan el enlentecimiento y desaceleración de los movimientos voluntarios que las personas mayores realizan a diario (Concha *et al.*, 2020).

El envejecimiento es un proceso fisiológico que está determinado por varios factores internos y externos. La piel, uno de los órganos más grandes del cuerpo, cambia, especialmente como un signo de envejecimiento, debido a que está constantemente expuesta al medio ambiente. Con la edad, la piel pierde su función de permeabilidad hemostática, y esta pérdida se exacerba en las zonas dañadas por el sol. Estos cambios están asociados con una síntesis reducida de lípidos y colesterol en el estrato córneo. Como resultado, la piel se vuelve más

sensible a los daños mecánicos y a las infecciones. En algunos casos también se producen anomalías superficiales, como varices, manchas y la acumulación de diversas lesiones en moléculas y células a lo largo del tiempo. Cabe mencionar que la mayoría de estos síntomas son completamente normales y que el envejecimiento de la piel se ve más afectada por el estilo de vida de un individuo que por la predisposición genética al envejecimiento (Calderón, 2022).

El proceso de envejecimiento conlleva cambios en el cerebro, lo que significa modificaciones en la cognición y la función. Las habilidades cognitivas que disminuyen con el envejecimiento normal incluyen la memoria, las relaciones visuo-espaciales y la velocidad de proceso de información, mientras que las habilidades verbales parecen estar mejor conservadas, la prevalencia de posible déficit cognitivo en esta población está relacionada con la edad avanzada y el grado de deterioro funcional. Las intervenciones dirigidas a estimular y entrenar las capacidades cognitivas pueden contrarrestar los efectos negativos del envejecimiento, retrasando las manifestaciones del deterioro cognitivo en el adulto mayor, haciéndose necesario detectar el deterioro físico, funcional, cognitivo o social. En este caso el médico familiar es el primer punto de contacto y, a veces, el único punto de contacto para los pacientes que se quejan de problemas de memoria o cognitivos (Calatayud *et al.*, 2018).

2.2.4 Nutrición en el adulto mayor para el mantenimiento de su salud y bienestar.

La dieta y la nutrición juegan un papel importante en el mantenimiento de la salud y el bienestar. La dieta se puede definir como lo que comemos y bebemos a diario, más como un estilo de vida. La nutrición implica la ingesta y digestión de los alimentos, así como la absorción y el metabolismo de los nutrientes. La satisfacción de las necesidades nutricionales de esta población a menudo depende de los ingresos del hogar y del apoyo de otros miembros del hogar en la preparación de los alimentos. La soledad es un fuerte predictor del estado nutricional en los adultos mayores, solos comen poco y en muchos casos prefieren las comidas rápidas y el consumo bajo en calorías; pan, café, infusiones, etc. (Menéndez y Hernández, 2021).

Dependientes del proceso de envejecimiento como los cambios en el sistema digestivo o actividad alimentaria por problemas dentales, bucales,

disminución del gusto y olfato, también podemos encontrar factores asociados con enfermedades como el cáncer, enfermedades que producen que el adulto mayor permanezca encamado y enfermedades metabólicas comúnmente conocidas como son la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y otras, cabe recalcar las enfermedades neuropsiquiátricas como la depresión, la demencia y factores socioeconómicos como la pobreza, soledad y ausencia de socialización, factores que aportan a una inadecuada nutrición y por ende también se considera como un síndrome geriátrico que causa fragilidad desencadenando problemas en la calidad de vida en los adultos mayores (Menéndez y Hernández, 2021).

2.2.5 Incontinencia urinaria

La incontinencia urinaria afecta tanto a hombres como a mujeres. Esto se convertirá en un problema de salud cada vez más importante a medida que la población envejezca. Su patogenia es compleja y multifactorial. El tratamiento de la incontinencia urinaria en los adultos mayores no es muy diferente al de los adultos más jóvenes. Sin embargo, se debe prestar especial atención a la identificación de comorbilidades, medicamentos y trastornos neurológicos y psiquiátricos. En adultos mayores se puntualizan volúmenes miccionales disminuidos, aumento del residuo postmiccional, menor capacidad vesical y mayor prevalencia de hiperactividad del detrusor, en relación con la pérdida del control de la vejiga (capacidad de almacenar orina a baja presión) o ineficiencia en la micción que provoca incontinencia por rebosamiento, en la mujer la disminución de estrógeno después de la menopausia juega un papel importante en los cambios en la vagina relacionados con la edad. El estrógeno tiene un efecto trófico en la mayor parte del tracto urinario inferior femenino (los receptores de estrógeno se encuentran en la vagina, el vestíbulo, la uretra distal, el trigono, los músculos pélvicos y los ligamentos redondos) y en el hombre la hiperplasia prostática benigna está fuertemente asociada con el envejecimiento y puede resultar en un agrandamiento de la próstata que bloquea el tracto de salida de la vejiga. Por ello la incontinencia urinaria debe ser considerada un síntoma, y como tal puede ser manifestación de muchas condiciones clínicas o patologías subyacentes en los adultos mayores (Chiang *et al.*, 2018).

2.2.6 Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor.

La población adulta mayor afronta varios factores de riesgo que amplían su vulnerabilidad en su entorno social, desde un punto de vista antropológico, envejecer en la sociedad moderna es casi sinónimo de pérdida. La sociedad reconoce y aprecia la juventud, la estética y lo material; por lo tanto, los adultos mayores tienen un lugar de misericordia, evocan emoción o tristeza e incluso culpa. Se puede observar que los factores de riesgo particulares se incorporan a otros factores definidos por el entorno político, económico, social y cultural. A continuación se presentan los factores de riesgo:

Vulnerabilidad afectiva

Es fundamental asegurar un buen trato y comunicación afectiva con el adulto mayor, pues en la medida en que la sociedad, la familia y el estado respeten sus derechos y su dignidad, se minimizan y conducen los factores que pueden configurarse como vulnerabilidad, cabe recalcar que propiciar un ambiente donde las personas mayores sean bien tratadas requiere de una relación satisfactoria dominada por el respeto, la atención y el reconocimiento como persona que contribuye y ha contribuido al desarrollo de la humanidad.

Vulnerabilidad socioeconómica

Las personas adultas mayores enfrentan condiciones socioeconómicas adversas que dificultan su capacidad de atender las necesidades de cuidado con la calidad necesaria. La baja cobertura de la seguridad social y las altas tasas de pobreza no solo limitan la capacidad de las familias para brindar atención externa a los adultos mayores, sino que también obligan a muchos a seguir trabajando en la vejez. Los determinantes sociales intervienen no sólo en la esperanza de vida, sino también en la expectativa de vida saludable de los adultos mayores y, por tanto, en sus potenciales necesidades de cuidados (Forttes, 2020).

Envejecimiento y atención a la dependencia

Según lo estipulado en el artículo 36 de la Constitución de la República del Ecuador (2008), se establece que las personas de edad avanzada recibirán una atención prioritaria y especializada tanto en el sector público como en el privado. Esta atención se enfocará especialmente en áreas como la social y

económica, así como en la protección contra la violencia. Además, se establece que se considera parte de este grupo a aquellas personas que han alcanzado la edad de 65 años. (Forttes, 2020).

El Estado debe garantizar:

- Establecimiento de centros especializados que brindan atención integral a las personas adultas mayores, garantizando su nutrición, salud, educación y cuidado diario. Además, se crearán centros de acogida para aquellos que no puedan ser atendidos por sus familiares o que no tengan un lugar permanente donde residir.
- Implementación de programas y políticas destinadas a promover la autonomía personal, reducir la dependencia y lograr la plena integración social de las personas adultas mayores.
- Brindar protección, cuidado y asistencia especial a las personas adultas mayores que sufran de enfermedades crónicas o degenerativas.
- Establecimiento de leyes que sancionen el abandono de las personas adultas mayores por parte de sus familiares o por las instituciones encargadas de su protección. (p. 45)

En resumen, en este artículo 36 de la Constitución, se busca garantizar una atención integral y especializada a las personas adultas mayores, incluyendo su nutrición, salud y cuidado diario. Se promoverá su autonomía, se les brindará protección y asistencia en caso de enfermedades, y se establecerán leyes para prevenir el abandono del adulto mayor permitiendo limitar diversos factores que se presentan en esta población.

Riesgo de caídas en adultos mayores

Las caídas representan un síndrome geriátrico complejo y multifactorial que se considera un desafío para la salud pública. Estas tienen repercusiones físicas, sociales y psicológicas tanto para los individuos afectados como para la sociedad en general. Se define como cualquier evento de pérdida involuntaria del equilibrio que hace que el cuerpo caiga al suelo o superficie dura. Es la segunda causa de muerte por accidentes o lesiones accidentales. En todo el mundo, 646.000 personas murieron a causa de estas, más del 80% de ellas en países en desarrollo. Alrededor de 37,3 millones de veces al año, ocurren caídas

en los adultos mayores provocando graves consecuencias que requieren atención y cuidado de la salud. Con la edad y los cambios fisiológicos en el cuerpo, esta población aumenta la vulnerabilidad a estos eventos, que pueden conducir a la pérdida de la función, cambios psicológicos y familiares. Identificar estos factores ayudará en el cuidado de las personas mayores y en la prevención de incidentes en los hogares (Silva *et al.*, 2019).

2.3 Teorizantes de enfermería

Las teorías que sustentan los cuidados en el adulto mayor, se presentan a continuación:

Teoría del déficit del autocuidado – Dorothea Orem

Siguiendo la perspectiva de Dorothea Orem, el propósito principal de esta teoría es asistir al individuo en la realización y mantenimiento de acciones de autocuidado, permitiéndole preservar su salud y vida, recuperarse de la enfermedad y enfrentar las consecuencias de esta. Por lo tanto, se enfatiza la importancia de ofrecer charlas informativas acerca del autocuidado, ya que, especialmente después del período de gestación, el autocuidado se convierte en una necesidad fundamental tanto para la madre como para el recién nacido. Esto les proporciona las habilidades y hábitos necesarios para promover la salud integral del binomio (Lozada, 2021).

Teoría de promoción de la salud – Nola Pender.

Según la teoría propuesta por Nola Pender, se enfoca en que los profesionales de enfermería sean capaces de comprender los comportamientos humanos relacionados con la salud y, al mismo tiempo, guiar a las personas hacia la adopción de conductas más saludables. En el contexto de esta teoría, nos centraremos en mujeres embarazadas, instándolas a asistir a sus consultas prenatales, seguir un régimen de suplementación con ácido fólico y hierro, someterse a pruebas de bienestar fetal, así como a pruebas de detección de VIH y sífilis para descartar cualquier anomalía en su embarazo; además, se proporcionará información y charlas educativas con el objetivo de promover un crecimiento y desarrollo exitoso tanto para la madre como para el bebé (Borja, 2018).

2.4 Marco legal

Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores.

Según la convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores, en su capítulo I, art I del ámbito de aplicación y objeto menciona:

El propósito de la convención es fomentar, salvar y garantizar el reconocimiento y la plena realización, en igualdad de condiciones, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas mayores. Esto se busca lograr para contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad. (Convención Interamericana, 1977).

En la carta magna de la república del Ecuador

El Artículo 36 de la Constitución de la República del Ecuador establece que se brindará atención prioritaria y especializada a las personas adultas mayores en los sectores público y privado, centrándose especialmente en la inclusión social y económica, así como en la protección contra la violencia. Se considerará como personas adultas mayores a aquellas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad. Esta disposición constitucional busca garantizar que este grupo de la población reciba el apoyo necesario en áreas fundamentales para su bienestar y protección en la sociedad ecuatoriana. (Constitucion de la República del Ecuador, 2008).

Ley Orgánica del adulto mayor de la República del Ecuador

Según el Artículo 9 del capítulo III, el Estado tiene la responsabilidad de promover que el Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional presente los resultados de la implementación de políticas públicas dirigidas a las personas adultas mayores como un indicador de gestión. Esto implica que se debe fomentar la transparencia y rendición de cuentas en cuanto a las acciones y

medidas adoptadas para garantizar el bienestar y los derechos de este grupo de la población. Asimismo, se busca evaluar y medir el impacto de dichas políticas con el fin de mejorar continuamente las estrategias implementadas en beneficio de las personas adultas mayores. Esta propuesta se evidencia en el Fortalecimiento del Sistema de Protección de Derechos en cantones priorizados en la atención a personas adultas mayores (2023), que se evidencia en acciones como:

- Fortalecer los servicios de cuidado destinados a las personas mayores, implementando enfoques que promuevan su autonomía y considerando aspectos de género y diversidad.
- Mejorar el acceso a servicios de atención médica para las personas mayores, asegurando que reciban atención prioritaria y especializada.
- Combatir la malnutrición y fomentar prácticas saludables entre las personas mayores.
- Impulsar el acceso a la educación y erradicar el analfabetismo en este grupo de la población.
- Promover la creación de espacios públicos inclusivos, de calidad y adecuados para las personas mayores.
- Fortalecer el Consejo Consultivo de Personas Adultas Mayores mediante la capacitación en derechos.
- Realizar acciones de difusión y sensibilización sobre la Agencia Nacional de Inclusión Intergeneracional (ANII).
- Alinear el Plan de trabajo con las políticas establecidas por la ANII entre 2017 y 2021.
- Presentar propuestas de reforma a la Ley del Adulto Mayor.
- Brindar atención especial y protección a las personas mayores en situación de amenaza, violación de derechos, así como en casos de violencia intrafamiliar, garantizando el debido proceso y la protección especial (p. 87).

En el Art. 11 corresponsabilidad de la Familia. La familia comparte la responsabilidad de preservar la salud física, mental y emocional de las personas mayores, así como de proveerles el apoyo requerido para garantizar su desarrollo integral, respetando en todo momento sus derechos, autonomía y

voluntad. Dentro de esta corresponsabilidad familiar, se incluye el deber de desarrollar y fortalecer las capacidades, habilidades, destrezas y prácticas personales y familiares necesarios para cuidar, atender y promover el pleno desarrollo de los adultos mayores en el entorno familiar. (CNII, 2018)

En la sección XI del Derecho a la salud Integral, física, mental, sexual y reproductiva en su art 45 Servicios de salud. Los centros de salud tanto públicos como privados contarán con servicios especializados para la promoción, prevención, atención y rehabilitación de las personas mayores, según su nivel de complejidad. El funcionamiento de estos servicios se regirá por las leyes, reglamentos y normativas establecidas por la Autoridad Sanitaria Nacional.

2.4.4 Defensoría del pueblo

Según la Dirección Nacional de Investigación e Incidencia en Política Pública (2019), el artículo 36 establece que las personas de edad avanzada serán objeto de atención prioritaria y especializada tanto en el ámbito público como en el privado. Se enfatiza la importancia de brindarles atención en áreas clave como la inclusión social y económica, así como la protección contra la violencia. Esto destaca la necesidad de garantizar un trato adecuado y específico para las personas adultas mayores en todos los aspectos de su vida, tanto en el sector público como en el privado (Dirección Nacional de Investigación e Incidencia en Política Pública, 2019).

CAPITULO III

METODOLOGÍA

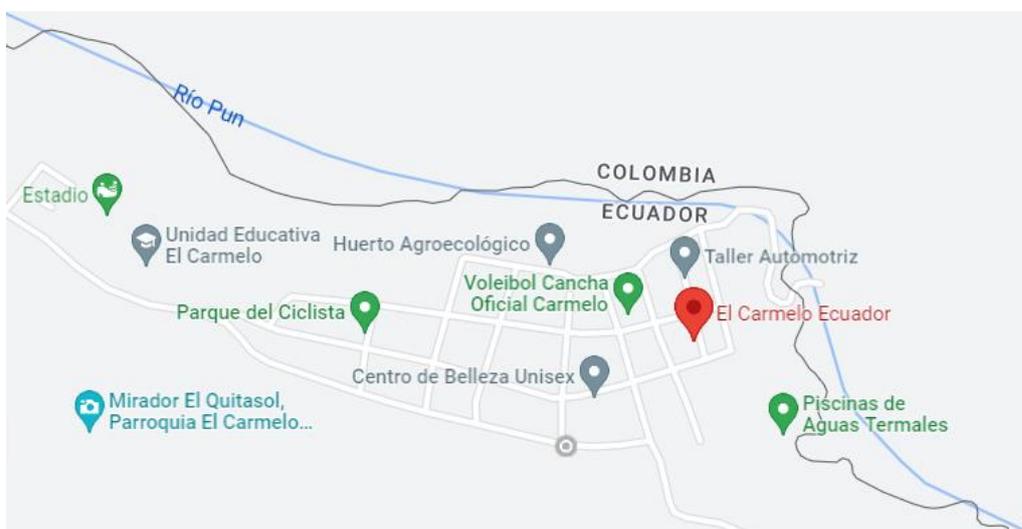
3.1 Descripción del área de estudio/grupo de estudio.

La parroquia el Carmelo se encuentra en una zona rural y pertenece al Cantón Tulcán provincia del Carchi, sus límites son: al Norte limita con la república de Colombia desde el cerro Troya hasta la desembocadura del río Pún con el río Chingual, al sur limita con la provincia de Sucumbíos desde el punto denominado el saldo hasta la desembocadura del río Pún con el río Chingual, al oriente la unión de los dos ríos Chingual y Pun, al occidente limita desde el cerro Troya hasta la quebrada Moras (GAD El Carmelo, 2019).

En la Figura 1 se presenta la localización de la parroquia se encuentra al Nor- Oriente del Cantón Tulcán – Provincia del Carchi. Superficie de 51.2 km² con un rango de latitud 2440 a 3640 metros sobre el nivel del mar, su cabecera se encuentra entre 2600 2800 metros sobre el nivel del mar, su clima es gélido húmedo, páramo montano con una temperatura de 10°C.

Figura 1.

Ubicación geográfica de la Parroquia El Carmelo



Fuente: GAD Parroquial El Carmelo

La población de estudio está conformada por 300 adultos mayores de 65 años en adelante, de la parroquia El Carmelo. Mediante muestreo no probabilístico a conveniencia se seleccionarán 169 adultos mayores de la parroquia El Carmelo. Mediante criterios de selección con un nivel de confianza del 95 % y un margen de error del 5%.

El criterio de inclusión fue: adultos mayores de sexo masculino y femenino, que deseen participar voluntariamente en la investigación.

El criterio de exclusión fue: adultos mayores con deterioro cognitivo y/o mental; adultos mayores que no autoricen por sí mismos o por medio de algún familiar a participar de la investigación.

3.2 Enfoque y tipo de investigación

Para el desarrollo de la presente investigación se utilizó el enfoque cuantitativo, se obtendrán datos numéricos mediante una encuesta, que será dirigida a los adultos mayores, cuyo objetivo es cuantificar la prevalencia y factores de riesgo desencadenantes del síndrome de fragilidad existentes en la población objeto de estudio.

Tipo de Investigación

Por el diseño la presente investigación es no experimental de tipo transversal, ya que se realizará la recopilación de datos en un solo momento y describir sus variables tanto dependientes como independientes.

Investigación transversal

Vega *et al.* (2021) un diseño transversal es equivalente a obtener datos en puntos de tiempo específicos, este diseño es rápido, económico y permite el cálculo directo de la prevalencia de la enfermedad, se precisa como un artículo diferente del análisis de datos.

Al realizar este tipo de investigación permitirá conocer cuál es la prevalencia de adultos mayores que presenten síndrome de fragilidad en la parroquia El Carmelo, de igual manera obtener conocimientos acerca de la fragilidad y sus posibles factores de riesgo que afectan a esta población.

Investigación Descriptiva.

Guevara *et al.*, (2020) Este tipo de investigación se enfoca en analizar y describir las características fundamentales de un conjunto de fenómenos que comparten similitudes sistemáticas. Su objetivo es determinar la estructura y el comportamiento del fenómeno bajo estudio. A través de este enfoque, se obtiene información sistemática y comparable con otras fuentes, lo que proporciona una base sólida para el análisis y la comprensión del fenómeno en cuestión.

En un estudio descriptivo, el investigador puede optar por ser un observador completo, observar cómo participante, participe observador o un participante completo. La investigación descriptiva, puede ser abordada desde tres métodos:

- Método de observación: es el más eficaz se utiliza la observación cuantitativa como la observación cualitativa.
- La observación cuantitativa: Recopilación objetiva de datos especialmente en números y valores derivados de la observación cuantitativa y se alcanzan de los métodos de análisis estadísticos y numéricos como edad, peso y volumen, escala, entre otros.
- La observación cualitativa: Mide características de los elementos a investigar. El investigador observa a los encuestados a distancia, las características observadas son naturales y efectivas.

Este tipo de investigación se ubica en el presente y no se delimita a la simple recolección y tabulación de datos, sino que encamina la interpretación racional y el análisis objetivo de los mismos, es decir que permitirá describir y analizar cuáles son los factores que influyen en los adultos mayores de la parroquia El Carmelo para desarrollar el síndrome de fragilidad.

Investigación de campo

Leyva *et al.*, (2020) en un estudio de campo menciona que, los datos son recolectados directamente de la realidad, por lo tanto, llamados datos primarios, el valor es que identifica las condiciones reales bajo las cuales fueron recolectados los datos, lo que ayuda a revisarlos o modificarlos en caso de duda. Este tipo de investigación admitirá la recolección de datos reales directamente de la realidad en la que se presentan, la población se encuentra dispersa a lo

largo de la cabecera parroquial por lo cual se optara por realizar visitas domiciliarias para la recolección de información y conocer cuáles son las condiciones en las que se encuentran los adultos mayores de la parroquia El Carmelo y a partir de eso también permitirá analizar cuáles son factores determinantes del síndrome de fragilidad.

Investigación Documental

Salas (2019), la investigación de revisión es un proceso en el que se combinan conceptos para generar conocimiento sistemático. Su objetivo principal es examinar y analizar de manera exhaustiva artículos más amplios relacionados con un tema. La revisión de material bibliográfico será útil para esta investigación ya que se identificará documentos que contengan información relevante acerca del adulto mayor y del síndrome de fragilidad.

3.3 Definición y operacionalización de variables

Variable dependiente: Síndrome de fragilidad

La (Organización Mundial de la Salud, 2022) el síndrome de fragilidad es un síndrome geriátrico caracterizado por la disminución de la reserva funcional, resultando en un incremento de la vulnerabilidad de la persona y de una inadecuada respuesta a todo tipo de estrés.

Variable Independente: Adulto mayor

La tercera edad es un término antropológico, psicológico y social que hace referencia a las últimas décadas de la vida del ser humano. Para la (Organización Mundial de la Salud, 2014) el término adulto mayor alude a personas mayores de 60 años, por ser la edad promedio de expectativa de vida en el mundo.

Factores de riesgo son cualquier característica o circunstancia detectable en una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o está especialmente expuesto a una enfermedad (INEC, 2021).

Tabla 1

Operacionalización de la variable independiente

Variables	Dimensiones	Indicadores	Técnica	Instrumento
	<i>Características de la edad</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>65 a 74 adulto mayor anciano joven</i> • <i>75 a 89 adulto mayor anciano</i> • <i>90 y más longevos</i> 		
<i>Adulto mayor</i>	<i>Etnia</i>	<p><i>Blanco</i></p> <p><i>Mestizo</i></p> <p><i>Afroecuatoriano</i></p>	<i>Encuesta</i>	<i>Cuestionario</i>
	<i>Factores de riesgos</i>	<p><i>Factores modificables</i></p> <p><i>Factores no modificables</i></p>		

Tabla 2

Operacionalización de la variable dependiente

Variables	Dimensiones	Indicadores	Técnica	Instrumento
<i>Síndrome de Fragilidad</i>	<i>Fragilidad</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Disminución en las reservas físicas</i> • <i>Deterioro en la capacidad para afrontar factores estresantes</i> • <i>Reducción de la capacidad intrínsecas</i> 	<i>Encuesta</i>	<i>Cuestionario</i>
	<i>Prefragilidad</i>	<i>Adulto mayor con la presencia de una enfermedad crónica</i>		
	<i>Sin Fragilidad</i>	<i>Adulto mayor sin enfermedad crónica</i> <i>Sin disminución en las reservas físicas</i>		

3.4 Procedimientos

Fase 1. Condiciones desencadenantes del síndrome de fragilidad en adultos mayores de la parroquia El Carmelo.

A partir del fenotipo de Linda Fried (2001) y test de Barber (1980) citados en Serrano *et al.*, (2021) con referencia a la prevalencia y los factores de riesgo, se determina las condiciones desencadenantes del síndrome de fragilidad en adultos mayores de la parroquia El Carmelo. Para ello se aplicó un cuestionario estructurado con la técnica de la encuesta a 169 adultos mayores. Se utilizó el software estadístico Jamovi para el tratamiento, procesamiento y análisis de datos, se trabajó con tablas de frecuencia para las diferentes escalas dentro de las dimensiones.

Fase 2. Nivel de fragilidad en lo adultos mayores de la parroquia El Carmelo.

A partir de los datos obtenidos en la fase 1 y con el uso de la herramienta Jamovi se crearon categorías con las cuales se determinó el nivel de fragilidad en los adultos mayores de la parroquia El Carmelo, mediante la escala de Linda Fried (2001) y Test de Barber (1980) citados en Serrano *et al.*, (2021) mismos que valoran el grado de fragilidad, siendo este un estado clínico asociado a la edad, con una disminución de la reserva fisiológica y de la función en múltiples órganos y sistemas en la capacidad para hacer frente en los adultos mayores de la siguiente manera:

Criterios que valora la escala:

- Disminución en la velocidad y la marcha
- Pobre actividad física
- Autorreporte de cansancio físico
- Pérdida de peso no intencional
- Debilidad muscular

Escala de Linda Fried:

- Fragilidad: 3 o más criterios
- Prefragilidad: 1 o 2 criterios.
- Sin fragilidad: Ningún Criterio

El test de Barber indica es una herramienta utilizada para la detección de riesgo de dependencia, vulnerabilidad o fragilidad en adultos mayores.

Criterios que valora:

- El entorno que le rodea
- Movilidad en las actividades básicas de la vida diaria
- Deterioro en la visión
- Deterioro auditivo
- Enfermedades agudas o crónicas

Test de Barber

- No riesgo de dependencia: 0
- Sugiere riesgo de dependencia: 1 o mas

Fase 3. Elaboración de un programa de capacitación sobre intervenciones de enfermería, para prevenir factores de riesgo relacionados con la fragilidad en el adulto mayor de la parroquia El Carmelo

A partir de los resultados de la fase 1 y 2 se elaborará un programa de capacitación sobre intervenciones en enfermería, para la valoración, identificación diagnóstica y tratamiento oportuno, que permitan prevenir los factores de riesgo desencadenantes del síndrome de fragilidad y en el caso de que, estos factores estén prevalentes, fomentar buenos hábitos que reduzcan los síntomas en el adulto mayor de la parroquia El Carmelo.

Este programa de intervención, también esta direccionado en capacitar a las familias y comunidad que son parte del núcleo de los adultos mayores de la parroquia el Carmelo, en cuanto al fortalecimiento de conocimientos mediante charlas educativas del contexto del síndrome de fragilidad en el adulto mayor, puntualizando la importancia de la identificación de signos y síntomas de forma oportuna y del impacto positivo que desencadena el apoyo familiar a los adultos mayoren en el proceso de envejecimiento.

3.5 Consideraciones Bioéticas

Considerando que la ética en la investigación exige que la práctica de la ciencia se realice conforme a principios éticos que aseguren el avance del conocimiento, la comprensión y mejora de la condición humana y el progreso de la sociedad.

La presente investigación se basa en el cumplimiento de los principios éticos de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia, para el acceso a la presente investigación se toma como herramienta legal el consentimiento informado hacia los adultos mayores de la Parroquia El Carmelo a ser encuestados y el permiso respectivo en convenio con la Universidad Politécnica Estatal del Carchi.

CAPITULO IV

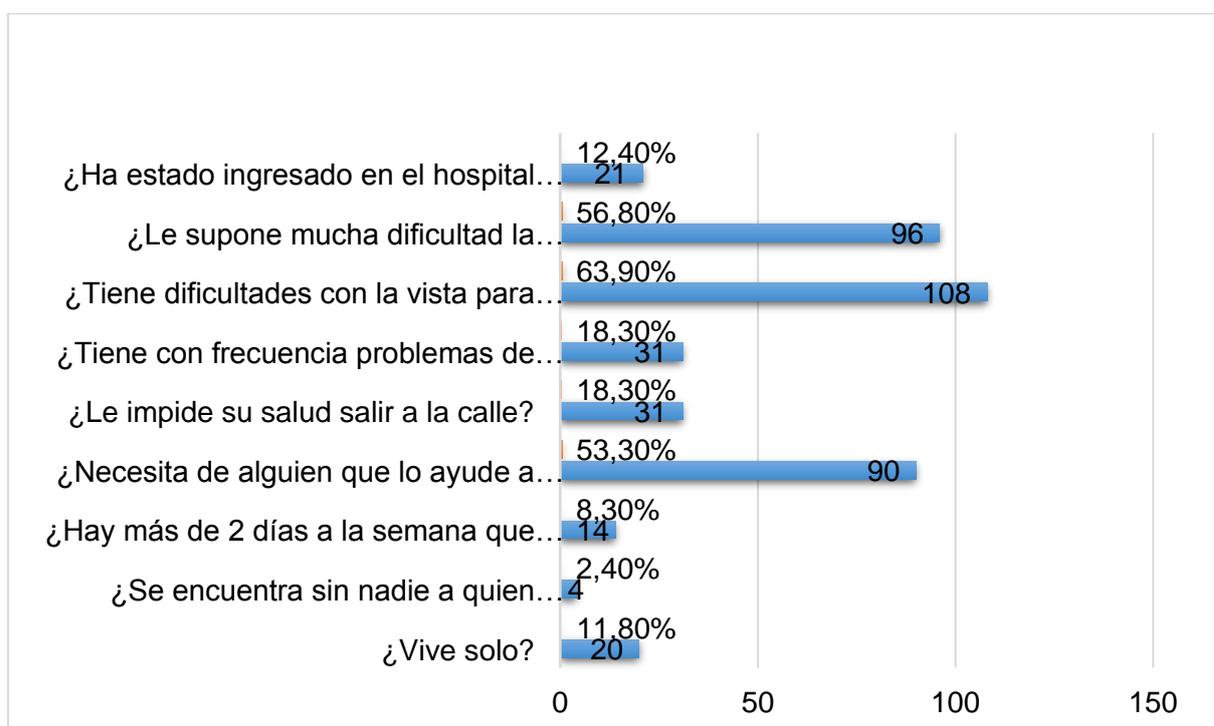
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Fase 1. Condiciones desencadenantes del síndrome de fragilidad en adultos mayores de la parroquia El Carmelo.

Los adultos mayores son vulnerables y están expuestos a diferentes factores sociodemográficos y médicos que aumentan su predisposición a desarrollar fragilidad (Moya *et al.*, 2022). A continuación, en la Figura 1 se presentan los principales factores de riesgos asociados al síndrome de fragilidad en adultos mayores de la parroquia el Carmelo, con base a los resultados se puede destacar, que la mayor parte de estos corresponden a factores de riesgo modificables.

Figura 2

Condiciones desencadenantes del síndrome de fragilidad



Nota: Escala utilizada para la valoración Test de Barber.

Tabla 3*Matriz de correlaciones condiciones desencadenantes*

		Diagnóstico Fragilidad
¿Vive solo?	Rho de Spearman	0.226**
	valor p	0.003
¿Hay más de 2 días a la semana que no come caliente?	Rho de Spearman	0.170*
	valor p	0.027
¿Le impide su salud salir a la calle?	Rho de Spearman	0.208**
	valor p	0.007
¿Tiene con frecuencia problemas de salud que le impidan valerse por sí mismo?	Rho de Spearman	0.194*
	valor p	0.012
¿Tiene dificultades con la vista para realizar sus labores habituales?	Rho de Spearman	0.215**
	valor p	0.005

Nota: *p<,05, **p<,01, ***p<,001

La presente tabla de correlaciones se utiliza para esbozar la información como contribución a la presente investigación e indica los coeficientes de conexión entre los factores más comunes que desencadenan el síndrome de fragilidad en los adultos mayores.

Fase 2. Nivel de síndrome de fragilidad en el adulto mayor de la parroquia el Carmelo.

Tabla 4

Nivel de fragilidad en los adultos mayores de la parroquia El Carmelo

Edad	Diagnóstico Fragilidad	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
65 a 74 años	Fragilidad	32	18.9 %	18.9 %
	Prefragilidad	59	34.9 %	53.8 %
	Sin Fragilidad	12	7.1 %	60.9 %
75 a 89 años	Fragilidad	21	12.4 %	73.4 %
	Prefragilidad	37	21.9 %	95.3 %
	Sin Fragilidad	4	2.4 %	97.6 %
90 años y más	Fragilidad	2	1.2 %	98.8 %
	Prefragilidad	2	1.2 %	100.0 %
	Sin Fragilidad	0	0.0 %	100.0 %

Nota: Escala utilizada para la valoración Fried

Es evidente que la mayoría del síndrome de fragilidad se encuentra en el rango de edad de 65 a 74 años, representado en un 18,9% indica que la mayoría de los casos de fragilidad ocurren en los adultos mayores jóvenes. Por otro lado, es importante destacar que un porcentaje significativo de la prefragilidad se genera en el rango de edad de 65 a 74 años representado en un 34,9% y un 21,9% de la prefragilidad corresponda a las edades de 75 a 89 años, siendo estos considerados adultos mayores ancianos.

Estos resultados indican una necesidad de examinar más a fondo los factores de riesgos asociados al síndrome de fragilidad, en edades tempranas, esto puesto que en estos rangos de edades pueden conllevar al fomento de hábitos saludables favorables para la disminución del síndrome de fragilidad. Estos hallazgos proporcionarían una base valiosa para futuras investigaciones y medios preventivos dirigidos a reducir el síndrome de fragilidad.

Tabla 5

Edad adultos mayores encuestados

Edad	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
65 a 74 años	103	60.9 %	60.9 %
75 a 89 años	62	36.7 %	97.6 %
90 años y mas	4	2.4 %	100.0 %

Nota: Datos obtenidos de la herramienta Jamovi

Según los datos que presenta la distribución de edades de los adultos mayores de la parroquia el Carmelo un 60,9% corresponde a las edades de 65 a 74 años considerados categóricamente como adultos mayores jóvenes, se puede destacar varios puntos de análisis. Ya que, el 36,7% de adultos mayores en el estudio se encuentran en el rango de edad de 75 a 89 años siendo estimados como adultos mayores ancianos, teniendo en cuenta que la edad avanzada ha sido asociada a fragilidad en estudios de caso-control Este análisis sugiere que la edad de los adultos podría desempeñar un papel importante como un factor de riesgo en el síndrome de fragilidad.

Tabla 6*Etnia adultos mayores encuestados*

Etnia	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
Mestizo	168	99.4 %	99.4 %
Afroecuatoriano	1	0.6 %	100.0 %

Nota: Datos obtenidos de la herramienta Jamovi

Los resultados de la tabla 2 revelan datos interesantes sobre la etnia de los adultos mayores de la parroquia el Carmelo. En particular, se destaca una presencia significativa de adultos de la etnia mestiza, que representa el 99,4% de la muestra. Esto indica una concentración notable de dicho grupo étnico en la parroquia el Carmelo.

Aunque representan una proporción relativamente menor de la muestra con 0,6 %, los adultos mayores de etnia afroecuatorianos aún son un grupo significativo.

Este análisis detallado de cada etnia resalta la importancia de considerar las particularidades de cada grupo étnico al investigar los factores de riesgo del síndrome de fragilidad en adultos mayores de la parroquia el Carmelo. La comprensión de estas diferencias puede contribuir a estrategias de atención médica más efectivas y culturalmente sensibles para reducir la incidencia de fragilidad en este grupo etario.

CAPITULO V.

5.1 PROPUESTA

Tema: Programa de intervención en enfermería para el síndrome de fragilidad en los adultos mayores de la parroquia El Carmelo.

Introducción: Al hablar de personas Adultas mayores, la constitución, en su artículo 35, menciona la atención prioritaria de salud dirigida a poblaciones vulnerables, entre las que se encuentran las personas adultas mayores en el caso de que padezcan enfermedades catastróficas, se encuentren en situaciones de riesgo, hayan sido víctimas de violencia doméstica y sexual hayan atravesado algún tipo de desastre natural o antropogénico.

De igual manera la Constitución Ecuatoriana en el artículo 36, menciona se debe garantizar una atención integral y especializada a las personas adultas mayores, incluyendo su nutrición, salud y cuidado diario. Se promoverá su autonomía, se les brindará protección y asistencia en caso de enfermedades.

La ley Orgánica de las personas Adultas Mayores misma que se encuentra vigente, desde mayo del 2019, tienen como objeto promover, regular y garantizar la plena vigencia difusión y ejercicio de los derechos específicos de las personas adultas mayores, en el marco del principio de atención prioritaria y especializada expresados en la Constitución de la República, instrumentos nacionales de derechos humanos y leyes conexas, con enfoque de género, movilidad humana, generacional e intercultural.

Los fines de esta norma que sustentan la investigación son los siguientes:

b) Impulsar el cumplimiento de mecanismos de promoción, asistencia, exigibilidad, protección y restitución de los derechos de las personas adultas mayores garantizando el derecho a la igualdad y no discriminación.

e) Garantizar y promover la integración, participación ciudadana activa e inclusión plena y efectiva de las personas adultas mayores.

g) Garantizar para las personas adultas mayores una vida digna mediante el acceso y disponibilidad de servicios necesarios con calidad calidez, en todas las etapas del envejecimiento.

Objetivo: Prevenir los factores de riesgo desencadenantes del síndrome de fragilidad y la adaptabilidad de los cambios en la salud de aquellos que padecen esta enfermedad, fomentando un envejecimiento saludable y mejorar su calidad de vida. Este programa beneficiará directamente a los adultos mayores de la parroquia El Carmelo.

Se presenta la propuesta constituida en dos partes: Planificación y desarrollo

Tabla 7

Planificación de la propuesta del programa de intervención en enfermería para el síndrome de fragilidad en los adultos mayores.

Área de intervención	Problema	Actividad	Resultado esperado	Lugar de ejecución	Responsable
Paciente	Desconocimiento sobre los factores de riesgo que desencadenan el síndrome de fragilidad en el adulto mayor.	Capacitación dirigida a los 169 adultos mayores que pertenecen a la parroquia del Carmelo sobre factores de riesgo, las causas que conllevan al síndrome de fragilidad y sus consecuencias en el estilo de vida.	Adultos mayores con mayor conocimiento sobre factores de riesgo modificables, causas y consecuencias del síndrome de fragilidad.	Centro de salud de la parroquia del Carmelo	Meneses Campaña Luis Fernando
	Déficit en el manejo del síndrome de fragilidad por parte del equipo de Salud de dicha población.	Identificar a los adultos mayores que presenten síndrome de fragilidad temprano.	Detección oportuna de los síntomas del síndrome de fragilidad en los adultos mayores de la parroquia El Carmelo	Centro de salud de la parroquia del Carmelo	Meneses Campaña Luis Fernando

	Déficit de conocimiento sobre los factores de riesgo que provocan el síndrome de fragilidad en el adulto mayor por parte del cuidador o de la familia.	Capacitar a los familiares y a los cuidadores sobre los factores de riesgo del síndrome de fragilidad.	Familiares o cuidadores con conocimientos básicos para la prevención del síndrome de fragilidad en el adulto mayor.	Salón Emérita Herrera El Carmelo	Meneses Campaña Luis Fernando
Familia, comunidad	Rol de la familia y comunidad ante el aislamiento social que contribuye a la aparición del síndrome de fragilidad.	Educar a la comunidad e incentivar la creación de redes sociales de apoyo que contribuyan a la promoción y mantenimiento de la actividad social, intelectual y emocional de los adultos mayores.	Comunidad contribuye a la adaptación de la nueva situación vital y favorecen un mejor envejecimiento moderando los efectos negativos del síndrome de fragilidad.	Salón Emérita Herrera El Carmelo	Meneses Campaña Luis Fernando

Servicio de salud	Déficit en el seguimiento para el cumplimiento de la atención que debe brindar el equipo de salud a las personas adultos mayores.	Monitoreos, supervisiones por los niveles superiores al cumplimiento de las responsabilidades del primer nivel de atención.	Acciones de salud dirigidas a los adultos mayores de la parroquia del Carmelo.	Distrito de salud.	Provisión de servicios de salud.
Interinstitucional	Limitados recursos por parte del GAD parroquial para la ejecución de actividades direccionadas a la atención del adulto mayor de la parroquia El Carmelo.	Gestión para la dotación necesaria de recursos para el cumplimiento de actividades en favor del adulto mayor.	Dotación de recursos para la realización de diferentes actividades para el entretenimiento del adulto mayor.	GAD Parroquial El Carmelo	Prefectura Dirección Distrital. MIES

Intersectorial	<p>Requerimiento a la Dirección distrital para la dotación de un profesional en psicología que realice itinerancia en el Centro de Salud del Carmelo</p> <p>Dificultad de acceso de los pacientes con síndrome de fragilidad a una valoración o seguimiento psicológico.</p>	<p>Población de estudio con mayor acceso a la cartera de servicios del Ministerio de Salud Pública.</p>	<p>Distrito de Salud 04D01.</p>	<p>Dirección distrital.</p>
----------------	--	---	---------------------------------	-----------------------------

Tabla 8

Desarrollo de la propuesta del programa de intervención en enfermería para el síndrome de fragilidad en los adultos mayores de la parroquia El Carmelo.

Área de intervención: Paciente.

Actividad	Tarea	Recursos	Tiempo
Capacitación dirigida a las 169 personas adultos mayores de la parroquia El Carmelo sobre los factores de riesgo que desencadenan el síndrome de fragilidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinar esta actividad, con la líder del centro de salud. • Realizar la capacitación mediante la aplicación de material audiovisual. • Elaboración y presentación de material educativo (imágenes educativas que faciliten la interacción entre el adulto mayor y el expositor). 	<ul style="list-style-type: none"> • R. Humanos: adultos mayores de la parroquia El Carmelo. • R. Materiales y Equipos: Material de oficina, equipos informáticos y de comunicación, internet. • R. económicos: 90 dólares 	3 semanas
Seguimiento personalizado para identificar el impacto de la atención brindada por parte del equipo de salud a los adultos mayores de la parroquia El Carmelo.	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinar esta actividad, con la líder del centro de salud, para que permita realizar la actividad. • Seguimiento personalizado a los adultos mayores de la parroquia El 	<ul style="list-style-type: none"> • R. Humanos: Adultos mayores de la parroquia El Carmelo. • R. Materiales y Equipos: Material de oficina, 	1 semana

	<p>Carmelo a través de las visitas domiciliarias.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Registro de la visita domiciliaria en los formularios de atención. • Informe de cumplimiento. 	<p>equipos informáticos y de comunicación, internet.</p> <ul style="list-style-type: none"> • R. económicos: 200 dólares
--	--	---

Área de intervención: Familia y Comunidad.

Actividad	Tarea	Recursos	Tiempo
Capacitar a la familia y cuidadores sobre los factores de riesgo que desencadenan el síndrome de fragilidad en el adulto mayor.	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinar esta actividad, con la líder del centro de salud, para la realización del taller educativo. • Desarrollo del taller. • Presentación en carteleras de mensajes claves. • Elaboración de material educativo. • Explicar el contenido de manera clara y entendible. 	<ul style="list-style-type: none"> • R. Humanos: Familiares y cuidadores, equipo de salud. • R. Materiales y Equipos: Material de oficina, equipos informáticos y de comunicación, internet. • R. económicos: 250 dólares 	2 días
Realización de casas abiertas sobre los factores de riesgo que desencadenan el	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinar esta actividad, con los líderes de los centros de salud, 	<ul style="list-style-type: none"> • R. Humanos: Comunidad en general, pacientes y 	8 días

síndrome de fragilidad en los adultos mayores de la parroquia El Carmelo.	<p>para la realización de la casa abierta en cada centro de salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo la casa abierta. • Presentación en carteleras de mensajes claves. • Elaboración de material educativo. • Explicar el contenido de manera clara y entendible. 	<p>cuidadores, equipo de salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> • R. Materiales y Equipos: Material de oficina, equipos informáticos y de comunicación, internet. • R. económicos: 250 dólares
---	---	---

Área de intervención: Servicios de salud.

N° 3. Actividad	Tarea	Recursos	Tiempo
Capacitación al personal de salud sobre los principales factores de riesgo que desencadenan el síndrome de fragilidad en el adulto mayor de la parroquia El Carmelo.	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinar esta actividad, con la líder del Centro de Salud El Carmelo. • Realización de la actividad a nivel operativo. • Análisis de los resultados alcanzados • Decisiones sobre los hallazgos. 	<ul style="list-style-type: none"> • R. Humanos: líder de centro de salud y equipo de salud. • R. Materiales y Equipos: Material de oficina, equipos informáticos y de comunicación. • R. económicos: 50 dólares 	1 semana

<p>Monitoreos, supervisiones por los niveles superiores al cumplimiento de las responsabilidades del primer nivel de atención.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinar esta actividad, con las autoridades de provisión de servicios de salud, para la ejecución de procesos de monitoreo y supervisión. • Ejecución y evaluación de las actividades a nivel operativo. • Análisis de los resultados alcanzados • Decisiones sobre los hallazgos. 	<ul style="list-style-type: none"> • R. Humanos: líder de centro de salud y equipo de salud. • Autoridades de provisión de servicios • R. Materiales y Equipos: Material de oficina, equipos informáticos y de comunicación. • R. económicos: 100 dólares 	<p>3 semanas</p>
--	---	---	------------------

Área de intervención: Interinstitucional

N° 4. Actividad	Tarea	Recursos	Tiempo
<p>Gestión para la dotación necesaria de insumos, medicamentos y equipos que contribuyan a una adecuada atención a los adultos mayores de la parroquia El Carmelo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reunión para definir los requerimientos. • Organizar con el líder de la unidad de salud los acercamientos a las diferentes autoridades. 	<ul style="list-style-type: none"> • R. Humanos: líder de centro de salud y equipo de salud. • Distrito de salud • R. Materiales y Equipos: Material de oficina, equipos 	<p>1 mes</p>

- Presentar informe de requerimientos a las autoridades correspondientes.
 - Realizar la gestión de entrega de los requerimientos.
 - Entrega a Unidad de salud los requerimientos gestionados.
- informáticos y de comunicación.
- R. económicos: 300 dólares

Área de intervención: Intersectorialmente

N° 5. Actividad	Tarea	Recursos	Tiempo
Gestionar el acceso a una atención psicológica para los adultos mayores con síndrome de fragilidad de la parroquia El Carmelo.	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinar esta actividad, con líder del centro de salud, GAD parroquial, tenencia política y las autoridades de provisión de servicios de salud, para la dotación de un profesional en psicología que realice itinerancia en el Centro de Salud El Carmelo. 	<ul style="list-style-type: none"> • R. Humanos: líder del centro de salud, GAD parroquial, tenencia política. • Autoridades provisión de servicios • R. Materiales y Equipos: Material de oficina, equipos informáticos y de comunicación. • R. económicos: 300 dólares 	6 semanas

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

La prevalencia de síndrome de fragilidad en los adultos mayores en el rango de edad de 65 a 74 años se determinó un porcentaje de adultos mayores prefragiles con un 34,9% mayor que el porcentaje reportado de adultos frágiles 18,9% dato importante que nos indica que en un corto tiempo presentaran fragilidad.

Por otro lado, un porcentaje significativo de prefragilidad se genera en un 21,9% en el rango de edad de 75 a 89 años, siendo estos considerados adultos mayores ancianos, por lo que es indispensable implementar acciones preventivas que ayuden a disminuir los factores que conllevan al deterioro de la calidad de vida de los adultos mayores de la parroquia El Carmelo.

Conforme los adultos mayores envejecen reduce su capacidad física y funcional causando una declinación progresiva multifactorial que disminuye la capacidad de desarrollar sus actividades cotidianas. Es necesario el abordaje y detección temprana con acciones para el empoderamiento de los adultos mayores, familia y/o comunidad, equipo de salud e instituciones sobre el síndrome de fragilidad, con el fin de prevenir la evolución de los factores de riesgo identificados en los adultos mayores de la parroquia El Carmelo.

El programa de intervención en enfermería basado en los ejes paciente, familiar, comunitario, sistema de salud, interinstitucional e intersectorial se realiza con el fin de lograr una detección temprana de los factores de riesgo que conllevan al síndrome de fragilidad y a la adaptabilidad de los cambios en la salud en aquellos que ya padecen esta enfermedad, fomentando un envejecimiento saludable, una mejor calidad de vida y mayor dignidad humana para los adultos mayores de la parroquia El Carmelo.

Recomendaciones

La atención a los adultos mayores es una prioridad por lo que se debe brindar de manera integral todos los beneficios donde se resalte la importancia de apoyo por parte del personal de salud, familia, comunidad e instituciones que incluya la percepción subjetiva de la calidad de vida y del entorno en el que se encuentran los adultos mayores.

El seguimiento al adulto mayor con el síndrome de fragilidad es esencial para detectar y gestionar posibles factores de riesgos que podrían contribuir a las complicaciones de la fragilidad; por lo tanto, es necesario mejorar la educación y la disponibilidad de servicios de atención geriátrica para garantizar una atención óptima para todos los adultos mayores.

Que a futuro el programa de intervenciones en enfermería tenga continuidad, cumpliendo con las necesidades de los adultos mayores y que su implementación promueva un envejecimiento saludable y digno.

Finalmente se recomienda a los adultos mayores, familiares, cuidadores e instituciones, tomen en consideración los resultados encontrados en esta investigación, ya que son fundamentales para garantizar un envejecimiento saludable activo y positivo.

Referencias

Referencia Bibliográfica.

Abreus, J., y González, V. (2023). Fragilidad en adultos mayores y actividad física. *Revista Finlay*, 13(1), 111-114.

<https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/1235/2215>

Acosta *et al.*, (2022). Fragilidad en atención primaria: diagnóstico y manejo. *Elsevier*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9198324/pdf/main.pdf>

Acosta *et al.*, (2022). Fragilidad en atención primaria: diagnóstico y manejo multidisciplinar. *Elsevier*, 2-9.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9198324/pdf/main.pdf>

Aldas, C., Chara, N., Guerrero, P., y Flores, R. (2021). Actividad física en el adulto mayor. *Dominio de las ciencias*, 7(5), 37.

doi:<http://dx.doi.org/10.23857/dc.v7i5.2233>

Alquina, I. (2017). *Factores asociados al síndrome de fragilidad en la población adulta mayor de la Parroquia de San Antonio*. Ibarra: UNIVERSIDAD DE CUENCA. doi:<https://doi.org/10.23936/pfr.v2i2.51>

Alvarez. (2020). Clasificación de las Investigaciones. *Universidad de Lima*, 1-5.

<https://repositorio.ulima.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12724/10818/Nota%20Acad%C3%A9mica%20%20%2818.04.2021%29%20-%20Clasificaci%C3%B3n%20de%20Investigaciones.pdf?sequence=4&isAllowed=y>

Arèvalo. (2020). Detección del Síndrome de fragilidad en adultos mayores en el primer nivel. *UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA*.

<https://repositorioinstitucional.uabc.mx/bitstream/20.500.12930/8032/1/MED016293.pdf>

Asamblea Nacional de la República del Ecuador. (2019). Proyecto de ley orgánica de la personas adultas mayores.

https://www.gob.ec/sites/default/files/regulations/2020-09/Documento_Ley-Org%C3%A1nica-Del-Adulto-Mayor.pdf

Astudillo et al. (2019). *Síndrome de fragilidad del adulto mayor, en el Asilo Rosa Elvira de León*. Cuenca: UNIVERSIDAD DE CUENCA .

<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/32066/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACI%C3%93N.pdf>

Bermeo, É. (2019). *Prevalencia del síndrome de fragilidad y su relación con enfermedades crónicas osteomusculares en adultos mayores del CRIE del IESS-Azogues. Trabajo de titulación o Proyecto de Integración Curricular previo a la obtención del título de médica*. Cuenca: UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA.

<https://dspace.ucacue.edu.ec/bitstream/ucacue/8427/1/9BT2020-MTI065-Bermeo%20Bernal%20Erika%20Alexandra.pdf>

Borja, R. (2018). El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. *Enfermería Universitaria, Mexico*.

<https://revistaenfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/248#:~:text=El%20Modelo%20de%20Promoci%C3%B3n%20de%20la%20Salud%20propuesto%20por%20Nola,la%20generaci%C3%B3n%20de%20conductas%20saludables.>

Caicedo, G. (2021). *Síndrome de fragilidad y su relación con el equilibrio y movilidad en los adultos mayores del barrio San Miguel de Ibarra*. Ibarra: UTN.

<http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/11760/2/06%20TEF%20392%20TRABAJO%20GRADO.pdf>

Calatayud, E., Plo, F., y Muro, C. (01 de 2018). Análisis del efecto de un programa de estimulación cognitiva en personas con envejecimiento normal.

Elsevier, 52(1), 38-46. doi:<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.09.007>

Calderón. (2022). *Guía de prevención para las alteraciones cutáneas estéticas comunes en el envejecimiento del adulto mayor en el Patronato San José*. Quito: UNIVERSIDAD IBEROAMERIC.

<http://200.7.208.228/bitstream/handle/123456789/495/CALDER%c3%93N%20VARGAS%20DANIELA%20ALEJANDRA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Chiang, H., Valdeviento, R., y Mercado, A. (04 de 2018). Incontinencia urinaria en los adultos mayores. *Revista medica clinica las Condes*, 29(2), 232-241.

<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-incontinencia-urinaria-el-adulto-mayor-S0716864018300324>

CNII. (03 de 2018). *Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional*.

<https://docplayer.es/129296206-Consejo-nacional-para-la-igualdad-intergeneracional.html>

Cobo, J. (s.f.). Cambios físicos y psíquicos en la vejez. En J. C. Dominguez, *Atención sociosanitaria a personas en el domicilio* (págs. 49-78).

file:///C:/Users/Luis/Downloads/sociosanitaria_tema.pdf

Concha *et al.*, (2020). Cambios morfofisiológicos y riesgo de caídas en el adulto mayor. Una revisión de la literatura. *SaludUninorte*, 36(2), 450-470.

doi:<http://dx.doi.org/10.14482/sun.36.2.618.97>

Congreso de la República de Guatemala. (2017). Ley organica del Instituto de las personas mayores .

https://www.congreso.gob.gt/assets/uploads/info_legislativo/iniciativas/1527268810_5361.pdf

Constitucion de la República del Ecuador. (2008). *Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria*.

https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf

Convención Interamericana. (1977). Convención Interamericana sobre la protección de derechos humanos de las personas mayores.

http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_a-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf

Dirección Nacional de Investigación e Incidencia en Política Pública. (2019). Informe sobre sistemas nacionales de protección de los derechos de las.

<https://repositorio.dpe.gob.ec/bitstream/39000/2274/1/DEOI-DPE-001-2019.pdf>

El Estado garantizará a las personas adultas mayores Publicación de Consejo Cantonal de Protección. (s.f.).

Forttes, P. (2020). Envejecimiento y atención a la dependencia en Ecuador. *Co-publicación BID-Eurosocial*, 1-64.

<https://eurosocial.eu/wp-content/uploads/2021/03/Envejecimiento-y-atencion-a-la-dependencia-en-Ecuador.pdf>

Guevara *et al.*, (2020). Metodologías de investigación educativa (descriptivas, experimentales, participativas, y de investigación-acción). *RECIMUNDO*, 163-173. doi:10.26820/recimundo/4.(3).julio.2020.163-173

Guevara, G., Verdesoto, A., y Castro, N. (07 de 2020). Metodologías de investigación educativa (descriptivas, experimentales, participativas, y de investigación-acción). *Revista científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*, 4(3), 163-173.

<file:///C:/TRABAJOS%20DE%20INVESTIGACION/MAESTR%20DAS%20UPEC/ENFERMER%20DA/OTRA%20TESIS/otras%20consultas/Dialnet-MetodologiasDeInvestigacionEducativaDescriptivasEx-7591592.pdf>

NEC. (2021). *Instituto Nacional de Estadísticas y Censos*. Métodos y Proyectos: <https://www.ine.es/DEFIne/es/concepto.htm?c=4583>

INEC. (07 de 04 de 2022). *Juntos para combatir el sedentarismo mediante el deporte y la actividad física*. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/juntos-para-combatir-el-sedentarismo-mediante-el-deporte-y-la-actividad-fisica/>

Jama. (2021). Abordaje del adulto mayor desde el Trabajo Social. *Revista social fronteriza*, 1(1), 12-20. <http://www.revistasocialfronteriza.com/ojs/index.php/rev/article/view/3/3>

Leyva *et al.*, (2020). Objeto de investigación y campo de acción: componentes. *EDUMECENTRO*, 1-20. <http://scielo.sld.cu/pdf/edu/v12n3/2077-2874-edu-12-03-241.pdf>

Lozada, M. F. (Noviembre de 2021). *Aplicación de los modelos y teorías de enfermería en el cuidado durante la gestación y el parto*. <https://repository.udca.edu.co/bitstream/handle/11158/4395/MONOGRAFIA%20FINAL%20-%20MARIA%20FERNANDA%20MOLANO%20%281%29.pdf?sequence=1>

Lozano, L., y Fajardo, E. (08 de 2018). Buen trato e importancia de la comunicación afectiva con los adultos mayores. *Revista edu-física*, 10(22), 85 –98. <http://revistas.ut.edu.co/index.php/edufisica/article/view/1307/1006>

Méndez *et al.*, (07 de 2019). *Síndrome de fragilidad en el adulto mayor. Estudio descriptivo transversal realizado en los hogares “Momentos Inolvidables” zona 2 de Mixco*. María de Antigua: UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA. <https://biblioteca.medicina.usac.edu.gt/tesis/pre/2019/063.pdf>

Mendoza *et al.*, (15 de 11 de 2018). Modelo comunitario de envejecimiento. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro. Redalyc*, 56(1), 110-121. <https://www.redalyc.org/journal/4577/457754907016/457754907016.pdf>

Menéndez, M., y Hernández, L. (2021). La nutrición en el adulto mayor, un reto social. *Cibamanz*, 1-9.
<https://cibamanz2021.sld.cu/index.php/cibamanz/cibamanz2021/paper/viewFile/483/351>

Molés, P., Santamaría, A., Giménez, P., Orrio, C., Satorra, T., y Soler, L. (2016). Estudio de fragilidad en adultos mayores. Diseño metodológico. *Scielo*, 27(1), 1-5. https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v27n1/03_originales_02.pdf

Moya, E., Herrera, J. L., y Pachuco, A. (15 de 03 de 2022). Perfil epidemiológico del síndrome de fragilidad en adultos mayores. *Enfermería Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión*, 7(2), 34-39.
<https://pdfs.semanticscholar.org/f2fb/2390bae614b0d9674ca51357efe1ddda198e.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Definición de adulto mayor*. Salud publica.

Organización Mundial de la Salud. (2022). *Síndrome de fragilidad y sus variables asociadas*. Salud Publica .

Partezani *et al.*, (2018). Síndrome de la fragilidad en el adulto mayor y sus factores asociados. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 9.
<https://www.scielo.br/j/rlae/a/NKz4R6ndsbMXT8RxXTScqGS/?format=pdf&lang=es>

Quevedo, E., Zavala, M., y Pachuco, A. (15 de 03 de 2008). Síndrome de fragilidad en adultos mayores no institucionalizados de Emiliano Zapata. 7(2), 255-268. <https://docplayer.es/111492223-Sindrome-de-fragilidad-en-adultos-mayores-no-institucionalizados-de-emiliano-zapata-tabasco-mexico.html>

Ramírez, J., Cadena, M., y Ochoa, M. (2017). Aplicación de la Escala de fragilidad de Edmonton en población. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 652(6), 322-325. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2017.04.001>

Rivelli *et al.*, (2019). Fragilidad en el adulto mayor. *revistas pmi*, 1-12.
<https://www.revistaspmi.org.py/avance/pdf/Fragilidad%20del%20adulto%20mayor%20en%20tres%20Unidades%20de%20Salud%20Familiar%20del%20Paraguay%20en%202019.pdf>

Salas. (2019). Investigación bibliográfica. *Investigalia*.
<https://investigaliacr.com/investigacion/investigacion-bibliografica/>

Sánchez. (2020). Prevalencia del síndrome de fragilidad en adultos mayores de la Asociación de Jesús el Buen Pastor. 104.
<https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/12305/1/UTPIENF012-2020.pdf>

Silva, J., Partezani, R., y Miyamura, K. (11 de 2019). Causas y factores relacionados a las caídas del adulto mayor. *Scielo. Enfermería Universitaria*, 16.
doi:<http://dx.doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.1.576>

Vega *et al.*, (2021). ESTUDIOS TRANSVERSALES. *Rev. Fac. Med. Hum*, 1-7.
doi:DOI 10.25176/RFMH.v21i1.3069

Villarreal, M., y Hernández, C. (07 de 2022). Síndrome de fragilidad en adultos mayores de la Asociación Jesús el Buen Pastor en San Gabriel. *Scielo: Revista Univeridad y Sociedad*, 14(4), 609-618. <http://scielo.sld.cu/pdf/rus/v14n4/2218-3620-rus-14-04-609.pdf>

ANEXOS



UNIVERSIDAD POLITÉCNICA ESTATAL DEL CARCHI FOREIGN AND NATIVE LANGUAGE CENTER

ABSTRACT- EVALUATION SHEET				
NAME: Luis Fernando Meneses Campaña				
DATE: 4 de diciembre de 2023				
TOPIC: "Síndromes de Fragilidad en el adulto mayor"				
MARKS AWARDED		QUANTITATIVE AND QUALITATIVE		
VOCABULARY AND WORD USE	Use new learnt vocabulary and precise words related to the topic	Use a little new vocabulary and some appropriate words related to the topic	Use basic vocabulary and simplistic words related to the topic	limited vocabulary and inadequate words related to the topic
	EXCELLENT: 2 <input type="checkbox"/>	GOOD: 1 Vera Játiva Edwin Andrés,5 <input type="checkbox"/>	AVERAGE: 1 <input type="checkbox"/>	LIMITED: 0,5 <input type="checkbox"/>
WRITING COHESION	Clear and logical progression of ideas and supporting paragraphs.	Adequate progression of ideas and supporting paragraphs.	Some progression of ideas and supporting paragraphs.	Inadequate ideas and supporting paragraphs.
	EXCELLENT: 2 <input type="checkbox"/>	GOOD: 1,5 <input type="checkbox"/>	AVERAGE: 1 <input type="checkbox"/>	LIMITED: 0,5 <input type="checkbox"/>
ARGUMENT	The message has been communicated very well and identify the type of text	The message has been communicated appropriately and identify the type of text	Some of the message has been communicated and the type of text is little confusing	The message hasn't been communicated and the type of text is inadequate
	EXCELLENT: 2 <input type="checkbox"/>	GOOD: 1,5 <input type="checkbox"/>	AVERAGE: 1 <input type="checkbox"/>	LIMITED: 0,5 <input type="checkbox"/>
CREATIVITY	Outstanding flow of ideas and events	Good flow of ideas and events	Average flow of ideas and events	Poor flow of ideas and events
	EXCELLENT: 2 <input type="checkbox"/>	GOOD: 1,5 <input type="checkbox"/>	AVERAGE: 1 <input type="checkbox"/>	LIMITED: 0,5 <input type="checkbox"/>
SCIENTIFIC SUSTAINABILITY	Reasonable, specific and supportable opinion or thesis statement	Minor errors when supporting the thesis statement	Some errors when supporting the thesis statement	Lots of errors when supporting the thesis statement
	EXCELLENT: 2 <input type="checkbox"/>	GOOD: 1,5 <input type="checkbox"/>	AVERAGE: 1 <input type="checkbox"/>	LIMITED: 0,5 <input type="checkbox"/>
TOTAL/AVERAGE	9 - 10: EXCELLENT 7 - 8,9: GOOD 5 - 6,9: AVERAGE 0 - 4,9: LIMITED		TOTAL 9	



UNIVERSIDAD POLITÉCNICA ESTATAL DEL CARCHI FOREIGN AND NATIVE LANGUAGE CENTER

Informe sobre el Abstract de Artículo Científico o Investigación.

Autor: Luis Fernando Meneses Campaña

Fecha de recepción del abstract: 4 de diciembre de 2023

Fecha de entrega del informe: 4 de diciembre de 2023

El presente informe validará la traducción del idioma español al inglés si alcanza un porcentaje de: 9 – 10 Excelente.

Si la traducción no está dentro de los parámetros de 9 – 10, el autor deberá realizar las observaciones presentadas en el ABSTRACT, para su posterior presentación y aprobación.

Observaciones:

Después de realizar la revisión del presente abstract, éste presenta una apropiada traducción sobre el tema planteado en el idioma Inglés. Según los rubrics de evaluación de la traducción en Inglés, ésta alcanza un valor de 9, por lo cual se valida dicho trabajo.

Atentamente



Escanea el código QR para:
EDISON BOANERGES
PENAFIEL ARCOS

Ing. Edison Peñafiel Arcos MSc
Coordinador del CIDEN

Consentimiento informado de participación voluntaria en la investigación

Yo **Luis Fernando Meneses Campaña** estudiante de la Maestría en Salud Familiar y Comunitaria de la Universidad UPEC, me propongo realizar una investigación sobre “Síndrome de fragilidad en el adulto mayor de la parroquia El Carmelo, 2023”. Por ello le invito a que sea participe y es necesario su autorización de participar o no en esta investigación y antes de tomar su decisión puede hablar con alguien con quien se sienta cómodo sobre lo que se va a realizar, si tiene preguntas más adelante, puede hacerlas cuando usted crea necesario, su participación es voluntaria y no tendrá retribución económica particular o pública, por lo cual podrá retirarse del estudio si así usted lo creyera conveniente.

Su participación consistirá en:

- Permitir la aplicación de diferentes cuestionarios y escalas de evaluación para detectar síndrome de fragilidad, no representara riesgo físico y/o afectación en el desempeño de sus actividades cotidianas ya que el objetivo de la investigación es evaluar las condiciones en las cuales usted se encuentra.
- Al final se suministrarán los resultados del estudio, individual y globalmente mismos que permitirán seguir las acciones necesarias y mejorar el bienestar de todas las personas adultas mayores que hayan decidido participar en la investigación.

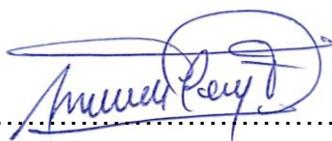
Yo..... he leído la información anterior previamente, de la cual tengo una copia. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la información y cada pregunta que yo he hecho ha sido respondida para mi satisfacción. He tenido el tiempo suficiente para leer y comprender los riesgos y beneficios de mi participación, consiento voluntariamente participar; en esta investigación.



Firma del Participante

.....

Firma del representante (en caso que aplique)



Firma del Investigador

UNIVERSIDAD POLITECNICA ESTATAL DEL CARCHI
POSGRADOS

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Encuesta dirigida a adultos mayores de la parroquia El Carmelo 2023.

OBJETIVO: Recopilar información sobre el síndrome de fragilidad en los adultos mayores y los factores de riesgo asociados, su participación es completamente voluntaria, la información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

La contestación del cuestionario representa su consentimiento a participar de la investigación.

Indicaciones:

La encuesta es anónima, tiene fines académicos, y aporta al sistema de promoción y prevención del ministerio de salud pública.

Encuesta			
Edad	Sexo		
	Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>	
65 a 74 años	<input type="checkbox"/>		
75 a 89 años	<input type="checkbox"/>		
90 años y mas	<input type="checkbox"/>		
Estado civil	Nivel de educación		
Soltero	<input type="checkbox"/>	Primaria	<input type="checkbox"/>
Casado	<input type="checkbox"/>	Secundaria	<input type="checkbox"/>
Unión libre	<input type="checkbox"/>	Superior	<input type="checkbox"/>
Viudo	<input type="checkbox"/>		
Divorciado	<input type="checkbox"/>		
Etnia			
Mestizo	<input type="checkbox"/>	Blanco	<input type="checkbox"/>
Indígena	<input type="checkbox"/>	Afro ecuatoriano	<input type="checkbox"/>

Escala de Frail valoración fragilidad del adulto mayor.

Características	Puntuación
<p style="text-align: center;">[Fatigue (fatiga)]</p> <p>En las últimas 4 semanas; ¿Qué tanto tiempo se sintió cansado?</p>	<p>1. Todo el tiempo <input type="checkbox"/></p> <p>2. La mayor parte del tiempo <input type="checkbox"/></p> <p>3. Algo de tiempo <input type="checkbox"/></p> <p>4. Muy poco tiempo <input type="checkbox"/></p> <p>5. Nada de tiempo <input type="checkbox"/></p>
<p style="text-align: center;">[Resistance (Resistencia)]</p> <p>Usted solo sin ningún auxiliar como bastón o andadera; ¿Tiene dificultad para subir 10 escalones (una escalera)?</p>	<p>1. Si <input type="checkbox"/></p> <p>2. No <input type="checkbox"/></p>
<p style="text-align: center;">[Aerobic (actividad aeróbica)]</p> <p>Usted solo sin ningún auxiliar como bastón o andadera; ¿Tiene dificultad para caminar 100 metros (dos cuadras) sin descansar?</p>	<p>1. Si <input type="checkbox"/></p> <p>2. No <input type="checkbox"/></p>
<p style="text-align: center;">[Illnesses (enfermedades)]</p> <p>Para las 11 enfermedades, los participantes se les pregunta: ¿Algún doctor o médico le ha comentado que tiene [mencionar la enfermedad]?</p>	<p>1. Hipertensión arterial sistémica <input type="checkbox"/></p> <p>2. Diabetes <input type="checkbox"/></p> <p>3. Cáncer <input type="checkbox"/></p> <p>4. enfermedad pulmonar crónica <input type="checkbox"/></p> <p>5. Cardiopatía isquémica <input type="checkbox"/></p> <p>6. Insuficiencia cardiaca congestiva <input type="checkbox"/></p> <p>7. Angina <input type="checkbox"/></p> <p>8. Asma <input type="checkbox"/></p> <p>9. Artritis (incluyendo osteoartritis y artritis reumatoide) <input type="checkbox"/></p> <p>10. Enfermedad renal crónica <input type="checkbox"/></p> <p>11. Úlcera de estómago <input type="checkbox"/></p> <p>12. Ninguna <input type="checkbox"/></p>
<p style="text-align: center;">[Lost of weight (pérdida de peso)]</p> <p>¿Cuánto pesa con su ropa sin zapatos? [peso actual]"</p>	<p>Peso actual <input style="width: 80px; height: 20px;" type="text"/></p>

Cuestionario de Barber (detección de anciano de riesgo)	
1. ¿Vive solo?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2. ¿Se encuentra sin nadie a quien acudir si precisa ayuda?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3. ¿Hay más de 2 días a la semana que no come caliente?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4. ¿Necesita de alguien que lo ayude a menudo?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
5. ¿Le impide su salud salir a la calle?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
6. ¿Tiene con frecuencia problemas de salud que le impidan valerse por sí mismo?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
7. ¿Tiene dificultades con la vista para realizar sus labores habituales?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
8. ¿Le supone mucha dificultad la conversación porque oye mal?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
9. ¿Ha estado ingresado en el hospital en el último año?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<p>Cada respuesta afirmativa vale 1 punto. 1 punto o más sugiere situación de riesgo.</p>	

“Gracias por su colaboración”