URIMNOVA MULTIDISCIPLINARY JOURNAL
(L-ISSN: XXXXXXXX E-ISSN: XXXXXXX)
Vol. 2 No.10
Octubre
revistaurimnova@gmail.com

SÍNDROME DE FRAGILIDAD EN EL ADULTO MAYOR Y SU REPERCUSIÓN EN LA SALUD FAMILIAR
FRAGILITY SYNDROME IN OLDER ADULTS AND ITS IMPACT ON FAMILY HEALTH
A SÍNDROME DA FRAGILIDADE NOS IDOSOS E O SEU IMPACTO NA SAÚDE FAMILIAR

Autor:

[1]**Apellidos Nombres:** Angélica Estefanía Chamorro Barona
[1]**ORCID ID:** https://orcid.org/0009-0000-6045-4264
[1]**E-mail de contacto**: angelica.chamorro096@gmail.com
[1]**Afiliación:** Hospital Carlos Andrade Marín (Ecuador)

[1]Médico, título de Médico General egresada de la Universidad Técnica de Ambato (Ecuador) con 4 años de experiencia laboral. Medico posgradista de segundo año de Cirugía Pediátrica Universidad San Francisco de Quito (Ecuador).

Resumen

Introducción: El síndrome de fragilidad en el adulto mayor constituye un problema de salud pública debido a su asociación con el deterioro funcional, la dependencia y las alteraciones en la dinámica familiar. **Objetivo**: Analizar la relación entre el síndrome de fragilidad y su repercusión en la salud familiar, considerando la funcionalidad intrafamiliar y la sobrecarga del cuidador primario. **Metodología**: Consistió en una investigación documental, de diseño bibliográfico y alcance descriptivo, mediante la revisión de publicaciones científicas y tesis académicas relacionadas con adultos mayores de 60 años, sus familias y cuidadores. Se consultaron bases de datos científicas y repositorios institucionales, aplicando criterios de inclusión y exclusión. La información se organizó mediante una matriz de extracción bibliográfica y se examinó a través de síntesis cualitativa y análisis temático. **Resultados**: Se evidenciaron que la fragilidad se relaciona con factores sociodemográficos, deterioro de la autonomía y modificaciones en la funcionalidad familiar, y, se identificó que los entornos familiares funcionales favorecen el bienestar del adulto mayor, mientras que la dependencia incrementa la sobrecarga física y emocional del cuidador, además, las intervenciones basadas en ejercicio físico y educación sanitaria mostraron beneficios para la recuperación funcional. **Conclusión**: La fragilidad y la salud familiar mantienen una relación bidireccional, por lo que resulta fundamental implementar estrategias multidisciplinarias de atención primaria que integren al adulto mayor, su familia y sus cuidadores.

Palabras clave: Anciano frágil, Salud de la familia, Cuidadores, Relaciones familiares, Atención primaria de salud.

Abstract

Introduction: Frailty syndrome in older adults constitutes a public health problem due to its association with functional decline, dependency and changes in family dynamics. **Objective:** To analyse the relationship between frailty syndrome and its impact on family health, taking into account family functioning and the burden on the primary carer. **Methodology:** This was a documentary study with a bibliographic design and descriptive scope, involving a review of scientific publications and academic theses relating to people aged 60 and over, their families and carers. Scientific databases and institutional repositories were consulted, applying inclusion and exclusion criteria. The information was organised using a bibliographic extraction matrix and examined through qualitative synthesis and thematic analysis. **Results:** The findings showed that frailty is associated with sociodemographic factors, a decline in independence and changes in family functioning; it was also found that functional family environments promote the well-being of older adults, whilst dependency increases the physical and emotional burden on the carer. Furthermore, interventions based on physical exercise and health education demonstrated benefits for functional recovery. **Conclusion:** Frailty and family health are linked in a bidirectional

Articulo recibido: 18 de Septiembre del 2026
Articulo revisado: 23 de Septiembre del 2026
Articulo aprobado: 01 de Octubre del 2026
Articulo publicado: 09 de Octubre del 2026

relationship; it is therefore essential to implement multidisciplinary primary care strategies that involve older adults, their families and their carers.
Keywords: Frail older people, Family health, Carers, Family relationships, Primary healthcare.

Resumo

Introdução: A síndrome de fragilidade em idosos constitui um problema de saúde pública devido à sua associação com a deterioração funcional, a dependência e as alterações na dinâmica familiar. **Objetivo:** Analisar a relação entre a síndrome de fragilidade e seu impacto na saúde familiar, considerando a funcionalidade intrafamiliar e a sobrecarga do cuidador principal. **Metodologia:** Consistiu em uma pesquisa documental, com desenho bibliográfico e alcance descritivo, por meio da revisão de publicações científicas e teses acadêmicas relacionadas a idosos com mais de 60 anos, suas famílias e cuidadores. Foram consultadas bases de dados científicas e repositórios institucionais, aplicando-se critérios de inclusão e exclusão. As informações foram organizadas por meio de uma matriz de extração bibliográfica e examinadas por meio de síntese qualitativa e análise temática. **Resultados:** Verificou-se que a fragilidade está relacionada a fatores sociodemográficos, à perda de autonomia e a alterações na funcionalidade familiar; além disso, constatou-se que ambientes familiares funcionais favorecem o bem-estar do idoso, enquanto a dependência aumenta a sobrecarga física e emocional do cuidador; por outro lado, as intervenções baseadas em exercícios físicos e educação em saúde demonstraram benefícios para a recuperação funcional. **Conclusão:** A fragilidade e a saúde familiar mantêm uma relação bidirecional; por isso, é fundamental implementar estratégias multidisciplinares de atenção primária que integrem o idoso, sua família e seus cuidadores.
Palavras-chave: Idosos frágeis, Saúde da família, Cuidadores, Relações familiares, Atenção primária à saúde.

INTRODUCCION

El envejecimiento poblacional representa una de las transformaciones demográficas más profundas y aceleradas de las últimas décadas a nivel mundial donde el aumento sostenido en la expectativa de vida, combinado con la transición epidemiológica hacia un predominio de patologías crónicas no transmisibles, ha provocado que la gestión de la salud en la vejez trascienda la mera supervivencia para enfocarse en la preservación de la capacidad funcional. En este escenario, el síndrome de fragilidad se ha consolidado como un concepto central de la medicina geriátrica y la salud pública, al identificar a aquel segmento de la población anciana que, aun manteniendo en ocasiones la independencia, presenta un estado de vulnerabilidad biológica incrementada ante factores estresantes internos o externos.

Para comprender la naturaleza del problema, es indispensable precisar el marco conceptual del síndrome de fragilidad el cual es definido seminalmente por el grupo de Linda Fried como un síndrome biológico caracterizado por la disminución de las reservas fisiológicas y de la resistencia a estresores debido al declive acumulativo de múltiples sistemas orgánicos, la fragilidad debe distinguirse conceptualmente del envejecimiento cronológico normal y de la discapacidad establecida. Mientras que el envejecimiento fisiológico supone una pérdida gradual de la plasticidad homeostática, la fragilidad representa un estado intermedio y reversible conducido por la sarcopenia pérdida

Articulo recibido: 18 de Septiembre del 2026
Articulo revisado: 23 de Septiembre del 2026
Articulo aprobado: 01 de Octubre del 2026
Articulo publicado: 09 de Octubre del 2026

progresiva de masa, fuerza y calidad muscular, la desregulación neuroendocrina y un estado inflamatorio crónico de baja intensidad, la utilidad clínica de este constructo radica en su capacidad predictiva hacia desenlaces adversos graves, tales como caídas recurrentes, deterioro cognitivo, hospitalizaciones prolongadas, institucionalización y mortalidad prematura.

La investigación previa ha demostrado que la prevalencia del síndrome de fragilidad exhibe una notable heterogeneidad en función del contexto socioambiental, el perfil poblacional y las herramientas diagnósticas empleadasstu, estudios poblacionales en el ámbito latinoamericano revelan que la fragilidad no se distribuye de manera uniforme, encontrándose variaciones entre áreas urbanas, comunidades rurales y poblaciones originarias, por ejemplo, en investigaciones realizadas en el primer nivel de atención urbana en México y Paraguay mediante la escala FRAIL y los criterios de Fried, la prevalencia de fragilidad oscila entre el 23% y el 53%, identificándose una asociación consistente con la edad avanzada, el bajo nivel educativo y la comorbilidad cardiovascular y metabólica.

En contraste, al examinar comunidades rurales de alta montaña en los Andes peruanos o poblaciones indígenas en la región de Nariño (Colombia), las tasas de fragilidad se elevan drásticamente hasta alcanzar niveles superiores al 32% e incluso al 72%, esta disparidad justifica la necesidad de evaluar los determinantes sociales de la salud, puesto que el acceso restringido a servicios sanitarios, la exclusión sociocultural y las condiciones de marginalidad rural aceleran el desgaste fisiológico. Asimismo, existe una convergencia empírica en la literatura respecto a la inequidad de género: las mujeres adultas mayores presentan de forma sistemática un mayor riesgo y prevalencia de fragilidad en comparación con los varones. Esta paradoja de género donde las mujeres sobreviven más tiempo, pero con mayor acumulación de déficits de salud se explica por la menor masa muscular de base, la deprivación hormonal postmenopáusica y desventajas acumuladas a lo largo del curso de vida, tales como la viudez, la menor satisfacción financiera y el rol histórico de cuidadoras no remuneradas.

No obstante, el impacto de la fragilidad sobrepasa la esfera individual del paciente geriátrico para proyectarse de manera directa sobre la salud y dinámica del grupo familiar donde la familia constituye la red primaria de apoyo social e informal en América Latina, asumiendo las funciones de protección, afecto y cuidado de los ancianos en situación de dependencia o vulnerabilidad es por ello que la literatura evidencia una interrelación bidireccional entre la funcionalidad familiar y la evolución clínica de la fragilidad. Por un lado, estudios desarrollados en el ámbito de la atención primaria en Cuba y México utilizando instrumentos validados como el Test de Percepción del Funcionamiento Familiar (FF-SIL) y el APGAR familiar han demostrado que la convivencia en núcleos familiares

Articulo recibido: 18 de Septiembre del 2026
Articulo revisado: 23 de Septiembre del 2026
Articulo aprobado: 01 de Octubre del 2026
Articulo publicado: 09 de Octubre del 2026

funcionales y moderadamente funcionales actúa como un factor protector decisivo. En estos entornos, la adecuada cohesión, la adaptabilidad y la comunicación fluida favorecen el apego terapéutico, la estimulación afectiva y el manejo adecuado de las descompensaciones de la salud, logrando que adultos mayores con patologías crónicas complejas, como la retinopatía diabética, mantengan un menor grado de fragilidad o retarden su progresión hacia la dependencia.

Por otro lado, cuando la funcionalidad familiar se quiebra o se torna disfuncional, el ambiente estresante resultante acelera el declive físico y emocional del adulto mayor. A su vez, la aparición de la fragilidad introduce eventos de crisis no normativas en el hogar, al verse reducida la velocidad de marcha, la fuerza muscular y la tolerancia a las actividades de la vida diaria, el paciente requiere la asistencia progresiva de un cuidador primario, rol que por lo general es asumido por mujeres sin capacitación previa ni apoyo institucional, esta asignación informal da origen al denominado síndrome de sobrecarga del cuidador o colapso del cuidador, evaluado mediante la escala de Zarit. Investigaciones clínicas en el primer nivel de atención muestran que entre el 40% y el 70% de los cuidadores primarios sufren sobrecarga intensa, manifestando síntomas somáticos, trastornos ansioso-depresivos, aislamiento social y desgaste financiero. Si bien la correlación entre el grado de fragilidad del adulto mayor y la intensidad de la sobrecarga del cuidador es moderada, la literatura coincide en que la falta de preparación del núcleo familiar y la ausencia de redes de apoyo formal incrementan el riesgo de fatiga extrema, lo que en situaciones críticas compromete la calidad de la atención brindada e incluso favorece el abandono o la institucionalización del anciano.

A pesar de estos avances conceptuales y empíricos, la literatura científica presenta un vacío de conocimiento donde la mayoría de las investigaciones han abordado la fragilidad física como un fenómeno aislado o han analizado la sobrecarga del cuidador de forma unidireccional, sin integrar el impacto que el grado de severidad clínica de la fragilidad ejerce sobre la estructura, tipología y funcionalidad del sistema familiar en su conjunto en el contexto de la atención primaria. Asimismo, se requiere profundizar en cómo las dimensiones psicosociales y las dinámicas intrafamiliares actúan como moduladores en la reversibilidad del síndrome de fragilidad mediante intervenciones no farmacológicas en función de la problemática planteada, el objetivo del presente trabajo es analizar la relación entre el síndrome de fragilidad en el adulto mayor y su repercusión en la salud familiar, evaluando cómo la funcionalidad del núcleo intrafamiliar y la sobrecarga del cuidador primario interactúan con la vulnerabilidad física del paciente, a fin de fundamentar estrategias de intervención multidisciplinarias y centradas en la familia desde el primer nivel de atención médica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Articulo recibido: 18 de Septiembre del 2026
Articulo revisado: 23 de Septiembre del 2026
Articulo aprobado: 01 de Octubre del 2026
Articulo publicado: 09 de Octubre del 2026

El presente estudio se desarrolló bajo un diseño documental de tipo revisión bibliográfica con un alcance descriptivo donde se examinó se buscó integrar y contrastar la evidencia disponible sobre la caracterización clínica del síndrome de fragilidad en el adulto mayor, sus determinantes sociodemográficos y su repercusión directa en la funcionalidad del grupo familiar y en la sobrecarga del cuidador primario.

El marco metodológico se orientó a garantizar la reproducibilidad y transparencia, estableciendo protocolos claros para la identificación, selección, evaluación crítica y extracción de información de publicaciones científicas y tesis académicas relevantes donde la búsqueda bibliográfica se ejecutó en las bases de datos multidisciplinarias y motores de búsqueda especializados de mayor relevancia en las ciencias de la salud y las ciencias sociales: PubMed/MEDLINE, SciELO, Redalyc, ScienceDirect y Google Scholar. Asimismo, se consultaron repositorios institucionales de posgrado para incorporar tesis doctorales y de especialidad médica en Geriatría y Medicina Familiar. El período de búsqueda abarcó las publicaciones divulgadas entre el 2019 y 2024, permitiendo la inclusión justificada de estudios de cohorte longitudinal con seguimiento de datos recabados en décadas previas tales como las rondas del Estudio Mexicano de Salud y Envejecimiento (ENASEM/MHAS) debido a su alto valor explicativo en el análisis de trayectorias de salud.

La estrategia de búsqueda se estructuró mediante la combinación de (DeCS) y (MeSH), en idioma español e inglés, empleando los operadores booleanos AND y OR. Los términos clave combinados incluyeron: "síndrome de fragilidad" OR "frailty syndrome", "adulto mayor" OR "older adults", "anciano frágil" OR "frail elderly", "sarcopenia", "vulnerabilidad biológica", "salud familiar" OR "family health", "funcionalidad familiar" OR "family functioning", "dinámica familiar" OR "family dynamics", "cuidador primario" OR "primary caregiver", "sobrecarga del cuidador" OR "caregiver burden", "agotamiento del cuidador" OR "caregiver burnout". "ejercicio multicomponente" OR "multicomponent exercise", "atención primaria" OR "primary care", "educación para la salud".

Para la selección de los documentos incluidos, se aplicaron criterios de inclusión y exclusión previamente definidos.

Criterios de inclusión

1. Artículos científicos originales, revisiones sistemáticas, guías de práctica clínica oficiales y tesis académicas de grado o posgrado.

2. Publicaciones con acceso completo al texto en idioma español o inglés.

3. Investigaciones orientadas a adultos mayores de 60 años o más residentes en

Articulo recibido: 18 de Septiembre del 2026
Articulo revisado: 23 de Septiembre del 2026
Articulo aprobado: 01 de Octubre del 2026
Articulo publicado: 09 de Octubre del 2026

la comunidad o atendidos en el primer nivel de atención médica, así como a sus respectivos cuidadores primarios informales y núcleos intrafamiliares.

4. Estudios que emplearan herramientas e instrumentos de medición estandarizados para evaluar las variables centrales.

Criterios del fenotipo físico de Fried, Escala FRAIL adaptada por el Instituto Nacional de Geriatría (INGER), Índice de Fragilidad de déficits acumulados de Rockwood y Mitnitski, Escala de Edmonton o Criterios de Ensrud.

Índice de Barthel o Test de Katz para actividades básicas de la vida diaria (ABVD), e índice de lawton y brody para Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD).

Test de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL), APGAR Familiar y clasificación ontogenética o tipológica del núcleo familiar según Huerta.

Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit.

Método de estratificación socioeconómica de Graffar-Méndez Castellanos o Escala sociofamiliar de Gijón.

Criterios de exclusión

1. Artículos que carecieran de un diseño metodológico claro o cuyas muestras no estuvieran adecuadamente justificadas.

2. Reportes de casos aislados, resúmenes de congresos sin texto completo, editoriales de opinión o ensayos no arbitrados.

3. Publicaciones duplicadas en diferentes bases de datos o repositorios.

4. Investigaciones enfocadas exclusivamente en adultos mayores institucionalizados en asilos o residencias geriátricas de larga estancia sin vinculación ni evaluación de la familia o del cuidador primario informal.

El proceso de selección y recolección de los documentos se desarrolló en tres fases consecutivas:

1. Lectura de títulos y resúmenes de la totalidad de los registros identificados durante la búsqueda para verificar su pertienencia temática y cumplimiento preliminar de los criterios de elegibilidad.

2. Recuperación e inspección crítica del texto completo de las obras preseleccionadas para constatar la calidad metodológica, la validez interna y la precisión de los instrumentos utilizados.

3. Los datos relevantes de cada estudio seleccionado se volcaron en una matriz estandarizada de extracción bibliográfica elaborada en hojas de cálculo.

El análisis de la información recolectada se realizó mediante un procedimiento de síntesis cualitativa-categorial y análisis temático argumentativo, la evidencia extraída de los diversos estudios empíricos y

Articulo recibido: 18 de Septiembre del 2026
Articulo revisado: 23 de Septiembre del 2026
Articulo aprobado: 01 de Octubre del 2026
Articulo publicado: 09 de Octubre del 2026

teóricos no se presentó como una mera enumeración de autores, sino que se integró mediante la comparación analítica de aportes, coincidencias y discrepancias en los resultados previos. La estructuración del análisis argumentativo se organizó en torno a cuatro ejes temáticos articuladores:

1. Integración de los modelos teóricos físicos y multidimensionales, diferenciando el síndrome del envejecimiento fisiológico normal y de la discapacidad.

2. Análisis comparativo de la prevalencia de fragilidad en contextos urbanos, rurales e indígenas, examinando el impacto del nivel educativo, el estrato socioeconómico y la inequidad de género.

3. Evaluación de cómo el entorno familiar actúa como factor protector o de riesgo, y cómo el declive físico del adulto mayor desencadena sobrecarga intensa en el cuidador primario.

4. Síntesis de la evidencia sobre la efectividad del ejercicio físico multicomponente y la educación para la salud en el primer nivel de atención como herramientas para retrasar o revertir la fragilidad.

Consideraciones éticas

Al tratarse de una investigación de carácter secundario basada en la revisión y síntesis de literatura previamente publicada, el presente estudio no requirió la intervención directa sobre seres humanos ni la recolección de muestras biológicas, por lo que no conllevó riesgos éticos directos para participantes, la investigación se rigió por los principios éticos internacionales de integridad científica y transparencia académica, se respetaron de forma rigurosa los derechos de propiedad intelectual y autoría mediante la citación adecuada y la atribución precisa de las fuentes consultadas. Asimismo, los datos procedentes de los estudios revisados contaban con sus correspondientes aprobaciones por comités de ética institucionales y protocolos de consentimiento informado.

DESARROLLO

El abordaje del síndrome de fragilidad exige comprender su heterogeneidad diagnóstica y la forma en que diversos instrumentos operacionalizan la vulnerabilidad biológica en el adulto mayor, la evaluación del fenotipo de fragilidad se ha sustained tradicionalmente en los criterios físicos de Linda Fried, los cuales abarcan la pérdida involuntaria de peso, agotamiento autorreportado, debilidad en la fuerza de prensión manual, lentitud en la velocidad de marcha y baja actividad física (De La Luz et al., 2020). Asimismo, en el primer nivel de atención se emplean herramientas de cribado rápido como la escala FRAIL y los criterios de Ensrud, las cuales permiten clasificar a los pacientes en categorías de robusto, prefrágil y frágil (Becerra, E., & Patraca, A., 2021), la

Articulo recibido: 18 de Septiembre del 2026
Articulo revisado: 23 de Septiembre del 2026
Articulo aprobado: 01 de Octubre del 2026
Articulo publicado: 09 de Octubre del 2026

utilidad de estos cuestionarios radica en su alta sensibilidad y reproducibilidad para detectar precozmente la pérdida de reservas homeostáticas antes de que se consolide la discapacidad irreversible (Jaime, C., 2023).

Los estudios epidemiológicos revisados evidencian una amplia variabilidad en la prevalencia del síndrome de fragilidad, influenciada directamente por el entorno geográfico, el nivel de urbanización y los factores socioambientales de las poblaciones evaluadas. En el ámbito de la atención primaria urbana, Becerra, E., y Patraca, A., (2021) reportaron una prevalencia de fragilidad del 45.97% al aplicar la escala FRAIL en un grupo de adultos mayores atendidos en México. De manera similar, en el contexto sudamericano, Rivelli, R., et al. (2020) identificaron un 53% de fragilidad en personas de 60 años o más atendidas en Unidades de Salud Familiar de Paraguay, señalando la disminución de la velocidad de marcha y la reducción de la fuerza muscular como los déficits físicos prevalentes.

Por otro lado, cuando la fragilidad se analiza en entornos de alta vulnerabilidad socioambiental o aislamiento geográfico, los índices alcanzan proporciones sustancialmente mayores, al evaluar comunidades rurales de alta montaña en los Andes peruanos, Lama, J., et al. (2021) hallaron una prevalencia de fragilidad del 32.2%, identificando al sexo femenino y a los síntomas depresivos como variables independientemente asociadas con un mayor riesgo físico. Un escenario aún más crítico fue documentado por Paredes, Y., et al. (2019) en adultos mayores indígenas del departamento de Nariño, Colombia, donde la prevalencia de fragilidad ascendió al 32.4% y la prefragilidad al 58.7%, constatando que las barreras en el acceso a la atención médica y las condiciones materiales precarias aceleran el desgaste acumulativo del organismo.

La literatura científica fundamenta que la acumulación de déficits de salud a lo largo del ciclo vital responde a determinantes dinámicos y transversales en un estudio longitudinal sobre trayectorias de fragilidad en adultos mayores mexicanos, Vanessa, R., (2021) demostró que la tasa de progresión hacia estadios de alta fragilidad está condicionada por el género femenino, la edad avanzada, la viudez, el bajo nivel educativo y la insatisfacción financiera. La disparidad de género es un hallazgo consistente en las investigaciones: Murga, P., et al. (2022) analizaron una cohorte de mujeres adultas mayores frágiles y prefrágiles, concluyendo que la falta de apoyo social adecuado, la polifarmacia y el alto riesgo de caídas incrementan exponencialmente su tasa de mortalidad. Sin embargo, al analizar la relación entre el estrato socioeconómico y el grado de fragilidad mediante el método de Graffar-Méndez Castellanos, Garduño, F., et al. (2023) no encontraron una correlación estadísticamente significativa directa en una unidad de primer nivel, lo que sugiere que la fragilidad es un fenómeno multifactorial donde la biología, el estado afectivo y las redes de apoyo informal interactúan de forma compleja.

Articulo recibido: 18 de Septiembre del 2026
Articulo revisado: 23 de Septiembre del 2026
Articulo aprobado: 01 de Octubre del 2026
Articulo publicado: 09 de Octubre del 2026

La salud del adulto mayor frágil se encuentra intrínsecamente ligada a las condiciones y funcionamiento del núcleo intrafamiliar, la familia actúa como la red primaria de apoyo biopsicosocial, influyendo directamente en el mantenimiento de la autonomía del anciano o, en su defecto, en la aceleración del declive funcional. Al evaluar la interacción entre las dinámicas intrafamiliares y el estado de salud, López, L., et al. (2020) constataron que la mayoría de los adultos mayores frágiles residen en familias extensas con un funcionamiento moderadamente funcional (17.9%) o completamente funcional (73.2%), lo cual favorece la contención afectiva y el manejo de los estados de vulnerabilidad.

Esta perspectiva es respaldada por Valencia, J., et al. (2024), quienes investigaron la relación entre el síndrome de fragilidad y la funcionalidad familiar en pacientes adultos mayores con retinopatía diabética, sus resultados demostraron una asociación entre ambas variables: los pacientes clasificados como no frágiles pertenecían predominantemente a familias funcionales, mientras que los estados de fragilidad moderada o severa se agruparon de manera consistente en hogares con disfunción familiar. En este sentido, la cohesión, la adaptabilidad y la comunicación dentro del hogar determinan la capacidad de respuesta ante la enfermedad crónica. Asimismo, desde la perspectiva de la atención de enfermería, Hernández, Y., et al. (2020) subrayan que el acompañamiento y el monitoreo familiar en la administración de medicamentos y en el cuidado personal son pilares para prevenir la institucionalización del anciano.

No obstante, cuando el adulto mayor presenta eventos agudos de salud, como las caídas accidentales, la dinámica familiar sufre una severa alteración. Cedillo, I y Morales (2024) identificaron una elevada prevalencia de riesgo de caídas en adultos mayores con criterios de fragilidad física, destacando que el deterioro del equilibrio y la marcha compromete directamente la independencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD). Esta pérdida de movilidad desencadena complicaciones severas, como el síndrome post-caído y las fracturas de cadera, las cuales conllevan una alta morbimortalidad y dependencia absoluta (Villavicencio, S., et al., 2020). Tal como sostienen Benito, Y., et al. (2025), la aparición de la dependencia genera un impacto social y económico devastador en la familia, reestructurando los roles intrafamiliares y exigiendo una dedicación intensiva que sobrepasa los recursos financieros y emocionales del hogar.

El progreso de la fragilidad física hacia la dependencia funcional exige la presencia continua de un cuidador primario informal, rol que de forma casi sistemática recae en una mujer del núcleo intrafamiliar sin capacitación técnica previa, esta asunción de responsabilidades de cuidado de forma prolongada da lugar al síndrome de sobrecarga del cuidador o colapso del cuidador, el cual compromete la salud física y mental de la persona a cargo.

Articulo recibido: 18 de Septiembre del 2026
Articulo revisado: 23 de Septiembre del 2026
Articulo aprobado: 01 de Octubre del 2026
Articulo publicado: 09 de Octubre del 2026

En una investigación analítica realizada en el primer nivel de atención médica, De La Luz León, M., et al. (2020) evaluaron la relación entre la fragilidad del paciente geriátrico y el desgaste del cuidador informal. Sus hallazgos revelaron una correlación directa entre el grado de declive físico del anciano y la intensidad del agotamiento en el cuidador, registrando que un porcentaje considerable de los cuidadores evaluados padecían sobrecarga intensa caracterizada por trastorno ansioso-depresivo, fatiga crónica y aislamiento social.

El análisis sistemático desarrollado por Caicedo, J., et al. (2024) reafirma que el síndrome de fragilidad deteriora severamente la calidad de vida tanto del paciente como de su entorno familiar. La carga objetiva y la carga subjetiva alimentan un círculo vicioso: la sobrecarga del cuidador reduce la calidad de los cuidados brindados al anciano frágil, lo que a su vez incrementa las descompensaciones médicas de este último. Como afirman Benito, Y., et al. (2025), este colapso en el soporte informal eleva drásticamente los costos indirectos de la atención sanitaria y fuerza en muchas ocasiones la hospitalización de urgencia o la institucionalización temprana del adulto mayor.

Pese a la severidad de sus repercusiones, la literatura científica enfatiza que el síndrome de fragilidad es un estado dinámico y reversible, especialmente en sus fases incipientes o de prefragilidad, las intervenciones no farmacológicas centradas en el ejercicio físico estructurado y la educación para la salud representan las herramientas más efectivas para recuperar la reserva funcional. En un ensayo clínico realizado en una Unidad de Medicina Familiar, Álvarez, J., et al. (2025) evaluaron la efectividad de un programa de acondicionamiento físico multicomponente en adultos mayores frágiles y prefrágiles. Los resultados mostraron una mejora estadísticamente significativa en los puntajes de las escalas funcionales, logrando que un porcentaje considerable de participantes revirtiera su estado de fragilidad a prefragilidad o robustez, con ganancias sustanciales en la velocidad de marcha y la independencia.

Complementariamente, Jaime, C., (2023) resalta que los programas de educación para la salud orientados tanto al adulto mayor como a su núcleo familiar son indispensables para el éxito terapéutico. La capacitación en prevención de caídas, nutrición adecuada y estrategias de afrontamiento del estrés permite empoderar a la familia y reducir el colapso del cuidador. Finalmente, tal como concluyen Hernández, Y.., et al. (2020) y Becerra, E., y Patraca, A., (2021), la integración de equipos multidisciplinarios en el primer nivel de atención médica es la vía más eficiente para transformar el abordaje fragmentado del anciano frágil hacia un modelo integral centrado en la persona y su sistema familiar.

DISCUSIÓN

Los hallazgos sistematizados responden de manera directa al objetivo general del estudio, confirmando que el síndrome de fragilidad no debe ser

Articulo recibido: 18 de Septiembre del 2026
Articulo revisado: 23 de Septiembre del 2026
Articulo aprobado: 01 de Octubre del 2026
Articulo publicado: 09 de Octubre del 2026

comprendido de forma aislada como un mero estado de declive biológico individual, sino como un fenómeno sistémico que impacta y a la vez es modulado por la salud y dinámica del núcleo familiar. La evidencia analizada demuestra una interacción bidireccional determinante: mientras que la convivencia en núcleos familiares funcionales y estructurados actúa como un potente factor protector que retrasa la progresión de la fragilidad y mantiene la autonomía (López, L., et al., 2020; Valencia, J., et al., 2024), la aparición del deterioro físico grave desencadena crisis no normativas en el hogar. La pérdida de independencia en las actividades básicas de la vida diaria, sumada al riesgo de caídas accidentales y síndromes post-caída (Cedillo, I & Morales, R 2024; Villavicencio, S., et al., 2020), impone un esfuerzo de cuidado continuo que genera sobrecarga intensa en el cuidador primario informal (De La Luz León, M., et al., 2020; Caicedo, J., et al., 2024). Este agotamiento del cuidador deteriora la calidad de vida de todo el grupo familiar y eleva el riesgo de colapso de la red informal de apoyo (Benito, Y., et al., 2025), al comparar los resultados observados, se identifican importantes coincidencias, pero también discrepancias epidemiológicas que exigen una interpretación crítica respecto a las coincidencias, existe un consenso sustancial en torno a la paradoja de género: las mujeres adultas mayores presentan de forma sistemática mayores prevalencias de fragilidad y prefragilidad en comparación con los hombres, tanto en Unidades de Salud Familiar urbanas (Rivelli, R., et al., 2020) como en comunidades rurales andinas (Lama, J., et al., 2021). Este hallazgo se explica por la menor masa muscular de base en el sexo femenino, la pérdida estrogénica postmenopáusica y la acumulación desproporcionada de desventajas sociales a lo largo del curso de vida, tales como la viudez, la falta de ingresos propios y el rol histórico de cuidadoras no remuneradas (Vanessa, R., 2021; Murga, P., et al., 2022). Asimismo, existe convergencia en que las poblaciones rurales e indígenas de difícil acceso geográfico (Paredes, Y., et al., 2019) exhiben índices de fragilidad sustancialmente más elevados que las urbanas (Becerra, E., & Patraca, A., 2021), lo que confirma que las barreras en la atención médica y la marginalidad socioambiental aceleran el desgaste de las reservas homeostáticas.

No obstante, surge una discrepancia relevante en la literatura al analizar la relación entre el estrato socioeconómico y el grado de fragilidad, mientras que el análisis longitudinal de base poblacional de Vanessa, R., (2021) establece que la insatisfacción financiera y el bajo nivel educativo son predictores lineales del avance hacia la fragilidad severa, el estudio transversal de Garduño, F., et al. (2023) en un primer nivel de atención no encontró una correlación entre el estrato socioeconómico y el nivel de fragilidad física. Una explicación alternativa a esta discrepancia radica en el sesgo de selección y en el efecto amortiguador de la red familiar: en muestras clínicas de atención primaria, el soporte afectivo y la cohesión intrafamiliar pueden mitigar temporalmente las carencias materiales, atenuando el impacto directo del nivel socioeconómico sobre la fragilidad

Articulo recibido: 18 de Septiembre del 2026
Articulo revisado: 23 de Septiembre del 2026
Articulo aprobado: 01 de Octubre del 2026
Articulo publicado: 09 de Octubre del 2026

biológica, a diferencia de lo que ocurre en cohortes macro-poblacionales donde los determinantes estructurales se expresan en toda su magnitud a lo largo del tiempo.

En lo relativo a las intervenciones no farmacológicas, la evidencia acumulada ratifica que la fragilidad es una condición dinámica y potencialmente reversible, los ensayos clínicos y estudios de intervención revisados (Jaime, C., 2023; Álvarez, J., et al., 2025) demuestran que el acondicionamiento físico multicomponente y los programas de educación para la salud conducen a la recuperación de la velocidad de marcha, el incremento de la fuerza muscular y la reubicación de pacientes frágiles hacia estadios de prefragilidad o robustez. Este hallazgo contrarresta la visión nihilista del envejecimiento y respalda la necesidad de implementar programas multidisciplinarios en el primer nivel de atención (Hernández, Y., et al., 2020), donde la capacitación a la familia en prevención de caídas y la nutrición orientada a combatir la sarcopenia permiten aliviar paralelamente la sobrecarga del cuidador (Caicedo, J., et al., 2024).

Finalmente, es imprescindible delimitar los alcances de las afirmaciones formuladas en función del diseño metodológico empleado, al tratarse de una revisión bibliográfica de estudios en su mayoría transversales y observacionales, no es posible establecer relaciones de causalidad en sentido estricto, la asociación entre disfunción familiar y fragilidad puede responder a una causalidad bidireccional o a la presencia de variables de confusión no controladas, como la presencia de depresión o el deterioro cognitivo incipiente. Asimismo, la heterogeneidad de criterios diagnósticos utilizados en los estudios primarios introduce variabilidad en las tasas reportadas, se requieren futuras investigaciones prospectivas y ensayos controlados con seguimiento a largo plazo para evaluar el impacto sostenido de las intervenciones familiares e identificar qué componentes del acondicionamiento físico generan la mayor reducción en la sobrecarga del cuidador primario.

CONCLUSIONES

El síndrome de fragilidad en el adulto mayor repercute de manera directa y profunda en la salud, la estructura y la dinámica del núcleo familiar, el paso de la vulnerabilidad biológica hacia la dependencia funcional fractura el equilibrio intrafamiliar, transformando la demanda de cuidados en un evento estresante de carácter crónico, la funcionalidad intrafamiliar opera como un determinante bidireccional clave: mientras que los entornos familiares cohesivos y adaptativos actúan como un factor protector que retrasa el deterioro físico y promueve el apego terapéutico, la disfunción familiar y la falta de redes de apoyo aceleran la pérdida de la capacidad funcional. Asimismo, la sobrecarga del cuidador primario informal asumida de forma mayoritaria por mujeres sin formación previa constituye la manifestación más severa del impacto de la fragilidad en la salud familiar, desencadenando agotamiento

Articulo recibido: 18 de Septiembre del 2026
Articulo revisado: 23 de Septiembre del 2026
Articulo aprobado: 01 de Octubre del 2026
Articulo publicado: 09 de Octubre del 2026

físico, sintomatología ansioso-depresiva y aislamiento social, lo que en situaciones extremas compromete la sostenibilidad del cuidado y precipita el colapso del sistema de apoyo del anciano.

El principal aporte de esta investigación radica en proporcionar una visión integradora que supera el paradigma biomédico del envejecimiento, al articular la fragilidad física con las dinámicas intrafamiliares, los determinantes socioambientales y la salud mental del cuidador en el contexto de la atención primaria, este enfoque fundamenta la urgencia de transitar de un modelo de atención centrado únicamente en la patología del individuo hacia un esquema de abordaje integral orientado a la familia como unidad de cuidado. Las limitaciones de este trabajo se relacionan con su diseño cualitativo de revisión documental y con la variabilidad metodológica de la literatura consultada, la cual emplea diversos criterios e instrumentos para operativizar tanto la fragilidad como el funcionamiento familiar, de igual forma, el predominio de estudios primarios de corte transversal limita la posibilidad de determinar relaciones de causalidad directa o inferir trayectorias de salud a largo plazo en diferentes entornos sociodemográficos.

A partir de los hallazgos consolidados, se propone la implementación en el primer nivel de atención de programas de intervención no farmacológica multicomponente que combinen el ejercicio físico adaptado para el adulto mayor con talleres de educación para la salud, prevención de caídas y estrategias de afrontamiento del estrés dirigidos a los cuidadores informales. Asimismo, se recomienda el desarrollo de futuras investigaciones prospectivas y longitudinales que evalúen cuantitativamente el impacto de las intervenciones multidisciplinarias familiares en la reversión de la fragilidad, la prevención de caídas y la disminución sistemática de la sobrecarga del cuidador primario.

Conflicto de intereses: Declaro como autor que no existe ningún conflicto de intereses relacionado con la presente investigación.

Contribución de los autores

Angélica Estefanía Chamorro Barona: Conceptualización, metodología, investigación, análisis formal, redacción del borrador original, curación de datos, validación, visualización, revisión y edición del manuscrito, supervisión, administración del proyecto, obtención de financiamiento y revisión final del manuscrito.

BIBLIOGRAFIA

López, L., Fernández, I., Navarro, M., & Cordero, M. (2020). Fragilidad, nivel funcional y funcionamiento familiar en adultos mayores. https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=98953

Benito, Y., Jiménez, R., & Roca, F. (2025). Impacto social de la fragilidad clínica en el adulto mayor. Filosofía, Historia Y Salud, 3. Recuperado a partir de

Articulo recibido: 18 de Septiembre del 2026
Articulo revisado: 23 de Septiembre del 2026
Articulo aprobado: 01 de Octubre del 2026
Articulo publicado: 09 de Octubre del 2026

https://revfhs.sld.cu/index.php/fhs/article/view/440

Becerra, E., & Patraca, A. (2021). Prevalencia de síndrome de fragilidad en adultos mayores de 70 años en Primer Nivel de Atención. Revista CONAMED, 26(1), 42–47. https://doi.org/10.35366/99127

Jaime, C. (2023). Síndrome de fragilidad en el adulto mayor. Detección, intervención y prevención en educación para la salud. http://hdl.handle.net/20.500.11799/139811

Hernández, Y., León, L., & Pacheco, J. (2020). Caracterización de los adultos mayores frágiles desde la perspectiva de la enfermería. https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=97030

De La Luz León, M., Medina, M., Castellanos, R., Portillo, Z., Jaramillo, R., & Limón, A. (2020). Síndrome de fragilidad en el adulto mayor y la sobrecarga de su cuidador primario. Revista Mexicana De Medicina Familiar, 7(2). https://doi.org/10.24875/rmf.20000045

Garduño, F., Santos, G., Floriberto, G., Guillermo, P., Moisés, A., María, B., De Jesús, C., & Antonio, B. (2023). Correlación entre grado de fragilidad y estrato socioeconómico en el adulto mayor en una unidad de primer nivel de atención. https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/handle/i/8587

Valencia, J., Reyes, V., Rodríguez, L., Ríos, E., (2024). Asociación del síndrome de fragilidad y funcionalidad familiar en el adulto mayor con retinopatía diabética. Horizonte Médico (Lima), 24(3), e2600. https://doi.org/10.24265/horizmed.2024.v24n3.08

Paredes, Y., Aguirre, D., & Torres, J. (2019). Síndrome de fragilidad y factores asociados en adulto mayor indígena de Nariño, Colombia. Medicina De Familia SEMERGEN, 46(3), 153–160. https://doi.org/10.1016/j.semerg.2019.06.009

Vanessa, R. (2021). Trayectorias de fragilidad y factores relacionados en la población de adultos mayores en México. Dialnet (Universidad De La Rioja). https://doi.org/10.15517/psm.v0i19.46929

Caicedo, J., Cortés, M., Gordón, B., Salgado, R., & Cando, P. (2024). Impacto Del Síndrome De Fragilidad En La Calidad De Vida De Los Adultos Mayores. Una Revisión Bibliográfica. I+D Internacional Revista Científica Y Académica, 3(2), 16–30. https://doi.org/10.63636/3078-1639.v3.n2.20

Cedillo, I., & Morales, R. (2024). Fragilidad asociada al riesgo de caídas en adultos mayores de la Unidad de Medicina Familiar número 62, Cuautitlán, México. https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=118532

Rivelli, R., Gabetta, J., Amarilla, A., Sosa, O., Vera, M., Rojas, L., Quintana, D., Medina, B., Benítez, M., Sosa, S., & Carmagnola, D. (2020). Frailty of the elderly in three Family Health Units of Paraguay in 2019. Revista Virtual De La

Articulo recibido: 18 de Septiembre del 2026
Articulo revisado: 23 de Septiembre del 2026
Articulo aprobado: 01 de Octubre del 2026
Articulo publicado: 09 de Octubre del 2026

Sociedad Paraguaya De Medicina Interna, 7(2), 11–22.

Villavicencio, S., Morales, Y., Barbeito, N., León, A., Santos, M., & De Jesús, A. (2020). Síndrome post-caída en adultos mayores operados de fractura de caderas. https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=98010

Álvarez, J., Flores, E., Ortiz, A., Vázquez, Á., León, J., De Jesús, A., Sombrerero, M., Diaz, K., Murillo, L., Torres, M., & Pazarán, S. (2025). Intervención en acondicionamiento físico en adultos mayores para realizar cambios en estados de prefragilidad y fragilidad. Medicina E Investigación Universidad Autónoma Del Estado De México, https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2020.07.02.11 13(1), 73. https://doi.org/10.36677/medicinainvestigacion.v13i1.24145

Murga, P., Vizcarra, F., Runzer, F., & Garcia, J. (2022). Factores de riesgo para mortalidad en mujeres adultas mayores con síndrome de fragilidad. https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=123331

Lama, J., Acosta, E., & García, F. (2021). Fragility syndrome in older adults in a rural community in the Peruvian Andes. Revista De La Facultad De Medicina Humana, 21(2), 309–315. https://doi.org/10.25176/rfmh.v21i2.3268

Articulo recibido: 18 de Septiembre del 2026
Articulo revisado: 23 de Septiembre del 2026
Articulo aprobado: 01 de Octubre del 2026
Articulo publicado: 09 de Octubre del 2026