
MEMORIA-RESUMEN

TITULO DEL PROYECTO:

La dependencia en ancianos frágiles y las implicaciones para sus cuidadores o potenciales cuidadores. Un estudio longitudinal.

INVESTIGADORA RESPONSABLE

ROSARIO ANTEQUERA JURADO

MIEMBROS DEL EQUIPO INVESTIGADOR

Antonio Manuel Barbero Radio

Olga Gaspar Navarro

Francisco Javier Cano García

Juan Antonio Melo Salor

Luís Fernández López

Sebastián Domínguez Morales

Luís Rodríguez Franco

Dolores Franco Fernández

Inmaculada Moreno García

M^a Mar Aires González

Manuel Pedro Rufino

PERIODO DE EJECUCIÓN

Enero 2007- Diciembre 2008.

ÍNDICE

I.- INTRODUCCIÓN	4
II.- OBJETIVOS PROPUESTOS. RESULTADOS ESPERADOS	14
II.I. Objetivos generales	14
II.II. Objetivos específicos	14
II.III. Resultados esperados	15
III.- METODOLOGÍA	16
III.I. Procedimiento de selección de la muestra y de obtención de datos	16
III.II. Muestra	18
III.III. Instrumentos utilizados	20
III.IV. Diseño y análisis estadísticos	26
IV.- RESULTADOS	27
IV.I. Resultados obtenidos por los ancianos frágiles en la primera entrevista	27
IV.I.1. Datos sociodemográficos	27
IV.I.2. Criterios de fragilidad	30
IV.I.3. Estado de salud	32
IV.I.3.1. Prevalencia de enfermedades y consumo de fármacos	32
IV.I.3.2. Percepción subjetiva del estado de salud	37
IV.I.3.3. Adherencia al tratamiento	38
IV.I.4. Estado funcional	39
IV.I.5. Valoración Psicológica	41
IV.I.5.1. Acontecimientos vitales	41
IV.I.5.2. Estado de ánimo deprimido	42
IV.I.5.3. Satisfacción vital y calidad de vida	42
IV.I.5.4. Apoyo social	43
IV.I.6. Utilización de Recursos Sociales y Sanitarios	45
IV.I.6.1. Utilización de Recursos Sociales	45
IV.I.6.2. Utilización de Recursos Sanitarios	50
IV.II. Comparación de los resultados obtenidos por los ancianos frágiles y los ancianos control	53
IV.II.1. Datos sociodemográficos	53
IV.II.2. Criterios de fragilidad	54
IV.II.3. Estado de salud	55
IV.II.3.1. Prevalencia de enfermedades y consumo de fármacos	55
IV.II.3.2. Percepción subjetiva del estado de salud	56
IV.II.3.3. Adherencia al tratamiento	57
IV.II.4. Estado funcional	57
IV.II.5. Valoración Psicológica	58
IV.II.5.1. Acontecimientos vitales	58

	IV.II.5.2.	Estado de ánimo deprimido	58
	IV.II.5.3.	Satisfacción vital y calidad de vida	58
	IV.II.5.4.	Apoyo social	59
	IV.II.6.	Utilización de Recursos Sociales y Sanitarios	60
	IV.II.6.1.	Utilización de Recursos Sociales	60
	IV.II.6.2.	Utilización de Recursos Sanitarios	63
IV.III		Resultados obtenidos por los ancianos frágiles en la entrevista de seguimiento	63
	IV.III.1.	Modificación en los datos sociodemográficos	63
	IV.III.2.	Modificación en los criterios de fragilidad	63
	IV.III.3.	Modificación en el estado de salud	65
	IV.III.3.1	Modificación en la prevalencia de enfermedades y consumo de fármacos	65
	IV.III.3.2	Modificación en la percepción subjetiva del estado de salud	66
	IV.III.3.3	Modificación en la adherencia al tratamiento	66
	IV.III.4.	Modificación en el estado funcional	67
	IV.III.5.	Modificación en la Valoración Psicológica	68
	IV.III.5.1	Modificación en los Acontecimientos vitales	68
	IV.III.5.2	Modificación en el Estado de ánimo deprimido	69
	IV.III.5.3	Modificación en la Satisfacción vital y en la calidad de vida	70
	IV.III.6.	Modificación en la utilización de Recursos Sociales y Sanitarios	71
	IV.III.6.1	Modificación en la utilización de Recursos Sociales	71
	IV.III.6.2	Modificación en la utilización de Recursos Sanitarios	72
IV.IV		Factores que predicen la dependencia	73
	IV.IV.1.	Criterios de fragilidad predictores de la necesidad de ayuda percibida	74
	IV.IV.2.	Criterios predictores de las dificultades para la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria	75
V.		CONCLUSIONES	78
	V.I.	<i>En relación al objetivo general 1: Analizar las características de los ancianos frágiles y determinar la prevalencia de los criterios de fragilidad</i>	78
	V.II	<i>En relación al objetivo general 2: Analizar las modificaciones que a lo largo del tiempo experimentan los ancianos frágiles</i>	82
	V.III.	<i>En relación al objetivo general 3: Determinar cuáles son los factores de riesgo que predicen la dependencia</i>	84
VI.		FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	85

I. INTRODUCCIÓN

Los notables avances sociales y sanitarios que se han producido en las últimas décadas han favorecido el aumento de las expectativas de vida. De tal manera que la población mundial (y especialmente la de los países industrializados) va progresivamente incrementando el sector poblacional mayor de 65 años y especialmente (en relación con otros momentos históricos) el de aquellos que sobrepasan los 75 años y que han venido en denominarse la “cuarta edad”. De hecho se estima que entre los años 2010 y 2050 la población mayor de 65 años representará entre el 10-20% de la población total. Si nos centramos en los más ancianos, encontramos que la población mayor de 80 años es 4 veces superior a la de hace 30 años y produce un tasa de ingreso hospitalario 4,3 veces mayor que la población menor de 25 años¹, de forma que actualmente el 44% de las muertes se da en ellos (en 1980 era el 32%)².

Este aumento de los años de vida conlleva también el incremento de padecimientos y enfermedades geriátricas que en numerosas ocasiones suponen una progresiva incapacidad funcional y cognitiva y por tanto, quienes las padecen tienen que ser ayudados por otras personas (generalmente familiares mujeres) en la realización de sus tareas básicas de autocuidado.

Queremos resaltar que la dependencia dentro del ámbito geriátrico representa un proceso en el que partiendo de las aptitudes para desempeñar las tareas de autocuidado y la autonomía la aparición de distintos factores desencadenantes van mermando paulatinamente (a excepción de la dependencia derivada de un traumatismo o de un proceso de aparición brusca, como los accidentes cerebrovasculares) estas capacidades, abocando a los ancianos a necesitar la ayuda de otros sujetos para la realización de las actividades de la vida diaria. Los ancianos frágiles constituyen un grupo de ancianos que se encuentran en ese periodo de transición al presentar, por definición, un elevado riesgo de incapacidad, de pérdida de la resistencia e incremento de la vulnerabilidad. Aunque la prevalencia de ancianos

¹ Castells X, Mercadé L, Riu M. Envejecimiento y utilización hospitalaria. En: Cabasés JM, Villalbí JR, Arban C, editores Informe SESPAS 2002. Valencia: Escuela Valenciana de Estudios para la Salud, 2002; p. 495-510.

² González Montalvo JI, Alarcón MT, Salgado A. Medicina preventiva en personas mayores. *Medicine* 1995;6:3854-61.

frágiles oscila en función de los criterios utilizados para su detección, se estima que entre el 10 y el 20% de los individuos mayores de 60 años pueden considerarse frágiles, un porcentaje que llega a alcanzar a casi el 50% entre aquellos ancianos mayores de 85 años (Selva, San José, Solano y Villardel. 1999)³. Igualmente se ha resaltado que la fragilidad conlleva un elevado riesgo de mortalidad, morbilidad, dependencia, hospitalización o institucionalización (Abianza, Romero y Luengo, 2005)⁴.

Las causas de la elevada vulnerabilidad que presentan los ancianos frágiles suele ser el resultado de una conjunción de factores médicos, funcionales, mentales, sociales y ambientales, sin que exista un claro límite entre ellos. Así, por ejemplo, cuando un anciano entra en situación de fragilidad física también presenta mayor vulnerabilidad a nivel psíquico y viceversa. Asimismo, aunque entre las principales causas de dependencia en los ancianos se encuentran el padecimiento de problemas de salud crónicos, los traumatismos y los procesos demenciales, no debemos olvidar la importancia que recobran los aspectos psicológicos y el contexto social cuya incidencia sobre el proceso de dependencia es decisiva, dando lugar al denominado “exceso de discapacidad” (Montorio y Losada, 2005), que indica la presencia de limitaciones superiores a las que serían esperables teniendo en cuenta exclusivamente el estado físico. Se produce así una concatenación de factores que determinan la fragilidad, en los que se intercambian las consecuencias con las causas (es el caso de las alteraciones emocionales que aparecen como reacción vivencial ante el reconocimiento de la propia fragilidad y las expectativas sobre el futuro y que puede convertirse en un factor causal más que se añade al resto de los indicadores de fragilidad).

Esta complejidad determina el que el adecuado acercamiento a este grupo de ancianos se deba llevar a cabo dentro de la denominada Evaluación Geriátrica Integral, entendida como un proceso de valoración multidimensional e interdisciplinario que se realiza con el objetivo de cuantificar la capacidad y problemas médicos, psicológicos, funcionales y sociales del anciano, con la intención de elaborar un plan exhaustivo de cuidados para el tratamiento y el seguimiento a largo plazo del paciente. Un abordaje que resulta esencial para mejorar la calidad de vida de los ancianos.

³ Selva OCA, San José SLC, Solano RL, Villardel TL. (1999). Características diferenciales de las enfermedades de los ancianos. *Fragilidad. Rev. Medicine.* (124): 21-34

⁴ Abianza P, Romero L, Luengo C. (2005). Uso apropiado del término fragilidad. *Rev Esp. Geriatr Gerontol.* 40 (1): 58-59.

Uno de los principales inconvenientes que se derivan de esta multidimensionalidad es la propia conceptualización del término fragilidad. Una de las definiciones más aceptadas actualmente es la de *“estado fisiológico de aumento de vulnerabilidad a estresores como resultado de una disminución o disregulación de las reservas fisiológicas de múltiples sistemas fisiológicos que origina dificultad para mantener la homeostasis”* (Freíd, Feucci, Darer, Williamson, Anderson, 2004)⁵ En este sentido Rockwood (2005⁶) apunta que una adecuada definición de fragilidad debe reunir criterios de validez de contenido, de constructo y de criterio.

1.- Validez de contenido

- Incluye múltiple determinantes (multifactorial)
- Es dinámica (varia a lo largo del tiempo)
- Útil en distintos ámbitos aplicados
- Incluye factores susceptibles de ser analizados a través de métodos estadísticos multivariados.

2.- Validez de constructo (no confundir fragilidad con incapacidad)

- Más común entre mujeres que en hombres
- Más común con la edad
- Relacionado con la incapacidad (pero no es lo mismo)
- Relacionado con la comorbilidad y la salud percibida

3.- Validez de criterio

- Predice la mortalidad
- Predice otros acontecimientos negativos (delirium, caídas, pérdida de funcionalidad)
- Predice la edad a la que cada cuál es frágil
- Predice la institucionalización

Sin embargo, y a pesar de las aportaciones teóricas de este planteamiento, en la práctica y en la búsqueda de criterios operativos indicativos de fragilidad, se han venido utilizando aquellos que de manera más consensuada, predicen la dependencia o la mortalidad (Benítez , Hernández, De Armas, Barreto, Rodríguez 1995⁷, Martín Lesende 2005⁸, Stuck, Minder, PeterWüest 2000⁹, Crimmins,Hayward, Saito 1994¹⁰,

⁵ Fried LP, Ferrucci L, Darer J, Williamson JD, Anderson G (2004). Untangling the concepts of disability, frailty and comorbidity: implications for improved targeting and care. *J Gerontol Med. Sci.* 59: 255-263.

⁶ Rockwood K. GAT would make a definition of frailty successful?. *Age and Ageing* 2005; 34: 432-434

⁷ Benítez MA, Hernández P, De Armas J, Barreto J, Rodríguez H (1995) Clasificación funcional del anciano en atención primaria de salud: propuesta de un método. *Aten Primaria.* 1995;15:548-54.

⁸ Martín Lesende I. Detección de ancianos de riesgo en atención primaria. Recomendaciones. *Atención Primaria.* 2005. 36 (5). 273-277

⁹ Stuck AE, Minder CE, PeterWüest I. A randomized trial of inhome visits for disability prevention in community-dwelling older people at low and high risk for nursing home admission. *Arch Intern Med.* 2000;160:977-86.

¹⁰ Crimmins EM, Hayward MD, Saito Y. Changing mortality and morbidity rates and the health status and life expectancy of the older population. *Demography.* 1994;31:159-74.

Covinsky, Palmer, Fortinsky, Counsell, Stewart, Kresevic 2003¹¹) destacando en este sentido los que se muestran en la tabla 1. Sigue constituyendo tema de controversia cuál es el número de indicadores que deben estar presentes para considerar la situación de un anciano determinado como de fragilidad o cuáles de estos criterios tienen un mayor poder predictivo. En nuestro medio, es de resaltar el estudio llevado a cabo por Urbina, Flores, García Salazar, Rodríguez, Torres y Torrubias (2004) que muestra que las causas de fragilidad más prevalentes en ancianos son la pluripatología, el deterioro cognitivo y el riesgo social, diferenciando entre una tipología de fragilidad física que afecta más a los más mayores y una tipología de fragilidad psíquica que afecta más a las mujeres de cualquier edad, aunque con una superposición importante de problemas físicos y psíquicos debida a la elevada frecuencia de deterioro cognitivo en los ancianos con fragilidad física.

Tabla 1. Criterios utilizados para la detección de ancianos frágiles

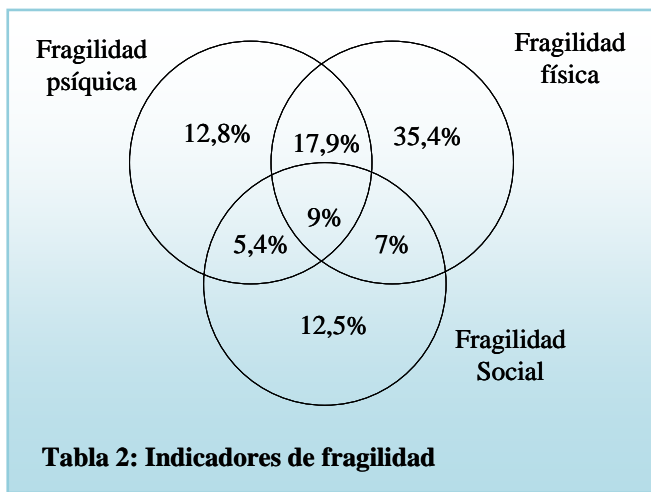
- Ser mujer,
- Ser mayor de 80 años
- Vivir solo/a
- No comer caliente al menos dos días a la semana
- Haber sufrido una caída en los últimos 6 meses,
- Haber sufrido un ingreso hospitalario en el último año,
- Tomar más de tres medicamentos al día (pluripatología)
- No tener a quien acudir si necesita ayuda
- Presentar deficiencias sensoriales (visuales o auditivas)
- Presentar deterioro cognitivo leve.
- Problemas para la movilidad
- Presencia de un estado emocional disfórico

1.1. ESTUDIOS SOBRE ANCIANOS FRÁGILES REALIZADOS EN NUESTRO MEDIO CULTURAL

¹¹ Covinsky KE, Palmer RM, Fortinsky RH, Counsell SR, Stewart AL, Kresevic D. Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: increased vulnerability with age. J Am Geriatr Soc. 2003;51:451-8.

En los últimos años ha proliferado notablemente el número de estudios e investigaciones centrados en la problemática derivada de la dependencia de los ancianos y de sus cuidadores. Estudios que en gran parte han supuesto las bases y el sustento científico sobre el que se ha elaborado la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

En el informe elaborado por el Instituto Andaluz de Estadística (2004) se reseña la existencia de 1.145.356 sujetos mayores de 65 años en nuestra comunidad autónoma, lo que representa el 18,2% de la población total. De ellos, el 42,4% son hombres y el 57,5% mujeres. Centrándonos en la provincia de Sevilla, encontramos 251.505 sujetos mayores de 65 años lo que representa el 13,6% de su población total, siendo la distribución por género de 59,6% mujeres y 40,4% hombres. Tanto a nivel de comunidad autónoma como de la provincia de Sevilla esta distribución por género es notablemente más asimétrica en la población mayor de 80 años, en los que el porcentaje de hombres desciende respectivamente al 34,6% y el 31,5%. Aunque en este informe no hay datos específicos de grados de dependencia si se ofrecen sobre el porcentaje de ancianos que necesitan ayuda para la realización de alguna de las actividades de la vida diaria: el 44% de los ancianos mayores de 65 años, porcentaje que asciende al 71% entre aquellos que tienen más de 80 años. La ayuda que necesitan es proporcionada fundamentalmente por familiares (64,8%), siendo menor tanto el porcentaje de ancianos cuidados por personas remuneradas (14,2%), por amigos o vecinos (3,9%) o que son atendidos por servicios de ayuda domiciliaria (3,2%) o voluntarios (0.1%).



Entre los escasos estudios sobre fragilidad en los ancianos realizados en nuestro medio cultural hemos de resaltar el efectuado por Urbina, Flores, García, Rodríguez, Torres y Torribias (2004)¹² en la provincia de Guadalajara centrado en el análisis de la prevalencia de fragilidad entre 591 ancianos mayores

de 64 años y en el que sitúan la prevalencia de fragilidad en el 59,2% de la muestra estudiada con una mayor frecuencia de mujeres, mayores de 80 años y residentes en el medio rural (si bien esta última puede ser una variable de confusión al estar fuertemente asociada a la mayor edad de los ancianos). El tipo de fragilidad más frecuente fue el físico, aunque se encontró un solapamiento entre los distintos tipos de fragilidad (tabla 2). Destacan igualmente la mayor prevalencia de fragilidad psíquica en el grupo de mujeres. Concluyen resaltando la necesidad de diseñar estudios de seguimiento que nos permitan profundizar en la capacidad predictiva de los distintos indicadores de fragilidad y resaltan la necesidad de implementar estrategias preventivas para evitar la dependencia.

Centrándose en la población mayor de 80 años, Cano, Castelo y Pérez (2006)¹³ muestran que el 73,8% de este grupo de ancianos presentan al menos un criterio de fragilidad, sin que aparezcan diferencias en función de la edad o el género. Los indicadores que esta población presentaba con mayor frecuencia fueron los problemas sociales (67,8%), la polifarmacia (54,2%), el deterioro cognitivo (38,2%), los déficit sensoriales (37,3%) y el haber tenido un ingreso hospitalario en el último año (21%). Anteriormente Escudero, López, Fernández y cols (1999)¹⁴ en un estudio realizado con 1114 ancianos evalúan la situación funcional, el estado mental, las barreras arquitectónicas, la salud percibida, los procesos crónicos, alteraciones

¹² Urbina JR, Flores MJ, García MP, Rodríguez E, Torres L, Torribias RM. (2004) El anciano de riesgo en la provincia de Guadalajara. *Atención Primaria*. 34 (6): 293-299

¹³ Cano P, Castelo R, Pérez S (2006). ¿Es la fragilidad un hecho en los mayores de 80 años?. Estudio de prevalencia. *Atención Primaria*. 38 (7): 413-414.

¹⁴ Escudero Sánchez, M.C.; López Martín, I; Fernández carbajo, N; López López, G; Ibáñez Colas, A; García carmona, R; Delgado Antolín, J.C. (1999). Prevalencia de incapacidad funcional no reconocida en la población mayor de 74 años. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 34(2):86-91

sensoriales y las variables sociodemográficas, y encuentran que el 27% necesitan ayuda para al menos 1 AVD, que la dependencia aumenta con la edad (16,5% para < 80 años y 40% para > 79 años), que se asocia a deterioro cognitivo, a ser mujer y presentar peor situación de salud.

En lo que se refiere a la provincia de Sevilla, destacaremos el trabajo realizado por Fernández (2002) en el que analiza los factores de fragilidad de 889 personas mayores de 65 años procedentes de los distintos Distritos Municipales. Tras el análisis de los distintos indicadores de riesgo de fragilidad obtienen 6 factores que explican el 77,2% de la varianza total y en el que se agrupan las enfermedades, la afectividad, la integración social, los aspectos cognitivos y los factores estresantes. Igualmente se resalta la necesidad de realizar estudios longitudinales sobre la misma población para comprobar si realmente estos criterios predicen la evolución desde la fragilidad hacia la dependencia.

La necesidad de centrarse en la detección precoz y, por tanto, de los indicadores de fragilidad que predicen la dependencia ha sido igualmente puesta de manifiesto en nuestro medio (Urbina y cols, 2004; Martín, 2005) y se ha resaltado que la posibilidad de efectuar esta detección temprana puede ayudar a mantener a los ancianos frágiles en su domicilio y, desarrollando programas de actuación específica y especializada, mejorar su calidad de vida, disminuir su mortalidad y reducir considerablemente los gastos sanitarios (un 50% de los derivados de las estancias hospitalarias, un 23% de los gastos de laboratorio y un 13% de los destinados a fármacos). La importancia del estudio del anciano frágil ha sido igualmente puesto de manifiesto por Solano (2006)¹⁵ al plantear que es necesario conseguir una definición universal y operativa de fragilidad, que sustente la toma de decisiones clínicas y asistenciales así como su cuantificación, a pesar de lo complejo dada su caracterización como contínuum y la posibilidad de establecer puntos de corte, que nos permitieran incrementar nuestra capacidad para relacionar las intervenciones y la condición concreta de determinados grupos de ancianos frágiles.

¹⁵ Solano JJ (2006)¹⁵ Fragilidad: un concepto atractivo con necesidad de desarrollo. *Rev esp Geriatr Gerontol.* 41(Supl): 5-6.;

1.2. DEMANDA DE RECURSOS Y CUIDADOS DE LOS ANCIANOS FRÁGILES: LOS CUIDADORES

La situación de elevada vulnerabilidad de estos ancianos se traduce en una mayor necesidad de apoyo, asistencia y cuidados. Ha sido ampliamente constatado que la mayor parte de los cuidados que se prestan a ancianos procede del ámbito familiar, generalmente mujeres que conforman los llamados cuidados informales. Sin embargo, es necesario realizar algunas puntualizaciones:

- La primera es que no debemos identificar al anciano frágil con el anciano “sin familia”. En la actualidad, en Andalucía tan sólo el 0,4% de los sujetos mayores de 65 años carecen de parientes (Instituto de Estadística de Andalucía. Informe 2004), pero según los datos publicados por López Doblas (2004)¹⁶ el porcentaje de ancianos españoles que viven solo es del 19,53%. De lo que se desprende que esa situación de soledad puede derivarse de:
 - el deseo del anciano de permanecer en su propio hogar. De tal manera que en ocasiones la familia acude al hogar del anciano frágil durante algunas horas al día o para la realización de determinadas tareas. Pero en estos casos, cuando la fragilidad va dando paso a la dependencia, estos familiares acaban desempeñando el papel de cuidador principal.
 - las dificultades o incapacidad de los familiares para asumir el cuidado de un anciano frágil
- La segunda es que no siempre los proveedores de cuidados informales son familiares. Hemos de considerar también el importante papel que vecinos, amigos o voluntarios pueden ejercer en este sentido, especialmente en los ámbitos rurales.

En lo que se refiere a las características de los cuidadores de este tipo de anciano, hemos de reseñar lo escaso de estudios que se centren en ancianos frágiles. Quizás uno de los equipos de investigación español que se ha dedicado a la investigación y la intervención en cuidadores de ancianos es el configurado por Montorio e Izal (entre otros), si bien generalmente se han centrado en cuidadores de

¹⁶ López Doblas, J. (2004). Personas mayores viviendo solas. La autonomía como valor en alza. Madrid. IMSERSO

ancianos con demencia. En estos estudios (entre los que podríamos destacar por su actualidad los realizados bajo los auspicios del IMSERSO¹⁷) y se demuestra el elevado nivel de estrés y las consecuencias negativas tanto a niveles sociales como emocionales y físicos (esto es, la sobrecarga), que la asunción del cuidado de un anciano ejerce sobre sus cuidadores y que determina la posibilidad de seguir asumiendo ese cuidado o se plantee la institucionalización del mismo. Basándose en el modelo de estrés de Lazarus, desarrollan un primeros modelos para explicar la sobrecarga del cuidador en el que el estrés derivado de la tarea de cuidado está estrechamente relacionado con los siguientes aspectos: a) las características sociodemográficas del cuidador, entre las que se encuentran la edad, las condiciones físicas del hogar, la duración del cuidado y/o el tipo de cuidador (principal versus secundario), b) las tareas que el sujeto ha de realizar y que hacen referencia a la naturaleza, la cantidad, la variedad o el tipo de asistencia que el cuidador efectúa. Resaltan que los trastornos comportamentales generan más estrés que la incapacidad física; c) los posibles conflictos de roles, de entre los cuales el más frecuente es el generado entre proporcionar el cuidado informal y atender las posibles ocupaciones laborales fuera del hogar o la atención al resto de los miembros del núcleo familiar y d) los recursos de que dispone entre los que se incluyen aspectos tales como los recursos económicos y personales, el apoyo social y la ayuda institucional recibida. En el modelo juega un papel importante la valoración percibida de la situación que realiza el cuidador así como de los posibles pensamientos disfuncionales. Siguen señalando la necesidad de incluir aspectos más subjetivos dentro de este modelo e incluir en el mismo variables tales como las motivaciones que llevan a los sujetos a asumir las tareas de cuidado, las posibles consecuencias positivas que se pueden producir de la situación de cuidado y especialmente la relación que se establece entre el cuidador y el anciano.

Los ancianos frágiles constituyen una de las principales fuente de demanda de los recursos y el cuidado formal. Es cierto que en los últimos tiempos se han incrementado notablemente las prestaciones sociales destinadas a promover la

¹⁷ Losada A, Montorio I, Izal M, Marquez M (2005). Estudio e intervención sobre el malestar psicológico de los cuidadores de personas con demencia. El papel de los pensamientos disfuncionales. Madrid: IMSERSO

autonomía de los ancianos y el que permanezcan durante el mayor tiempo posible en su medio habitual así como ayudar a quienes tienen a su cargo a sujetos dependientes. Unos recursos que han tenido su máxima expresión en la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y la Atención a las personas en situación de dependencia. Previamente y a través de distintas instituciones se han desarrollado la teleasistencia, las Unidades de Estancias Diurnas, las ayudas a domicilio, etc.

Sin embargo, en muchas ocasiones, ni los ancianos ni los cuidadores conocen la existencia de todos los recursos disponibles, no saben exactamente cómo pueden acceder a los mismos o no disponen del tiempo y los recursos personales para solicitar las ayudas a las que tienen derecho y que le ayudarían a satisfacer sus necesidades. A estas barreras para la utilización de recursos hemos de añadir el hecho de que las necesidades de este colectivo no son inmutables ni estables y, por tanto, es necesario plantear recursos específicos para momentos o estadios de la dependencia concretos. La asunción del rol de cuidador también es un proceso dinámico que comienza con la decisión de asumir el cuidado y convertirse en cuidador y, a partir de ese momento, acomodarse a las necesidades cambiantes del anciano frágil, que va incrementando su nivel de dependencia y que, consecuentemente va haciendo que las necesidades propias del cuidador también se vayan modificando.

A pesar de la extensa bibliografía que en la actualidad podemos encontrar dentro del ámbito de los cuidados y de los ancianos con demencias o dependientes han sido comparativamente menos analizado los factores de riesgo y el proceso a través del cual los ancianos se convierten en dependientes así como el estudio de aspectos tales como las vivencias subjetivas de los ancianos frágiles, cuáles son sus necesidades percibidas o cómo éstas cambian a lo largo del tiempo. Algo similar ocurre con las investigaciones realizadas en cuidadores de ancianos en las que abundan los estudios centrados en familiares que asumen el cuidado continuo y permanente del anciano. Aspectos que constituyen el eje central sobre los que se desarrolla el presente proyecto.

II. OBJETIVOS PROPUESTOS. RESULTADOS ESPERADOS

II.I OBJETIVOS GENERALES

1. Analizar las características de los ancianos frágiles y determinar la prevalencia de los distintos criterios de fragilidad.
2. Analizar las modificaciones que a lo largo del tiempo experimentan los ancianos frágiles en su nivel de autonomía, sus necesidades, los recursos que utilizan y su bienestar.
3. Determinar cuáles son los factores de riesgo que predicen la dependencia así como la capacidad del anciano para adaptarse a la misma.
4. Analizar las modificaciones que a lo largo del tiempo experimentan los cuidadores de ancianos frágiles en su nivel de sobrecarga, sus necesidades, los recursos que utilizan y su bienestar.

II.II OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Conocer las características sociodemográficas, de salud y psicológicas de los ancianos frágiles
2. Conocer la opinión de ancianos frágiles y sus cuidadores sobre la disponibilidad, utilidad y eficacia de los servicios sociales y sanitarios prestados, las razones para solicitarlos y para abandonarlos, el grado de satisfacción con los mismos y la eficacia percibida para prevenir la dependencia.
3. Detectar las necesidades de salud y de asistencia social y sanitaria que presentan los ancianos con distintos grados de dependencia y sus respectivos cuidadores (tanto personales como en relación a sus tareas de cuidado)
4. Analizar la relación entre distintos tipos de ayuda asistencial (hospitalización domiciliaria, ayuda a domicilio, asistencia social,...) y la percepción de bienestar y calidad de vida de ancianos frágiles y dependientes y sus cuidadores.

5. Determinar cuáles son los factores psicosociales que predicen o se asocian con mayores tasas de utilización de servicios sociales, sanitarios, hospitalarios y/o institucionalización.
6. Analizar las consecuencias de salud que conlleva la asunción del cuidado de ancianos frágiles y dependientes y las modificaciones que se producen conforme se incrementa el grado de dependencia.
7. Determinar si existen diferencias en la percepción de necesidades y en la acomodación a la situación de cuidador y de dependencia en función del grado de dependencia del anciano
8. Analizar la relación que existe entre la situación del anciano frágil, la existencia o no de cuidadores informales y la valoración que los cuidadores formales realizan de la utilidad y eficacia de los recursos que ofrecen.
9. Analizar la coordinación y el conocimiento mutuo que existe entre los distintos recursos formales e informales de los ancianos frágiles o en situación de dependencia.

II.III. RESULTADOS ESPERADOS

1. Los indicadores de fragilidad no actuarán como factores de riesgo aislados, sino que será la interacción entre ellos la que prediga con mayor probabilidad la futura dependencia de los ancianos
2. La percepción de las necesidades y el grado de satisfacción de las mismas incidirá tanto en el bienestar y la calidad de vida de los ancianos y de sus cuidadores como en la utilización de recursos sanitarios y en el retraso o evitación de la institucionalización.
3. Las necesidades y las consecuencias del cuidado estarán fuertemente determinadas por el grado de dependencia que muestren los ancianos así como el tipo y la capacidad funcional que presenten.
4. La asunción de las tareas de cuidado es un proceso que evoluciona conforme lo hace la fragilidad de los ancianos y su grado de incapacidad. Por tanto, las necesidades de salud y asistenciales de los cuidadores y los servicios prestados también se modificarán a lo largo del tiempo así como los mecanismos y la capacidad de ajuste y acomodación a la enfermedad y a la situación de dependencia
5. Las variables psicosociales inciden en el estado de salud psicofísica y en el

proceso de afrontamiento y acomodación a la enfermedad (tanto por parte de ancianos incapacitados como de sus cuidadores).

6. La falta de apoyo social o familiar o una actitud sobreprotectora por parte de los cuidadores incidirán en la aparición del exceso de discapacidad.
7. El grado de satisfacción experimentado con los recursos asistenciales utilizados redundará en un mayor bienestar y calidad de vida tanto de ancianos dependientes como de sus cuidadores

III. METODOLOGÍA

III.I. PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA Y DE OBTENCIÓN DE DATOS

La muestra de ancianos frágiles ha sido obtenida a través del Servicio Andaluz de Salud y de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Sevilla.

En el caso del Servicio Andaluz de Salud firmamos convenio con el Distrito Sanitario Sevilla Sur para acceder a los ancianos que acudían a Atención Primaria. Posteriormente y para disponer también de ancianos que residieran en Sevilla capital, solicitamos permiso para completar el estudio en el Distrito Sanitario Sevilla. El procedimiento de selección de esta muestra ha sido el siguiente. A través de la Gerencia del Distrito Sanitario contactamos con los profesionales sanitarios encargados de captar a los ancianos (y que fueron incluidos, en su mayoría, en el proyecto de investigación) y mantuvimos varias reuniones para explicar los objetivos de la investigación y el procedimiento de selección. Los profesionales sanitarios encargados de captar a los ancianos disponen de un protocolo de selección que les permite seleccionar a los ancianos frágiles. Mientras ejercían su labor asistencial, y en el caso en que el anciano cumpliera los criterios de selección, el profesional le informaba del estudio y solicitaba su participación. Aquellos ancianos que aceptan participar en el proyecto, firman el consentimiento informado y sus datos son anotados en la hoja de registro. Posteriormente, se traslada a la investigadora principal

los datos de identificación del anciano así como el teléfono de contacto a través del cual se concerta la cita para la realización de la entrevista. En todos los casos se ofrecía al anciano la posibilidad de que la investigadora acudiera a su domicilio o bien, si así lo prefería, de utilizar el centro de salud de referencia.

Las sesiones de evaluación comenzaban explicándoles a los ancianos nuevamente y de manera más pormenorizada los objetivos de la investigación. A continuación se procedía a la realización de la entrevista y de las escalas y cuestionarios que la integran. Al finalizar la sesión, se les informaba de que existía una entrevista posterior y se le preguntaba sobre la posibilidad de entrevistar también en esa ocasión, a aquella persona que él considerase, más le ayudaba o se implicaba en su cuidado y bienestar.

A los seis meses de esta primera evaluación o al cabo del año se volvía a contactar telefónicamente con el anciano, se le preguntaba su disponibilidad para volver a ser entrevistado y, en caso afirmativo, se concertaba la cita y se le recordaba la posibilidad de que estuviera presente o nos facilitara la forma de contactar con el cuidador. Se procedía entonces a realizar la segunda evaluación y a contactar con el cuidador bien físicamente (en los casos en que estaba presente durante la entrevista) o bien telefónicamente. En este sentido hemos de resaltar lo difícil de a) identificar a una persona que, de manera diferenciada, participara en el cuidado o asistencia al anciano y b) vencer la resistencia del anciano a que se entrevistara a esa persona y c) que tuviera disponibilidad para realizar la entrevista, lo que ha generado que el número de cuidadores entrevistados hasta la fecha no sea suficiente ($n=6$) como para poder realizar un análisis cuantitativo con los datos obtenidos.

Por otra parte, la muestra procedente de Servicios Sociales que nos pusieron en contacto con Asociaciones de la Tercera Edad y Centros Cívicos en los que en esos momentos se impartían actividades promovidas por el Ayuntamiento. Una vez conseguida la colaboración de la Directiva de cada Centro, se solicitaba en alguna de las actividades programadas la participación en el estudio y se concertaba una cita con

aquellos ancianos que aceptaban participar. A partir de aquí el procedimiento es igual que el seguido en el caso de los ancianos que proceden de Atención Primaria.

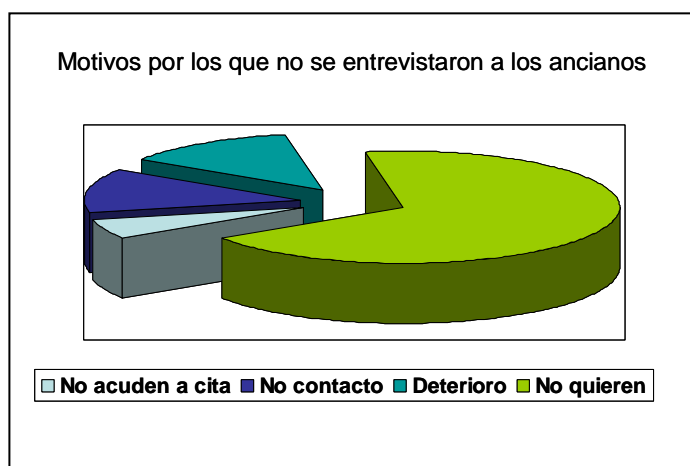
La propuesta inicial para conseguir la muestra de cuidadores formales consistía en entrevistar a cada uno de los profesionales sanitarios que atienden a los ancianos seleccionados. Pero debido a la diversidad de centros de salud de los que procedían los ancianos procedentes de las Asociaciones y Centros Cívicos tuvimos que modificar la metodología, de tal manera que decidimos evaluar a distintos profesionales que desempeñan su labor en Centros de Salud, independientemente de su vinculación a los ancianos de nuestra muestra. En estos momentos estamos a la hora de que los Distritos Sanitarios implicados nos autoricen a la realización de esta parte del estudio.

Para poder contrastar la información que sobre las enfermedades que padecen y los fármacos que tienen prescritos decidimos solicitar autorización para acceder a la base de datos del sistema informático en el que aparecen los datos clínicos de los ancianos (la historia de salud). El permiso del Distrito Sanitario Sevilla Sur nos fue concedido en Octubre de 2008 y el del Distrito Sanitario Sevilla, en Enero de 2009.

III.II. MUESTRA

En el estudio han participado ancianos frágiles procedentes de Sevilla Capital y provincia. En total, han sido 263 los ancianos captados por los profesionales sanitarios o trabajadores sociales derivados para su posterior valoración. No obstante y a pesar de haber firmado el consentimiento informado y aceptar su participación en el proyecto, 54 ancianos (19,2%) no han podido ser entrevistados por diversos motivos: 3 (5,5%) no acudieron a la cita, con 7 (12,9%) no pudimos contactar para concretar la cita de evaluación, 7 (12,9%) no cumplieron criterio de selección por obtener elevadas puntuaciones en el test de deterioro cognitivo y 37 (68,6%) por revocar, en el momento de contactar con ellas para concertar cita, su deseo de participación.

	CAPITAL	PROVINCIA	TOTAL
Frágiles	83 (47,3%)	93 (52,7%)	180 (67,6%)
Entrevistados			
Controles	22 (91,6%)	2 (8,3%)	24 (8,7%)
Dependientes	1 (20%)	4 (80%)	5 (18%)
Total	108 (51,6%)	101 (48,4%)	209 (78,1%)
No entrevistados	16 (29,6%)	38 (70,3%)	54 (19,6%)
Total remitidos	122 (45,2%)	137 (54,8%)	263



De las 209 entrevistas realizadas 5 ancianos fueron clasificados como dependientes y 24 ancianos no cumplían criterios suficientes como para ser considerados frágiles. Aunque el número de esta muestra es, de momento, reducido, se consideró interesante incluirlo como una muestra que sirviera de contraste con el grupo de ancianos frágiles y se ha utilizado como muestra "control". Para ello se ha efectuado un pareamiento de ancianos frágiles en función de las variables género y edad.

Se realizaron entrevistas a los seis meses de la entrevista inicial a 27 ancianos. Dado que no se detectaron modificaciones significativas en las variables objetivo del estudio, se decidió realizar las segundas entrevistas al año. Se contactó con 70 ancianos para realizar las segundas entrevistas, 3 de ellos habían fallecido (2 hombres y 1 mujer). Contamos pues con el seguimiento al cabo del año de 67 ancianos.

Las características sociodemográficas de estas muestras se describen en el apartado de resultados.

Los 6 cuidadores 4 son hijos (2 mujeres y 2 hombres con edades comprendidas entre los 48 y los 62 años), 1 es sobrino (edad de 48 años) y es cónyuge (81 años). Los varones tienen edades comprendidas entre los 49 y los 81 años; tres tienen concedida una invalidez permanente y el cuarto es un anciano. Las dos cuidadoras son hijas del anciano frágil, una de ellas tiene 48 y otra 62. Esta última convive además, con un hermano, una hija y otra persona de edad.

III.III. INSTRUMENTOS UTILIZADOS.

Los materiales creados para la recogida de datos han sido: hoja de información, consentimiento informado, hoja de registro, protocolo de selección (I y II), entrevista para ancianos primera evaluación, entrevista para ancianos seguimiento, entrevista para cuidadores I evaluación y entrevista para cuidadores seguimiento.

La hoja de información y el consentimiento informado se han elaborado siguiendo las directrices que sobre el respecto ha elaborado la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

La hoja de registro se creó con la finalidad de preservar la confidencialidad de los datos y evitar que en las entrevistas y en los protocolos de selección figurasen los datos de identificación de los ancianos, apareciendo en su lugar el código asignado en la hoja-registro.

Para sistematizar la recogida de información de los profesionales sanitarios se elaboró el protocolo de selección (I), en el que se recogen los criterios de fragilidad y se adjuntan el Cuestionario Breve para la Valoración del Estado Mental de Pfeiffer, la Escala Geriátrica para la Depresión, de Yesavage y cols y el Índice de Barthel. La

cumplimentación del mismo requiere al menos 15 o 20 minutos de entrevista con cada anciano. Debido a lo breve de la duración media de cada cita sanitaria, resultaba sumamente difícil entrevistar a los ancianos sin alterar la agenda de consulta, lo que incidía negativamente en el ritmo de captación de ancianos. Por eso se decidió simplificar el proceso de captación y se eliminaron los cuestionarios mencionados (protocolo II), que fueron introducidas en la entrevista para ancianos primera evaluación.

Para la recogida de información hemos utilizado una entrevista elaborada *ad hoc* para esta investigación en la que, junto a preguntas originales, se incluyen diversos cuestionarios y escalas estandarizados. En un primer momento se diseñó una entrevista estructurada, que no resultó adecuada para su utilización con la muestra de ancianos, por lo que a partir de la misma, diseñamos una entrevista abierta en la que se abordaban las variables objeto de estudio. Las áreas, variables incluidas y cuestionarios utilizados se muestran en la tabla 4.

Tabla 4: ÁREAS, VARIABLES Y CUESTIONARIOS INCLUIDOS EN LA ENTREVISTA A ANCIANOS	
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
<ul style="list-style-type: none"> • Datos de filiación: Edad, estado civil, nivel de estudios, profesión, con quién convive • Hijos, número, conviven, donde viven 	
ESTADO DE SALUD	
<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades • Problemas de audición o visión • Limitaciones que le suponen la enfermedad • Movilidad • Valoración subjetiva del estado de salud • Fármacos totales y distintos diarios • Adherencia. • Hospitalización en los últimos 12 meses. Caídas en los últimos seis meses 	
HABITOS DE SALUD	
Alimentación	<ul style="list-style-type: none"> • Qué come diariamente • Si ha comido menos • SI ha perdido o ganado peso • Líquidos que ingiere • Comidas caliente a la semana • Preparación personal de la comida • Peso y talla del que informa
Sueño	<ul style="list-style-type: none"> • Horario de acostarse y levantarse

	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas para dormir y motivos • Valoración de la calidad del sueño • Medicación para dormir
Actividades de ocio	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades que realiza • Cuál le gustaría y motivo para no realizarla
FUNCIONALIDAD	
	<ul style="list-style-type: none"> • Índice de Barthel • Índice de Lawton-Brody • Ayuda para realización de tareas
VALORACIÓN PSICOLÓGICA	
	<ul style="list-style-type: none"> • Acontecimientos vitales en el último año • Exploración de sintomatología depresiva. Criterios clínicos. Geriatric Depression Scale • Emociones • Autoestima • Satisfacción vital • Percepción subjetiva de la calidad de vida • Apoyo social • Estado cognitivo: Pfeiffel, memoria
NECESIDADES, RECURSOS Y BARRERAS	
De cuidado	<ul style="list-style-type: none"> • Quién le gustaría que le cuidara y motivos • Sentimientos de soledad y motivos para vivir solo • Valoración de las relaciones familiares
Económicos	<ul style="list-style-type: none"> • Ingresos. • Valoración de los mismos
Sanitarios	<ul style="list-style-type: none"> • Es atendido solo en la sanidad pública o también tiene asistencia privada. • Recursos sanitarios que utiliza. • Valoración de la asistencia de atención primaria • Valoración de la atención hospitalaria • Utilización de otros servicios: fisioterapia, rehabilitación. Aspectos positivos y negativos
Sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos que conoce, no necesita, o solicitaría • Capacidad para solicitarlos

La entrevista diseñada para las evaluaciones segunda y tercera, recoge fundamentalmente los cambios producidos en los criterios de fragilidad así como las modificaciones en la utilización o necesidad de recursos sociales y asistenciales. Igualmente se han incluido aquellas variables que han surgido del análisis de los datos de la primera entrevista, y que hemos considerado de interés para los objetivos de la investigación. Los cuestionarios utilizados en esta ocasión, son los cuestionarios para la valoración del estado mental (Cuestionario Breve para la Valoración del Estado Mental de Pfeiffer), la depresión (Escala Geriátrica para la Depresión, de Yesavage y cols) y las actividades instrumentales de la vida diaria (Escala de Actividades Instrumentales de la

Vida Diaria de Lawton y Brody). En este último caso, se aplicaba en primer lugar el índice de Lawton y Brody y, en caso de que el anciano obtuviera una puntuación indicativa de dependencia, se aplicaba el Índice de Barthel. Las áreas, variables incluidas y cuestionarios utilizados se muestran en la tabla 5.

Tabla 5: ÁREAS, VARIABLES Y CUESTIONARIOS INCLUIDOS EN LA ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO A ANCIANOS/AS	
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
<ul style="list-style-type: none"> • Modificaciones en las personas con las que convive o el lugar donde vive • En caso de estar casado/a, información sobre pareja: criterios de fragilidad 	
ESTADO DE SALUD	
<ul style="list-style-type: none"> • Modificaciones en el estado de salud (enfermedades, imitaciones que le suponen) • Modificaciones en el número total de fármacos y número de fármacos diferentes diarios • Fármacos prescritos desde hace más de dos años, psicotrópicos y fármacos para dormir • Hospitalización en los últimos 12 meses. Caídas en los últimos seis meses • Ayudas técnicas para visión o audición 	
HABITOS DE SALUD	
Alimentación	<ul style="list-style-type: none"> • Modificaciones en el peso • Comidas calientes a la semana • Peso y talla percibida
Sueño	<ul style="list-style-type: none"> • Modificaciones en horas diarias de sueño • Problemas para dormir y motivos • Valoración de la calidad del sueño
Actividades de ocio	<ul style="list-style-type: none"> • Inicio o abandono de actividades
FUNCIONALIDAD	
<ul style="list-style-type: none"> • Índice de Lawton-Brody • Movilidad • Modificaciones en la necesidad de ayuda para realización de tareas 	
VALORACIÓN PSICOLÓGICA	
<ul style="list-style-type: none"> • Acontecimientos vitales en el último año • Exploración de sintomatología depresiva. Criterios clínicos. Geriatric Depression Scale • Estado cognitivo: Pfeiffer, memoria • Modificaciones en apoyo social y satisfacción con el mismo 	
NECESIDADES, RECURSOS Y BARRERAS	
De cuidado	<ul style="list-style-type: none"> • Modificaciones en la preferencia de cuidado y motivos • Sentimientos de soledad

Económicos	<ul style="list-style-type: none"> • Modificaciones en ingresos o gastos • Valoración de los mismos
Sanitarios	<ul style="list-style-type: none"> • Modificaciones en la necesidad y/o utilización de recursos sanitarios • Grado de satisfacción con recursos sanitarios
Sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento de recursos sáciales y capacidad de solicitar • Modificaciones en la necesidad y/o utilización de recursos sociales

En el caso de los cuidadores, hemos elaborado una entrevista semiestructurada en la que se recogen las variables que se indicaban en el proyecto inicial. Los cuestionarios incluidos han sido la Escala Hospitalaria para la Ansiedad y la Depresión y el APGAR familiar. En la tabla 6 se exponen las principales áreas y variables contempladas.

Tabla 6 : ÁREAS, VARIABLES Y CUESTIONARIOS INCLUIDOS EN LA ENTREVISTA A CUIDADORES/AS
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS
<ul style="list-style-type: none"> • Datos de filiación: Edad, estado civil, nivel de estudios, situación laboral, con quién convive, parentesco con anciano/a • Hijos/as, número, conviven, donde viven, hermanos/as
ESTADO DE SALUD
<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades • Limitaciones que le suponen la enfermedad • Valoración subjetiva del estado de salud
HABITOS DE SALUD
<ul style="list-style-type: none"> • Alimentación adecuada • Consumo de alcohol y tabaco • Horas de sueño diarias • Actividades de ocio en tiempo libre
VARIABLES RELACIONADAS CON EL CUIDADO
<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de ayuda ofrecida al anciano/a al que cuida • Estado de salud de anciano/a al que cuida • Desde cuándo cuida, cuántas horas diarias • Modificación en la relación personal con el anciano/a al que cuida • Modificaciones en la dedicación al cuidado del familiar • Necesidades para acomodarse a su situación de cuidador/a • Percepción de eficacia como cuidador

<ul style="list-style-type: none"> • Grado de preocupación con situación de cuidador/a 	
CONSECUENCIAS DE LA SITUACIÓN DE CUIDADOR	
<ul style="list-style-type: none"> • Consecuencias sobre la salud física • Consecuencias sobre las relaciones familiares • Consecuencias sobre las relaciones sociales y actividades de ocio • Consecuencias sobre la actividad laboral • Consecuencias sobre la economía • Grado de <i>carga</i> experimentado como consecuencia del cuidado 	
VALORACIÓN PSICOLÓGICA	
<ul style="list-style-type: none"> • Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) de Zimong y Snaith • Cuestionario de Percepción de la Función Familiar (APGAR Familiar) de Smilkstein • Valoración de la calidad de vida 	
NECESIDADES, BARRERAS Y RECURSOS	
De cuidado	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración de diferentes opciones de cuidado para su familiar
Sanitarios	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración de la asistencia sanitaria que se ofrece a su familiar • Ayudas por ser cuidador/a • Satisfacción con atención sanitaria • Valoración de visitas domiciliarias de médico o enfermera • Valoración de la tarjeta sanitaria
Sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos sociales que conoce y/o utiliza, grado de satisfacción • Capacidad para solicitarlas

III.IV. DISEÑO Y ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

El diseño, tal y como aparece en el proyecto presentado a la convocatoria, es longitudinal de medidas repetidas, con una evaluación inicial, una de seguimiento a los seis meses y otra de seguimiento al año. Dado que las 24 primeras entrevistas realizadas a los seis meses no reveló la existencia de diferencias estadísticamente significativa en el estado de los ancianos y a la dificultad de compatibilizar la captación de los ancianos con la realización del seguimiento, decidimos realizar la entrevista de

seguimiento del año. Contactamos así con 156 ancianos, de los cuales 3 habían fallecido, 25 no quisieron seguir participando y con 54 no pudimos contactar. De estos la mayor parte (n=38) procedían de los talleres del ayuntamiento, quienes no nos pudieron facilitar los datos para realizar el segundo contacto con los ancianos. En la actualidad, quedan todavía 17 ancianos que serán entrevistados en las próximas semanas.

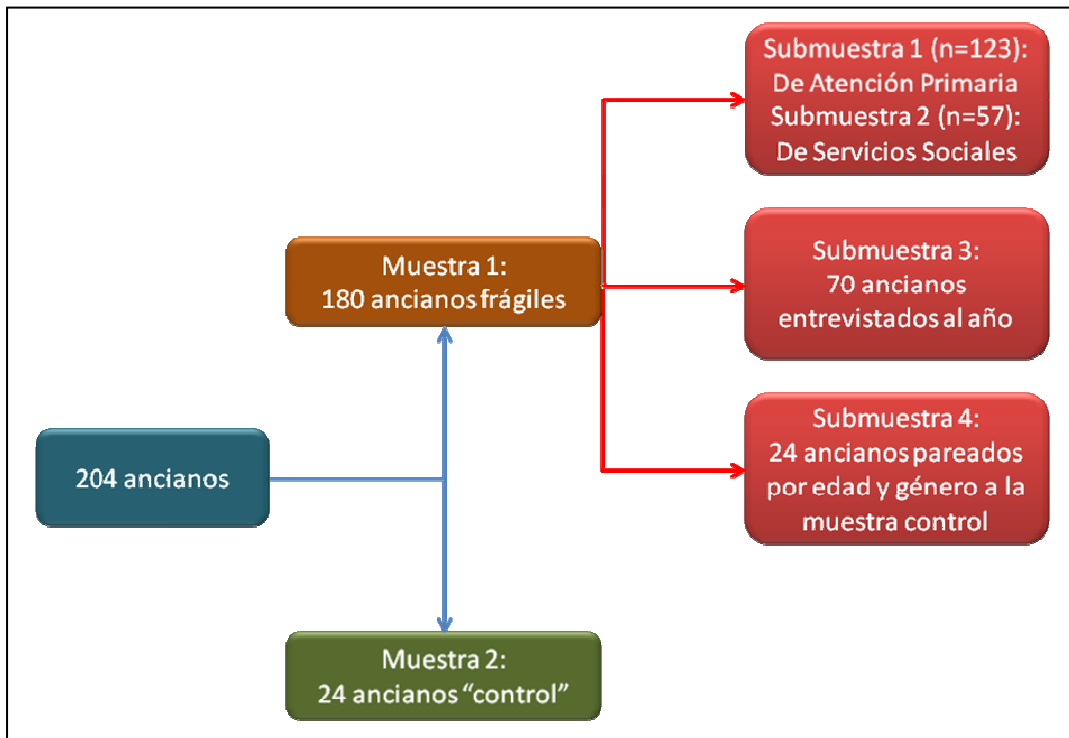
El procedimiento estadístico utilizado se recoge en la tabla 3

Tabla 3: Secuencia de procedimientos estadísticos utilizados en la investigación.

Objetivos	Técnica estadística
- Descripción de la muestra.	MEDIA ARITMÉTICA DESVIACIÓN TÍPICA PORCENTAJES
- Comparar las puntuaciones de todos los grupos en todas las variables (dependientes e independientes).	ANOVA U de Mann-Whitney
- Clasificar y discriminar los distintos niveles de dependencia en función de los predictores.	ANÁLISIS DISCRIMINANTE

Los 204 ancianos entrevistados se dividen en 180 ancianos frágiles y 24 ancianos control. A su vez, la muestra de ancianos frágiles ha sido dividida en varias submuestras: la primera de ella es el resultado de dividir la muestra de ancianos frágiles en dos submuestras en función de la entidad que nos ha derivado a los ancianos (atención primaria versus asuntos sociales). La tercera de ellas, está constituida por los 70 ancianos que tienen realizada la entrevista de seguimiento al año. La cuarta es el resultado de haber emparejado en función del género y la edad a 24 sujetos del grupo de ancianos frágiles con los 24 sujetos que constituyen la muestra control. Se han utilizado varias muestras submuestras en el análisis de los resultados referidos a los ancianos (Gráfico 1)

Gráfico 1: Distribución de los ancianos frágiles en las distintas muestras



IV.RESULTADOS

IV.1. RESULTADOS OBTENIDOS POR LOS ANCIANOS FRÁGILES EN LA PRIMERA ENTREVISTA

La elevada cantidad de variables incluidas en las entrevistas hace que con el fin de alcanzar una mayor claridad expositiva realicemos tan solo un resumen de algunos de los resultados y nos centremos en el análisis de las variables más significativas o aquellas vinculadas a los objetivos de esta investigación.

IV.1.1.- DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Las características sociodemográficas de la muestra de ancianos frágiles aparecen en la Tabla 7. En clara consonancia con la distribución teórica que realizamos en el proyecto inicial hay mayor prevalencia del género femenino (77,2%, n= 139)

frente al masculino (22,8%, n= 41). La edad media del total de la muestra es de 77, 53 (d.t.= 5,66), siendo los valores mínimo y máximo de 65 y 95 años respectivamente. La distribución por rango de edad muestra un predominio de ancianos que se sitúan entre los 70 y los 85 años (82,8%, n= 149), con escasa representación de los sujetos que se encuentran en los segmentos etarios más extremos: sólo hay 18 (10%) ancianos que tienen entre 65 y 70 años y 13 (7,2%) ancianos con edades superiores a los 85 años.

Tabla n° 7: Distribución de las características sociodemográficas en el grupo de ancianos Frágiles				
VARIABLES	Valores	N	%	Casos perdidos (%)
GÉNERO	hombre	41	22,8	0
	mujer	139	77,2	
EDAD	65-70	18	10	0
	71-75	50	27,8	
	76-80	61	33,9	
	81-85	38	21,1	
	86-	13	7,2	
	Media (d.t.)	77,53 (5,66)		
	Rango	65-95		
ESTADO CIVIL	soltero/a	13	7,2	
	casado/a	90	50,0	
	viudo/a	69	38,3	
	separado/a	8	4,4	
PROCEDENCIA	capital	83	46,4	1 (0,6)
	provincia	96	53,6	
ESTUDIOS	no lee ni escribe	34	18,9	3 (1,7)
	lee y escribe	69	38,3	
	estudios primarios	62	34,4	
	estudios medios	10	5,6	
	est. universitarios	2	1,1	
PROFESIÓN	ama de casa	70	38,9	2 (1,1)
	obrero no cualificado	59	32,8	
	ama de casa y obrero no cualificado	33	18,3	
	obrero cualificado	9	5,0	
	profesión liberal	7	3,9	
CON QUIÉN VIVE	pareja	75	41,7	2 (1,1)
	pareja e hijos	14	7,8	
	pareja y familiares	3	1,7	
	hijos	18	10,0	
	otros familiares	7	3,9	
	solo/a	60	33,3	
	comunidad religiosa	1	0,6	

Tabla n° 7: Distribución de las características sociodemográficas en el grupo de ancianos Frágiles

CUIDADOR/A	Es cuidadora	20	11,5	6 (3,3)
	No es cuidadora	103	59,2	
conviven dos frágiles				
		51	29,3	
N° HIJOS	sin hijos	22	12,4	2 (1,1)
	1 hijo	14	7,9	
	2 hijos	47	26,4	
	3 hijos o más	95	53,3	

El nivel cultural de la muestra de ancianos frágiles, y por un simple efecto generacional, es bajo (el 57,2%, n=103, son analfabetos) mientras que los ancianos con estudios medios y universitarios son escasos (12 sujetos que representan el 6,7%). En consecuencia, las actividades laborales desempeñadas son de baja cualificación. Tan sólo el 8,9% (n= 16) de los ancianos eran obreros cualificados o habían desempeñado profesiones liberales.

En lo que se refiere al estado civil, la mitad de los ancianos de la muestra (n= 90, 50%) están casados, siendo escasas las parejas que conviven con sus hijos u otros familiares (18%, n=17). Cuando se produce esta convivencia, suele deberse a la falta de emancipación de los hijos, motivo más frecuente entre los ancianos de menor edad, a la separación matrimonial del hijo o hija o a que los hijos presentan algún tipo de discapacidad y están bajo el cuidado de sus padres. **Es poco frecuente que el motivo de la convivencia de parejas de ancianos frágiles con sus hijos sea el que éstos cuiden de sus padres** (solo hemos encontrado un caso). Los viudos y viudas representan el 38,3% de los ancianos de la muestra de ancianos frágiles y, en su mayoría, viven solos (69,1%). El 25% (n=17) se han trasladado a vivir a casa de sus hijos o hijas. De hecho, **los viudos representan casi la totalidad de los ancianos frágiles que conviven con sus hijos** (89,5%, n=17; 1 convive con su pareja en casa de su hija y otro es separado).

Consideramos de especial relevancia, el que **el 29,3% (n=51) de los ancianos frágiles conviva con otro anciano frágil y que el 11,5% (n=20) sea, a su vez, cuidador de un sujeto dependiente generalmente algún hijo con discapacidad o pareja con**

proceso terminal o demencial. Lógicamente, esta situación incrementa su ya elevada vulnerabilidad.

IV.1.2. CRITERIOS DE FRAGILIDAD

Como se observa en la tabla 8, **no todos los criterios de fragilidad tienen las mismas tasas de prevalencia entre los ancianos frágiles.** Los criterios que están presentes en el 75% o más de la muestra son: ser mujer (n=139, 77,2%), con más de tres enfermedades crónicas (n=137, 76,1%) e ingerir diariamente más de tres fármacos (n=159, 88,3%). Por el contrario, los indicadores presentes en menos del 25% de la muestra son no comer caliente (n=11, 6,1%), no disponer de una persona de confianza (n= 16, 8,9%) y haber sufrido un ingreso hospitalario en los últimos doce meses (n=30, 16,7%).

Tabla n° 8: Criterios de fragilidad en el grupo de ancianos frágiles				
VARIABLES	Valores	N	%	Casos perdidos (%)
GÉNERO	Hombre	41	22,8	0 (0,0)
	Mujer	139	77,2	
MAYOR 80 AÑOS	Sí	67	37,2	
	No	113	62,8	
VIVIR SOLO	solo	63	35,0	
	acompañado	117	65,0	
COMER CALIENTE	Sí	169	93,9	
	No	11	6,1	
CAÍDA	Sí	68	37,8	
	No	112	62,2	
INGRESO HOSPITALARIO	Sí	30	16,7	
	No	150	83,3	
ENFERMEDADES CRÓNICAS	más de 3	137	76,1	
	3 ó menos	43	23,9	
MEDICAMENTOS	3 ó más	159	88,3	
	menos de 3	21	11,7	
AYUDA	Sí	164	91,1	
	No	16	8,9	
DEFICIENCIA SENSORIAL	Sí	69	38,3	
	No	111	61,7	
DETERIORO COGNITIVO LEVE	Sí	31	17,2	
	No	149	82,8	

Tabla n° 8: Criterios de fragilidad en el grupo de ancianos frágiles

PROBLEMAS DE MOVILIDAD	Sí	45	25,0
	No	135	75,0
DISFORIA	Sí	79	43,9
	No	101	56,1

La diversa procedencia de los ancianos que constituyen el grupo de frágiles, nos ha llevado a realizar un análisis comparativo de la frecuencia de aparición de los distintos criterios de fragilidad en función de haber sido derivados por asuntos sociales (AS) (n= 57, el 31,6% del total de la muestra) o por atención primaria (AP) (n=123, el 68,3% del total de la muestra). Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en 6 de los 13 criterios de fragilidad utilizados, concretamente en el género (mayor prevalencia de hombres en el grupo AP), la edad (el grupo AS está constituido fundamentalmente por sujetos menores de 80 años), los ingresos hospitalarios (más frecuentes en el grupo AP), la presencia de deterioro cognitivo leve (más frecuente en el grupo AP), los problemas de movilidad (más frecuentes en el grupo AP), y la presencia de sintomatología depresiva (más frecuente en el grupo AP) (Tabla 9). Estos resultados nos parecen especialmente relevantes ya que inciden en los problemas conceptuales del concepto de fragilidad y nos indican la multidimensionalidad del mismo. Esto es, ***no parece que exista “el anciano frágil” sino más bien, distintos grupos de ancianos que, aún cumpliendo criterios de fragilidad, presentan características o perfiles diferenciados.***

Tabla n° 9: Comparación de los criterios de fragilidad entre ancianos frágiles derivados por los Servicios Sociales y ancianos frágiles derivados por Atención Primaria

Variables	Valores	SERVICIOS SOCIALES		ATENCIÓN PRIMARIA		Valor	G.L	P
		N	%	N	%			
GÉNERO	hombre	5	8,8	36	29,3	9.30	1	0.001
	Mujer	52	91,2	87	70,7			
MAYOR 80 AÑOS	Sí	10	17,5	57	46,3	13.82	1	0.0001
	No	47	82,5	66	53,7			
VIVIR SOLO	Solo	23	40,4	40	32,5	1.05	1	0.195
	acompañado	34	59,6	83	67,5			
COMER CALIENTE	Sí	56	98,2	113	91,9	2.75	1	0.086
	No	1	1,8	10	8,1			

Tabla n° 9: Comparación de los criterios de fragilidad entre ancianos frágiles derivados por los Servicios Sociales y ancianos frágiles derivados por Atención Primaria

VARIABLES	Valores	SERVICIOS SOCIALES	ATENCIÓN PRIMARIA	Valor	G.L	P
CAÍDA	Sí	17	29,8	51	41,5	2.24 1 0.090
	No	40	70,2	72	58,5	
INGRESO HOSPITALARIO	Sí	3	5,3	27	22,0	7.81 1 0.003
	no	54	94,7	96	78,0	
ENFERMEDADES CRÓNICAS	más de 3	44	77,2	93	75,6	0.05 1 0.487
	3 ó menos	13	22,8	30	24,4	
MEDICAMENTOS	3 ó más	53	93,0	106	86,2	1.74 1 0.141
	menos de 3	4	7,0	17	13,8	
AYUDA	Sí	52	91,2	112	91,1	0.00 1 0.606
	No	5	8,8	11	8,9	
DEFICIENCIA SENSORIAL	Sí	26	45,6	43	35,0	1.87 1 0.115
	No	31	54,4	80	65,0	
DETERIORO COGNITIVO LEVE	Sí	2	3,5	29	23,6	11.00 1 0.0001
	No	55	96,5	94	76,4	
PROBLEMAS DE MOVILIDAD	Sí	4	7,0	41	33,3	14.38 1 0.011
	No	53	93,0	82	66,7	
DISFORIA	Sí	18	31,6	61	49,6	5.13 1 0.017
	No	39	68,4	62	50,4	

IV.1.3. ESTADO DE SALUD

Dentro de este apartado hemos incluido los resultados relacionados con la prevalencia de enfermedades y el consumo de fármacos, la percepción subjetiva del estado de salud y la adherencia al tratamiento.

IV.1.3.1. Prevalencia de enfermedades y consumo de fármacos

Como queda constatado en la bibliografía sobre el tema, los ancianos suelen presentar una elevada comorbilidad de procesos crónicos. **En el caso de nuestra muestra, los ancianos frágiles llegan a presentar hasta 13 enfermedades crónicas.** Entre las enfermedades más frecuentes en esta población encontramos las cardiovasculares (n=142 que representan el 79,8%, destacando especialmente los problemas de hipertensión) y las osteoarticulares (n= 134, 75,3%) (Tabla 10).

Tabla 10. Distribución de enfermedades informadas en el grupo de ancianos frágiles

Variables		Valores	N	%	Casos perdidos (%)
SENSORIALES	Visión	Sí	52	28,9	2 (1,1)
		No	125	69,4	
	Audición	Sí	33	18,3	
		No	145	80,6	
	Total	Sí	77	43,3	
No		101	56,7		
OSTEOARTICULARES	Artrosis	Sí	132	73,3	2 (1,1)
		No	44	24,4	
	Fibromialgia	Sí	8	4,4	
		No	170	94,4	
	Total	Sí	134	75,3	
No		44	24,7		
RESPIRATORIAS		Sí	21	11,7	2 (1,1)
		No	157	87,2	
CARDIOVASCULARES	Circulatorias	Sí	46	25,6	2 (1,1)
		No	132	73,3	
	Coronarias	Sí	58	32,2	
		No	120	66,7	
	Tensión	Sí	104	57,8	
No		74	41,1		
Total	Sí	142	79,8		
	No	36	20,2		
METABÓLICAS	Diabetes	Sí	60	33,3	2 (1,1)
		No	118	65,6	
	Hiperuricemia	Sí	8	4,4	
		No	170	94,4	
	Colesterol	Sí	65	36,1	
No		113	62,8		
Total	Sí	98	54,5		
	No	81	45,5		
DIGESTIVAS		Sí	44	34,7	2 (1,1)
		No	134	75,3	
ONCOLÓGICAS		Sí	10	5,5	2 (1,1)
		No	168	93,3	
GENITOURINARIAS		Sí	22	12,2	2 (1,1)
		No	156	86,7	
DERMATOLÓGICAS		Sí	3	1,7	2 (1,1)
		No	175	97,2	
ENDOCRINAS		Sí	15	8,3	2 (1,1)
		No	163	90,6	
RENAL		Sí	4	2,2	1 (0,6)
		No	175	97,2	
PSIQUIÁTRICAS	Insomnio	Sí	4	2,2	2 (1,1)
		No	174	96,7	
	Depresión	Sí	25	13,9	
		No	153	85,0	
	Ansiedad	Sí	10	5,6	
No		167	92,8		
Otros trastornos	Sí	6	3,3		
	No	175	97,2		

	mentales	No	172	95,6	
	Total	Sí	39	22,0	3 (1,7)
		No	138	78,0	
NEUROLÓGICAS	Parkinson	Sí	3	1,7	2 (1,1)
		No	175	97,2	
	Alzheimer	Sí	1	0,6	
		No	177	98,3	
	Total	Sí	4	2,2	2 (1,1)
		No	174	27,8	
Media (d.t.)	3,50 (1,93)				

Son precisamente **las enfermedades osteoarticulares las que resultan más limitantes y más difíciles de sobrellevar** por nuestros ancianos fundamentalmente porque les generan dolor y limitan su movilidad.

Tabla 11: Enfermedad más difícil de sobrellevar y motivos en el grupo de ancianos frágiles

Variables	Valores	N	%	Casos perdidos (%)
ENFERMEDAD MÁS DIFÍCIL DE SOBRELLEVAR	ninguna	16	10,9	35 (19,7)
	visión	4	2,7	
	articular	83	56,5	
	fibromialgia	3	2,0	
	circulatoria	6	4,1	
	coronaria	9	6,1	
	respiratorio	5	3,4	
	tensión	1	0,7	
	digestiva	2	4,7	
	cáncer	2	1,4	
	diabetes	4	2,7	
	colesterol	1	0,7	
	depresión	3	2,0	
	ansiedad	1	0,7	
	parkinson	2	1,4	
	renal	1	0,7	
Total		147	81,7	
MOTIVOS	se desorienta	3	2,4	54 (30,0)
	necesidad de ayuda	3	2,4	
	anhedonia	9	7,1	
	dolor	46	36,5	
	limita la movilidad	58	46,0	
	limita la alimentación	3	2,4	
	le preocupa	4	3,2	
Total		126	70,0	

La elevada presencia de enfermedades crónicas no solo afecta directamente a la vulnerabilidad y el estado físico del anciano sino también indirectamente a través del consumo de un elevado número de fármacos. Así, **encontramos ancianos que llegan a ingerir diariamente (o tienen prescritos) más de 20 fármacos diarios** (Tabla 12).

Dado que el perfil de anciano frágil varía en función de la procedencia de la muestra, hemos analizado las diferencias en el total de enfermedades padecidas y de fármacos consumidos, y hemos comprobado que aunque no se producen diferencias estadísticamente significativas en el número de enfermedades, sí que existen en el número de fármacos diferentes que consumen a lo largo del día, siendo los ancianos que proceden de atención primaria los que ingieren un mayor número de fármacos distintos diarios (Tabla 12).

Tabla 12: Análisis comparativo de media de enfermedades y de fármacos entre el grupo de ancianos frágiles derivados por los servicios sociales y el grupo de ancianos derivados por atención primaria				
	SERVICIOS SOCIALES	ATENCIÓN PRIMARIA	F	Sign.
	Media (d.t.)/Rango	Media (d.t.) / Rango		
ENFERMEDADES	4,08 (1,22) / (2-8)	4,39 (1,94) / (1-13)	1,21	0.27
FÁRM. DIFERENTES	4,18 (1,47) / (2-9)	5,09 (2,30) / (0-11)	7,31	0.008
FÁRMACOS DIARIOS	6,04 (2,90) / (2-14)	7,23 (4,44) / (0-29,5)	3,32	0.07

Es de destacar el **elevado consumo de fármacos psicotrópicos ingeridos para los problemas depresivos y de ansiedad o que son utilizados para dormir** (Tabla 13) y que, en numerosas ocasiones, no se ingieren en función de la posología recomendada sino en función de la presencia o ausencia autopercebida de sintomatología.

Tabla 13: Consumo de psicotrópicos y fármacos para dormir en el grupo de ancianos frágiles				
Variables	Valores	N	%	Casos perdidos (%)
PSICOTRÓPICOS	sí	59	34,1	7 (3,9)
	no	114	65,9	
FÁRMACOS PARA DORMIR	sí	72	41,4	
	no	102	58,6	

Resulta igualmente llamativa la *elevada discrepancia que existe entre las enfermedades informadas por los ancianos y las que constan en sus historias de salud*. Una discrepancia que se extiende al número de fármacos que figuran en la historia de salud y a la posología de los mismos lo que podría indicar una tendencia a los ancianos a informar o a ingerir un menor número de fármacos de los prescritos (Tablas 14 y 15).

Tabla 14: Coincidencia de enfermedades informadas por el paciente y la historia médica en el grupo de ancianos frágiles

Variables	Enfermedades en hª médica no informadas por el paciente		Enfermedades informadas por el paciente que no están en hª médica		Casos perdidos (%)
	N	%	N	%	
VISTA	8	6,8	23	19,7	63 (35,0)
AUDICIÓN	1	0,9	20	17,1	63 (35,0)
ARTICULAR	22	18,8	31	26,5	63 (35,0)
FIBROMIALGIA	2	1,7	2	1,7	64 (35,6)
RESPIRATORIA	13	11,2	3	2,6	64 (35,6)
CIRCULATORIA	15	12,9	22	19,0	64 (35,6)
CORONARIA	14	12,1	11	9,5	64 (35,6)
TENSIÓN	18	15,5	16	13,8	64 (35,6)
DIABETES	9	7,8	11	9,5	64 (35,6)
HIPERURICEMIA	2	1,7	5	4,3	64 (35,6)
COLESTEROL	16	13,8	23	19,8	64 (35,6)
DIGESTIVA	19	16,4	9	7,8	64 (35,6)
HERNIA	4	3,4	8	6,9	64 (35,6)
GENITOURINARIA	9	7,8	8	6,9	64 (35,6)
DERMATOLÓGICA	6	5,2	2	1,7	64 (35,6)
ENDOCRINA	4	3,4	5	4,3	64 (35,6)
DEPRESIÓN	8	6,9	14	12,1	64 (35,6)
ANSIEDAD	4	3,4	3	2,6	64 (35,6)
INSOMNIO	3	2,6	3	2,6	64 (35,6)
OTROS TRAST. MENTAL	6	5,2	5	4,3	64 (35,6)
PARKINSON	2	1,7	1	0,9	64 (35,6)
ALZHEIMER	0	0,0	0	0,0	64 (35,6)

Tabla 15: Coincidencia de fármacos diarios informados por el paciente y la hª médica en el grupo de ancianos frágiles

Variables	Fármacos en hª médica no informadas por el paciente		Fármacos informadas por el paciente que no están en hª médica		Coincidencia		Casos perdidos (%)
	N	%	N	%	N	%	
FÁRMACOS DIFERENTES DIARIOS	79	68,7	19	16,5	17	14,8	65 (36,1)
FÁRMACOS TOTALES DIARIOS	83	72,2	23	20,0	9	7,8	65 (36,1)

IV.1.3.2. Percepción subjetiva del estado de salud

La percepción del estado de salud no es el resultado directo de la presencia/ausencia de enfermedad ya que a pesar de la elevada comorbilidad, **solo el 25,3% de los ancianos frágiles consideran que su salud es pobre o muy pobre** e incluso el 53,5% la considera mejor o mucho mejor que la del resto de personas de su edad (Tabla 16).

Tabla 16: Percepción de salud y percepción de salud comparada en el grupo de ancianos frágiles				
Variables	Valores	N	%	Casos perdidos (%)
PERCEPCIÓN SALUD	muy pobre-pobre	45	25,3	2 (1,1%)
	regular	71	39,9	
	buena-excelente	62	34,8	
Total		178	98,9	
PERCEPCIÓN SALUD COMPARADA	mucho peor-peor	35	20,3	8 (4,4)
	Igual	42	24,4	
	mejor-mucho mejor	92	53,5	
	no sabe	3	1,7	
Total		172	95,6	

Es difícil la interpretación de que sean los ancianos derivados por atención primaria, quienes presentan una mayor media de enfermedades crónicas y un mayor consumo de fármacos sean quienes valoran más positivamente su estado de salud. De alguna manera, estos resultados pueden sugerir que conforme el estado de salud se vuelve más complejo, mayor capacidad adquieren los ancianos para detectar las variaciones en el mismo.

Tabla 17: Percepción de salud y percepción de salud comparada en el grupo de ancianos frágiles						
Variables	Valores	SERVICIOS SOCIALES	ATENCIÓN PRIMARIA	VALOR	df	Sign
PERCEPCIÓN SALUD	muy pobre-pobre	6 (10,5%)	39 (32,2%)	25,7	2	0.0001
	Regular	38 (66,7%)	33 (27,3%)			
	buena-excelente	13 (22,8%)	49 (40,5%)			
Total		44	92			
PERCEPCIÓN SALUD COMPARADA	mucho peor-peor	8 (15,7%)	27 (22,9%)	1,69	2	0,42
	Igual	16 (31,4%)	28 (23,7%)			
	mejor-mucho mejor	27 (52,9%)	63 (53,4%)			
	Total	51	118			

IV.1.3.3. Adherencia al tratamiento

Existe un elevado porcentaje de ancianos frágiles (47, 1%) con problemas en la adherencia terapéutica (Tabla 18), generalmente debido a olvidos en la toma de fármacos (38,3%) que, según informan, se suele producir ocasionalmente, si bien no debemos ignorar que el 25% afirman olvidar algún medicamento diariamente (Tabla 19 y 20). En general, la conducta adoptada ante los olvidos es saltar la toma e ingerirlo en la siguiente comida. Además, el 22,1% ha abandonado en alguna ocasión la medicación, siendo el principal motivo el que “le sentó mal” (¿incumplimiento inteligente?) (Tabla 21). No se han producido diferencias estadísticamente significativas entre los ancianos que proceden de atención primaria y los que proceden de servicios sociales.

Tabla 18: Conductas de adherencia al tratamiento en el grupo de ancianos frágiles y comparación entre ancianos derivados por atención primaria y por servicios sociales

Variable	Valores	N	%	Valor	d.f.	Sign
GRUPO TOTAL	Sí	81	47,1	0.40	1	0,13
	No	91	52,9			
ATENCIÓN PRIMARIA	Sí	45	37,8	0.40	1	0,13
	No	74	62,2			
SERVICIOS SOCIALES	Sí	24	42,9	0.40	1	0,13
	No	32	57,1			

Tabla 19: Conductas de adherencia al tratamiento en el grupo de ancianos frágiles

Variable	Valores	N	%	Casos perdidos (%)
OLVIDA MEDICACIÓN	Sí	67	38,3	5 (2,8)
	No	108	61,7	
DISMINUYE MEDICACIÓN	Sí	22	12,6	6 (3,3)
	No	152	87,4	
NO TOMA MEDICACIÓN	Sí	20	11,5	6 (3,3)
	No	154	88,5	
ABANDONA MEDICACIÓN	Sí	38	22,1	8 (4,4)
	No	134	77,9	
CUIDADOSO/A HORARIOS	Sí	152	87,4	6 (3,3)
	No	22	12,6	

Tabla 20: Frecuencia olvido medicación y conducta consecuyente en el grupo de ancianos frágiles

Variable	Valores	N	%	Casos perdidos (%)
FRECUENCIA OLVIDO	casi todos los días	17	25,0	68 (37,8)
	1-2 vez en semana	12	17,6	
	1-2 vez en mes	8	11,8	
	Ocasionalmente	31	45,6	
QUÉ HACE CUANDO OLVIDA	salta la toma	45	62,5	108 (60,0)
	toma cuando se acuerda	24	33,3	
	toma en siguiente comida	2	2,8	
	Otras	1	1,4	

Tabla 21: Motivos para no tomar la medicación en el grupo de ancianos frágiles

Variable	Valores	N	%	Casos perdidos (%)
MOTIVO NO MEDICACIÓN	“le sentó mal”	11	50,0	158 (87,8)
	no quiere tomarla	8	36,4	
	otros motivos	3	13,5	

IV.I.4. ESTADO FUNCIONAL.

Los resultados obtenidos en el índice de Barthel, nos indica que el concepto de fragilidad se corresponde a las categorías “independiente” “dependencia moderada” o “dependencia ligera”, sin que en ningún caso los ancianos frágiles alcancen los niveles de dependencia grave (Tabla 22).

Tabla 22 : Resultados obtenidos en el Índice de Barthel y la Escala de AIVD de Lawton y Brody

	AUTÓNOMO	D. LEVE	D. MODERADA	D GRAVE	Valor	d.f	Sign
GRUPO TOTAL	124 (69,3%)	18 (10,1%)	37 (20,7%)	0			

Tabla 22 : Resultados obtenidos en el Índice de Barthel y la Escala de AIVD de Lawton y Brody							
ATENCIÓN PRIMARIA	71 (58,2%)	15 (12,3%)	36 (29,5%)	0	23,1	3	0.0001
SERVICIOS SOCIALES	53 (93%)	3 (5,3%)	1 (1,8%)	0			

Así pues, *las mayores dificultades de los ancianos frágiles no se relacionan tanto con las tareas de higiene y cuidado personal como en las relacionadas con las actividades instrumentales*, destacando los problemas para el cuidado de la casa o realizar las compras (Tabla 23). Por esos motivos, es elevado el porcentaje de ancianos que recibe ayuda para estas actividades de autocuidado (78,7%), con una frecuencia diaria en el 48,6% de los casos. Generalmente la ayuda es proporcionada por la familia (aproximadamente en el 40% de los casos). Resulta especialmente llamativo el que tan sólo el 7,9% recibe ayuda institucional.

Tabla 23: Resultados obtenidos en la Escala de AIVD de Lawton y Brody						
	AUTÓNOMO	D. MODERADA	D. GRAVE	Valor	d.f	Sign
GRUPO TOTAL	57 (41,9%)	68 (50%)	11 (8,1%)			
ATENCIÓN PRIMARIA	25 (27,2%)	57 (62%)	10 (10,9%)	25,5	2	0.0001
SERVICIOS SOCIALES	32 (72,7%)	11 (25%)	1 (2,3%)			

Comprobamos una vez más, la existencia de notables diferencias (estadísticamente significativas) entre los dos subgrupos, lo que apunta una vez más, a la existencia de distintos tipos de ancianos frágiles, ligados al contexto en el que nos centremos (Tabla 23).

IV.I.5. VALORACIÓN PSICOLÓGICA

Son diversas las áreas que han sido evaluadas dentro de este apartado y que pasamos a exponer a continuación

IV.I.5.1. Acontecimientos vitales

La aparición de ***acontecimientos vitales es frecuente entre los ancianos frágiles, generalmente relacionados con la salud***, ya sea propia, de la pareja u otros familiares o por la muerte de seres queridos (Tabla 24).

Tabla 24. Sucesos vitales en la muestra de ancianos frágiles y comparación entre aquellos derivados por Atención Primaria y por Servicios Sociales			M. TOTAL	ATENCIÓN PRIMARIA	SERVICIOS SOCIALES	Valor	df	Sign
A.VITAL	SI		88 (50%)	58 (48,3%)	30 (53,6%)	0,41	1	0,31
TIPO	Económico	Propio	4 (2,9%)	2 (5,3%)	2 (2%)	2,1	2	0,33
		Familia	3 (2,1%)	3 (2,9%)	0			
		Total	7 (5%)	5 (4,9%)	2 (5,3%)			
	Salud	Propia	18 (12,9%)	13 (12,7%)	5 (13,1%)	4,6	3	0,59
		Ajena	27 (17,8%)	17 (16,7%)	10 (26,8%)			
		Muerte	23 (16,4%)	15 (14,7%)	8 (21,1%)			
		Total	64 (45,7%)	43 (42,2%)	21 (55,3)			
	Interpers	Pareja	4 (2,9%)	4 (3,9%)	0	5,4	3	0,24
		Familia	17 (21,1%)	10 (9,8%)	7 (18,4%)			
		Amigos	1 (0,7%)	1 (1%)	0			
		Total	22 (15,7%)	15 (14,7%)	7 (18,4%)			
	Cotidianos	Casa	2 (14%)	0	2 (5,3%)	6,1	3	0,10
		Div hijos	3 (2,2%)	2 (2%)	1 (2,6%)			
Ruidos		2 (1,4%)	2 (2%)	0				
Total		7 (5%)	4 (4%)	3 (7,9%)				

IV.1.5.3 Estado de ánimo deprimido

Casi la mitad de los ancianos frágiles han obtenido puntuaciones en la GDS que los clasifican en “depresión moderada o grave” (Tabla 25). Sin embargo algunos de los criterios clínicos de depresión alcanzan una prevalencia más elevada, entre los que destacan el estado de ánimo triste y deprimido (presente en el 70,5% de los ancianos) o la vivencia de un futuro incierto y sombrío (presente en el 57,9%).

Tabla 25: Niveles de depresión en función del Cuestionario Geriátrico para la Depresión (G.D.S.) en el grupo de ancianos frágiles. Comparación en función de la procedencia de los ancianos

Variable	Valores	MUESTRA TOTAL	ATENCIÓN PRIMARIA	SERVICIOS SOCIALES	Valor	df	Sign
NIVELES DE DEPRESIÓN (G.D.S.)	Normal	127 (64,5%)	70 (56%)	57 (79,2%)	11,8	2	0.003
	D. moderada	51 (25,9%)	42 (33,6%)	9 (12,5%)			
	D. grave	19 (9,6%)	13 (10,4%)	6 (8,3%)			
Media (d.t.)		4,7 (3,8)	5,2 (3,7)	3,5 (3,7)			0.006

La naturaleza de **la sintomatología depresiva** del anciano presenta peculiaridades que la diferencia de la del adulto, **encontrándose notablemente determinada por la funcionalidad y el sentimiento de inutilidad**. De tal manera que es la incapacidad asociada a los procesos mórbidos la que genera la sintomatología depresiva (esfuerzo extra para hacer las cosas, sentimiento de inutilidad, vivencia de un futuro incierto y peor,...). Existen notables diferencias si comparamos a ancianos derivados desde atención primaria o desde asuntos sociales. Por la importancia clínica, hemos de destacar que el 3,5% de los ancianos frágiles ha pensado o incluso ha intentado suicidarse.

IV.1.5.4. Satisfacción vital y calidad de vida

El análisis de los resultados sobre satisfacción vital nos muestra que **el 51,9% de los ancianos frágiles se sienten satisfechos o muy satisfechos con su trayectoria vital**. Existen diferencias estadísticamente significativas entre los ancianos que proceden de atención primaria y los que lo hacen de servicios sociales, en el sentido de que son los primeros quienes muestran mayores niveles de satisfacción vital.

TABLA 26: Niveles de satisfacción en función de la Escala de Satisfacción Vital (SWLS-Diener) en el grupo de ancianos frágiles

Variable	Valores	MUESTRA TOTAL	ATENCIÓN PRIMARIA	SERVICIOS SOCIALES	Valor	df	Sign
NIVELES DE SATISFACCIÓN VITAL	Muy insatisfecho	23 (14,6%)	18 (17,5%)	5 (9,1%)	15,1	4	0.004
	Insatisfecho	41 (25,9%)	20 (19,4%)	21 (38,2%)			
	Neutro	12(7,6%)	5 (4,9%)	7 (12,7%)			
	Satisfecho	45 (28,5%)	29 (28,2%)	16 (29,1%)			
	Muy satisfecho	37 (23,4%)	31 (30,1%)	6 (10,9%)			
Media (d.t.)		20,8 (5,7)	21,3 (6,3)	20,9 (4,2)			0.20

Igualmente, y a pesar de las limitaciones y los sentimientos de incapacidad y depresivos que presentan **los ancianos, valoran positivamente su calidad de vida** (sólo el 11,6% la ha calificado como mala o muy mala) (Tabla 27). Uno de los motivos que ofrecen para esta elevada valoración es el disminuido nivel de expectativas y exigencias que presentan. No obstante, se producen diferencias estadísticamente significativas entre los dos subgrupos de ancianos frágiles, siendo los ancianos de atención primaria quienes en mayor proporción, valoran su calidad de vida como “buena”.

TABLA 27: Calidad de vida en el grupo de ancianos frágiles

Variable	Valores	MUESTRA TOTAL	ATENCIÓN PRIMARIA	SERVICIOS SOCIALES	Valor	df	Sign
CALIDAD DE VIDA	Muy mala	5 (2,9%)	4 (3,4%)	1 (1,8%)	13,9	4	0.008
	Mala	15 (8,7%)	15 (12,9%)	0			
	Regular	34 (19,8%)	25 (21,6%)	9 (16,1%)			
	Buena	81 (47,1%)	45 (38,8%)	36 (64,3%)			
	Muy buena	37 (21,5%)	27 (23,3%)	10 (17,9%)			
Media (d.t.)		6,2 (1,7)	6,1 (1,9)	6,3 (1,1)			0.342

IV.1.5.4. Apoyo social

Los resultados obtenidos en la escala de apoyo social de Duke-Unc muestra que **tan sólo existe un reducido grupo de ancianos frágiles que no cuentan con una adecuada percepción de apoyo social y familiar (concretamente el 14,6%)**, sin que existan diferencias estadísticamente significativas entre quienes proceden de atención primaria o de servicios sociales (Tabla 28).

TABLA 28: Apoyo social valorado a través del Cuestionario de Duke-UNC en el grupo de ancianos frágiles y comparación entre ancianos de atención primaria y de Servicios Sociales

Variable	Valores	MUESTRA TOTAL	ATENCIÓN PRIMARIA	SERVICIOS SOCIALES	Valor	Df	Sign
Apoyo social	Bajo apoyo	24 (14,6%)	20 (17,9%)	4 (7,7%)	2,93	1	0.066
	Apoyo normal	140 (85,4%)	92 (82,1%)	48 (92,3%)			
Media (d.t.)		43,9 (9,5)	43,3 (10,4)	45,1 (7,1)	0.256		

Cuando se les pregunta por su valoración de las **relaciones familiares** (Tabla 29), la mayor parte de los ancianos **las valoran como satisfactorias o muy satisfactorias**, produciéndose diferencias estadísticamente significativas en relación al lugar de procedencia de los ancianos, de tal manera que son aquellos que proceden de atención primaria quienes se muestran más satisfechos. Además de esta valoración subjetiva, un elevado porcentaje reciben llamadas (69%) o visitas (41,3%) diarias de hijos u otros familiares. Se han producido diferencias estadísticamente significativas entre los ancianos de atención primaria, que reciben más visitas y llamadas que quienes proceden de servicios sociales.

TABLA 29: Valoración de las relaciones familiares y frecuencia de llamadas y visitas por familiares en el grupo de ancianos frágiles y comparación entre ancianos de atención primaria y de Servicios Sociales

Variable	Valores	MUESTRA TOTAL	ATENCIÓN PRIMARIA	SERVICIOS SOCIALES	Valor	Df	Sign
Valoración Relaciones familiares	Muy Insatisf.	2 (1,1%)	1 (0,8%)	1 (1,8%)	35,2	4	0.0001
	Insatisfactoria	11 (6,3%)	8 (6,7%)	3 (5,5%)			
	Neutra	12 (6,9%)	11 (9,2%)	1 (1,8%)			
	Satisfactoria	75 (42,9%)	34 (28,3%)	41 (74,5%)			
	Muy satisfac	75 (42,9%)	66 (55%)	9 (16,4%)			
Llamadas que recibe	Ninguna	17 (9,9%)	16 (13,7%)	1 (1,9%)	11,5	3	0.042
	Diarias	118 (69%)	81 (69,2%)	37 (68,5%)			
	Semanal	30 (17,5%)	17 (14,5%)	13 (24,1%)			
	15 días o mas	6 (3,5%)	3 (2,6%)	3 (5,7%)			
Visitas que recibe	Ninguna	9 (5,2%)	8 (6,8%)	1 (1,9%)	16,8	3	0.01
	Diarias	71 (41,3%)	54 (45,8%)	17 (31,5%)			
	Semanal	66 (38,3%)	37 (31,4%)	29 (53,7%)			
	15 días o más	36 (15,2%)	19 (16,2%)	7 (13,1)			
Media (d.t.)		43,9 (9,5)	43,3 (10,4)	45,1 (7,1)	0.256		

No obstante, **los sentimientos de soledad son frecuentes entre los ancianos frágiles (el 40,4% lo presentan), y ello les genera un elevado nivel de insatisfacción**

elevado (en el 66,7% de los casos) (Tabla 30). Una vez más encontramos diferencias estadísticamente significativas entre los dos subgrupos de ancianos frágiles ya que son los ancianos procedentes de atención primaria quienes, en mayor proporción, experimentan sentimientos de soledad. Entre los motivos que los ancianos argumentan para seguir viviendo solos (a pesar de la insatisfacción con esta situación) destacan el que, a pesar de todo, prefieren vivir solos que tener que pasar a vivir con algún hijo o familiar y acomodarse a otra dinámica familiar y a otro hogar.

TABLA 30: Sentimientos de soledad, grado de insatisfacción y motivos de vivir solo en los ancianos frágiles y comparación entre ancianos de atención primaria y servicios sociales							
Variables		MUESTRA TOTAL	ATENCIÓN PRIMARIA	SERVICIOS SOCIALES	Valor	df	Sign
Siente solo		69 (40,4%)	53 (44,9%)	16 (30,2%)	3,2	1	0.04
Insatisfacción Soledad (n=66)	Mucha	44 (66,7%)	35 (66%)	9 (69,2%)	1,4	2	0,49
	Algo	17 (25,8%)	13 (24,5%)	4 (30,8%)			
	Nada	5 (7,6%)	5 (9,4%)	0			
Motivos vivir sola (n=54)	Lo prefiere	21 (38,9%)	14 (35,9%)	7 (46,7%)	5,0	5	0,41
	Viudez	9 (16,7%)	5 (12,8%)	4 (26,7%)			
	No molestar	6 (11,1%)	4 (10,3%)	2 (13,3%)			
	No tiene donde ir	10 (18,5%)	8 (20,5%)	2 (13,3%)			
	No quiere ser "ping- pong"	1 (1,9%)	1 (2,6%)	0			
	No se siente querida	7 (13%)	7 (17,9%)	0			

IV.I.6. UTILIZACIÓN DE RECURSOS SOCIALES Y SANITARIOS

IV.I.6.1. Utilización de Recursos Sociales

Cuando analizamos los recursos sociales que utilizan los ancianos frágiles de nuestra muestra, comprobamos que **hay un predominio de ancianos que no reciben y no han demandado ayudas institucionales** (Tabla 31). Es reducido el número de ancianos que son usuarios de prestaciones sociales relacionadas con la autonomía y el autocuidado: ninguno tiene ayuda para cuidadores, 14 (8,2%) tienen ayuda a domicilio, 1 (0,6%) tiene servicio de comida a domicilio, 1 (0,6%) ayuda para la vivienda y 12 (7%) tienen ayudas técnicas. Las prestaciones más frecuentes son la teleasistencia (n=53,

31%) y las relacionadas con el tiempo libre (n=59, 34,5%) y el transporte (n=72, 42,1%). La utilización de un tipo u otro de prestación está estrechamente vinculada a la pertenencia a alguno de los subgrupos considerados, de tal manera que los ancianos derivados por servicios sociales disponen de recursos relacionados con el tiempo libre mientras que los ancianos derivados por atención primaria necesitan los recursos relacionados con el autocuidado.

TABLA 31: Distribución de frecuencia de "necesidad y utilización de recursos sociales" en el grupo de ancianos frágiles							
Variable	Valores	MUESTRA TOTAL	ATENCIÓN PRIMARIA	SERVICIOS SOCIALES	Valor	df	Sign
AYUDA A CUIDADOR	No han solicitado	144 (85,2%)	93 (78,8%)	51 (100%)	27,6	4	0,0001
	Han solicitado	10 (5,9%)	10 (8,5%)	0			
	Lo están pensando	14 (8,3%)	14 (11,9%)	0			
	Denegado	1 (0,6%)	1 (0,8%)	0			
	La tienen	0	0	0			
AYUDA A DOMICILIO	No han solicitado	127 (74,2%)	78 (65,5%)	49 (94,2%)	26,8	4	0,0001
	Han solicitado	9 (5,3%)	9 (7,6%)	0			
	Lo están pensando	20 (11,7%)	18 (15,1%)	2 (3,8%)			
	Denegado	1 (0,6%)	1 (0,8%)	0			
	La tienen	14 (8,2%)	13 (10,9%)	1 (1,9%)			
SERVICIOS A DOMICILIO	No han solicitado	163 (95,2%)	113 (94,9%)	51 (98%)	2,3	4	0,21
	Han solicitado	0	0	0			
	Lo están pensando	7 (4,1%)	5 (4,2%)	1 (1,9%)			
	Denegado	0	0	0			
	La tienen	1 (0,6%)	1 (0,8%)	0			
AYUDA PARA LA VIVIENDA	No han solicitado	168 (98,2%)	111 (93,2%)	51 (98%)	2,4	4	0,23
	Han solicitado	2 (1,2%)	2 (1,7%)	0			
	Lo están pensando	6 (3,5%)	5 (4,2%)	1 (1,9%)			
	Denegado	0	0	0			
	La tienen	1 (0,6%)	1 (0,8%)	0			
VOLUNTARIADO	No han solicitado	171 (100%)	119 (100%)	52 (100%)			
	Han solicitado	0	0	0			
	Lo están pensando	0	0	0			
	Denegado	0	0	0			
	La tienen	0	0	0			
TELEASISTENCIA	No han solicitado	99 (57,9%)	61 (51,2%)	38 (73%)	9,1	4	0,02
	Han solicitado	5 (2,9%)	5 (4,2%)	0			
	Lo están pensando	14 (8,3%)	11 (9,3%)	3 (5,8%)			
	Denegado	0	0	0			
	La tienen	53 (31%)	42 (35,3%)	11 (21,2%)			
AYUDAS TÉCNICAS	No han solicitado	155 (90,6%)	113 (94,9%)	52 (100%)	1,8	4	0,45
	Han solicitado	1 (0,6%)	1 (0,6%)	0			
	Lo están pensando	2 (1,2%)	2 (1,7%)	0			
	Denegado	1 (0,6%)	1 (0,8%)	0			
	La tienen	12 (7%)	12 (10,1%)	0			
INSTITUCIONES O CENTROS	No han solicitado	167 (97,6%)	116 (97,4%)	51 (98%)	1,9	4	0,44
	Han solicitado	3 (1,8%)	2 (1,7%)	1 (1,9%)			
	Lo están pensando	1 (0,6%)	1 (0,8%)	0			

TABLA 31: Distribución de frecuencia de “necesidad y utilización de recursos sociales” en el grupo de ancianos frágiles

	Denegado	0	0	0			
	La tienen	0	0	0			
AYUDA TIEMPO LIBRE	No han solicitado	108 (63,2%)	105 (88,2%)	3 (5,7%)	98,2	4	0.0001
	Han solicitado	1 (0,6%)	1 (0,8%)	0			
	Lo están pensando	3 (1,8%)	2 (1,6%)	1 (1,9%)			
	Denegado	0	0	0			
	La tienen	59 (34,5%)	11 (9,2%)	48 (92,3%)			
AYUDA TRANSPORTE	No han solicitado	99 (57,9%)	66 (55,4%)	33 (63,4%)	5,7	3	0,12
	Han solicitado	0	0	0,0			
	Lo están pensando	0	0	0,0			
	Denegado	0	0	0,0			
	La tienen	72 (42,1%)	53 (44,5%)	19 (36,5%)			

Para indagar sobre los motivos de esta escasa utilización, recabamos información sobre el grado de conocimiento que los ancianos tienen de los recursos sociales disponibles y de cómo solicitarlos (Tabla 32). Los resultados muestran que **son numerosos los ancianos que desconocen los posibles recursos sociales y asistenciales disponibles y que el 74,6% de los ancianos frágiles no sabe cuál es el procedimiento, la institución o el lugar al que dirigirse para solicitar algún recurso. En cualquier caso, el 55,1% no podría realizar de manera autónoma ninguna petición** (analfabetismo, problemas de movilidad, dependencia de otras personas) (Tabla 33). El que necesiten ayuda podría incidir en que acudieran o fueran derivados a trabajadores sociales que pudieran asesorarles o ayudarles en la tramitación de las ayudas. Sin embargo, es muy reducido el porcentaje de ancianos que han acudido a estos profesionales (tan sólo el 14,1% de los ancianos)

TABLA 32: Porcentaje de ancianos frágiles que NO CONOCEN cada tipo de ayuda institucional. Comparación entre ancianos derivados por atención primaria y asuntos sociales

No Conoce...	MUESTRA TOTAL	ATENCIÓN PRIMARIA	SERVICIOS SOCIALES	Valor	df	Sign
AYUDA A CUIDADOR	96 (56,8%)	75 (63,6%)	21 (41,2%)	34,6	1	0.0001
AYUDA A DOMICILIO	131 (76,6%)	99 (83,1%)	32 (24,8%)	14,8	1	0.02
AYUDA VIVIENDA	133 (77,8%)	102 (85,7%)	31 (59,6%)	25,4	1	0.0001
VOLUNTARIADO	140 (81,9%)	114 (95,8%)	26 (50%)	51,3	1	0.0001
TELEASISTENCIA	30 (17,6%)	25 (21%)	5 (9,6%)	18,2	1	0.006
AYUDAS TÉCNICAS	107 (62,6%)	84 (70,6%)	23 (44,2%)	31,4	1	0.0001
INSTITUCIONES Y	56 (32,7%)	26 (21,8%)	30 (57,7%)	21,5	1	0.0001

CENTROS						
AYUDA TIEMPO LIBRE	30 (17,5%)	30 (25,2%)	0	112,7	1	0.0001
AYUDA TRANSPORTE	54 (31,6%)	32 (26,9%)	21 (42,3%)	5,7	1	0,12

TABLA 33: Análisis de las variables “sabe/puede solicitar recursos institucionales” en el grupo de ancianos frágiles

Variable	Valores	N	%	Casos perdidos (%)
SABE/PUEDE SOLICITAR	no sabe y no puede	87	51,5	11 (6,1)
	no sabe pero puede	39	23,1	
	sabe y no puede	6	3,6	
	sabe y puede	37	21,9	

Aunque los factores psicosociales (recogidos en los criterios de fragilidad) que se asocian con la utilización de recursos sociales varía en función del recurso concreto que consideremos, **los problemas de movilidad representan un factor predictor para la utilización de la ayuda a domicilio, la teleasistencia, las ayudas técnicas y las de tiempo libre** (únicas ayudas analizadas ya que el resto no tienen son utilizadas por el número de ancianos suficiente para poder realizar los análisis estadísticos. El análisis discriminante realizado con la utilización de ayudas para el transporte no ha encontrado ningún factor que prediga su utilización) (Tabla 34)

TABLA 34: Resultados del análisis discriminativo con las variables “Criterios de fragilidad” y “Tipos de recursos sociales”

	Ayuda domicilio	Teleasistencia	Ayudas Técnicas	Ayuda tiempo libre	Ayuda transporte
Género				-0.452	
Mayor 80 años		0.494	0.331	0.425	
Vivir solo/a	0.677	0.632			
Comer caliente					
Caída					
Ingreso hospitalario				0.269	
Enfermedades crónicas					
Fármacos				-0.212	
Ayuda	0.502				
Deficiencia					

TABLA 34: Resultados del análisis discriminativo con las variables "Criterios de fragilidad" y "Tipos de recursos sociales"

sensorial				
Deterioro cognitivo				0.444
Prob. movilidad	0.530	0.542	0.935	0.408
Disforia				0.330
P	0.0001	0.0001	0.0001	0.0001
Clasificados correctamente	86,0%	67,8%	80,7%	76,0%

Uno de los objetivos del trabajo es determinar hasta qué punto la utilización de los recursos sociales incide sobre la calidad de vida de los ancianos que los utilizan. Sin embargo, la valoración que los ancianos han realizado de su calidad de vida parece constituir más un antecedente que una consecuencia de la utilización de los recursos: en el grupo de ancianos derivados desde atención primaria, quienes presentan menores niveles de calidad de vida son quienes manifiestan mayor necesidad de recursos asistenciales relacionados con el autocuidado y la autonomía. Por el contrario, en el grupo de ancianos derivados por servicios sociales quienes disfrutan en la actualidad de recursos sociales relacionados con el tiempo libre, presentan mayor calidad de vida.

TABLA 35: Distribución de frecuencia de "necesidad y utilización de recursos sociales" en el grupo de ancianos frágiles

Variable	Valores	CALIDAD DE VIDA			Valor	df	Sign
		Mala/ Muy mala	Regular	Buena/ Muy buena			
AYUDA A CUIDADOR	No han solicitado	11 (57,9%)	30 (90,9%)	100 (60,6%)	18,9	3	0.004
	Han solicitado	2 (10,5%)	1 (3%)	6 (5,3%)			
	Necesita	5 (26,3%)	2 (6,1%)	7 (6,2%)			
	Denegado	1 (5,3%)	0	0			
	La tienen	0	0	0			
AYUDA A DOMICILIO	No han solicitado	9 (47,4%)	18 (54,5%)	99 (86,1%)	26,3	4	0.001
	Han solicitado	2 (10,5%)	3 (9,1%)	4 (3,5%)			
	Necesita	4 (21,1%)	7 (21,2%)	8 (7%)			
	Denegado	0	0	1 (0,9%)			
	La tienen	4 (2,4%)	5 (15,2%)	3 (2,6%)			
SERVICIOS A DOMICILIO	No han solicitado	18 (94,7%)	30 (90,9%)	111 (96,5%)	10,7	3	0.03
	Han solicitado	0	0	0			
	Necesita	0	3 (9,1%)	4 (3,5%)			
	Denegado	0	0	0			
	La tienen	1 (0,6%)	0	0			

TABLA 35: Distribución de frecuencia de “necesidad y utilización de recursos sociales” en el grupo de ancianos frágiles

AYUDA PARA LA VIVIENDA	No han solicitado	16 (84,2%)	32 (97%)	110 (95,7%)	11,8	3	0,06
	Han solicitado	0	0	2 (1,7%)			
	Necesita	2 (10,5%)	1 (3%)	3 (2,6%)			
	Denegado	0	0	0			
	La tienen	1 (5,3%)	0	0			
VOLUNTARIADO	No han solicitado	19 (100%)	33 (100%)	115 (100%)			
	Han solicitado	0	0	0			
	Necesita	0	0	0			
	Denegado	0	0	0			
	La tienen	0	0	0			
TELEASISTENCIA	No han solicitado	10 (52,6%)	16 (48,5%)	72 (62,6%)	8,7	3	0,18
	Han solicitado	0	0	4 (3,5%)			
	Necesita	1 (5,3%)	6 (18,2%)	7 (6,1%)			
	Denegado	0	0	0			
	La tienen	8 (42,1%)	11 (33,3%)	32 (27,8%)			
AYUDAS TÉCNICAS	No han solicitado	14 (73,7%)	30 (90,9%)	107 (93%)	25,1	4	0,001
	Han solicitado	1 (5,3%)	0	0			
	Necesita	2 (10,5%)	0	0			
	Denegado	0	0	1 (0,9%)			
	La tienen	2 (10,5%)	3 (9,1%)	7 (6,1%)			
INSTITUCIONES O CENTROS	No han solicitado	19 (100%)	31 (93,9%)	115 (100%)	4,3	1	0,11
	Han solicitado	0	2 (6,1%)	0			
	Necesita	0	0	0			
	Denegado	0	0	0			
	La tienen	0	0	0			
AYUDA TIEMPO LIBRE	No han solicitado	19 (100%)	23 (69,7%)	62 (53,9%)	16,4	3	0,01
	Han solicitado	0	0	1 (0,9%)			
	Necesita	0	1 (3%)	2 (1,7%)			
	Denegado	0	0	0			
	La tienen	0	9 (27,3%)	50 (43,5%)			
AYUDA TRANSPORTE	No han solicitado	10 (52,6%)	18 (54,5%)	68 (59,1%)	0,4	1	0,82
	Han solicitado	0	0	0			
	Lo están pensando	0	0	0			
	Denegado	0	0	0			
	La tienen	9 (47,4%)	15 (45,5%)	47 (40,9%)			

IV.1.6.2. Utilización de Recursos Sanitarios

En lo que se refiere a la asistencia médica que reciben los ancianos frágiles de nuestra muestra, revela que casi la totalidad acuden a la sanidad pública, siendo muy reducido el grupo de ancianos que la simultanea con la sanidad privada (Tabla 36). No hay diferencias estadísticamente significativas entre los ancianos que proceden de atención primaria o de servicios sociales.

TABLA 36: Ancianos que acuden a sanidad pública y/o privada en el grupo de ancianos Frágiles

Variable	Valores	MUESTRA TOTAL	ATENCIÓN PRIMARIA	SERVICIOS SOCIALES	Valor	df	Sign
TIPO SANIDAD	Sanidad pública	164 (93,2%)	114 (94,2%)	50(90,9%)	2,37	2	0,30
	Sanidad privada	1 (0,6%)	0	1 (1,8%)			
	Sanidad pública y privada	4 (7,3%)	7 (5,8%)	11 (6,3%)			

Fundamentalmente los ancianos solicitan atención médica para renovación de recetas de fármacos o por la aparición de alguna sintomatología ligera (resfriados, dolor,...). **Además de la Atención Primaria no reciben otro tipo de recursos sanitarios (tan sólo 5 ancianos acuden a rehabilitación)** (Tabla 38).

TABLA 37: Motivos para acudir al médico en la muestra de ancianos frágiles

Variable	Valores	N	%	Casos perdidos (%)
MOTIVOS PARA ACUDIR AL MÉDICO	Para recetas	143	79,4	20 (11,1)
	Para especialista	14	7,7	
	Revisiones sintomatología ligera	19	10,5	
	Revisiones sintomatología grave	6	3,3	
	Revisiones de enfermería	10	5,5	

TABLA 38: Frecuencia con la que los ancianos acuden a otros servicios de atención primaria en el grupo de ancianos frágiles

Variable	Valores	N	%	Casos perdidos (%)
OTROS SERVICIOS DE A.P.	Ninguno	172	97,2	3 (1,7)
	Rehabilitación	5	2,8	

El nivel de satisfacción con la asistencia sanitaria es, a niveles generales, elevado, si bien manifiestan quejas y deficiencias centradas básicamente en las listas de espera y en el acceso a la atención especializada (Tabla 39).

TABLA 39 : Satisfacción con sanidad pública en la muestra de ancianos frágiles

Variable	Valores	N	%	Casos perdidos (%)
ATENCIÓN PRIMARIA	Satisfecho sin quejas	110	63,2	6 (3,3)
	Satisfecho con quejas	48	27,6	
	Insatisfecho/a	16	9,2	
Total		174	96,7	
HOSPITAL	Satisfecho sin quejas	130	77,4	17 (9,5)
	Satisfecho con quejas	25	14,9	
	Insatisfecho/a	8	4,8	
Total		163	90,3	

El análisis cualitativo de las preguntas abiertas incluidas en la entrevista sobre la opinión sobre la asistencia sanitaria nos indican que los ancianos frágiles con mayores problemas de movilidad, reclaman mayor desplazamiento de los médicos al hogar (“*Si no estás postrao en la cama o con cuarenta de fiebre, no vienen, aunque no te puedas mover*”), así como un incremento en la cartera de servicios.

Existe un porcentaje de ancianos frágiles que pudieran ser considerados “hiperfrecuentadores” (26,6%), con visitas mensuales al centro de salud, con mayor seguimiento por parte de los profesionales sanitarios (Tabla 40). Pero resultan especialmente significativo, ***el grupo de ancianos que acuden tan sólo una vez al año o incluso que hace más tiempo que no han visitado a su médico por problemas de movilidad o accesibilidad del centro (17,5%)***. Consideramos que este grupo presenta una mayor vulnerabilidad y riesgos para su salud, con mayores dificultades para ser detectados por el sistema sanitario.

TABLA 40: Frecuencia con la que los ancianos acuden a atención primaria a por recetas en el grupo de ancianos frágiles

Variable	Valores	N	%	Casos perdidos (%)
FRECUENCIA VISITAS A.P. PARA	Mensual	38	26,6	
	2-5 meses	40	28,0	
	6 meses-1 año	40	28,0	

TABLA 40: Frecuencia con la que los ancianos acuden a atención primaria a por recetas en el grupo de ancianos frágiles

RECETAS				37 (20,6)
	Más de 1 año	13	9,1	
	Va otra persona por recetas	12	8,4	
Total		143	79,4	

Por último hemos de comentar, el escaso número de ancianos que, a pesar de sus limitaciones y su pluripatología, son derivados a los trabajadores sociales para que les asesoren sobre prestaciones (Tabla 41).

TABLA 41: Porcentaje de ancianos que han visitado a algún trabajador/a social en el grupo de ancianos frágiles

Variable	Valores	N	%	Casos perdidos (%)
VISITA A TRABAJADOR/A SOCIAL DE A.P.	Sí	16	11,3	
	No	125	69,4	39 (21,7)
Total		141	78,3	
VISITA A OTRO/A TRABAJADOR/A SOCIAL	Sí	19	14,1	
	No	116	85,9	45 (25,0)
Total		135	75,0	

IV.II. COMPARACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS POR LOS ANCIANOS FRÁGILES Y LOS ANCIANOS CONTROL

Para obtener una mayor claridad expositiva, tan sólo expondremos los resultados de aquellas variables en las que hemos obtenido diferencias estadísticamente significativas

IV.II.1 DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de ancianos frágiles y el grupo control

IV.II.2. CRITERIOS DE FRAGILIDAD

La comparación de los criterios de fragilidad entre ancianos frágiles y ancianos control nos muestra que no existen diferencias estadísticamente significativas en *las variables género, mayor de 80 años, vivir solo, no comer caliente, no contar con una persona de confianza y presentar deterioro cognitivo leve. Por lo tanto, parece que estos factores constituyen características del envejecimiento normal y no diferencian a los ancianos frágiles de quienes no lo son.* Sin embargo, lo reducido del tamaño muestral aconseja incrementar el número de sujetos para poder ser más concluyentes en esta afirmación (Tabla 42).

<i>Tabla 42: Comparación de los criterios de fragilidad de ambos grupos</i>								
Variables	Valores	FRÁGILES		CONTROLES		Valor	G.L	P
		N	%	N	%			
GÉNERO	Hombre	9	37,5	9	37,5	0.00	1	0.617
	Mujer	15	62,5	15	62,5			
MAYOR 80 AÑOS	Sí	3	12,5	2	8,3	0.22	1	0.500
	No	21	87,5	22	91,7			
VIVIR SOLO	Solo	5	20,8	3	12,5	0.60	1	0.350
	acompañado	19	79,2	21	87,5			
COMER CALIENTE	Sí	22	91,7	24	100,0	2,08	1	0.245
	No	2	8,3	0	0,0			
CAÍDA	Sí	12	50,0	3	12,5	7,85	1	0.006
	No	12	50,0	21	87,5			
INGRESO HOSPITALARIO	Sí	7	29,2	1	4,2	5,40	1	0.024
	no	17	70,8	23	95,8			
ENFERMEDADES CRÓNICAS	más de 3	19	82,6	4	16,7	18.78	1	0.0001
	3 ó menos	5	20,8	20	83,3			
MEDICAMENTOS	3 ó más	18	75,0	7	29,2	10.10	1	0.002
	menos de 3	6	25,0	19	70,8			
AYUDA	Sí	22	91,7	24	100,0	2.08	1	0.245
	No	2	8,3	0	0,0			
DEFICIENCIA SENSORIAL	Sí	9	37,5	0	0,0	11.07	1	0.001
	No	15	62,5	24	100,0			
DETERIORO COGNITIVO LEVE	Sí	2	8,3	1	4,2	0.35	1	0.500
	No	22	91,7	23	95,8			
PROBLEMAS DE MOVILIDAD	Sí	6	25,0	0	0,0	6.85	1	0.011
	No	18	75,0	24	100,0			
DISFORIA	Sí	15	62,5	0	0,0	21.81	1	0.0001
	No	9	37,5	24	100,0			

IV.II.3. ESTADO DE SALUD

IV.II.3.1. Prevalencia de enfermedades y consumo de fármacos

En lo que se refiere a la prevalencia de enfermedades, comprobamos como **los ancianos frágiles presentan un mayor número de patologías crónicas**. Las diferencias en la prevalencia de los distintos tipos de enfermedades se centran en las deficiencias sensoriales, la hiperglucemia y las alteraciones endocrinas (Tabla 43).

Tabla 43: Comparación de las enfermedades informadas entre grupo frágiles y grupo control									
Variables	Valores		FRÁGIL		CONTROL		Valor	G. L.	P
			N	%	N	%			
SENSORIALES	Visuales	sí	4	16,7	2	8,3	0.76	1	0.333
		No	20	83,3	22	91,7			
	Auditivas	Sí	4	16,7	0	0,0	4.36	1	0.055
		No	20	83,3	24	100,0			
	Total	Sí	8	33,3	2	8,3	4.54	1	0.036
		No	16	66,7	22	91,7			
METABÓLICAS	Diabetes	Sí	12	50,0	2	8,3	10.08	1	0.002
		No	12	50,0	22	91,7			
	Hiperuricemia	Sí	2	8,3	0	0,0	2.08	1	0.245
		No	22	91,7	24	100,0			
	Colesterol	Sí	9	37,5	5	20,8	1.61	1	0.171
		No	15	62,5	19	79,2			
	Total	Sí	15	62,5	6	25,0	6.85	1	0.009
		No	9	37,5	18	75,0			
ENDOCRINAS	Sí	5	20,8	0	0,0	5.58	1	0.025	
	No	19	79,2	24	100,0				
Media (d.t.)			4,70 (1,70)		2,29 (1,30)				0.0001

No hay diferencias estadísticamente significativas en la enfermedad más limitante ni, por consiguiente, en los motivos de tales limitaciones

En relación con el mayor número de enfermedades que presentan los ancianos frágiles **encontramos diferencias estadísticamente significativas en relación al número de fármacos que ingieren** (Tabla 44). Son notables las diferencias en el consumo de psicotrópicos tanto para los cuadros ansiosos y depresivos como para

conciliar el sueño, en ambos casos notablemente superior en el caso de los ancianos frágiles (Tabla 45).

Tabla 44: Comparación del consumo total de fármacos y fármacos diferentes diarios entre el grupo de ancianos frágiles y el grupo control

Variables	FRÁGILES			CONTROLES			U	P
	N	Rango	Media(D.t.)	N	Rango	Media(d.t.)		
FARM. DIF DIARIOS	23	0-11	5,4(2,7)	24	0-5	2,2(1,5)	87	0.0001
FARM. TOT DIARIOS	23	0-29,5	8,2(6,5)	24	0-6	2,6(1,9)	106	0.0001

Tabla 45: Comparación del consumo de psicotrópicos y fármacos para dormir entre el grupo de ancianos frágiles y el grupo control

Variables		FRÁGILES		CONTROLES		Valor	G.L	P
		N	%	N	%			
FARM. ESTADO EMOCIONAL	sí	9	42,9	1	4,2	9.70	1	0.002
	no	12	57,1	23	95,8			
FARM. PARA DORMIR	sí	7	36,8	0	0,0	8.58	1	0.004
	no	12	63,2	19	100,0			

IV.II.3.2. Percepción subjetiva del estado de salud

Los ancianos frágiles, en relación con los ancianos control, presentan una menor valoración de su estado de salud percibida así como cuando realizan una comparación con los sujetos de su misma edad. De hecho, entre los ancianos control no hay ningún anciano que haya considerado que su estado de salud es pobre o muy

Tabla 46: Comparación de percepción de salud y percepción de salud comparada entre el grupo de ancianos frágiles y el grupo control

Variables	Valores	FRÁGILES		CONTROLES		Valor	G.L	P
		N	%	N	%			
PERCEPCIÓN SALUD	muy pobre-pobre	11	45,8	0	0,0	18.6	2	0.0001
	regular	8	32,3	6	25,0			
	buena-excelente	5	20,8	18	75,0			
PERCEPCIÓN SALUD COMPARADA	mucho peor-peor	8	38,1	1	4,2	15,4	2	0.0001
	igual	4	19,0	0	0,0			
	mejor-mucho mejor	9	42,9	23	95,8			

pobre y ocurre algo similar cuando se compara con los demás.

IV.II.3.3. Adherencia al tratamiento

Aunque no hay diferencias estadísticamente significativas, a niveles descriptivos, los ancianos frágiles presentan peores niveles de adherencia al tratamiento (31,8% versus el 12,5%).

IV.II.4. ESTADO FUNCIONAL

Como era de esperar, **se han producido diferencias estadísticamente significativas en los niveles de funcionalidad y capacidad para el autocuidado entre el grupo de ancianos frágiles y el control**, destacando la existencia de un 33,3% de ancianos frágiles que presentan un nivel de dependencia moderada para las AVD, y un 75% con dependencia moderada o grave para las AIVD (Tabla 47). Curiosamente no se han producido diferencias estadísticamente significativa en la variable “recibe ayuda para las tareas de autocuidado”, esto es, que **los ancianos con mayor limitaciones para las AVD y las AIVD no están recibiendo ayuda (familiar, privada o institucional) en mayor medida que los ancianos controles.**

Tabla 47 : Resultados obtenidos en el Índice de Barthel y la Escala de AIVD de Lawton y Brody								
		AUTÓNOMO	D. LEVE	D. MODERADA	D GRAVE	Valor	d.f	Sign
BARTHEL	G TOTAL	39 (81,3%)	1 (2,1%)	8 (16,7%)	0			
	CONTROL	24 (100%)	0	0	0	11,0	2	0.004
	FRAGIL	15 (62,5%)	1 (4,2%)	8 (33,3%)	0			
LAWTON	G. TOTAL	22 (45,8%)		22 (45,8%)	4 (8,3%)	10,1	2	0.006
Y BRODY	CONTROL	16 (66,7%)		8 (33,3%)	0			
	FRAGIL	6 (25%)		14 (58,3%)	4 (16,7%)			

IV.II.5 VALORACIÓN PSICOLÓGICA

IV.II.5.1. Acontecimientos vitales

No hay diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de ancianos.

IV.II.5.2. Estado de ánimo deprimido

El análisis de las diferencias entre los grupos en las puntuaciones obtenidas en la GDS nos muestran la **inexistencia de sintomatología depresiva en el grupo control**, mientras que en el grupo frágil encontramos casi un 60% de ancianos con sintomatología depresiva, de los cuales un 13.6% son clasificados como depresión grave (Tabla 48).

Tabla 48: Niveles de depresión en función del Cuestionario Geriátrico para la Depresión (G.D.S.) en el grupo de ancianos frágiles. Comparación en función de la procedencia de los ancianos

Variable	Valores	MUESTRA TOTAL	FRÁGIL	CONTROL	Valor	df	Sign
NIVELES DE DEPRESIÓN (G.D.S.)	Normal	33 (70,2%)	9 (39,1%)	24 (100%)	20,8	2	0.0001
	D. moderada	11 (23,4%)	11 (47,8%)	0			
	D. grave	3 (6,4%)	3 (13%)	0			
Media (d.t.)		3,89 (3,7)	6,47 (3,5)	1,4 (1,7)			0.0001

IV.II.5.3. Satisfacción vital y calidad de vida

No hay diferencias estadísticamente significativas en el nivel de satisfacción de vida entre ancianos frágiles y controles aunque sí aparecen cuando analizamos las diferencias en la percepción de la **calidad de vida actual** ya que **los ancianos del grupo control presentan puntuaciones más elevadas**.

TABLA 49: Análisis comparativo de la calidad de vida entre el grupo de ancianos frágiles y el grupo control

Variables	Valores	FRÁGILES		CONTROLES		Valor	G.L	P
		N	%	N	%			
CALIDAD DE VIDA	Muy mala	1	4,2	1	4,2	11.08	4	0.026
	Mala	2	8,3	0	0,0			
	Regular	8	33,3	2	8,3			
	Buena	12	50,0	13	54,2			
	Muy buena	1	4,2	8	33,3			
Media (d.t.)		5,50 (1,61)		6,87 (1,48)				

IV.II.5.4. Apoyo social

Aunque los ancianos que integran ambas muestras presentan adecuados niveles de apoyo social y familiar, se han producido diferencias estadísticamente significativas debido a que un **25% de ancianos frágiles tienen un bajo nivel de apoyo social, mientras que ninguno de los ancianos controles ha descendido a este nivel** (Tabla 50).

TABLA 50: Apoyo social valorado a través del Cuestionario de Duke-UNC en el grupo de ancianos frágiles y comparación entre ancianos frágiles y controles							
Variable	Valores	MUESTRA TOTAL	FRÁGIL	CONTROL	Valor	df	Sign
Apoyo social	Bajo apoyo	5 (11,4%)	5 (25%)	0	6,7	1	0.01
	Apoyo normal	39 (88,6%)	15 (75%)	24 (100%)			
Media (d.t.)		42,8 (7,8)	39,4 (9,2)	45,7 (5,1%)			0.007

No se han producido diferencias ni en la valoración de las relaciones familiares (con una mayoría de ancianos que la valoran como satisfactorias o muy satisfactorias), ni en el número o la frecuencia de las llamadas o visitas que reciben

Los sentimientos de soledad suelen ser más frecuentes en los ancianos frágiles que en los controles. Debido al reducido número de ancianos que en ambos grupos se sienten solos, no hemos podido analizar si existen diferencias en el grado de insatisfacción con la soledad o en los motivos para vivir sola (Tabla 51).

TABLA 51: Sentimientos de soledad, grado de insatisfacción y motivos de vivir solo en los ancianos frágiles y comparación entre ancianos de atención primaria y servicios sociales							
Variables		MUESTRA TOTAL	FRÁGIL	CONTROL	Valor	df	Sign
Siente solo	Si	12 (25%)	9 (37,5%)	3 (12,5%)	40	1	0.04
	No	36 (75%)	15 (62,5%)	21 (87,5%)			

IV.II.6. UTILIZACIÓN DE RECURSOS SOCIALES Y SANITARIOS

IV.II.6.1. Utilización de Recursos Sociales

Al igual que ocurría con el total de la muestra de ancianos frágiles, encontramos un escaso porcentaje de ancianos que reciben o que han demandado recursos sociales institucionales. El número de prestaciones concedidas en aquellas prestaciones relacionadas con el autocuidado son escasas (a excepción de la teleasistencia). **Encontramos diferencias estadísticamente significativas en la ayuda a domicilio que ha sido solicitada (4,5%) o están considerando solicitarla (18,2%) por el grupo de ancianos frágiles mientras que ningún anciano del grupo control tiene pensado solicitarla.** Por el contrario es numeroso el grupo de ancianos del grupo control que han solicitado ayudas para el tiempo libre, en contraposición al grupo de ancianos frágiles (Tabla 52).

TABLA 52: Análisis comparativo de "necesidad y utilización de recursos sociales" entre el grupo de ancianos frágiles y el grupo control								
Variables	Valores	FRÁGILES		CONTROLES		Valor	G.L	P
		N	%	N	%			
AYUDA A CUIDADOR	No han solicitado	18	85,7	24	100,0	3.67	1	0.094
	Han solicitado	0	0,0	0	0,0			
	Lo están pensando	3	14,3	0	0,0			
	Denegado	0	0,0	0	0,0			
	La tienen	0	0,0	0	0,0			
AYUDA A DOMICILIO	No han solicitado	17	77,3	24	100,0	6.12	2	0.047
	Han solicitado	1	4,5	0	0,0			
	Lo están pensando	4	18,2	0	0,0			
	Denegado	0	0,0	0	0,0			
	La tienen	0	0,0	0	0,0			
SERVICIOS A DOMICILIO	No han solicitado	22	100,0	24	100,0			
	Han solicitado	0	0,0	0	0,0			
	Lo están pensando	0	0,0	0	0,0			
	Denegado	0	0,0	0	0,0			
	La tienen	0	0,0	0	0,0			
AYUDA VIVIENDA	No han solicitado	18	81,8	24	100,0	4.77	2	0.092
	Han solicitado	1	4,5	0	0,0			
	Lo están pensando	3	6,5	0	0,0			
	Denegado	0	0,0	0	0,0			
	La tienen	0	0,0	0	0,0			
	No han solicitado	24	100,0	24	100,0			

TABLA 52: Análisis comparativo de “necesidad y utilización de recursos sociales” entre el grupo de ancianos frágiles y el grupo control

VOLUNTARIADO	Han solicitado	0	0,0	0	0,0			
	Lo están pensando	0	0,0	0	0,0			
	Denegado	0	0,0	0	0,0			
	La tienen	0	0,0	0	0,0			
TELEASISTENCIA	No han solicitado	15	68,2	22	91,7	5.44	3	0.142
	Han solicitado	1	4,5	0	0,0			
	Lo están pensando	3	13,6	0	0,0			
	Denegado	0	0,0	0	0,0			
	La tienen	3	13,6	2	8,3			
AYUDAS TÉCNICAS	No han solicitado	20	90,9	23	95,8	0.45	1	0.467
	Han solicitado	0	0,0	0	0,0			
	Lo están pensando	0	0,0	0	0,0			
	Denegado	0	0,0	0	0,0			
	La tienen	2	9,1	1	4,2			
INSTITUCIONES O CENTROS	No han solicitado	21	95,5	24	100,0	1.11	1	0.478
	Han solicitado	1	4,5	0	0,0			
	Lo están pensando	0	0,0	0	0,0			
	Denegado	0	0,0	0	0,0			
	La tienen	0	0,0	0	0,0			
AYUDA TIEMPO LIBRE	No han solicitado	16	72,7	10	41,7	4.50	1	0.033
	Han solicitado	0	0,0	0	0,0			
	Lo están pensando	0	0,0	0	0,0			
	Denegado	0	0,0	0	0,0			
	La tienen	6	27,3	14	58,3			
AYUDA TRANSPORTE	No han solicitado	9	40,9	9	37,5	0.05	1	0.526
	Han solicitado	0	0,0	0	0,0			
	Lo están pensando	0	0,0	0	0,0			
	Denegado	0	0,0	0	0,0			
	La tienen	13	59,1	15	62,5			

Existen igualmente diferencias estadísticamente significativas en la posibilidad que los ancianos de ambos grupos tienen de solicitar estas ayudas: **más del 80% de los ancianos controles saben y pueden realizar la solicitud, porcentaje que sólo alcanza el 25% en el grupo de ancianos frágiles** (Tabla 53).

TABLA 53: Análisis comparativo de las variables “sabe/ puede solicitar recursos institucionales” entre el grupo de ancianos frágiles y el grupo control

Variables	Valores	FRÁGILES		CONTROLES		Valor	G.L	P
		N	%	N	%			
SABE/ PUEDE SOLICITAR	no sabe y no puede	9	45,0	2	11,1	13.38	3	0.004
	no sabe pero puede	3	15,0	1	5,6			
	sabe y no puede	3	15,0	0	0,0			
	sabe y puede	5	25,0	15	83,3			

Igualmente y aunque el porcentaje de ancianos que afirman que no conocen los distintos recursos sociales es desigual en función del recurso considerado, el grupo control posee, en general, mayor conocimiento de los mismos (Tabla 54).

TABLA 54: Análisis comparativo de ancianos que conocen cada tipo de ayuda institucional entre el grupo de ancianos frágiles y el grupo control

Variables	Valores	FRÁGILES		CONTROLES		Valor	G.L	P
		N	%	N	%			
AYUDA A CUIDADOR	conoce	9	42,9	17	70,8	3.59	1	0.055
	no conoce	12	57,1	7	29,2			
AYUDA A DOMICILIO	conoce	16	72,7	21	87,5	1.59	1	0.187
	no conoce	6	27,3	3	12,5			
SERVICIOS A DOMICILIO	conoce	4	18,2	4	16,7	0.01	1	0.598
	no conoce	18	81,8	20	83,3			
AYUDA VIVIENDA	conoce	7	31,8	16	66,7	5.57	1	0.019
	no conoce	15	68,2	8	33,3			
VOLUNTARIADO	conoce	5	22,7	17	70,8	10.64	1	0.001
	no conoce	17	77,3	7	29,2			
TELEASISTENCIA	conoce	19	86,4	20	83,3	0.08	1	0.551
	no conoce	3	13,6	4	16,7			
AYUDAS TÉCNICAS	conoce	9	40,9	15	62,5	2.14	1	0.121
	no conoce	13	59,1	9	37,5			
INSTITUCIONES Y CENTROS	conoce	18	81,8	23	95,8	2.32	1	0.147
	no conoce	4	18,2	1	4,2			
AYUDA TIEMPO LIBRE	conoce	21	95,5	24	100,0	1.11	1	0.478
	no conoce	1	4,5	0	0,0			
AYUDA TRANSPORTE	conoce	16	72,7	20	83,3	0.75	1	0.304
	no conoce	6	27,3	4	16,7			

IV.II.6.2. Utilización de Recursos Sanitarios

No se han producido diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables que integran este apartado.

IV.III. RESULTADOS OBTENIDOS POR LOS ANCIANOS FRÁGILES EN LA ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO (1 AÑO)

IV.III.1. MODIFICACIONES EN LOS DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Son escasas las modificaciones que se han producido en las variables sociodemográficas en el periodo de seguimiento. Tan sólo se aprecian ligeros incrementos de sujetos que han enviudado (n=3), que ahora viven con otros familiares mientras que antes vivían solas (n=3) y que han cambiado de domicilio (n=2). Así pues **los ancianos frágiles siguen, un año después, siendo mayoritariamente casados o viudos, viven acompañados y residen en el mismo lugar** (Tabla 55).

TABLA 55 : Análisis de frecuencia de las modificaciones que se han producido en los datos sociodemográficos entre t1 (1ª entrevista) y t2 (Seguimiento al año)

		N	%
ESTADO CIVIL	Casado/a antes y ahora	32	41
	Viudo/a antes y ahora	34	43,6
	Soltera antes y ahora	7	9
	Divorciado antes y ahora	2	2,6
	Ha enviudado	3	3,8
CON QUIÉN CONVIVE	Sola antes y ahora	19	28
	Antes sola, ahora acompañada	3	4,4
	Antes acompañada, ahora sola	1	1,5
	Acompañada antes y ahora	45	66,2
DÓNDE VIVE	Mismo lugar	67	97,1
	Se ha cambiado	2	2,9

IV.III.2. MODIFICACIONES EN LOS CRITERIOS DE FRAGILIDAD

Al igual que ocurría en la entrevista inicial, los criterios de fragilidad más prevalentes siguen siendo el padecer más de tres enfermedades crónicas, ingerir más de 3 medicamentos mientras que los indicadores que están presentes en menos del

25% de la muestra son no comer caliente, no disponer de una persona de confianza y haber sufrido un ingreso hospitalario (Tabla 56).

Los criterios de fragilidad que más incremento han experimentado son el deterioro cognitivo leve y los problemas de movilidad, dos de los criterios que más afectan a las actividades de autocuidado. Por otra parte, los criterios más fluctuantes y, por tanto, más circunstanciales, son las caídas y el ingreso hospitalario.

Tabla 56: Modificación de los criterios de fragilidad en el grupo de ancianos frágiles en T2				
Variables	Han aparecido	Han Desaparecido	Permanecen presentes	Permanecen Ausentes
MAYOR 80 AÑOS	10 (14,9%)	0	31 (46,3%)	26 (38,8%)
VIVIR SOLO	1 (1,5%)	2 (3%)	18 (26,9%)	46 (68,7%)
NO COMER CALIENTE	2 (3%)	1 (1,5%)	1 (1,5%)	63 (94%)
CAÍDA	13 (19,4%)	14 (20,9%)	19 (28,4%)	21 (31,3%)
INGRESO HOSPITALARIO	8 (11,9%)	12 (17,9%)	2 (3%)	45 (67,2%)
ENFERMEDADES CRÓNICAS (Más de 3)	9 (13,4%)	0	55 (82,1%)	3 (4,5%)
MEDICAMENTOS (Más de 3)	1 (1,5%)	1 (1,5%)	59 (89,4%)	5 (7,6%)
NO TIENE AYUDA	1 (1,5%)	1 (1,5%)	10 (14,9%)	55 (82,1%)
DEFICIENCIA SENSORIAL	6 (9%)	2 (3%)	22 (32,8%)	37 (55,2%)
DETERIORO COGNITIVO LEVE	17 (25,4%)	2 (3%)	20 (29,9%)	28 (41,8%)
PROBLEMAS DE MOVILIDAD	14 (20,9%)	3 (4,5%)	17 (25,4%)	33 (49,3%)
DISFORIA	4 (6%)	6 (9%)	30 (44,8%)	27 (40,3%)

En resumen, comprobamos que considerados en su totalidad, **hay un notable aumento en el número de ancianos que han incrementado sus criterios de fragilidad (el 50,7%9)**. Por otra parte, tan sólo el 16,4% de los ancianos han disminuido el número total de criterios de fragilidad que presentan (Tabla 57).

		N (%)
Tabla 57: MODIFICACIÓN EN N° DE CRITERIOS DE FRAGILIDAD	<i>Ningún cambio</i>	22 (32,8%)
	<i>Han disminuido</i>	11 (16,4%)
	<i>Han incrementado</i>	34 (50,7%)

IV.III.3. MODIFICACIONES EN EL ESTADO DE SALUD

IV.III.3.1.- Modificación en la prevalencia de enfermedades y el consumo de fármacos

Un año después de la primera entrevista **más de la mitad de la muestra (52,2%) han incrementado el número de enfermedades que padecen y el 44,9% han incrementado el número de fármacos que consumen (Tabla 58).**

Tabla 58: Modificación en enfermedades y consumo de fármacos en T2				
Variables	Valores	N	%	Casos perdidos (%)
ENFERMEDADES	Las mismas	31	44,9	1 (1,4%)
	Han incrementado	36	52,2	
	Han disminuido	2	2,9	
Total		69	98,6	
FÁRMACOS	Los mismos	35	50,7	1 (1,4%)
	Han incrementado	31	44,9	
	Han disminuido	3	4,3	
Total		69	98,6	

En consonancia con el incremento de enfermedades y de consumo de fármacos, **la mayoría de ancianos frágiles consideran que su estado de salud ha sufrido un empeoramiento**, fundamentalmente en grado “leve” (Tabla 59).

Tabla 59: Valoración en la modificación subjetiva del estado de salud entre t1 y t2		
Variable	N	%
IGUAL	13	19,4
LIGERA MEJORÍA	1	1,5
NOTABLE MEJORÍA	1	1,5
LIGERO EMPEORAMIENTO	33	49,3
NOTABLE EMPEORAMIENTO	19	28,4
Total	67	95,7

La presencia de dolor en los ancianos frágiles es de una elevada prevalencia y, además, de gran intensidad: el 43,3% manifiesta padecer dolor “intenso”. Sin embargo, estos problemas de dolor parecen permanecer estable a lo largo del tiempo (Tabla 60).

Tabla 60: Presencia de dolor y Modificación del mismo entre T1 y T2

Variables	Valores	N	%	Casos perdidos (%)
DOLOR	No presenta	14	20,9	3 (4,3%)
	Leve	7	10,4	
	Moderado	17	25,4	
	Intenso	29	43,3	
Total		67	95,7	
MODIFICACIÓN DEL DOLOR	Nunca presente	11	16,4	3 (4,3%)
	Siempre presente	38	56,7	
	Ha desaparecido	9	13,4	
	Ha aparecido	9	13,4	
Total		67	95,7	

IV.III.3.2.- Modificación en la percepción subjetiva del estado de salud

El análisis de las modificaciones que se han producido en la percepción subjetiva del estado de salud muestra que un 49,6% de ancianos la han modificado distribuyéndose de manera simétrica entre quienes consideran que ha mejorado y quienes piensan que ha empeorado (Tabla 61).

Tabla 61: Modificación de la percepción de salud entre t1 y t2

Variables	Permanece "Mal" "Peor"	Permanece "Regular" "Igual"	Permanece "Bien" "Mejor"	Ha Mejorado	Ha empeorado
PERCEPCION SALUD	10 (17,5%)	7 (12,3%)	19 (33,3%)	14 (24,6%)	13 (25%)
PERCEPCIÓN SALUD COMPARADA	7 (13,5%)	1 (1,9%)	22 (42,3%)	9 (17,3%)	13 (25%)

IV.III.3.3.- Modificación en la adherencia al tratamiento

Las tasas de no adherencia al tratamiento siguen siendo elevadas en el momento del seguimiento (n= 33, que representa el 51,6%). **Son escasas las modificaciones que se han producido en la adherencia a los tratamientos** ya que sólo

el 13,7% han modificado su grado de adherencia o las conductas que la integran.
(Tablas 62 y 63)

Tabla 62 : Adherencia al tratamiento en el grupo de ancianos frágiles

Variable	Valores	N	%	Casos perdidos (%)
ADHERENCIA	sí	31	48,4	6 (8,6)
	no	33	51,6	
MODIFICACIÓN EN ADHERENCIA ENTRE T1 Y T2	Siempre mala	26	39,4	4 (
	Ha mejorado	6	9,2	
	Ha empeorado	3	4,5	
	Siempre buena	31	47	

Tabla 63: Frecuencias de las conductas de adherencia en t1 y t2

Variable	Valores	T1	T2
OLVIDA MEDICACIÓN	sí	67 (38,3%)	27 (39,7%)
	no	108 (61,7%)	41 (60,3%)
DISMINUYE MEDICACIÓN	sí	22 (12,6%)	6 (9%)
	no	152 (87,4%)	61 (91%)
NO TOMA MEDICACIÓN	sí	20 (11,5%)	3 (4,5%)
	no	154 (88,5%)	64 (95,5%)
ABANDONA MEDICACIÓN	sí	38 (22,1%)	10 (14,9%)
	no	134 (77,9%)	57 (85,1%)
CUIDADOSO/A HORARIOS	sí	152 (87,4%)	61 (91%)
	no	22 (12,6%)	6 (9%)

IV.III.4. MODIFICACIONES EN EL ESTADO FUNCIONAL

En la entrevista de seguimiento *se ha producido un descenso significativo en las puntuaciones tanto en la escala destinada a valorar las actividades básicas de la vida diaria como de las actividades instrumentales de la vida diaria* (Tabla 64).

Tabla 64: Diferencias en las puntuaciones medias en el Índice de Barthel y de Lawton y Brody al cabo del año

Variables	1ª Entrevista	2ª Entrevista	Significación
Barthel	93,8 (10,5)	90,5 (13,2)	0.0001
Lawton y Brody	5,9 (1,7)	5,2 (1,9)	0.0001

En ambas escalas se ha producido un descenso en el porcentaje de ancianos que son considerados “autónomos” y un incremento del resto de niveles de dependencia (Tablas 65 y 66).

Tabla 65: Modificación en el Índice de Barthel en la entrevista de seguimiento

VARIABLES	Autónomo	Dependencia Leve	Dependencia Moderada	Dependencia Grave
1ª ENTREVISTA	45 (65,2%)	4 (5,8%)	19 (27,5%)	1 (1,4%)
2ª ENTREVISTA (1 año)	36 (52,9%)	6 (8,8%)	22 (32,4%)	4 (5,9%)

Tabla 66: Modificación en el Índice de Lawton y Brody en la entrevista de seguimiento

VARIABLES	Independiente	Dependencia Moderada	Dependencia Grave
1ª ENTREVISTA	18 (25,7%)	45 (64,3%)	7 (10%)
2ª ENTREVISTA (1 año)	10 (14,5%)	43 (62,3%)	16 (23,2%)

Sin embargo y a pesar del incremento en las dificultades para las tareas de autocuidado, **la mayor parte de los ancianos no tienen ayuda adicional y, en los casos en que reciben más ayuda, no proviene del ámbito institucional** (solo 3 sujetos la reciben) sino del familiar o contratado (Tabla 67).

Tabla 67: Modificación en la ayuda que recibe para AVD y AIVD

VARIABLES	Valores	N (%)	Casos perdidos (%)	
RECIBE AYUDA ADICIONAL	La misma de hace 1 año	50 (72,5%)	1 (1,4)	
	Más ayuda	Familiar		5 (26,3%)
		Institucional		3 (15,8%)
		Pagada		11 (15,7%)
	Total	19 (27,5%)		

IV.III.5. MODIFICACIÓN EN LA VALORACIÓN PSICOLÓGICA

IV.III.5.1.- Acontecimientos vitales

El porcentaje de ancianos que han experimentado algún acontecimiento vital en el último año ha descendido (del 50,7% al 31,9%), aunque lógicamente, no todos los sujetos que habían experimentado un acontecimiento vital en el año anterior han vuelto a experimentarlo. Al igual que ocurría en la entrevista inicial, los

acontecimientos vitales más frecuentes hacen referencia a los problemas de salud, tanto propios como ajenos (Tablas 68 y 69).

Tabla 68: Modificación en la ocurrencia de A.V en T1 y T2		ENTREVISTA SEGUIMIENTO (1 año)		
		Si Acont.Vital	No Acont. Vital	TOTAL
1ª	Si Acont. Vital	17 (77,3%)	18 (38,3%)	35 (50,7%)
ENTREVISTA	No Acont. Vital	5 (22,7%)	29 (61,7%)	34 (49,3%)
	TOTAL	22 (31,9%)	47 (68,1%)	69

Tabla 69. Acontecimientos vitales en el último año				
Variables		Valores	N (%)	Casos perdidos (%)
ACONTECIMIENTOS VITALES	Ninguno		47 (68,1%)	1 (1,4)
	Sí	Económico	2 (9,1%)	
		Salud propia	9 (40,9%)	
		Salud ajena	10 (45,5%)	
		Relación pareja	1 (4,5%)	
		Total	22 (31,4%)	

IV.III.5.2.- Modificaciones en el estado de ánimo deprimido

No se han producido diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones totales de la Escala Geriátrica para la Depresión (Tabla 70). Tampoco aparecen diferencias cuando analizamos el porcentaje de ancianos que presentan algún tipo de sintomatología depresiva, ya que en ambos momentos temporales, se sitúan sobre el 47-48% (Tabla 71).

Tabla 70: Modificación en la puntuación media de la valoración del estado de ánimo depresivo (G.D.S.)				
Variables	X (D.T.)	T	Df	Sign.
1ª ENTREVISTA	5.3 (4.1)	0.158	65	0.875
2ª ENTREVISTA (1 año)	5.2 (4.1)			

Tabla 71. Modificación en la sintomatología depresiva		ENTREVISTA SEGUIMIENTO		
		Sin sint. depresiva	Con sint depresiva	TOTAL
1ª	Sin sint. Depresiva	28 (42,4%)	6 (9,1%)	34 (51,5%)
ENTREVISTA	Con sint. Depresiva	7 (10,6)	25 (37,9%)	32 (48,5%)
	TOTAL	35 (53%)	31 (47%)	66 (100%)

IV.III.5.3.- Modificación en la valoración de la calidad de vida

No se han producido diferencias estadísticamente significativas en la valoración de calidad de vida entre t1 y t2 (Tabla 72). En ambas ocasiones, el porcentaje de ancianos que consideran que su calidad de vida es buena o muy buena se sitúa entre el 62-65% (Tabla 73).

Tabla 72: Modificación en la puntuación media de la valoración subjetiva de la calidad de vida				
VARIABLES	X (D.T.)	t	Df	Sign.
1ª ENTREVISTA	6,2 (1,8)	-0,318	63	0,751
2ª ENTREVISTA (1 año)	6,3 (2,5)			

Tabla 73. Modificaciones en la valoración de la calidad de vida		ENTREVISTA SEGUIMIENTO (1 año)			
		Pésima/Muy mala	Regular	Buena/muy buena	TOTAL
1ª	Pésima/Muy mala	5 (45,5%)	2 (18,2%)	4 (36,4%)	11 (17,2%)
ENTREVISTA	Regular	4 (30,8%)	0	9 (69,2%)	13 (20,3%)
	Buena/ Muy buena	5 (12,5%)	6 (15%)	29 (72,5%)	40 (62,5%)
	TOTAL	14 (21,9%)	8 (12,5%)	42 (65,6%)	

IV.III.6. MODIFICACIÓN EN LOS RESULTADOS RELACIONADOS CON LA UTILIZACIÓN DE RECURSOS SOCIALES Y SANITARIOS

III.2.6.1. Modificación en la utilización de Recursos Sociales

En el último año, **se ha incrementado notablemente la necesidad percibida de recibir ayuda (41,8%)**, siendo escaso el porcentaje de ancianos que manifiestan no necesitar ayuda (28,4%) (Tabla 74). Fundamentalmente, la ayuda más solicitada es la relacionada con las tareas de autocuidado (aseo personal) o de cuidado y mantenimiento del hogar (ayuda a domicilio) así como la ayuda para el cuidador.

<i>Tabla 74: Modificaciones en la necesidad de ayuda, de recursos sociales, y tipo de ayuda que necesitan</i>		N (%)
MODIFICACION EN LA NECESIDAD PERCIBIDA DE AYUDA	<i>Nunca ha necesitado ayuda</i>	19 (28,4%)
	<i>Antes no la necesitaba, ahora la necesita</i>	28 (41,8%)
	<i>Siempre la ha necesitado</i>	20 (29,9%)
TIPO DE AYUDAS QUE NECESITAN (n=41)	<i>Ayuda a domicilio</i>	27 (65,9%)
	<i>Paga para el cuidador</i>	20 (51,3%)
	<i>Ayuda para aseo personal</i>	18 (43,9%)
	<i>Ayuda para la vivienda</i>	4 (9,7%)
MODIFICACIÓN EN VALORACIÓN RECURSOS SOCIALES	<i>Ninguna</i>	24 (34,7%)
	<i>Ahora necesita más recursos</i>	45 (65,2%)

La solicitud o la intención de solicitud de ayuda institucional se ha incrementado en el año transcurrido, de tal manera que en la actualidad tan sólo hay un 34,8% de ancianos que ni han pedido ni están pensando solicitar ayuda institucional (Tabla 75)

Tabla 75: Solicitud de ayuda institucional en t2		N (%)
PORCENTAJE DE ANCIANOS	<i>Nunca ha solicitado</i>	23 (34,8%)
QUE HAN SOLICITADO	<i>La solicitaron y esperan resolución</i>	5 (13,6%)
AYUDA INSTITUCIONAL	<i>Ha solicitado y se la han denegado</i>	2 (3%)
	<i>Solicitada y concedida</i>	11 (16,7%)
	<i>Ahora la han solicitado</i>	17 (25,8%)
	<i>Está pensado solicitarla</i>	4 (6,1)

IV.II.6.2. Modificación en la utilización de Recursos Sanitarios

La utilización de servicios sanitarios permanece estable, aunque los ancianos refieren haber disminuido las visitas al médico de cabecera e incrementar las visitas a los especialistas.

Tabla 76 Utilización de Recursos Sanitarios en t2		N (%)
CUANTAS VECES HA IDO AL MÉDICO (ULTIMO AÑO)	<i>Ninguna</i>	7 (10,8%)
	<i>De 1 a 3 veces</i>	35 (53,8%)
	<i>De 4 a 6 veces</i>	18 (27,7%)
	<i>De 7 a 9 veces</i>	1 (1,5)
	<i>De 10 a 12 veces</i>	4 (6,1%)
CUÁNTAS VECES HA IDO AL ESPECIALISTA	<i>Ninguna</i>	21 (31,8%)
	<i>1 vez al mes</i>	3 (4,5%)
	<i>Cada 2-3 meses</i>	7 (10,6%)
	<i>Cada 6 meses</i>	12 (18,2%)
	<i>1 vez al año</i>	23 (34,9%)
REVISIONES POR ENFERMERÍA	<i>Ninguna</i>	38 (56,7%)
	<i>Cada 1-3 meses</i>	13 (19,4%)
	<i>Cada 4-6 meses</i>	11 (16,4%)
	<i>Cada 7-9 meses</i>	3 (4,5%)
	<i>Más de 12 meses</i>	2 (3%)

La satisfacción con los servicios sanitarios sigue siendo elevada. Tan sólo hay un 10,1% de ancianos que refieren menor grado de satisfacción (Tabla 77)

		N (%)
Tabla 77: MODIFICACION EN LA SATISFACCIÓN SANITARIA	<i>Ninguna</i>	62 (89,9%)
	<i>Menor satisfacción</i>	7 (10,1%)

IV.IV. FACTORES QUE PREDICEN LA DEPENDENCIA

Una de las principales dificultades para el análisis de los criterios de fragilidad que predicen la dependencia es la propia definición de esta última. Una de las definiciones más utilizadas es la que procede del Consejo de Europa (1998)¹⁸: *“el estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia o ayudas importantes para realizar las actividades de la vida diaria”*. Por su parte, la Organización Mundial de la Salud, en su Clasificación Internacional de Deficiencias, Actividades y Participación (OMS, 2001)¹⁹ define la dependencia como *“la restricción o ausencia de capacidad para realizar alguna actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal; entre las actividades observadas se encuentran las actividades de la vida diaria (asearse, vestirse, comer y beber y cuidar del propio bienestar), preparar la comida y cuidar de la vivienda, así como participar en la movilidad”*. Aunque podríamos citar otras tantas definiciones o clasificaciones del concepto de dependencia, es en todas ellas un elemento común la referencia a 1) la necesidad de ayuda y 2) las dificultades para la realización de las actividades (básicas e instrumentales) de la vida diaria.

¹⁸ Consejo de Europa. Recommendation núm R (98) 9, du Comité des ministres aux états membres relative al a dépendance.1998

¹⁹ Organización Mundial de la Salud. “Resolución EB107-R15 del Consejo Ejecutivo de la OMS” (versión en español. Distribuido por la OMS a través de su dirección en la Web <http://www.who.int/icidh>. 2001

Son estos dos elementos constitutivos del concepto de dependencia los que vamos a utilizar como variables dependientes para la determinación de los elementos predictivos. Y, básicamente, nos centraremos en la capacidad que, como predictores, ejercen los distintos criterios de fragilidad utilizados en este estudio.

IV.IV. 1. CRITERIOS DE FRAGILIDAD PREDICTORES DE LA NECESIDAD DE AYUDA PERCIBIDA.

Como se observa en la Tabla 78, hay dos criterios de fragilidad que predicen la necesidad de ayuda percibida: los problemas de movilidad y el ingerir más de 3 medicamentos diarios que predicen la necesidad de ayuda percibida en la segunda entrevista. Y estos dos criterios muestran capacidad predictora tanto cuando se evalúan en la primera entrevista como cuando se valoran en la segunda entrevista. Por otra parte, el ser mayor de 80 años en la primera entrevista y la aparición de un estado de ánimo deprimido en la segunda entrevista, se muestran también como factores predictores de la necesidad de ayuda. Así pues, parece que ***es la confluencia de factores funcionales (los problemas de movilidad), médicos (consumo de fármacos), sociodemográficos (ser mayor de 80 años) y psicológicos (estado de ánimo deprimido) la que predicen la necesidad percibida de ayuda para la realización de actividades de la vida diaria.***

TABLA 78: Análisis discriminante de los criterios de fragilidad en T1 Y T2 en la necesidad de ayuda percibida en t2

	INDICADORES DE FRAGILIDAD EN T1			INDICADORES DE FRAGILIDAD EN T2		
	Coefficiente estandarizado	Lambda de Wilks	P	Coefficiente estandarizado	Lambda de Wilks	P
PROBLEMAS DE MOVILIDAD	0,863	0,908	0.005	0,758	0,805	0.0001
MEDICAMENTOS	-0,664	0,840	0.002	-0.573	0,737	0.0001
MAYOR DE 80 AÑOS	0,580	0,820	0.001			
DISFORIA				0,513	0,723	0.0001
Casos clasificados correctamente		77,6%			76,1%	

IV.IV.2. CRITERIOS DE FRAGILIDAD PREDICTORES DE LAS DIFICULTADES PARA LA REALIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS E INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA

IV.IV.2.1. Predictores de las Actividades Básicas de la Vida Diaria

De todos los criterios de fragilidad, evaluados tanto en la entrevista inicial como en la de seguimiento al año, **el factor que predice la dependencia (tal y como es valorada por el Índice de Barthel) es los problemas de movilidad** (Tabla 79). Es de resaltar que este factor clasifica correctamente, por sí mismo, entre el 73 y el 78% de los ancianos dependientes

TABLA 79 : Análisis discriminante de ancianos clasificados como DEPENDIENTES E INDEPENDIENTES según puntuación en Barthel en el momento t2

	INDICADORES EN T1			INDICADORES EN T2		
	Coeficiente estandarizado	Lambda de Wilks	P	Coeficiente estandarizado	Lambda de Wilks	P
PROBLEMAS DE MOVILDAD	1,0	0,822	0.0001	1,0	0,664	0.0001
Casos clasificados correctamente		73,5%			78,8%	

Por otra parte, hemos realizado igualmente un análisis discriminante con otras variables incluidas tanto en la entrevista inicial como la de seguimiento. Los resultados nos muestran que **la percepción de salud y la salud comparada con otros sujetos de la**

TABLA 80: Análisis discriminante de variables cuantitavas en ancianos DEPENDIENTES E INDEPENDIENTES según puntuación en Barthel en Segunda Entrevista (t2)

	INDICADORES EN T1			INDICADORES EN T2		
	Coeficiente estandarizado	Lambda de Wilks	P	Coeficiente estandarizado	Lambda de Wilks	P
PERC. ESTADO DE SALUD	0,600	0,799	0.0001			
PERC SALUD COMPARADA				0,602	0,767	0,0001
FÁRMACOS TOTALES	-0,622	0,806	0.002			
LAWTON Y BRODY				0,692	0,800	0,0001
TEST RELOJ (Producción)	0,746	0,845	0.01			
Casos clasificados correctamente		77,8			77,8	

misma edad, el número de fármacos consumidos diariamente, la puntuación en las AIVD y el test de reloj predicen también la dependencia. Si bien, hemos de señalar

que no son los mismos predictores en la entrevista inicial que en la de seguimiento, aunque en ambos casos, los criterios de fragilidad predictores, clasifican al mismo número de ancianos dependientes: el 77,8% (Tabla 80).

Por último decidimos hacer un nuevo análisis discriminante con todas las variables obtenidas en el análisis discriminante anterior sin tener en cuenta si procedían de la primera entrevista o de la de seguimiento. Los resultados se muestran en la tabla 81. Comprobamos como persisten dos de las variables procedentes de la entrevista inicial (número de fármacos ingeridos diariamente y la puntuación en el test del reloj) y uno de la entrevista de seguimiento (la capacidad para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria).

TABLA 81: Análisis discriminante de variables cuantitativas en ancianos DEPENDIENTES E INDEPENDIENTES según puntuación en Barthel en Segunda Entrevista (t2)

	Coeficiente estandarizado	Lambda de Wilks	P
FÁRMACOS TOTALES (t1)	-0.468	0,655	0.0001
LAWTON Y BRODY (t2)	0,738	0,733	0.0001
TEST RELOJ (Producción) (t1)	0,585	0,655	0.0001
Casos clasificados correctamente		77,8%	

IV.IV.2.2. Predictores de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria

Los criterios de fragilidad, evaluados tanto en la entrevista inicial como en la de seguimiento, que muestran capacidad para predecir a los ancianos clasificados como dependientes en las AIVD valorados en la entrevista de seguimiento se muestra en la tabla 82.

TABLA 82 : Análisis discriminante de ancianos DEPENDIENTE E INDEPENDIENTE según puntuación en Lawton y Brody en Segunda Entrevista (t2)

	INDICADORES DE FRAGILIDAD EN T1			INDICADORES DE FRAGILIDAD EN T2		
	Coeficiente estandarizado	Lambda de Wilks	P	Coeficiente estandarizado	Lambda de Wilks	P
NO COME CALIENTE	0,818	0,934	0.0001			
CAÍDA	-0,472	0,825	0.0001			
PROB. MOVILIDAD	-0,110	0.767	0.001	1,0	0,90	0,01
Casos clasificados correctamente		88,4%			58,2%	

Comprobamos como, al igual que ocurría con las ABVD, ***los problemas de movilidad siguen clasificando a los ancianos dependientes siendo el único criterio predictor de los evaluados en la entrevista de seguimiento*** (aunque tan sólo clasifica correctamente al 58,2% de los ancianos). Los otros dos criterios, no aparecían en la predicción de las ABVD: las caídas producidas en la entrevista inicial y el no comer caliente al menos tres días en semana.

Ninguna de las variables cuantitativas consideradas en el análisis discriminante realizado con el índice de Barthel han mostrado capacidad para predecir las puntuaciones en el índice de Lawton y Brody.

V.CONCLUSIONES

V.I. EN RELACIÓN AL OBJETIVO GENERAL 1:

ANALIZAR LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS ANCIANOS FRÁGILES Y DETERMINAR LA PREVALENCIA DE LOS CRITERIOS DE FRAGILIDAD

V.I.1. PREVALENCIA DE LOS CRITERIOS DE FRAGILIDAD

Existen criterios de fragilidad que son más prevalentes en la población frágil como son padecer más de tres enfermedades crónicas o el consumo diario de más de tres fármacos mientras que otros tan sólo los presentan menos de una cuarta parte de ancianos frágiles (como no comer caliente, no disponer de una persona de confianza o el haber sufrido un ingreso hospitalario). Aunque como veremos más adelante, algunos de estos criterios menos prevalentes, son los que parecen contribuir a detectar a aquellos ancianos frágiles que evolucionan hacia la dependencia. Sería pues necesario realizar ponderaciones en los distintos criterios de fragilidad en función de su importancia para determinar el “nivel de riesgo”. Con esta finalidad, también son necesarios más estudios en los que se analicen poblaciones de ancianos frágiles con aquellos otros que no cumplen los criterios de fragilidad. En este sentido hemos de señalar que nuestro estudio demuestra que los criterios “género”, “edad”, “vivir solo”, “comer caliente”, “contar con una persona de confianza” y “presentar deterioro cognitivo leve” constituyen características del envejecimiento normal y no resultan de utilidad para diferenciar a los ancianos frágiles de quienes no lo son.

Las diversas dimensiones que integran el concepto de fragilidad, genera una amplia variabilidad en las características de los ancianos frágiles. De tal manera que no parece que exista “el anciano frágil” sino más bien, distintos grupos de ancianos que, cumpliendo criterios de fragilidad, presentan características o perfiles diferenciados.

Podemos por consiguiente considerar que existen distintos grados o niveles de fragilidad que limitan en un extremo con el envejecimiento normal y, en el otro, con los ancianos dependientes, con dificultades para diferenciar la fragilidad extrema de la dependencia.

VI.1.2. CARACTERÍSTICAS DE LOS ANCIANOS FRÁGILES

Cuando hablamos de anciano frágil, estamos haciendo referencia a ancianos que generalmente superan los 75 años de edad y fundamentalmente, casado o viudos quienes, por regla general, viven solos. Podríamos pensar que quienes están casados cuentan con mayor apoyo y, por tanto, pueden contar con más ayuda para su desenvolvimiento cotidiano. Sin embargo, resulta especialmente relevante el que, casi el 30% de las parejas de los ancianos frágiles entrevistados son, a su vez, ancianos frágiles, lo que puede redundar en una mayor vulnerabilidad para ambos, ya que cada uno de ellos debe cuidarse y al mismo tiempo, cuidar de su pareja. Cuando los grados de fragilidad son dispares entre ellos, encontramos que su pareja acaba convirtiéndose en cuidador y, de esta manera, sobrecarga su ya inestable estado funcional y de salud psicofísica. Hemos de señalar igualmente que un 11,5% de estos ancianos frágiles cuidan de un sujeto dependiente, con frecuencia, algún hijo con discapacidad o pareja con proceso terminal o demencial. Si la fragilidad es entendida como un *“estado fisiológico de aumento de la vulnerabilidad a estresores como resultado de una disminución o disregulación de las reservas fisiológicas”* es fácil comprender las repercusiones que estas situaciones generan y generarán en los ancianos frágiles.

Su estado de salud suele caracterizarse por una pluripatología con un elevado consumo de fármacos (que puede alcanzar los 20 fármacos diarios) y con altas tasas de incumplimiento de las recomendaciones médicas y farmacológicas. En este sentido es de destacar los problemas de adherencia a los tratamientos generalmente debido a olvidos en la toma de fármacos, aunque también encontramos un porcentaje de

ancianos que abandonan esporádicamente los fármacos por motivos tan dispares como que “le sienta mal” o que “tiene que salir de casa” o que “son demasiadas pastillas”, con un gran desconocimiento de las consecuencias negativas que estas conductas pueden ejercer sobre su estado de salud. Y sin que el sistema sanitario tenga conocimiento de ello.

Aunque ninguno de ellos cumple los criterios necesarios para ser considerados dependientes, presentan un considerable deterioro en su funcionalidad, si bien, éste se hace más patente en la realización de actividades instrumentales de la vida diaria y no tanto para las actividades más básicas. De hecho, los criterios de fragilidad contemplados en este trabajo se corresponden con los niveles de dependencia ligera o moderada en escalas tan utilizadas como el Índice de Barthel o la escala de actividades de la vida diaria de Lawton y Brody. Sin embargo, dichas escalas tan sólo recogen si se pueden realizar o no dichas actividades pero no las dificultades, el dolor, el cansancio o la exactitud o precisión con que se llevan a cabo (por ejemplo, hay ancianas que pueden mantener condiciones las condiciones higiénicas mínimas, pero que, por ejemplo, limpian el suelo sentadas en una silla).

Lógicamente estos problemas funcionales, hace que inmediatamente se piense en las fuentes y los recursos de apoyo y ayuda con los que cuentan. En este sentido, hemos desgraciadamente de señalar que la ayuda institucional solo está presente en el 7,9% de la muestra. La mayor parte de la ayuda que reciben proviene del ámbito familiar, con grandes oscilaciones desde quien recibe ayuda diaria o semanal hasta quien cuenta con sus familiares “para las limpiezas grandes” cada tres o cuatro meses o para realizar las compras más pesadas en los grandes almacenes. Una diferenciación que no responde al grado de deterioro o a los problemas funcionales que están presentes. Aún así, la satisfacción con las relaciones familiares suele ser elevada, así como el grado de satisfacción con las visitas o las llamadas que reciben. En ocasiones, esta satisfacción procede de una aceptación de que los hijos tienen sus propias cargas familiares y que, por tanto, no pueden prestar más ayuda y atención. De hecho, los sentimientos de soledad son frecuentes entre estos ancianos (el 40,4% lo presentan) y, en ocasiones, no parecen relacionarse tanto con vivir solo o acompañado como con el sentirse incapaz y no disponer de ayuda adicional.

Los síntomas depresivos adquieren una elevada prevalencia: casi la mitad de los ancianos frágiles obtienen en la Escala Geriátrica para la Depresión puntuaciones que los califican en “depresión moderada o grave”. Entre los síntomas destacan el estado de ánimo triste y deprimido o la vivencia de un futuro incierto y sombrío. Pero también es cierto que hemos encontrados notables dificultades para el establecimiento del diagnóstico clínico de los cuadros afectivos en estos ancianos, ya que, la puntuación positiva en criterios tales como la falta de energía o los sentimientos de inutilidad eran motivadas por el estado físico y funcional y no, exclusivamente, por las vivencias depresivas. De tal manera que la percepción de inutilidad y la perspectiva de un futuro negativo no constituyen tanto criterios diagnóstico de los cuadros depresivos como factores etiológicos, determinantes o precipitantes de los mismos. Mención especial requieren los pensamientos e ideas suicidas. Aunque no nos hemos extendido en este punto en la presente memoria, en la ponencia presentada en la XVII Reunión de la Sociedad Española de Psicogeriatría²⁰ señalábamos que el 31,9% de nuestros ancianos piensan en la muerte y que el 7,2% tenían ideas suicidas, en clara relación con el número de criterios de fragilidad presentes, el haber sufrido una hospitalización o caída en el año anterior y el no recibir ayuda. Elementos en los que se deben centrar las estrategias de prevención.

En general, los ancianos frágiles manifiestan un elevado nivel de satisfacción con la asistencia sanitaria que reciben, aunque una cuarta parte de ellos presentan, al mismo tiempo, algún tipo de queja que, en el caso de los ancianos con más problemas de movilidad se centran en los escasos desplazamientos que los médicos realizan al hogar y sus dificultades para acudir en persona al centro de salud (especialmente en los centros de salud ubicados en algunas zonas rurales, con difícil acceso para personas con este tipo de problemas). La mayor parte del resto de las quejas se centran en las listas de espera o en la dificultad para acceder a la atención especializada. Por nuestra parte, nos gustaría señalar las grandes discrepancias que hemos encontrado entre la información aportada por los ancianos y lo que aparece en su correspondiente historia de salud, tanto en lo que se refiere a las enfermedades como a los fármacos prescritos. De hecho en ocasiones, en la historia se recogen fármacos sin que el diagnóstico

²⁰ Franco M^ªD, Antequera R. Cuando falla la esperanza: la prevención del suicidio. Ponencia presentada en la XVII Reunión de la Sociedad Española de Psicogeriatría. Pamplona. 2009

correspondiente aparezca en el apartado de enfermedades (hay quien tiene prescrito hasta 10 fármacos diferentes sin que aparezca el diagnóstico de ninguna enfermedad). Desconocemos las repercusiones que esta falta de conocimiento de los ancianos sobre sus enfermedades diagnosticadas, los fármacos y su adecuada posología puede ejercer sobre la adherencia al tratamiento, la aparición de efectos secundarios o sobre la evolución de los procesos mórbidos.

Y, por último en lo que se refiere a la utilización de los recursos sociales constatamos el predominio de ancianos que no recibe y que no han demandado ayudas institucionales, especialmente aquellas relacionadas con la autonomía y el autocuidado. La ayuda más extendida es la teleasistencia. Quizás parte de esta escasa demanda este generada por el desconocimiento de los posibles recursos asistenciales disponibles así sobre cuál es el procedimiento, la institución o el lugar al que dirigirse para solicitar algún recurso. Además, más de la mitad de nuestros ancianos no podría realizar de manera autónoma ninguna petición.

Al principio de este apartado señalábamos que existen distintos tipos de ancianos frágiles y ello repercute en las distintas necesidades y demandas que realizan de los servicios sociales. Así, por ejemplo, aquellos ancianos frágiles con problemas de movilidad realizan mayor demanda de ayuda a domicilio, teleasistencia o ayudas técnicas.

V.II. EN RELACIÓN AL OBJETIVO GENERAL 2:

ANALIZAR LAS MODIFICACIONES QUE A LO LARGO DEL TIEMPO EXPERIMENTAN LOS ANCIANOS FRÁGILES

Un año después de la realización de la primera entrevista no se han producido modificaciones en los datos sociodemográficos, en las tasas de adherencia al tratamiento, en la sintomatología depresiva (tal y como es valorada por la GDS), en la calidad de vida o en la utilización de recursos sanitarios. Por el contrario, son notables las modificaciones que se han producido en los criterios de fragilidad, el estado de salud, el estado funcional y la necesidad y demanda de ayudas institucionales.

En lo que se refiere a los criterios de fragilidad hay un notable aumento en el número de ancianos (50,7%) que han incrementado sus criterios de fragilidad. Destacan entre ellos, el deterioro cognitivo leve y los problemas de movilidad. Los criterios que han mostrado mayores fluctuaciones a lo largo del tiempo son las caídas y los ingresos hospitalarios, en los que encontramos porcentajes similares de ancianos en los que han aparecido estos criterios y en los que han desaparecido. Aún así, un 28% de ancianos presentaban y siguen presentando caídas.

El aumento en las enfermedades crónicas que padecen también es notable. Más de la mitad de la muestra ha incrementado el número de enfermedades crónicas que padecen y, consecuentemente, se ha incrementado el número de fármacos que consumen. En consecuencia, los ancianos consideran que su estado de salud ha empeorado.

El porcentaje de ancianos considerados “autónomos” ha descendido, lo que implica un incremento de los ancianos que presentan algún grado de dependencia (tal y como es evaluada por el Índice de Barthel y de Lawton y Brody). Al igual que ocurría en la entrevista inicial, el empeoramiento del estado funcional no ocasiona un incremento proporcional en la ayuda que los ancianos reciben, especialmente de la procedente del ámbito institucional: sólo 3 ancianos (15,8%) disfrutaban de ella.

Este dato está en clara disonancia con el incremento que se ha producido de la necesidad percibida de ayuda, especialmente de la vinculada a las tareas de autocuidado (aseo personal), de cuidado y mantenimiento del hogar (ayuda a domicilio) así como la ayuda económica para el cuidador. Esto hace que exista una mayor demanda de ayuda institucional: el 31% de los ancianos o la han solicitado o están considerando. Aunque las ayudas institucionales le han sido concedidas a 11 ancianos, no todos ellos disfrutaban en el momento de la entrevista de ellas, en ocasiones porque la ayuda le fue concedida a su cónyuge fallecido, en otras o porque aunque le ha sido concedida todavía no se ha hecho efectiva o porque le han concedido la ayuda a domicilio en un horario y cantidad que los ancianos rechazan.

V.III. EN RELACIÓN AL OBJETIVO GENERAL 3:

DETERMINAR CUÁLES SON LOS FACTORES DE RIESGO QUE PREDICEN LA DEPENDENCIA

La principal dificultad que hemos encontrado en la respuesta a este apartado se relaciona con la diversidad de criterios utilizados para definir operacionalmente el concepto de dependencia. Por ello nos hemos decidido a valorarla en función de los criterios más consensuados: la necesidad de ayuda y la incapacidad para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria.

En lo que se refiere al primero de ellos, la necesidad de ayuda percibida para la realización de actividades de la vida diaria, en clara consonancia con las distintas dimensiones que configuran el concepto de fragilidad, está determinada por la confluencia de factores funcionales (los problemas de movilidad), médicos (consumo de fármacos), sociodemográficos (ser mayor de 80 años) y psicológicos (estado de ánimo deprimido). De todos ellos, los problemas de movilidad es el criterio de fragilidad que predice la dependencia tal y como es valorada por el índice de Barthel. También juegan un papel predictor variables recogidas en la primera entrevista, tales como la percepción del estado de salud, el número de fármacos que se ingieren diariamente y la puntuación en el test del reloj (deterioro cognitivo). Todas ellas variables que fácil y rápidamente pueden ser evaluadas en el contexto sanitario para poner en marcha las medidas preventivas o asistenciales más adecuadas y eficaces.

Los problemas de movilidad también se han mostrado como un factor predictor de la dependencia tal y como es valorada por el índice de Lawton y Brody, junto a las caídas y el no comer caliente.

Así pues, los problemas para la movilidad se muestran como el criterio de fragilidad con mayor capacidad discriminativa para el incremento de la dependencia y la utilización de los recursos sociales

VI. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Consideramos que para poder profundizar en los resultados de este proyecto y dar respuesta a las nuevas preguntas que, en su transcurso, han ido apareciendo sería necesario, en primer lugar, ampliar la muestra control (los datos que al respecto aportamos proceden tan sólo de 24 ancianos) y realizar también con ellos entrevistas de seguimiento.

Precisamente el seguimiento es otro de los aspectos que nos gustaría ampliar. En el seguimiento del año han fallecido 3 ancianos. Si prolongásemos el tiempo de seguimiento no sólo podríamos seguir adquiriendo conocimiento sobre su evolución y los factores que la predicen, sino también poder determinar aquellos otros predictores de institucionalización (al año de seguimiento ninguno de los ancianos han sido institucionalizados) o de mortalidad.

Aunque incluidos en los objetivos, hemos tenido grandes dificultades para entrevistar a los cuidadores tanto profesionales como no profesionales y su testimonio son esenciales para obtener una visión completa de la problemática y las necesidades de los ancianos frágiles o de riesgo para la dependencia. En estos momentos, intentamos llevar a cabo la obtención de información sobre el conocimiento y las características asistenciales a los ancianos frágiles.

También sería necesario ampliar o complementar las variables incluidas en el estudio, especialmente incluir marcadores médicos de fragilidad y realizar mediciones precisas sobre la funcionalidad o movilidad de los ancianos. Igualmente sería conveniente recoger más información sobre el medio o el contexto en el que se desarrolla la vida cotidiana del anciano y que pueden actuar como facilitadores o barreras para su desenvolvimiento independiente.