



UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABI

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

**TERAPIA OCUPACIONAL
PROYECTO DE TITULACIÓN**

TEMA:

SINDROME DE FRAGILIDAD EN ADULTOS MAYORES

AUTORA:

Alarcón Holguín Naomy Elizabeth


TUTORA:

Lic. Mercy Teresa Sancan Moreira, Mg

Manta – Manabí – Ecuador

2025(2)

CERTIFICADO DEL TUTOR

	NOMBRE DEL DOCUMENTO: CERTIFICADO DE TUTOR(A).	CÓDIGO: PAT-04-F-004
	PROCEDIMIENTO: TITULACIÓN DE ESTUDIANTES DE GRADO BAJO LA UNIDAD DE INTEGRACIÓN CURRICULAR	REVISIÓN: 1 Página 1 de 1

CERTIFICACIÓN

En calidad de docente tutor(a) de la Facultad Ciencias de la Salud de Manta de la Universidad Laica "Eloy Alfaro" de Manabí, CERTIFICO:


Haber dirigido, revisado y aprobado preliminarmente el Trabajo de Integración Curricular bajo la autoría del estudiante **Alarcón Holguín Naomi Elizabeth**, legalmente matriculado en la carrera de Terapia Ocupacional, período académico 2025(2), cumpliendo el total de 384 horas, cuyo tema del proyecto es **"Síndrome de Fragilidad en Adultos Mayores"**.

La presente investigación ha sido desarrollada en apego al cumplimiento de los requisitos académicos exigidos por el Reglamento de Régimen Académico y en concordancia con los lineamientos internos de la opción de titulación en mención, reuniendo y cumpliendo con los méritos académicos, científicos y formales, y la originalidad del mismo, requisitos suficientes para ser sometida a la evaluación del tribunal de titulación que designe la autoridad competente.

Particular que certifico para los fines consiguientes, salvo disposición de Ley en contrario.

Manta, 26 de enero de 2026.

Lo certifico,


Lda. Mercy Teresa Sarcán Moreira. Mg
Docente Tutor(a)
Área: Ciencias de la Salud

Nota 1: Este documento debe ser realizado únicamente por el/ta docente tutor/a y será receptado sin enmendaduras y con firma física original.

Nota 2: Este es un formato que se llenará por cada estudiante (de forma individual) y será otorgado cuando el informe de similitud sea favorable y además las fases de la Unidad de Integración Curricular estén aprobadas.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Yo, **Naomy Elizabeth Alarcón Holguín**, con C.I 1317121349, declaro que la presente tesis de grado titulada “Síndrome de Fragilidad en adultos Mayores” es de mi exclusiva autoría y ha sido elaborada de manera íntegra y autónoma, respetando las normas éticas, académicas y legales vigentes de la carrera de Terapia Ocupacional de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí.

Asimismo, manifiesto que el contenido de este logro no ha sido previamente presentado para la obtención de ninguna otro título o grado académico, y que todas las fuentes bibliográficas y documentales utilizadas han sido debidamente citados y referenciados conforme a la normativa correspondiente.

En constancia de lo expuesto, firmo el presente certificado para los fines académicos y legales que corresponden.



Naomy Elizabeth Alarcón Holguín

C.I 1317121349

DEDICATORIA

Dedico este logro a Dios, por la vida y por darme toda la fortaleza necesaria para culminar este proyecto y así mismo por abrirme las puertas hacia nuevas oportunidades.

A mis padres, especialmente a mi mamá quién ha sido un pilar fundamental en todo este proceso, porque gracias a su confianza, valentía y cariño me permitió seguir adelante y perseguir mis sueños con determinación.

Sobre todo, a mi pareja por confiar en mí, por acompañarme y apoyarme en cada momento. A mi familia, porque cada uno de ellos formaron parte de todo este increíble proceso.

Sin duda, este logro es el reflejo de mi esfuerzo enmarcado en mi disciplina constante de cada día.

AGRADECIMIENTO

A mis padres, que han sido pilares fundamentales de mi vida, por todo el amor, la paciencia y el esfuerzo que han invertido en mí a lo largo de todo este proceso. Gracias por cada sacrificio silencioso, por cada consejo y por enseñarme que la perseverancia, la fe y la humildad son el verdadero camino hacia el éxito.

Este logro no es solo mío, es también suyo, porque cada paso que doy está cimentado en todo lo que ustedes me han brindado.

Agradezco a mi tutora, Lcda. Mercy Sancan Moreira porque con su compromiso y paciencia supo guiarme con sabiduría haciendo lo posible en la culminación de este proyecto.

A mis docentes de la carrera, quienes compartieron su tiempo y conocimiento, dejando en mí huellas imborrables. Cada enseñanza recibida ha sido una pieza esencial en mi formación como profesional y como persona. Gracias por sembrar en mí la pasión por mi profesión y la responsabilidad que conlleva ejercerla.

ÍNDICE GENERAL

CERTIFICADO DEL TUTOR.....	II
DECLARACIÓN DE AUTORÍA.....	III
DEDICATORIA	IV
AGRADECIMIENTO	V
ÍNDICE GENERAL	VI
RESUMEN	VIII
ABSTRACT.....	IX
1. INTRODUCCIÓN	X
2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	XIV
2.1 Factores asociados a la fragilidad	XIV
2.1.1 Factores físicos.....	XIV
2.1.2 Factores cognitivos	XV
2.1.3 Factores sociales	XV
2.2 Protocolos y estrategias de atención gerontológica	XV
2.2.1 Intervenciones preventivas y terapéuticas	XV
2.2.2 Modelos de atención integral y multidisciplinaria.....	XVI
2.2.3 Limitaciones en la aplicación clínica.....	XVI
2.3 Impacto de la fragilidad sobre la funcionalidad y participación social	XVII
2.4 Síndrome de fragilidad.....	XVII
2.4.1 Definición y características principales	XVII
2.4.2 Tipos o modelos de fragilidad.....	XVIII
2.4.3 Criterios diagnósticos y herramientas de evaluación.....	XX
2.5 Evaluación de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD).....	XXIII
3. METODOLOGÍA	XXVI
3.1 Definición del método sistemático.....	XXVI

3.2 Criterios de inclusión de estudio	XXVII
3.3 Criterios de exclusión de estudio	XXVII
3.4 Evaluación de la validez de los estudios primarios	XXVII
3.5 Análisis de contenidos de los artículos seleccionados	XXVIII
DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS	XXX
DISCUSIÓN	XXXV
CONCLUSIONES	XL
RECOMENDACIONES	XLII
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	XLIII
ANEXOS	52

RESUMEN

El principal enfoque de la investigación fue analizar la evidencia científica del síndrome de fragilidad en adultos mayores, bajo el marco de una revisión sistemática, con el apoyo del método PRISMA. De esta manera al determinar los factores físicos, cognitivos y sociales que contribuyen al desarrollo del síndrome de fragilidad en adultos mayores, se evidenció que a nivel físico existe en concordancia con las comorbilidades, polifarmacia, sarcopenia, reducción de la fuerza muscular, referencias previas de caídas, incontinencia y deterioro de la movilidad. A nivel cognitivo se presenta alteraciones de: memoria, atención, funciones ejecutivas y lenguaje y socialmente pérdida de roles productivos, aislamiento social, institucionalización y falta de redes de apoyo. Posteriormente se revisaron los protocolos y estrategias de atención implementados para la detección, evaluación y manejo de este síndrome y la literatura concuerda en que la detección temprana en el primer nivel de atención es significativa, a razón de que exista un correcto desarrollo de la intervención oportuna, sustentado con instrumentos breves y validados para facilitar la identificación de estados de prefragilidad y fragilidad. Finalmente se analizó el impacto de este síndrome en la funcionalidad, autonomía y participación social en adultos mayores. La evidencia científica demuestra que el síndrome de fragilidad presenta una afectación significativa y negativa en la funcionalidad, autonomía y la participación social de los adultos mayores, ya que se encuentra relacionado con un mayor riesgo de caídas, fracturas, hospitalización, institucionalización y mortalidad, acelerando la dependencia funcional. Por esta razón se recomienda, fortalecer los métodos de diagnóstico anticipado, capacitar al personal de salud en el correcto uso de los instrumentos para aplicar debidamente la detección, incorporar diversos profesionales en el grupo de acompañamiento a razón de cubrir las dimensiones integralmente.

Palabras clave: Síndrome de fragilidad, adultos mayores, revisión sistemática, PRISMA, terapia ocupacional, diagnóstico anticipado.

ABSTRACT

The main focus of the research was to analyze the scientific evidence on frailty syndrome in older adults within the framework of a systematic review, supported by the PRISMA method. Thus, by identifying the physical, cognitive, and social factors that contribute to the development of frailty syndrome in older adults, it was shown that, at the physical level, there is an association with comorbidities, polypharmacy, sarcopenia, reduced muscle strength, previous history of falls, incontinence, and impaired mobility. At the cognitive level, alterations are observed in memory, attention, executive functions, and language, while at the social level there is a loss of productive roles, social isolation, institutionalization, and a lack of support networks. Subsequently, the protocols and care strategies implemented for the detection, assessment, and management of this syndrome were reviewed, and the literature agrees that early detection at the primary level of care is significant, as it enables the proper development of timely interventions, supported by brief and validated instruments that facilitate the identification of pre-frailty and frailty states. Finally, the impact of this syndrome on functionality, autonomy, and social participation in older adults was analyzed. Scientific evidence demonstrates that frailty syndrome has a significant and negative impact on the functionality, autonomy, and social participation of older adults, as it is associated with a higher risk of falls, fractures, hospitalization, institutionalization, and mortality, thereby accelerating functional dependence. For this reason, it is recommended to strengthen early diagnostic methods, train healthcare personnel in the proper use of screening instruments and incorporate various professionals into the care team in order to comprehensively address all dimensions.

Keywords: Frailty syndrome, older adults, systematic review, PRISMA, occupational therapy, early diagnosis.

1. INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, el envejecimiento poblacional ha adquirido una creciente relevancia dentro del campo de las ciencias de la salud y las políticas públicas, no solo por el incremento sostenido de la esperanza de vida, sino también por las implicaciones sociales, económicas y sanitarias que este fenómeno conlleva (Agost Felip et al. 2021). El aumento progresivo de la proporción de personas mayores en relación con la población total ha generado nuevos desafíos en la planificación de sistemas de salud, la gestión de enfermedades crónicas, la prevención de la discapacidad y la promoción del bienestar integral en etapas avanzadas de la vida (Martín et al. 2024).

El envejecimiento poblacional se ha consolidado como un fenómeno global de creciente relevancia, con implicaciones profundas en los ámbitos económico, social, sanitario y político. En este sentido Alvarado y Tamayo, (2020) señalan que el envejecimiento poblacional, junto con los gastos asociados en salud, representa un desafío crucial para los regímenes previsionales tradicionales, especialmente en contextos de mercados laborales más flexibles y fragmentados. A razón de proporcionar apoyo a estos requerimientos, los regímenes multipilares, corresponden a una acción diferente, ya que se ajustan a la variedad de integraciones laborales, así como al aumento sistemático de la población pasiva. En este sentido los entes de contribución delimitada nacional o de capitalización colectiva se enfocan en el equilibrio automático de ingresos y egresos, no obstante el establecimiento de este escenario inicialmente requiere superar restricciones sociales y políticas, al igual que superar mecanismos de ajuste automático donde la equidad actuarial se encuentre garantizada (Domingo, 2024).

A nivel internacional, Agost Felip et al. (2021), destacan que el envejecimiento poblacional exige la acción de organismos políticos y gobiernos. El análisis de las políticas promovidas entre 1982 y 2017 revela que el paradigma de envejecimiento activo de la Organización Mundial de la Salud centrado en salud, participación y seguridad de las personas mayores ha marcado un hito en la formulación de estrategias tanto internacionales como regionales, incluyendo las comunidades autónomas españolas. No obstante, existe la necesidad de una coordinación consolidada donde se incremente la afectación de estas políticas.

Considerando, la óptica social, económica y de salud (Martín et al. 2024), destacan que el envejecimiento poblacional aumenta la demanda de los servicios sanitarios, esto

representa una presión en el sistema de salud pública de las pensiones e impacta sobre la dinámica laboral. Estos estudios proyectivos sobre la población adulta mayor entre 1950 y 2050 evidencian la diversos escenarios como el que representa retos considerables también tiene oportunidades en las que la innovación y la calidad de vida sean los puntos focales, en los que se promuevan políticas inclusivas y la participación de los adultos mayores.

A nivel geopolítico, Alvarado y Tamayo (2020), exponen que el factor demográfico representa un factor estratégico para el poder estatal, pues el envejecimiento poblacional es considerado una tendencia irreversible donde la política, economía y relaciones internacionales son afectadas, lo que representa retos a nivel ético y social donde es necesario un estudio estratégico sobre este contexto.

Además, Domingo (2024) considera que el envejecimiento desde la óptica del ciclo vital o *life span*, refiere que entre 2021 al 2030 es un decenio saludable, pues se activaron las acciones globales donde se activó un movimiento hacia el bienestar físico, cognitivo, emocional y social. Destacando la participación de las personas mayores y la prevención de la soledad no deseada, con el punto focal de la promoción de la salud mental e integración de los Derechos Humanos en políticas de envejecimiento. De igual manera refiere que las políticas estratégicas desarrolladas por la Unión Europea y España son importantes en la promoción de un envejecimiento activo con salud.

En Ecuador, Naranjo y Carrera (2024), exponen que la aceleración del envejecimiento poblacional necesita de manera imperiosa que las políticas de salud se homologuen hacia los nuevos requerimientos demográficos. Los autores, destacan las restricciones existentes por las desigualdades socioeconómicas, aumento de la demanda de atención médica y el requerimiento sobre el fortalecimiento de las competencias sobre el manejo de tecnologías de información. Además enfatizan lo apremiante de que sean materializados enfoques holísticos en el marco de la proactividad en el que sean consolidados modelos innovadores de atención al adulto mayor y acciones de inclusión social, a razón de que la sostenibilidad, calidad y bienestar sea garantizados para la población de edad avanzada.

Es importante referir que este trabajo de investigación se enmarca en el estudio de la fragilidad en adultos mayores, desde una perspectiva integral y multidimensional. Con el objetivo de comprender la interacción entre factores físicos, cognitivos y sociales que influyen en la aparición y progresión de dicha condición clínica, así como en la revisión de las estrategias de evaluación e intervención implementadas en diversos entornos. A razón de

entregar un aporte efectivo en el que consolide un compendio de datos actualizado que proporcione orientación a la práctica clínica, así como en el diseño de políticas públicas en el contexto desarrollado.

En el contexto latinoamericano, se presenta un aumento sistemático de la población adulta, siendo la concentración más elevada en los países desarrollados, lo que representa nuevos retos para los servicios sanitarios, ya que estos poseen restricciones estructurales (Alvarado y Tamayo, 2020). Por lo tanto, el síndrome de fragilidad representa un problema de salud pública ya que existe una alta prevalencia y posee un fuerte nexo con la discapacidad, dependencia funcional, por otra parte, genera deterioro cognitivo y hospitalizaciones frecuentes. Lo previamente expuesto se agudiza debido a la limitantes existentes en el acceso a los servicios geriátricos especializados, reducida cantidad de equipos interdisciplinarios y inexistencias de parámetros estandarizados que contribuyen efectivamente en la detección temprana (Domingo, 2024).

Actualmente en Ecuador se presentan brechas significativas sobre el manejo del síndrome de fragilidad, aun con el reconocimiento existente sobre el requerimiento del enfoque biopsicosocial (Moya Moya, 2022), la estructura sanitaria del país tiene unidades geriátricas limitadas así como un bajo nivel de integración hacia condiciones relacionadas con la funcionabilidad, cognición y sociabilidad en la comunidad que agudizan la prevención del impacto: aislamiento, desgaste de los roles ocupacionales, al igual que físico (Villarreal Ger y Pozo Hernández, 2022). Estos elementos sitúan al país ante la urgencia de reformular estrategias asistenciales más inclusivas, contextualizadas y preventivas.

Este trabajo de investigación tiene como objetivo general analizar la evidencia científica del síndrome de fragilidad en adultos mayores, además se plantean tres objetivos específicos donde se determinará los factores físicos, cognitivos y sociales que contribuyen al desarrollo del síndrome de fragilidad en adultos mayores, posteriormente se revisan los protocolos y estrategias de atención implementados para la detección, evaluación y manejo de este síndrome, finalmente se analizará el impacto de este síndrome en la funcionalidad, autonomía y participación social en adultos mayores.

Este estudio fue desarrollado con el apoyo de una revisión sistemática de la literatura científica actualizada, considerando artículos indexados, parámetros instituciones y documentos técnicos acordes al tema tratado. Fueron empleados criterios de inclusión orientados en la pertinencia temática, actualización, nivel de rigurosidad y evidencia a nivel

metodológico. Fue empleado un enfoque cualitativo descriptivo para el análisis, que fue complementado con una síntesis comparativa de los hallazgos generados. Los datos fueron recolectados en bases de datos académicas, repositorios institucionales y académicos oficiales, estableciendo como prioridad la geriatría, terapias de rehabilitación y políticas públicas.

Fueron diseñadas matrices para procesar la información y establecer una clasificación de los factores etiológicos como: manifestaciones clínicas, estrategias de intervención, y el impacto funcional bajo la garantía de la coherencia en la consolidación de los datos analizados.

El producto resultante en este estudio representa un aporte al campo gerontológico desde la perspectiva teórica pues consolida información actualizada en la que se amplía el entendimiento de la fragilidad con la particularidad de considerarle multidimensional y dinámica, muy por encima de perspectivas reduccionistas sustentados en criterios físicos solamente.

Desde el punto de vista metodológico se propone la sistematización de los criterios de análisis de la intervención a razón de que se enfoque al desarrollo de futuras investigaciones y promover que los protocolos clínicos sean estandarizados. Por último, la perspectiva práctica, donde se fortalece el rol del terapeuta ocupacional en incentivar la autonomía, participación social y la prevención del deterioro funcional en los adultos mayores, de manera particular los que están en contextos vulnerables.

Por lo previamente expuesto se considera que la investigación trasciende desde la perspectiva científica hacia una reflexión crítica con un enfoque hacia la creación de políticas gerontológicas en las que de manera integral se consideren aspectos socioculturales y preventivos. Además, destaca la necesidad de la consolidación de los equipos multiprofesionales y que se capaciten en detección temprana y promoción de los programas comunitarios enfocados en la salud ocupacional del adulto mayor, a razón de reducir que el síndrome progrese, a pesar de la complejidad que lo caracteriza.

2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.1 Factores asociados a la fragilidad

El síndrome de fragilidad en adultos mayores es un fenómeno multidimensional que surge de la interacción de factores físicos, cognitivos y sociales. Comprender estos determinantes es fundamental para identificar poblaciones de riesgo y diseñar estrategias de intervención efectivas que promuevan la salud, la funcionalidad y la autonomía en la vejez Herrera Perez et al. (2020).

2.1.1 Factores físicos

Entre los factores físicos, la sarcopenia representa uno de los determinantes más relevantes de la fragilidad. Este proceso se caracteriza por la pérdida progresiva de masa muscular, fuerza y función física, asociada al envejecimiento, la inactividad y cambios hormonales, como la disminución de testosterona y hormona del crecimiento (Paredes Arturo et al. 2020). La sarcopenia incrementa el riesgo de caídas, discapacidad y hospitalización, constituyendo un predictor de fragilidad en múltiples cohortes de adultos mayores. Ya que, la prevalencia de sarcopenia en personas mayores de 65 años oscila entre 10% y 40%, aumentando significativamente en mayores de 80 años (Rodríguez Gutiérrez et al. 2022).

La desnutrición, definida como déficit proteico-calórico y de micronutrientes esenciales, también se relaciona estrechamente con la fragilidad. La insuficiencia de proteínas afecta la síntesis muscular y la función inmunológica, mientras que la falta de vitaminas y minerales, como vitamina D, calcio y antioxidantes, contribuye al deterioro óseo y a la pérdida de fuerza (Santana Delgado et al. 2023). La desnutrición se presenta en aproximadamente entre un 20% al 30% de los adultos mayores comunitarios y hasta 50% en residentes de instituciones, incrementando el riesgo de progresión hacia estados de fragilidad avanzada (Fuentes Pimentel y Camacho Guerrero, 2020).

Las comorbilidades y la polimedicación son otro componente crítico, la coexistencia de enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes, insuficiencia cardíaca y enfermedad pulmonar obstructiva crónica incrementa la vulnerabilidad del organismo frente al estrés fisiológico, mientras que el uso simultáneo de múltiples medicamentos puede producir efectos adversos, interacciones y disminución de la movilidad (Palacios et al. 2025).

El sedentarismo, definido como la ausencia de actividad física regular, impacta negativamente la fuerza muscular, el equilibrio y la capacidad funcional. La inactividad física se asocia con disminución de la masa muscular, rigidez articular y reducción de la resistencia

cardiorrespiratoria, incrementando el riesgo de caídas y dependencia funcional (Morales y Bastías, 2021; Torres et al. 2021).

2.1.2 Factores cognitivos

El deterioro cognitivo y las enfermedades neurodegenerativas, como Alzheimer y demencia vascular, representan factores significativos en la aparición y progresión de la fragilidad. La relación entre cognición y capacidad funcional es bidireccional: el deterioro cognitivo limita la ejecución de actividades de la vida diaria, mientras que la pérdida de funcionalidad puede acelerar el declive cognitivo (Zepeda et al. 2021).

2.1.3 Factores sociales

Los factores sociales constituyen un componente clave en la fragilidad, influenciando tanto su aparición como su progresión. El aislamiento social, la ausencia de redes de apoyo y la limitada participación comunitaria se asocian con mayor vulnerabilidad física y mental, aumentando la probabilidad de dependencia funcional y deterioro de la calidad de vida (Sepúlveda Loyola et al. 2020). El entorno socioeconómico y cultural también juega un papel determinante, el acceso limitado a servicios de salud, educación, nutrición adecuada y actividades recreativas contribuye al riesgo de fragilidad.

2.2 Protocolos y estrategias de atención gerontológica

El abordaje del síndrome de fragilidad en adultos mayores requiere estrategias integrales que contemplen intervenciones preventivas, terapéuticas y modelos de atención multidisciplinarios. La fragilidad, al ser un proceso multifactorial, no puede ser tratada exclusivamente desde un enfoque médico, sino que demanda la combinación de atención física, nutricional, cognitiva y social para prevenir la progresión hacia estados de dependencia y discapacidad (Salazar et al. 2023).

2.2.1 Intervenciones preventivas y terapéuticas

Entre las principales intervenciones preventivas y terapéuticas destacan los programas de ejercicio físico adaptado, que incluyen entrenamiento de resistencia, fuerza, equilibrio y movilidad funcional. Las cuales, han evidenciado optimizar las fuerza muscular, así como la capacidad aeróbica y la estabilidad en la postura, minimizando de manera significativa los niveles de riesgo desde caídas hasta hospitalizaciones en adultos mayores con niveles de fragilidad y prefragilidad (Castillo Núñez et al. 2025). Es por ello importante que el profesional personalice los programas en concordancia con las capacidades y restricciones de cada paciente, para de esta forma garantizar la seguridad y adherencia.

En esta misma línea pero desde la perspectiva nutricional, las intervenciones también representan un elemento indispensable de considerar para el manejo de la fragilidad, ya que

el aporte adecuado de proteínas, calorías y micronutrientes, junto con la suplementación de vitamina D y calcio cuando sea necesario, contribuye a la preservación de masa muscular, densidad ósea y función inmune (Xifra et al. 2022). Estrategias basadas en la educación nutricional, planificación de menús equilibrados y supervisión profesional han demostrado disminuir la incidencia de pérdida de peso involuntaria y sarcopenia en personas mayores.

Por otra parte, la estimulación social y cognitiva es un excelente complemento para el enfoque terapéutico, ya que los programas de entrenamiento cognitivo, tareas recreativas, compartir en grupos comunitarios y participar en voluntariados estimulan la actividad mental, relaciones sociales y el bienestar emocional, de esta forma se minimiza la vulnerabilidad y beneficia el envejecimiento activo (Gobbens et al., 2020). Por esta razón al integrar la estimulación cognitiva y ejercicio físico nace la intervención multimodal, que tiene impacto sinérgico en el funcionamiento y calidad de vida de los adultos mayores.

2.2.2 Modelos de atención integral y multidisciplinaria

El manejo de la fragilidad requiere la implementación de modelos de atención integral y multidisciplinaria, que involucren atención primaria, geriatría, fisioterapia, nutrición, trabajo social y psicología. La coordinación entre profesionales permite evaluar y abordar de manera simultánea los distintos dominios de la fragilidad: físico, cognitivo y social (Valenzuela et al. 2021). La coordinación de servicios sanitarios y comunitarios es un elemento clave para garantizar continuidad en la atención. Esto incluye seguimiento domiciliario, programas de rehabilitación comunitaria, telemedicina y vinculación con redes de apoyo social, que aseguran una atención centrada en la persona y reducen el riesgo de hospitalización y deterioro funcional progresivo (Gerena et al. 2021).

2.2.3 Limitaciones en la aplicación clínica

A pesar de la evidencia sobre la efectividad de estas estrategias, existen limitaciones en su implementación clínica. Entre las principales barreras se encuentran el acceso limitado a servicios especializados, baja adherencia de los pacientes a programas de ejercicio o nutrición, cobertura insuficiente de seguros y escasez de profesionales capacitados en geriatría y atención integral (Mendoza Holgado, 2022).

La intervención temprana y continua es esencial para maximizar los beneficios y prevenir la progresión de la fragilidad. La detección precoz mediante cribados sistemáticos en atención primaria permite identificar a individuos prefrágiles, quienes responden de manera más efectiva a programas preventivos. Asimismo, la continuidad en la atención, mediante seguimiento periódico y adaptación de las intervenciones, garantiza la sostenibilidad de los resultados a largo plazo (Echavarrí et al. 2024).

2.3 Impacto de la fragilidad sobre la funcionalidad y participación social

El síndrome de fragilidad en adultos mayores tiene profundas repercusiones sobre la autonomía, la capacidad funcional y la participación social, generando impactos significativos en la calidad de vida y el bienestar psicológico. La fragilidad no solo incrementa el riesgo de eventos adversos de salud, sino que también limita la capacidad de los adultos mayores para mantener su independencia y rol activo dentro de la comunidad (Mina et al. 2024).

La fragilidad tiene una relación directa con la reducción sistemática del autonomía, al igual que del deterioro en el desarrollo de las actividades cotidianas básicas como: alimentación, higiene personal, movilidad y vestimenta por otra parte las instrumentales son el manejo de las finanzas, transporte, gestión de compras y comunicación (Aznar Tortonda, 2021). Y cuando el paciente pierde la fuerza muscular, compromete el equilibrio, presenta fatiga crónica restringe la capacidad de ejecución de actividades de forma independiente, incrementando la independencia familiar o institucional (Clausell et al. 2022).

Por otra parte, el deterioro funcional generado por la fragilidad impacta además en el desarrollo de vínculos a la comunidad, cuando los adultos mayores tienen un involucramiento reducido en las Actividades recreativas, sociales y acciones de voluntariado nace el aislamiento social, soledad y impactando en el bienestar psicológico (Gerena et al. 2021). En este sentido, la carencia de roles sociales y percepción de la vulnerabilidad representan condiciones de ansiedad, depresión y reducción de la autoestima, afianzando la tendencia a integrar un círculo de dependencia debido al deterioro funcional progresivo. Además, la fragilidad se ha relacionado con menor satisfacción con la vida y peor calidad de sueño, aspectos críticos para mantener la salud mental y física en la vejez (Zepeda et al. 2021).

2.4 Síndrome de fragilidad

2.4.1 Definición y características principales

Esta es una condición clínica que se perfila por la reducción de la reserva fisiológica y la resistencia al estrés, lo que aumenta la vulnerabilidad de los adultos mayores frente a eventos adversos de salud, como caídas, hospitalizaciones, discapacidad y mortalidad (Acosta Benito y Martín Lesende, 2022). No refiere exclusivamente a un hecho que se relaciona exclusivamente con la edad, ya que trasciende a un compendio de alteraciones sistemáticas en las que se ven impactada la homeostasis al igual que la capacidad de adaptación frente a los factores intrínsecos y extrínsecos. Es importante, destacar la que significancia que posee es debido a que representa un elemento de predicción independientemente de los resultados negativos de la salud, por otra parte significa un indicador clave en la orientación de las

intervenciones preventivas y terapéuticas de la población geriátrica (Acosta Benito y Martín Lesende, 2022).

Los elementos clínicos observables de la fragilidad se encuentran las alteraciones físicas: debilidad muscular, disminución del peso de manera involuntaria, reducción de los niveles de resistencia, afectación a nivel cognitivo, dificultades en la memoria y atención; por otra parte presentan las alteraciones sociales dentro de la que destaca el aislamiento, reduce la participación en la comunidad y depende en diversos niveles para el desempeño de las actividades cotidianas (Becerra Partida y Patraca Loeza, 2021). De esta manera se puede relacionar las fragilidad con parámetros como sarcopenia, desnutrición, sedentarismo al igual que la presencia de comorbilidades diversas que se relacionan y elevan el nivel de progresión sistemática de la condición (Clausell et al. 2022).

En términos epidemiológicos, la prevalencia de fragilidad varía según la población estudiada y los criterios diagnósticos empleados. A nivel global, se estima que entre el 10% y el 15% de los adultos mayores presentan fragilidad, mientras que un porcentaje mayor, alrededor del 40%, se encuentra en estado de prefragilidad (Herrera Perez et al. 2020). En América Latina y el Caribe, la prevalencia de fragilidad entre 13% y 19%, siendo más alta en personas mayores de 80 años, y con mayor incidencia en mujeres que en hombres (Ocampo Chaparro et al. 2021). Estos datos evidencian la magnitud del problema y la necesidad de estrategias de prevención y detección temprana.

2.4.2 Tipos o modelos de fragilidad

2.4.2.1 Modelo fenotípico de Fried

El modelo fenotípico, desarrollado por Fried, define la fragilidad como la presencia de al menos tres de cinco criterios específicos: pérdida de peso involuntaria, fatiga, disminución de la fuerza de agarre, lentitud en la marcha y baja actividad física. Este modelo permite identificar individuos frágiles y prefrágiles, siendo útil para estudios clínicos y epidemiológicos. Su principal ventaja es la simplicidad y la especificidad, aunque su limitación radica en que no incorpora factores cognitivos, sociales ni comorbilidades asociadas (Aznar Tortonda, 2021).

2.4.2.2 Modelo de acumulación de déficits de Rockwood y Mitnitski

Este enfoque entiende la fragilidad como el resultado de la acumulación progresiva de déficits físicos, cognitivos, emocionales y sociales a lo largo del ciclo vital. Cuantos más déficits acumula una persona, mayor es el grado de fragilidad (Ocampo Chaparro et al. 2021).

Para la Terapia Ocupacional, este modelo es especialmente relevante porque considera la fragilidad de manera multidimensional. No solo evalúa la pérdida funcional, sino también los aspectos cognitivos, emocionales y ambientales que influyen en la autonomía (Aznar Tortonda, 2021).

El terapeuta ocupacional, desde este enfoque, tiene un rol clave en, evaluación de la interacción entre el deterioro físico y el desempeño ocupacional. Además de intervenir sobre los factores contextuales como familia, entorno físico y social. Y la promoción de estrategias de adaptación y compensación para mantener la independencia (Jiménez Echenique, 2023). Por tanto, este modelo se asocia con un abordaje holístico y centrado en la persona, coherente con los principios de la Terapia Ocupacional.

2.4.2.3 Modelo biopsicosocial de fragilidad

Este modelo integra los componentes biológicos, psicológicos y sociales, y considera la fragilidad como un proceso dinámico y reversible influido por el estilo de vida, la nutrición, el apoyo social y la estimulación cognitiva (Juárez y Zanella, 2025). En el ámbito de la terapia ocupacional, este enfoque es de especial interés, ya que reconoce que la fragilidad no solo es consecuencia de la pérdida física, sino también del aislamiento social, la inactividad ocupacional y la disminución de los roles significativos (Echavarrí et al. 2024).

El terapeuta ocupacional interviene fortaleciendo las ocupaciones con sentido, promoviendo la participación comunitaria y estimulando las capacidades cognitivas y emocionales del adulto mayor mediante actividades estructuradas, de esta manera, se fomenta la resiliencia ocupacional y se retrasa la dependencia funcional (Santamaría Peláez y González Bernal, 2020).

2.4.2.4 Escala Frail

La Escala FRAIL es un instrumento sencillo y ampliamente utilizado para evaluar el síndrome de fragilidad en personas adultas mayores. La denominación corresponde a las siglas en inglés *Fatigue* como fatiga, *Resistance* resistencia, *Ambulation* deambulaci3n, *Illnesses* enfermedades y *Loss of Weight* p3rdida de peso. Cada uno de estos componentes permite identificar cambios f3sicos y funcionales relacionados con el deterioro progresivo de la capacidad para enfrentar situaciones de estr3s o enfermedad (Davis Varona, 2024).

El prop3sito principal de esta escala es determinar el nivel de fragilidad que presenta una persona. En funci3n del puntaje obtenido, la clasificaci3n se divide en tres categor3as: un resultado de 0 puntos corresponde a un adulto mayor robusto, entre 1 y 2 puntos se considera un estado pre-fr3gil, mientras que una puntuaci3n de 3 a 5 puntos indica fragilidad. Esta clasificaci3n resulta fundamental para establecer riesgos cl3nicos y orientar intervenciones

oportunas en el contexto de la atención integral del adulto mayor (Santamaría Peláez y González Bernal, 2020).

La evaluación mediante la Escala FRAIL es simple y se basa en cinco preguntas relacionadas con la condición de salud del individuo. Cada componente suma un punto si la respuesta es afirmativa. La fatiga se valora preguntando si la persona se siente cansada la mayor parte del tiempo; la resistencia se determina mediante la dificultad para subir un tramo de escaleras; la deambulaci3n se evalúa con la capacidad para caminar una cuadra; las enfermedades se consideran cuando existen cinco o más patologías crónicas diagnosticadas; y finalmente, la pérdida de peso se registra si el individuo ha perdido más del 5 % de su peso corporal en el último año sin proponérselo (Xifra et al. 2022).

Entre sus principales ventajas se destaca que es un procedimiento rápido pues se aplica en uno o dos minutos y no requiere instrumentos adicionales, lo que facilita su uso en diversos entornos clínicos. Además, constituye una herramienta muy útil en la valoración geriátrica integral, así como en escenarios de atención primaria y servicios de emergencia, permitiendo la detección temprana de la fragilidad y la planificación de estrategias de intervenci3n adecuadas (Echeverría et al. 2021).

2.4.3 Criterios diagn3sticos y herramientas de evaluaci3n

Desde la óptica de que el síndrome de fragilidad representa un estado clínic3 de vulnerabilidad aumentada ante factores de estrés, resultado del declive multisistémico fisiológico y funcional, que incrementa el riesgo de dependencia, caídas, hospitalizaci3n y mortalidad (Becerra Partida y Patraca Loeza, 2021). Desde la terapia ocupacional, su diagn3stico implica no solo la identificaci3n de indicadores biomédicos, sino también la evaluaci3n integral del desempeño ocupacional, la participaci3n social y la autonomía funcional del adulto mayor.

2.4.3.1 Criterios diagn3sticos del síndrome de fragilidad

2.4.3.1.1 Fenotipo de fragilidad de Fried

Propone cinco criterios clínicos y funcionales, el diagn3stico se establece según el número de criterios presentes:

- **Frágil:** 3 o más criterios
- **Pre-frágil:** 1 o 2 criterios
- **Robusto:** 0 criterios

Criterio	Descripci3n
Pérdida de peso no intencional	$\geq 4,5$ kg o $\geq 5\%$ del peso corporal en el último año.

Criterio	Descripción
Debilidad muscular	Medida mediante dinamometría (fuerza de prensión manual).
Lentitud en la marcha	Tiempo prolongado para recorrer 4,5 metros (ajustado por sexo y talla).
Baja actividad física	Autoinforme o escala de actividad reducida.
Fatiga o agotamiento	Percepción subjetiva de cansancio frecuente o falta de energía.

Fuente: (Clausell et al. 2022)

Desde la terapia ocupacional, estos indicadores se relacionan directamente con la capacidad para realizar actividades básicas (ABVD) e instrumentales de la vida diaria (AIVD), ya que la disminución de fuerza, energía o movilidad limita la independencia funcional (Mesa Valiente et al. 2024).

2.4.3.1.2 Índice de fragilidad de Rockwood

Este modelo considera la fragilidad como un continuo de acumulación de déficits, que incluye comorbilidades, deterioro cognitivo, funcional y social. Evalúa múltiples ítems entre 30 y 70, y genera un índice cuantitativo entre 0 y 1, donde valores $\geq 0,25$ indican fragilidad (Hernández Pérez, 2023). En el contexto de la terapia ocupacional, este enfoque es más holístico, ya que contempla aspectos del entorno, la cognición, el estado emocional y la participación social, todos determinantes del desempeño ocupacional (Londoño Morales et al. 2024).

2.4.3.2 Herramientas de evaluación utilizadas en Terapia Ocupacional

El abordaje terapéutico ocupacional del síndrome de fragilidad requiere instrumentos validados y multidimensionales, que permitan identificar los factores de riesgo y establecer un plan de intervención centrado en la persona (García Moncada y Vergel Torrado, 2024).

Entre las herramientas más relevantes se incluyen:

2.4.3.2.1 Escala de Fragilidad de Edmonton (EFS)

Instrumento breve que considera nueve dominios, los cuales valora:

- Cognición
- Estado general de salud
- Independencia funcional
- Apoyo social
- Nutrición
- Estado de ánimo
- Continencia
- Uso de medicamentos
- Desempeño funcional

La EFS es ampliamente utilizada en contextos geriátricos y comunitarios, ya que puede ser aplicada por terapeutas ocupacionales en menos de 15 minutos y permite establecer un perfil integral del adulto mayor (Vargas et al. 2020)

2.4.3.2.2 Short Physical Performance Battery (SPPB)

Evalúa el rendimiento físico mediante tres pruebas:

1. Equilibrio estático,
2. Velocidad de la marcha (4 metros), y
3. Prueba de levantarse de la silla.

Es útil para cuantificar el riesgo de discapacidad y pérdida funcional, relacionando directamente la condición física con la ejecución de las actividades ocupacionales (Ribeiro Silva et al. 2021).

2.1.32.3 Escala de Katz y de Lawton-Brody

Por una parte, Katz, mide independencia en ABVD como baño, vestido, alimentación, continencia, movilidad y por otra parte Lawton-Brody, evalúa AIVD como uso del teléfono, compras, medicación, manejo económico, transporte.

Ambas escalas son esenciales en Terapia Ocupacional para determinar el grado de autonomía y establecer objetivos de intervención funcional (Erazo Barona, 2025).

2.4. Evaluación del entorno y desempeño ocupacional (MOHOST o COPM)

Instrumentos propios de la disciplina como MOHOST *Model of Human Occupation Screening Tool*, analiza motivación, hábitos, desempeño motor y cognitivo, y apoyo ambiental (Carpena Niño et al. 2022). Por otra parte, el COPM *Canadian Occupational Performance Measure*, mide la percepción del paciente sobre el desempeño y satisfacción en las actividades significativas (Law, 2022). Ambos son útiles para diseñar intervenciones personalizadas orientadas a mantener la participación ocupacional y prevenir la dependencia.

2.4.3.3 Importancia del diagnóstico desde la terapia ocupacional

Desde la perspectiva de la Terapia Ocupacional, el diagnóstico del síndrome de fragilidad no debe centrarse únicamente en los criterios clínicos, sino en la identificación de barreras y potencialidades para la participación significativa. La fragilidad afecta la capacidad del adulto mayor para mantener rutinas, roles y actividades con sentido, elementos esenciales del bienestar ocupacional (Menéndez González et al. 2021).

El terapeuta ocupacional cumple un rol clave en:

- Evaluar la autonomía funcional y social.
- Diseñar intervenciones preventivas y rehabilitadoras.
- Promover la adaptación del entorno y el uso de ayudas técnicas.

- Fomentar la actividad física y ocupacional regular como estrategia de resiliencia.

Como señalan Londoño Morales et al. (2024); Menéndez González et al. (2021) la evaluación ocupacional del adulto frágil permite anticipar el deterioro funcional y crear entornos inclusivos que favorezcan la independencia y la calidad de vida.

2.5 Evaluación de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)

Desde la perspectiva de la Terapia Ocupacional, la evaluación de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) constituye un proceso sistemático, integral y centrado en la persona, orientado a determinar el nivel de desempeño funcional, autonomía e independencia del individuo en su contexto cotidiano (Aznar Tortonda, 2021). En el caso del adulto mayor, esta evaluación adquiere especial relevancia debido a los cambios fisiológicos, cognitivos, emocionales y sociales asociados al envejecimiento, así como a la posible presencia de enfermedades crónicas, discapacidad o dependencia funcional (Castillo Núñez et al. 2025).

Las principales técnicas y estrategias de evaluación empleadas en Terapia Ocupacional incluyen, en primer lugar, la observación directa del desempeño ocupacional, considerada una de las estrategias más relevantes. A través de esta técnica, el terapeuta ocupacional analiza cómo el adulto mayor ejecuta actividades como el aseo personal, la alimentación, el vestido, la movilidad funcional y el uso del sanitario, valorando aspectos como la secuencia de la tarea, el esfuerzo físico, la coordinación motora, la seguridad, el uso de ayudas técnicas y la necesidad de asistencia (Castillo Núñez et al., 2025). Esta observación puede realizarse tanto en entornos clínicos como en el domicilio, priorizando el contexto natural del adulto mayor.

Complementariamente, se emplean entrevistas estructuradas y semiestructuradas, dirigidas al adulto mayor y, cuando es pertinente, a cuidadores informales o familiares. Estas entrevistas permiten recoger información subjetiva sobre la percepción del nivel de independencia, las dificultades experimentadas en las ABVD, los hábitos previos, las rutinas diarias y las expectativas frente al proceso terapéutico. En el adulto mayor, esta estrategia facilita comprender el significado personal de las actividades y detectar factores psicosociales que influyen en su desempeño (Ocampo Chaparro et al. 2021).

Otra estrategia fundamental es la aplicación de instrumentos estandarizados de evaluación funcional, ampliamente validados en población geriátrica. Entre los más utilizados se encuentran el Índice de Barthel y el Índice de Katz, los cuales permiten cuantificar el grado de dependencia en las ABVD y clasificar el nivel de autonomía funcional. Estos instrumentos aportan datos objetivos que facilitan el seguimiento de la evolución funcional

del adulto mayor y la toma de decisiones terapéuticas basadas en evidencia (Zepeda et al. 2021).

Asimismo, la Terapia Ocupacional integra la evaluación del entorno físico y social, considerando barreras arquitectónicas, accesibilidad, iluminación, organización del espacio y disponibilidad de apoyos. En el adulto mayor, esta evaluación resulta clave para identificar riesgos de caídas, limitaciones en la movilidad y obstáculos que interfieren en la ejecución segura de las ABVD, permitiendo proponer adaptaciones ambientales y estrategias compensatorias (Xifra et al. 2022).

La ABVD, para el adulto mayor representa una dinámica básica en la terapia ocupacional pues facilita la identificación del nivel que presenta el paciente en las funciones que desarrolla en la vida cotidiana. Y es con el apoyo de un estudio donde se puede determinar la independencia que tiene el adulto mayor tiene independencia total, parcialmente dependiente o totalmente dependiente para que realice las tareas básicas como el autocuidado, movilidad y alimentación. Siendo esta información estratégica en la detección temprana del deterioro funcional, además se puede prevenir complicaciones relacionadas con la dependencia como caídas, movilidad o institucionalización, para que de esta forma sean establecidas las prioridades en el diseño de la intervención terapéutica (Aznar Tortonda, 2021).

De igual manera cuando se evalúan las ABVD, también se considera la estimulación cognitiva, porque las actividades trascienden de la capacidad motora del paciente hacia los progresos cognitivos superiores: atención, memoria, planificación, secuenciación y toma de decisiones. Es por ello que es importante que el adulto mayor desarrolle actividades en las que se pueda detectar signos de deterioro cognitivo leve o avanzado y establecer programas en los que se considere la estimulación cognitiva funcional en las tareas cotidianas (Acosta Benito y Martín Lesende, 2022). Para de esta forma, beneficiar la conservación de las capacidades mentales y aportar de manera efectiva al retraso del deterioro del desempeño ocupacional.

Dentro de las EBVD se considera también la autonomía personal en el adulto mayor, ya que representa una base indispensable para la calidad de vida y bienestar integral del paciente. Desde la evaluación funcional el terapeuta ocupacional reconoce con exactitud las actividades que la persona podría realizar de forma independiente y las que realmente necesitan apoyo (Clausell et al. 2022), de esta manera se presenta un sustento técnico que permite simplificar la toma de decisiones para establecer el apoyo, así como las adaptaciones

del ambiente y las estrategias de compensación. Lo que genera respeto a la autodeterminación del adulto mayor, evitando sobre cuidados y minimiza los niveles de dependencia.

Por otro lado, la capacidad para desempeñar adecuadamente las ABVD influye de manera directa en la participación social del adulto mayor. Un nivel funcional adecuado facilita la interacción con el entorno familiar y comunitario, así como la participación en actividades recreativas, sociales y culturales. Desde la perspectiva de la terapia ocupacional, la participación social es considerada una ocupación significativa que contribuye al bienestar emocional y psicológico, por lo que su promoción resulta esencial para prevenir el aislamiento social, la depresión y el deterioro psicosocial (Xifra et al. 2022).

3. METODOLOGÍA

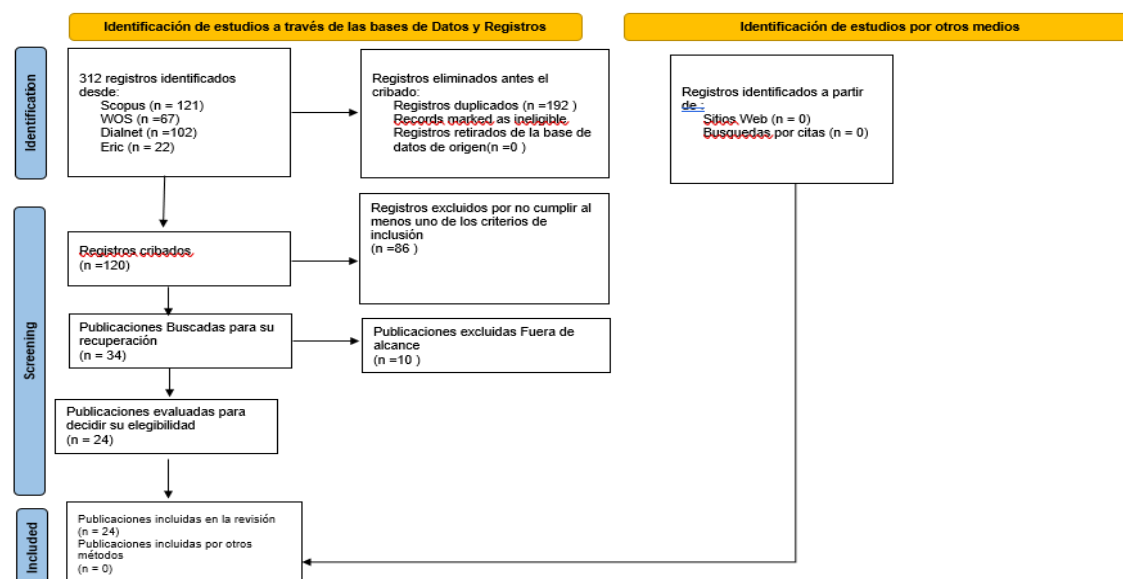
3.1 Definición del método sistemático

El estudio se apoya en un método de revisión sistemática, entendido como un proceso estructurado, transparente y replicable destinado a identificar, seleccionar, evaluar y sintetizar la evidencia científica disponible sobre la fragilidad en adultos mayores. El cual es conocido como *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*, con las siglas PRISMA, orientada al incremento de los niveles de calidad, transparencia y exhaustividad para el desarrollo de las revisiones sistemáticas y metaanálisis (Page et al. 2021), a razón de presentar de manera grafica la dinámica de esta metodología la Figura 1, presenta cada una de las fases que se desarrollan. De esta forma las investigaciones analizadas se encuentran dentro de los parámetros establecidos y promueven el rigor científico.

Ya que se cumplió con diversas etapas, como la búsqueda de base de datos que integren el rigor académico suficiente para elevar la calidad de la investigación, a razón de filtrar debidamente la información fueron establecidos criterios de inclusión y exclusión, para seguidamente desarrollar un análisis crítico de la calidad metodológica de los estudios seleccionados y facilitar la evaluación de la temática foco de estudio. De esta manera, se puede considerar que el método facilita la integración de hallazgos generados de las investigaciones primarias y secundarias, de esta manera la validez de las conclusiones se fortalece ante un escenario complejo y multifactorial como el síndrome de fragilidad.

Figura 1 Metodología PRISMA

PRISMA 2020 flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases, registers and other sources



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).
**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

Source: Page MJ, et al. BMJ 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

This work is licensed under CC BY 4.0. To view a copy of this license, visit <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

3.2 Criterios de inclusión de estudio

Los estudios seleccionados debían cumplir con los siguientes criterios:

Población objetivo: investigaciones realizadas en adultos mayores, tanto institucionalizados como comunitarios.

Temática central: estudios relacionados con fragilidad, factores asociados, métodos de evaluación, prevalencia e intervenciones.

Diseño metodológico: artículos originales, revisiones sistemáticas, metaanálisis, estudios de cohorte, estudios de casos además controles y ensayos clínicos relacionados con fragilidad.

Disponibilidad del texto completo: únicamente se consideraron artículos con acceso a texto íntegro para asegurar el análisis detallado.

Relevancia para la Terapia Ocupacional : en concordancia con los objetivos del trabajo.

Idioma: publicaciones en español o inglés.

Periodo estimado: estudios recientes correspondientes al periodo 2000–2025, lo cual asegura evidencia actualizada.

3.3 Criterios de exclusión de estudio

Se excluyeron los documentos que presentaban una o más de las siguientes características:

Población no pertinente: estudios realizados en adultos jóvenes, población general o niños.

Enfoques no relacionados con fragilidad: artículos centrados en otros síndromes geriátricos sin relación directa con el fenómeno de fragilidad.

Falta de rigor metodológico: investigaciones con datos insuficientes, muestras no definidas, ausencia de análisis estadístico o metodología incompleta.

Estudios duplicados encontrados en diferentes bases de datos.

Artículos de opinión, editoriales, cartas y ensayos sin evidencia empírica.

Documentos sin acceso al texto completo, que impidieran realizar una evaluación adecuada.

3.4 Evaluación de la validez de los estudios primarios

Para evaluar la validez interna y externa de los estudios seleccionados se consideraron los siguientes aspectos:

Claridad en el diseño del estudio: identificación correcta del tipo de estudio (cohorte, caso-control, transversal, ensayos).

Tamaño y representatividad de la muestra: inclusión de muestras suficientes para garantizar la significancia estadística.

Uso de instrumentos validados: por ejemplo, FRAIL Scale, Escala de Edmonton, Índice Pronóstico Multidimensional (MPI), Valoración Geriátrica Integral (VGI).

Control de variables de confusión: presencia de análisis multivariado, regresión logística u otros métodos.

Coherencia entre objetivos, métodos y resultados: adecuado desarrollo de procedimientos y claridad en las conclusiones.

Relevancia clínica: aplicabilidad de los hallazgos en el contexto de la atención a adultos mayores.

Evaluación de riesgo de sesgo: sesgos de selección, memoria, medición o publicación.

Los estudios con mayor rigor metodológico fueron ponderados con mayor peso al momento de sintetizar la evidencia final.

3.5 Análisis de contenidos de los artículos seleccionados

El análisis de contenidos se realizó mediante una lectura temática, identificando los principales aportes de la literatura revisada. Los temas predominantes fueron:

Conceptualización multidimensional de la fragilidad

Los estudios destacan que la fragilidad es un síndrome que abarca dominios físicos, cognitivos, psicológicos y sociales, y no solo pérdida de fuerza o deterioro funcional.

Factores de riesgo asociados

Se identificaron factores consistentes en la literatura:

- Deterioro cognitivo y demencia.
- Polifarmacia.
- Comorbilidades cardiovasculares, respiratorias y metabólicas.
- Sarcopenia y desnutrición.
- Discapacidad y dependencia en AVD e IADL.
- Historial de caídas e incontinencia.

Métodos e instrumentos de evaluación

Los artículos convergen en la eficacia de instrumentos estandarizados como:

- FRAIL
- Escala de Edmonton (EFS)

- VGI e Índice Pronóstico Multidimensional (MPI)
- Fried Phenotype

Estos permiten estratificar riesgo, predecir mortalidad, institucionalización y hospitalizaciones.

Impacto funcional y social de la fragilidad

Se evidencia una reducción de la autonomía, aumento del aislamiento social, pérdida de roles y deterioro de la participación ocupacional.

Intervenciones efectivas

Se destaca la importancia de la intervención desde la terapia ocupacional, la actividad física multicomponente, nutrición adecuada y programas de prevención temprana.

Importancia del abordaje interdisciplinario

El archivo muestra énfasis en la incorporación de gerontólogos, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas y médicos en la evaluación y seguimiento de adultos mayores.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

El punto de referencia para la descripción de los resultados son los objetivos planteados en la investigación, de esta manera los hallazgos son ordenados en concordancia con cada objetivo específico siendo originados por el análisis sistemático de la literatura científica seleccionada, considerando el rigor metodológico, pertinencia temática y relevancia para la terapia ocupacional, así como para la atención integral del adulto mayor.

Resultado del objetivo general

Tabla 1 *Síntesis de la evidencia científica sobre el síndrome de fragilidad en adultos mayores*

Dimensión analizada	Principales hallazgos	Tendencia general
Factores físicos	Disminución de fuerza, sarcopenia, fatiga	Alta asociación
Factores cognitivos	Deterioro cognitivo leve, memoria	Asociación moderada
Factores sociales	Aislamiento, pobreza, soledad	Asociación significativa
Estrategias de atención	Evaluación multidimensional	Enfoque integral
Impacto funcional	Dependencia, pérdida de autonomía	Impacto alto

Los datos generados del presente estudio demuestran que el síndrome de fragilidad en adultos mayores representa un problema de alta relevancia y prevalencia clínica, funcional y social ampliamente documentada en la literatura analizada. Mediante la revisión desarrollada se logró identificar que la fragilidad es un síndrome multifactorial, resultado de la interacción de factores físicos, cognitivos y sociales que se manifiestan de manera progresiva y acumulativa en la población adulto mayor.

De manera general, la evidencia científica refiere que los factores físicos, como la reducción de la fuerza muscular, la sarcopenia, la fatiga y la reducción de la movilidad son elementos frecuentes relacionados al desarrollo del síndrome de fragilidad. Sin embargo, los estudios también demuestran que existe una influencia significativa de factores cognitivos, tales como deterioro leve y trastornos de memoria, la igual que factores sociales entre los que se destacan el aislamiento social, la soledad, la pobreza y el limitado acceso a las redes de apoyo.

De igual manera los resultados demuestran que existen diversos protocolos y estrategias de atención orientados a la detección, evaluación y manejo del síndrome de fragilidad, predominan herramientas de evaluación multidimensional que integran aspectos físicos, cognitivos y psicosociales. Estas estrategias desarrollan parámetros para la

identificación temprana del síndrome, de esta forma se beneficia el establecimiento de intervenciones oportunas, particularmente desde el enfoque geriátrico y comunitario.

Por último, la evidencia revisada demuestra que el síndrome de fragilidad tiene una afectación negativa y significativa en la funcionalidad, autonomía y participación social de los adultos mayores. En este sentido los estudios convergen que la fragilidad se relaciona con mayor riesgo de dependencia funcional, reduce la capacidad de ejecución de actividades de la vida diaria. Reduce la autonomía personal y menos integración social, impactando de manera directa sobre la calidad de vida de esta población.

Resultado del objetivo específico 1

Tabla 2 Estudios para el cumplimiento del objetivo específico 1: Identificar los factores físicos, cognitivos y sociales asociados al síndrome de fragilidad en adultos mayores

Autor(es) y año	Aporte al Objetivo Específico 1
Paredes Arturo et al. (2020)	Identifican la sarcopenia y la desnutrición como factores físicos determinantes en el desarrollo del síndrome de fragilidad, asociados a pérdida de fuerza y funcionalidad.
Rodríguez Gutiérrez et al. (2022)	Evidencian la relación entre polifarmacia, comorbilidades crónicas y aumento del riesgo de fragilidad y dependencia funcional en adultos mayores.
Santana Delgado et al. (2023)	Determinan que el sedentarismo y la disminución de la actividad física contribuyen significativamente a la progresión de la fragilidad.
Zepeda et al. (2021)	Analizan la relación entre fragilidad y deterioro cognitivo, destacando afectaciones en memoria, atención y funciones ejecutivas.
Ocampo Chaparro et al. (2021)	Señalan que el deterioro cognitivo potencia la progresión de la fragilidad al limitar la autonomía en las actividades de la vida diaria.
Sepúlveda Loyola et al. (2020)	Identifican el aislamiento social y la pérdida de redes de apoyo como factores sociales asociados al aumento de la vulnerabilidad en adultos mayores frágiles.
Gerena et al. (2021)	Evidencian que la pérdida de roles sociales y la institucionalización refuerzan el carácter biopsicosocial del síndrome de fragilidad.

Nota. La tabla presenta los estudios que aportan al desarrollo del Objetivo Específico 1.

Análisis

En este sentido el análisis de los estudios evidencia una convergencia un consenso significativo entre los autores en relación al perfil multifactorial que presenta el síndrome de fragilidad, con relación a los factores físicos la literatura coincide en identificar a la sarcopenia, la desnutrición, la polifarmacia, la presencia de comorbilidades crónicas y el sedentarismo como factores determinantes principales para que la fragilidad se desarrolle (Paredes Arturo et al., 2020; Rodríguez Gutiérrez et al., 2022; Santana Delgado et al., 2023). Impactando directamente en la reducción de la fuerza muscular, movilidad y resistencia física lo que aumenta los niveles de riesgo para las caídas, discapacidad y hospitalización.

Desde la perspectiva cognitiva, los resultados exponen que existe una relación estrecha entre la fragilidad y el deterioro cognitivo particularmente en: memoria, atención y funciones ejecutivas. Autores como Zepeda et al. (2021) y Ocampo Chaparro et al. (2021), refieren que el deterioro acompaña a la fragilidad pero también potencia la progresión pues limita la capacidad del adulto mayor en gestionar de manera independiente las actividades de la vida diaria.

Con respecto a los factores sociales, se puede evidenciar que el aislamiento social, al igual que la pérdida de roles productivos, la institucionalización al igual que la ausencia de redes de apoyo representan catalizadores del síndrome de fragilidad (Sepúlveda Loyola et al., 2020; Gerena et al., 2021). Por lo tanto, los datos analizados demuestran que los contextos socioeconómicos desfavorables y la participación restringida en la comunidad incrementan la vulnerabilidad del adulto mayor, fortaleciendo el carácter biopsicosocial del síndrome, confirmando que la fragilidad no puede ser considerada desde una dimensión única, se debe tener en cuenta que es el resultado de la interacción dinámica de factores físicos, cognitivos y sociales.

Resultado del objetivo específico 2

Tabla 3 Estudios para el cumplimiento del objetivo específico 2: Analizar las estrategias de detección, evaluación e intervención del síndrome de fragilidad en adultos mayores

Autor(es) y año	Aporte al Objetivo Específico 2
Vargas et al. (2020)	Validan el uso de la Escala FRAIL como herramienta eficaz para la detección temprana de fragilidad y prefragilidad en el primer nivel de atención.
Xifra et al. (2022)	Analizan la Escala de Fragilidad de Edmonton como instrumento integral para evaluar componentes físicos, cognitivos y sociales.
Hernández Pérez (2023)	Destaca la utilidad del fenotipo de Fried y del Índice de Fragilidad de Rockwood para la evaluación clínica del síndrome.
Castillo Núñez et al. (2025)	Demuestran la efectividad de programas multimodales que integran ejercicio físico, nutrición y estimulación cognitiva en la reducción de la fragilidad.
Gobbens et al. (2020)	Evidencian mejoras en funcionalidad y calidad de vida mediante intervenciones integrales centradas en el adulto mayor.
Valenzuela et al. (2021)	Resaltan la importancia del abordaje multidisciplinario para el manejo integral del síndrome de fragilidad.
Mendoza Holgado (2022)	Identifica limitaciones en la aplicación clínica de protocolos de intervención debido al acceso restringido a servicios especializados y baja adherencia.

Nota. La tabla presenta los estudios que aportan al desarrollo del Objetivo Específico 2.

Análisis

Por otra parte, existe evidencia que respalda la convergencia entre los autores en relación a la significancia de la detección temprana de la fragilidad, especialmente en el primer nivel de atención. En este sentido, herramientas como la Escala FRAIL, la Escala de Fragilidad de Edmonton, el fenotipo de Fried y el Índice de Fragilidad de Rockwood son válidos y eficaces en la identificación de los estados de fragilidad y prefragilidad (Vargas et al., 2020; Xifra et al., 2022; Hernández Pérez, 2023).

Con respecto a las estrategia de intervención, la literatura enfatiza en la efectiva de los programas multimodales en los que se integra el ejercicio físico, la intervención nutricional y la estimulación cognitiva y social (Castillo Núñez et al., 2025; Gobbens et al., 2020). Demostrando una afectación positiva en la preservación de la funcionalidad, reducen los niveles de riesgo de caídas y optimiza la calidad de vida. En los estudios además se subraya lo importante de los modelos de atención integral multidisciplinaria constituido por médicos, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, nutricionistas y trabajadores sociales que trabajan de manera conjunta permite el abordaje multidimensional de la fragilidad (Valenzuela et al., 2021; Gerena et al., 2021). Por otra parte, se presentan limitaciones en la aplicación clínica de estos protocolos, debido al acceso restringido a servicios especializados, carencia de profesionales capacitados en geriatría y la baja adherencia a los programas de intervención, particularmente en escenarios de Latinoamérica (Mendoza Holgado, 2022).

Resultado del objetivo específico 3

Tabla 4 Estudios para el cumplimiento del objetivo específico 3: Determinar el impacto del síndrome de fragilidad en la funcionalidad, autonomía y participación social del adulto mayor

Autor(es) y año	Aporte al Objetivo Específico 3
Aznar Tortonda (2021)	Evidencia que la fragilidad se asocia con una disminución progresiva de la capacidad para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.
Clausell et al. (2022)	Analizan la relación entre fragilidad y aumento de la dependencia funcional y riesgo de institucionalización.
Gerena et al. (2021)	Demuestran que la fragilidad limita la participación social y favorece el aislamiento y la pérdida de roles significativos.
Zepeda et al. (2021)	Relacionan la fragilidad con deterioro del bienestar emocional y reducción de la participación comunitaria.

Nota. La tabla evidencia los estudios que contribuyen al cumplimiento del Objetivo Específico 3.

Finalmente los hallazgos demuestran que la fragilidad tiene una afectación significativamente negativa en la funcionalidad y autonomía, esto se puede observar en la reducción progresiva de la capacidad en el desempeño de actividades cotidianas e instrumentales de la vida (Aznar Tortonda, 2021; Clausell et al., 2022). Y es por ello que la fragilidad se relaciona con un aumento de la dependencia funcional, incremento del riesgo de institucionalización y pérdida de la autodeterminación.

Con respecto a la participación social, los resultados permiten establecer claramente que existe una limitación considerable en la participación en actividades comunitarias, recreativas y sociales por parte del adulto mayor, esto promueve el aislamiento, la soledad y el deterioro del bienestar emocional (Gerena et al., 2021; Zepeda et al., 2021). Y la pérdida de roles significativos nace como un elemento clave en el robustecimiento del círculo de dependencia y deterioro funcional. De esta manera, desde la óptica de la terapia ocupacional señala que la fragilidad compromete de manera directa el desempeño ocupacional y la calidad de vida, justificando el requerimiento imperioso de intervenciones enfocadas en la persona, conservar la autonomía, la participación y el significado de las ocupaciones cotidianas.

Por lo anteriormente expuesto los resultados globales del estudio demuestran que el síndrome de fragilidad es una condición clínica compleja, multidimensional y dinámica, que afecta de manera integral la salud, funcionalidad y participación social de los adultos mayores. Y esto lo sustenta el análisis sistemático de la literatura, en el se destaca la significancia de los factores físicos, cognitivos y sociales, sobre el contexto, esto compromete la autonomía, la calidad de vida y el rol social del adulto mayor. De igual manera, se considera a la detección temprana y el abordaje integral como un modelo multidisciplinario que consolida estrategia clave en los que se sustenta la prevención de avance del síndrome y mitigar las consecuencias.

Bajo esta premisa la terapia ocupacional se posiciona como una disciplina fundamental en la evaluación, prevención del síndrome de fragilidad pues se enfoca en el desempeño ocupacional, así como en la adaptación del entorno y la promoción de la participación del adulto mayor. Por lo tanto, los resultados respaldan la necesidad del fortalecimiento de políticas públicas, protocolos clínicos y programas comunitarios en los que se consolide el enfoque biopsicosocial y preventivo, en el marco de la garantía de un envejecimiento saludable, activo y con dignidad.

DISCUSIÓN

En base al análisis científico correspondiente al síndrome de fragilidad los autores desarrollan diferentes conceptos que contraponen las diferentes conceptos estudiados, en este sentido el síndrome de fragilidad ha sido abordado por diversos autores en diferentes ópticas teóricas y metodológicas, evidenciando complejidad y heterogeneidad conceptual de este fenómeno en los adultos mayores. Es importante referir la dificultad al desarrollar un constructo unidimensional, pues la fragilidad ha sido definida y analizada como una dinámica, de múltiples factores y progresivo, que para ser comprendido es necesario considerar un enfoque disciplinar, clínico y social.

Desde la perspectiva dominante como la biomédica, autores como Fied, referido por Aznar Tortonda (2021) y Martín Lesende (2010), consideran a la fragilidad como un fenotipo clínico con características particulares como: pérdida de peso involuntaria, debilidad muscular, lentitud en la marcha, fatiga y baja actividad física. Donde se puede identificar de manera clara y operativa en el contexto del adulto mayor frágil y prefrágil, donde es necesario estudios epidemiológicos en escenarios de atención primaria. Sin embargo, existe convergencia por parte de diversos autores al referir que esta concepción presenta limitaciones, pues no considera aspectos cognitivos, emocionales y sociales que impactan de forma directa tanto en la funcionalidad como la autonomía (Mañas, 2021; Ocampo Chaparro et al., 2021).

En divergencia a lo expuesto, el modelos de acumulación de déficits que es presentado por Rockwood y Mitnitski, y fue desarrollado por autores como Pilotto et al. (2020) y Londoño-Morales et al. (2024), extiende el contexto para que la fragilidad sea considerada como el resultado acumulado de carencias físicas, cognitivas, funcionales y sociales durante todo el ciclo vital. De esta manera el enfoque reconoce la fragilidad como un proceso sistemático que trasciende de la condición dicotómica, según un estudio profundo y sensible del riesgo y del pronóstico. Considerando la óptica de la terapia ocupacional, este concepto tiene mayor relevancia porque integra variables directamente relacionadas con el desempeño ocupacional: participación social y entorno, ya que corresponden a factores indispensables para la intervención enfocada en la persona (Santamaría Peláez y González Bernal, 2020).

Por otra parte, el modelo biopsicosocial de fragilidad, expuesto por Juárez y Zanella (2025) y consolidado por Echavarrí et al. (2024), quien desarrolla una perspectiva integral pues considera la dinámica existente entre factoras biológicos, psicológicos y sociales como puntos estratégicos en el estado de fragilidad. Por lo que el autor considera que la fragilidad

trasciende de ser considerada como la consecuencia del deterioro físico relacionado con el envejecimiento para ser: resultado del aislamiento social, inactividad ocupacional, pérdida de roles significativos y reducción del apoyo comunitario. Lo previamente expuesto converge con la OMS (2021), ya que esta destaca la necesidad de considerar el envejecimiento desde una visión de derechos, funcionalidad y participación.

De igual manera, algunos autores han profundizado de manera puntual en dimensiones específicas del síndrome como Chacón Valenzuela et al. (2019), Miyamura et al. (2019) y Facal et al. (2018), al referirse a la fragilidad cognitiva evidenciando la estrecha relación entre el deterioro cognitivo y la fragilidad física. Estas investigaciones refieren que ambos procesos comparten mecanismos fisiopatológicos comunes y que al estar presentes aumenta significativamente el riesgo de dependencia tanto funcional como institucional, al igual que la mortalidad. Ampliando el concepto tradicional de fragilidad y fortalece la necesidad de que sean desarrollados estudios integrales donde se considera el desempeño cognitivo y ocupacional.

Consideran a Santamaría Peláez y González Bernal (2020), Castillo Núñez (2023) y Gurayah et al. (2025), quienes desarrollan la conceptualización desde la terapia ocupacional, convergen en que la fragilidad debe ser considerada como un fenómeno que afecta directamente a la capacidad del adulto mayor en el desempeño de las actividades cotidianas, conservar roles significativos y participar de manera activa en el entorno. Estos autores, contraponen los modelos que tienen el enfoque exclusivo en el *déficit* físico, sustentado en que la fragilidad es una condición que puede prevenirse, revertirse o mitigar los efectos con el apoyo de intervenciones ocupacionales centradas en la adaptación del entorno, robustecimiento de la autonomía y motivar a que el paciente genere una participación significativa.

De esta manera se evidencia que el síndrome de fragilidad no tiene un concepto universal, pues se constituye como un constructo complejo y multidimensional. Por una parte los enfoques biomédicos destacan la medición de indicadores físicos, los modelos multidimensionales y biopsicosociales integran factores cognitivos, emocionales, sociales y ocupacionales, donde se establece un entendimiento amplio y coherente con los parámetros que sustenta la atención integral y la terapia ocupacional. De esta manera se fortalece la necesidad de considerar modelos integradores en los que se evalué holísticamente, acompañado de la intervención enfocada en la persona: la funcionalidad, autonomía y calidad de vida para el adulto mayor.

Factores físicos y desempeño ocupacional

En este sentido se evidenció que los factores físicos son uno de los principales activadores del síndrome de fragilidad, ya que, investigaciones recientes demuestran que existe una alta prevalencia de fragilidad en adultos mayores hospitalizados, con respecto a las comorbilidades, polifarmacia, sarcopenia, antecedentes de caídas e incontinencia (Kaçmaz et al., 2023). Coincidiendo con lo referido por Díaz y Machado (2021), que perfilan a la discapacidad como uno de los factores que facilitan la predicción de la fragilidad, por lo que tienen una relación bidireccional entre deterioro funcional y progresión del síndrome.

Considerado desde la terapia ocupacional, los factores físicos tienen alta significancia por impactar directamente en la capacidad que tienen la persona para el desarrollo de las actividades básicas e instrumentales cotidianamente: movilidad, autocuidado, alimentación y manejo del hogar. En este sentido, Castillo Núñez (2023), hace énfasis en que las intervenciones ocupacionales sobre las unidades geriátricas de agudos son muy importantes a razón de conservar la funcionalidad y el deterioro relacionado con la hospitalización, esto defiende el rol de prevención que ejerce la disciplina ante la fragilidad.

De igual manera, Mañas (2021), expone que la fragilidad se genera debido a la afectación simultánea de diversos sistemas fisiológicos, y de esta manera se origina una reducción en la reserva funcional. Por lo tanto, se aumentan los niveles de vulnerabilidad ante estresores ambientales y clínicos, restringiendo la tolerancia al esfuerzo y la capacidad de adaptación del adulto mayor. Bajo lo previamente expuesto, la Terapia Ocupacional participa más allá del fortalecimiento de las capacidades físicas residuales, pues adapta actividades, rutinas y entornos, para de esta forma generar compensación y promoción de la autonomía.

Fragilidad cognitiva y ocupación

Los factores cognitivos constituyen otro eje central en el desarrollo y progresión del síndrome de fragilidad, pues el estrecho nexo existente entre fragilidad física y deterioro cognitivo, genera el concepto de fragilidad cognitiva, lo que representa una condición altamente riesgosa para la dependencia y la institucionalización (Miyamura et al., 2019; Facal et al., 2018). Además, Otero Montoto y Durán Bouza (2023), evidencian que la fragilidad física está relacionada con variaciones del desempeño lingüístico, representando un punto importante de deterioro cognitivo.

Desde la óptica de la terapia ocupacional, el deterioro cognitivo afecta de manera directa sobre el desempeño ocupacional, pues afecta funciones esenciales dentro de las que destaca: atención, memoria, planificación y secuenciación de tareas. Sobre este tema, Chacón Valenzuela et al. (2019), hacen referencia que la fragilidad cognitiva es un desafío emergente

para la práctica clínica, de forma especial para la planificación de intervenciones en las que se consolide la estimulación cognitiva funcional como parte de las actividades significativas.

Por lo que hay que destacar que las intervenciones ocupacionales que tienen como punto de acción la estimulación cognitiva sustentada en actividades de la vida diaria tiene la posibilidad de conservar las capacidades mentales y ejercer acciones de refuerzo sobre la identidad ocupacional del adulto mayor. En este sentido, Guillen Betancort et al. (2016) demuestran que las tareas psicomotrices para personas mayores que presentan demencia y fragilidad aportan significativamente en conservar las funciones vitales aun sobre procesos neurodegenerativos, reforzando lo importante que es establecer intervenciones ocupacionales de manera temprana y prolongadas,

Dimensión social, roles y participación

En lo que respecta la dimensión social de la fragilidad, esta se ha documentado ampliamente por lo que ha sido considerado un factor concluyente para la pérdida de autonomía y calidad de vida. Por lo que, Muñoz et al. (2024), destacan que cuando se presenta la transición de la jubilación y la pérdida de roles productivo, nace la reducción significativa de la participación ocupacional, por lo que se promueve y favorece el aislamiento y la inactividad. Siendo estos factores sociales, precipitantes o amplificadores del síndrome de fragilidad, de manera particular sobre contextos donde el apoyo comunitario es escaso o nulo.

En la investigación desarrollada por Kornfeld-Matte (2021), considera esta situación desde la dimensión de los derechos humanos y refiere que la fragilidad es agudizada sobre escenarios donde las políticas públicas omiten la garantía de la inclusión, la garantía social y la obtención de servicios especializados. Coincidiendo con los planteado por Organización Mundial de la Salud, OMS (2021), la cual, origina un perspectiva sobre el envejecimiento saludable en el que promueve: participación, funcionalidad y contacto efectivo con el entorno.

Para la terapia ocupacional, cuando el ser humano carece de roles sociales y ocupacionales es la causa principal de la reducción del sentido de propósito, al igual que la motivación y sobre el bienestar emocional. Por lo que, Garrido López et al. (2017), comenta que considerar adaptar el entorno domiciliario, así como establecer parámetros de seguridad son acciones para prevenir caídas, pero también benefician la duración del adulto mayor en el medio habitual, de esta manera se fortalece la participación y la autonomía. Lo previamente mencionado genera la trascendencia de la intervención ocupacional hacia el escenario clínico lo que facilita la proyección a la inclusión social y comunitaria.

Protocolos, detección temprana y abordaje interdisciplinario

Al revisar protocolos y estrategias de atención, se puede demostrar consenso relacionado a que existe la necesidad de establecer cribados sistemáticos de fragilidad, de manera particular en el primer nivel de atención. Por lo que, Londoño Morales et al. (2024) proponen algoritmos prácticos que faciliten la detección de fragilidad en atención primaria, por otra parte, la Guía de Fragilidad del Ministerio de Salud Pública y UNFPA (2022), genera claramente criterios e instrumentos para que de forma sencilla sean identificados de manera temprana las personas mayores en riesgo.

Por esta razón, Salazar et al. (2024), evidencian que la participación del gerontólogo en los equipos de salud eleva el nivel de análisis integral del adulto mayor, consolidando las esferas funcional, cognitiva y social. Desde esta perspectiva existe referencia con el modelo multidimensional que propone Pilotto et al. (2020), ya que hacen énfasis en la importancia de la Valoración Geriátrica Integral y del Índice Pronóstico Multidimensional para la toma de decisiones clínicas.

En este sentido, Gurayah et al. (2025), refieren desde la Terapia Ocupacional que al momento de generar la evaluación la fragilidad, debe ser incorporada como competencia esencial dentro de la práctica profesional, el uso de herramientas estandarizadas de fácil acceso como métodos observacionales que se enfoquen en el desempeño ocupacional. De esta manera la detección facilita considerar estados de prefragilidad, y es en esta fase donde las estrategias ocupacionales tienen un alto nivel de efectividad en la prevención de la progresión del síndrome.

Impacto en la funcionalidad y aporte de la Terapia Ocupacional

Con relación al impacto del síndrome de fragilidad sobre la funcionalidad, la autonomía y la participación social, Oteo Álvaro et al. (2023), menciona que la fragilidad aumenta los niveles de riesgo a fracturas, por lo tanto, se precipita la dependencia, restringiendo la reintegración ocupacional. No obstante, la evidencia también indica que la fragilidad es potencialmente reversible, de forma especial cuando las intervenciones son integrales, de forma temprana y enfocada en la ocupación (Santamaría Peláez y González Bernal, 2020).

En este tópico, la Terapia Ocupacional tiene un gran aporte de forma distintiva porque considera a la fragilidad de manera integral: ocupación significativa, adaptación del entorno y fortalecimiento de la participación. Y existe convergencia entre Castillo Núñez (2023) y Santamaría Peláez y González Bernal (2020), al considerar que las intervenciones

ocupacionales aportan a optimizar la autonomía, minimizan la dependencia y conservación de la calidad de vida, hasta adultos mayores con fragilidad avanzada.

CONCLUSIONES

El propósito de este estudio se orienta hacia analizar la evidencia científica del síndrome de fragilidad en adultos mayores, para la materialización de este fueron desarrollados los objetivos específicos. Al determinar los factores físicos, cognitivos y sociales que contribuyen al desarrollo del síndrome de fragilidad en adultos mayores. En cuanto a los factores físicos existe convergencia con relación a que la fragilidad tiene relación directa al existir comorbilidades, polifarmacia, sarcopenia, reducción de la fuerza muscular, referencias previas de caídas, incontinencia y deterioro de la movilidad (Kaçmaz et al., 2023; Díaz y Machado, 2021). En este sentido Mañas (2021), expone que estos factores expresan la reducción de la reserva fisiológica de diversos sistemas, minimizando la capacidad adaptativa del adulto mayor. Siendo desde la Terapia Ocupacional, estas limitaciones físicas las que impactan negativamente en el desempeño de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, incrementando el riesgo de dependencia funcional.

De igual manera, la literatura refleja que la fragilidad en adultos mayores se encuentra estrechamente relacionada con factores cognitivos y sociales, ya que la fragilidad física tiene asociación frente a las alteraciones de: memoria, atención, funciones ejecutivas y lenguaje, conformando la fragilidad cognitiva e impactando sobre la capacidad para la planificación y ejecución de actividades cotidianas, aumentando de forma progresiva y sistemática de la pérdida de autonomía (Miyamura et al., 2019; Facal et al., 2018; Otero-Montoto & Durán-Bouza, 2023). De igual manera, factores sociales: pérdida de roles productivos, aislamiento social, institucionalización y falta de redes de apoyo aumentan los niveles de vulnerabilidad del adulto mayor, particularmente sobre escenarios de predominancia de desigualdad social (Muñoz et al., 2024; Kornfeld-Matte, 2021), afectando negativamente la participación ocupacional y beneficiando el deterioro funcional progresivo desde la perspectiva de la Terapia Ocupacional.

Seguidamente al revisar los protocolos y estrategias de atención implementados para la detección, evaluación y manejo de este síndrome, la literatura concuerda de que la detección temprana del síndrome de fragilidad en el primer nivel de atención es importante, para el correcto desarrollo de la intervención oportuna, con el apoyo de instrumentos breves y validados en los que se facilite la identificación de estados de prefragilidad y fragilidad

(Londoño-Morales et al., 2024). Por esta razón, las guías normativas suscitan una evaluación multidimensional homologada con la Valoración Geriátrica Integral (MSP y UNFPA, 2022; Pilotto et al., 2020), resaltan la perspectiva interdisciplinaria, donde el rol de la Terapia Ocupacional en la detección de *déficits* funcionales y además sobre la aplicación de estrategias integrales hacia la acción terapéutica, la motivación cognitiva, el acondicionamiento del entorno y la promoción de la participación social son valiosas (Salazar et al., 2024; Gurayah et al., 2025).

Y por último al analizar el impacto de este síndrome en la funcionalidad, autonomía y participación social en adultos mayores, la evidencia científica refiere que el síndrome de fragilidad afecta significativamente y de manera negativa tanto la funcionalidad, como la autonomía y la participación social de los adultos mayores, al estar relacionado con un mayor riesgo de caídas, fracturas, hospitalización, institucionalización y mortalidad, acelerando la dependencia funcional (Kaçmaz et al., 2023; Oteo-Álvaro et al., 2023). De esta forma se demuestra que la fragilidad tiende a comprometer el desarrollo de las tareas cotidianas e instrumentales, restringe la movilidad así como el autocuidado, impactando directamente sobre la toma de decisiones y el eficiente desarrollo de las actividades diarias, minimizando la autonomía ocupacional (Díaz & Machado, 2021; Facal et al., 2018).

De igual manera, genera aislamiento social, pérdida de roles significativos y reduce la interacción con la comunidad, menoscabando la calidad de vida (Muñoz et al., 2024); sin embargo, la literatura converge en que la fragilidad es potencialmente reversible con el apoyo de intervenciones tempranas con el enfoque en la ocupación, donde la Terapia Ocupacional aporta decisivamente en conservar la autonomía, fortificar la participación social y optimizar los niveles de calidad de vida, inclusive en adultos mayores con fragilidad avanzada (Santamaría Peláez y González Bernal, 2020; Castillo Núñez, 2023).

RECOMENDACIONES

Ante lo previamente señalado es recomendable, el fortalecimiento de la evaluación integral desde la Terapia Ocupacional incluyendo sistemáticamente el análisis del desempeño ocupacional, las funciones cognitivas, la movilidad y el entorno social del adulto mayor. Con el apoyo de programas preventivos hacia la ocupación significativa, para de esta manera promover la conservación de la actividad física, la estimulación cognitiva y la participación social, de esta manera se ralentiza la progresión hacia estados de fragilidad o dependencia.

Adicionalmente, se debe consolidar el trabajo interdisciplinario en el primer nivel de atención, de esta forma se garantiza la participación del terapeuta ocupacional en conjunto con los equipos de salud. Todo esto con el diseño de capacitación al personal sanitario con respecto al correcto uso de instrumentos de detección temprana, además de la aplicación de la Valoración Geriátrica Integral, para así garantizar que las intervenciones se encuentren constituidas con planes individualizados en beneficio de la adaptación del entorno, la prevención de caídas y la promoción de la autonomía funcional.

Por último, es importante el diseño y establecimiento de programas de intervención ocupacional con el enfoque hacia la persona, para de esta forma conservar y recuperar la capacidad de ejecución de tareas en la vida diaria, fortaleciendo los roles sociales y promover de esta manera la inclusión comunitaria del adulto mayor. Con la prioridad en acciones que detecten de manera temprana la fragilidad y la continuidad del cuidado, considerando lo expuesto en la investigación, donde se demuestra que una atención oportuna desde la Terapia Ocupacional podría revertir o reducir el impacto del síndrome, elevando el nivel de calidad de vida de los adultos mayores.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Acosta Benito, M. Á., y Martín Lesende, I. (2022). Fragilidad en atención primaria: diagnóstico y manejo multidisciplinar. *Atención primaria*, 54(9), 102395. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102395>
- Agost Felip, M. R., Martín Alfonso, L., y Moreno Sandoval, A. (2021). Políticas públicas sobre envejecimiento poblacional promulgadas en el contexto internacional, europeo y español entre 1982-2017. *Revista Cubana de Salud Pública*, 47(1). http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662021000100017&script=sci_arttext
- Alvarado García, A. M., y Salazar Maya, A. (2014). Aging concept analysis. *Gerokomos*, 25(2), 57-62. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000200002&lng=en&nrm=iso&tlng=en
- Alvarado, M. C., y Tamayo, M. D. (2020). El envejecimiento poblacional y la problemática geopolítica. Un punto de vista. *Revista Caribeña de Ciencias Sociales*, 9(3). <https://revistacaribena.com/ojs/index.php/rccs/article/view/2174>
- Aznar Tortonda, V. (2021). Estudio de la fragilidad y pre-fragilidad en personas mayores de 60 años. Un estudio observacional transversal. *Repositorio Universitas Miguel Hernández*. Doctoral Disertacion Universitas Miguel Hernández. <https://dspace.umh.es/handle/11000/30254>
- Baquero Sastre, G., y Hustado Hurtado, A. (2011). Prevalencia de enfermedades que afectan las potencialidades del movimiento y el desempeño funcional en adultos mayores institucionalizados. *Revista Iberoamericana de Fisioterapia y Kinesiología*, 1(1), 63-69. <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1138604512000068>
- Becerra Partida, E. N., y Patraca Loeza, A. E. (2021). Prevalencia de síndrome de fragilidad en adultos mayores de 70 años en Primer Nivel de Atención. *Revista Conamed*, 26(1), 42-47. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=99127>
- Carpena Niño, M. G., Cuesta García, C., y Madroñero Miguel, B. (2022). Conocimiento y Uso de las Herramientas de Evaluación del Modelo de Ocupación Humana por Terapeutas Ocupacionales en España: Artículo de investigación. *Contexto*, 8, 17-34. <https://doi.org/10.54761/contexto.num8.25>
- Castillo Nuñez, J. (2023). Contribución de las intervenciones de terapia ocupacional en el abordaje de personas mayores hospitalizadas en Unidades Geriátricas de Agudos: una

- revisión narrativa. *Cad. Bras. Ter. Ocup.*, 31, 1-16. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAR256633453>
- Castillo Núñez, N., Navarro, F., Quintana, A., Encina, A., Duarte, T., y Corona, P. (2025). Estrategias de intervención aplicadas por terapeutas ocupacionales en personas mayores hospitalizadas por COVID-19. *Cuadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 33, 17-34. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO405939643>
- Chacón Valenzuela, E., González, M., M., Beltrán, V., L., Sanabria, V., y Gómez Arteaga, R. (2019). Cognitive frailty, an evolving challenge. *Universitas Medica*, 60(3). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed60-3.fcde>
- Chuquipoma Quispe, L., Lama Valdivia, J., y De la Cruz Vargas, J. A. (2019). Factores asociados al síndrome de fragilidad en adultos mayores que acuden a consulta externa de Geriátrica del Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima-Perú. *Acta Médica*, 36(4), 67-273. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172019000400004&lng=es&tlng=es
- Clausell, A. B., Ramos, G. E., Reyes, D. V., y Moreira, O. M. (2022). Diagnóstico del síndrome de fragilidad/Diagnosis of the frailty syndrome. *Archivos del Hospital Universitario " General Calixto García"*, 10(1). <https://revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/e837>
- Davis Varona, L. (2024). Evaluación del estado de fragilidad en adultos mayores aplicando la escala FRAIL. *Archivo Médico Camagüey*, 28, 1-25. <https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/10046>
- Domingo, T. G. (2024). Reto Mundial: Decenio del Envejecimiento Saludable 2021-2030. *Análisis y Modificación de Conducta*, 50(182), 3-19. <https://doi.org/10.33776/amc.v50i182.8098>
- Echavarri, M. J., Malagón, I. L., Leyún, R. H., y Azcoiti, V. V. (2024). Trabajo multidisciplinar de terapia ocupacional y enfermería para el abordaje de la persona mayor frágil no institucionalizada. *Revista Terapia Ocupacional Galicia*, 21(1), 58-61. <https://www.revistatog.es/ojs/index.php/tog/article/view/245>
- Echeverría, A., Cauas, R., Díaz, B., Sáez, C., y Cárcamo, M. (2021). Herramientas de evaluación de actividades de la vida diaria instrumentales en población adulta: revisión sistemática. *Revista médica clínica las condes*, 32(4), 474-490. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2021.01.012>
- Erazo Barona, L. K. (2025). Adaptación pictográfica de la escala de Lawton y Brody auto evaluable en el adulto mayor. *Repositorio Universidad Técnica de Ambato*. Bachelors

- Tesis Universidad Técnica de Ambato. <https://repositorio.uta.edu.ec/items/6aa3de47-26b7-4466-b117-4879ce93f07b>
- Facal, D., Maseda, A., Pereiro, A., Gandoy, M., Lorenzo López, L., y Millán Calenti, J. (2018). Fragilidad cognitiva: revisión de las definiciones empleadas en estudios empíricos. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 53(1), 175-191. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.417>
- Fuentes Pimentel, L. E., y Camacho Guerrero, A. (2020). Prevalencia del estado de desnutrición en los adultos mayores de la Unidad Médica Familiar Núm. 53 de León, Guanajuato, México. *Residente*, 15, 4-11. <https://doi.org/10.35366/94037>
- García Moncada, J., y Vergel Torrado, L. (2024). Pruebas e Instrumentos de Evaluación Utilizados en Terapia Ocupacional en Primera Infancia-Revisión Sistemática. *Repositorio Universidad de Santander*. Masters Tesis Universidad de Santander. <https://acortar.link/iDufi2>
- Garrido López, I., Rodríguez Martínez, M., y Binotto, M. (2017). Terapia ocupacional en la prevención de caídas de personas mayores: aplicación de medidas de seguridad en el domicilio. *Revista TOQ*, 14(25), 232-245. <https://www.revistatog.com/num25/pdfs/revision5.pdf>
- Gerena, R. M., Gracia, C., Espejo, Y., Cano, J., y Sánchez, A. (2021). Propuesta de modelo de intervención psicosocial en el adulto mayor desde los acercamientos de un semillero de investigación. *Revista de investigaciones UNAD*, 9(1), 103-116. <https://doi.org/10.22490/25391887.654>
- Guillen Betancort, C., Da Silva Domingo, G., González Santos, J., Da Silva González, Á., De la Fuente Anuncibay, R., y González Bernal, J. (2016). Tratamiento de la fragilidad y apatía a través de actividades psicomotrices en la enfermedad de Alzheimer. *Revista INFAD de Psicología*, 1(2), 1-20. <https://revista.infad.eu/index.php/IJODAEP/article/view/561>
- Gurayah, T., Ogunlana, M. O., y Oyewole, O. O. (2025). The need for frailty assessments and intervention as part of holistic occupational therapy practice. *South African Journal of Occupational Therapy*, 55(1), 1-4. <https://doi.org/10.17159/2310-3833/2025/>
- Hernández Pérez, A. (2023). Asociación entre el síndrome de fragilidad detectado por la escala CFS y la mortalidad por COVID-19 en pacientes de 60 a 99 años del Hospital Central Norte de abril del 2020 a abril del 2021. *Repositorio Universidad Autónoma de México*. Disertación Doctoral Universidad Autónoma de México.

<https://ru.dgb.unam.mx/server/api/core/bitstreams/f880c09b-b5ef-4bfd-abaf-0d268cc2945d/content>

- Herrera Perez, D., Soriano Moreno, A. N., Rodrigo Gallardo, P. K., y Toro Huamanchumo, C. J. (2020). Prevalencia del síndrome de fragilidad y factores asociados en adultos mayores. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 36(2), 1-25.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252020000200008&script=sci_arttext
- Jiménez Echenique, J. (2023). Intervención de terapia ocupacional en geriatría. *Cuadernos Hospital de Clínicas*, 64(1), 89-93. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1652-67762023000100013&script=sci_arttext
- Juárez, M. E., y Zanella, S. Ó. (2025). Fragilidad funcional en el adulto mayor: implicaciones clínicas para el primer nivel de atención. *Revista Digital Innovación y Desarrollo Tecnológico*, 17(4), 1-16. <https://acortar.link/fL6ECm>
- Kaçmaz, H. Y., Döner, A., Kahraman, H., y Akin, S. (2023). Prevalencia y factores asociados a la fragilidad en pacientes mayores hospitalizados. *Revista Clínica Española*, 223(2), 67-76. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2022.10.004>
- Kornfeld Matte, R. (2021). Situaciones de emergencia en contexto de envejecimiento perspectiva desde los derechos humanos. *TraHs(10)*.
<https://doi.org/10.25965/trahs.3788>
- Law, M. (2022). COPM Canadian occupational performance measure: Revised. Schulz-Kirchner Verlag GmbH. *Quinta Edición*. Editorial Vita Activa.
<https://acortar.link/AVhoUt>
- Londoño Morales, V. A., Bautista Mier, H., Parra Saldarriaga, J., y Sánchez Duque, J. A. (2024). Síndrome de fragilidad en ancianos: enfoque de atención primaria en salud. *MEDICINA*, 84(1), 179-182. https://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0025-76802024000100179&script=sci_arttext
- Londoño Morales, V., Bautista Mier, H., Parra Saldarriaga, J., y Sánchez Duque, J. (2024). Fragilidad en ancianos: enfoque desde APS. *Medicina*.
<https://www.medicinabuenaaires.com/revistas/vol84-24/n1/179.pdf>
- Martín Lesende, I., Gorroñoitía Iturbe, A., Gómez Pavón, J., Baztán Cortés, J., y Abizanda Soler, P. (2010). El anciano frágil. Detección y tratamiento en AP. *Atención Primaria*, 42(7), 388-393. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2009.09.022>
- Martín, D. R., Omarys, L. C., Omar, B. A., y Mayara, B. C. (2024). El envejecimiento poblacional: un reto para las sociedades del siglo XXI. *In III Jornada Virtual de*

Medicina Familiar en Ciego de Ávila.

<https://mefavila.sld.cu/index.php/mefavila2024/2024/paper/view/754/0>

- Mendoza Holgado, C. M. (2022). Terapia ocupacional en el plan integral de atención al deterioro cognitivo en extremadura: estudio de la intervención cognitiva y características de la reserva cognitiva e implicaciones del desempeño ocupacional. *Repositorio Universidad de Extremadura*. (M. T. Extremadura, Ed.)
<https://dehesa.unex.es/entities/publication/97e287ac-a0d5-4af8-a85d-18c40cad3ef2>
- Menéndez González, L., Izaguirre Riesgo, A., Tranche Iparraguirre, S., Montero Rodríguez, Á., y Orts Cortés, M. I. (2021). Prevalencia y factores asociados de fragilidad en adultos mayores de 70 años en la comunidad. *Atención primaria*, 53(10), 102- 128.
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102128>
- Mesa Valiente, R. M., Hurtado Gascón, L. C., Turro Caró, E., y Del Río Caballero, G. (2024). Referentes teóricos para la superación profesional sobre el síndrome de fragilidad en la atención primaria de salud. *Medisan*, 28(1).
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192024000100016&script=sci_arttext
- Mina, J. E., Morales, M. C., Díaz, B. N., Jiménez, R. E., y Gordón, P. A. (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>
- Miyamura, J., Fhon, A.A., Fuentes Neira, W., Silveira, R., y Rodrigues, R. (2019). Frailty syndrome and ano dia cognitive impairment in older adults: systematic review of the literature. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*(27).
<https://www.scielo.br/j/rlae/a/Dwk4JbntPSDpFyBRkyjkrgr/?format=pdf&lang=es>
- Molés Julio, M., Lavedán Santamaría, A., Jürschik Giménez, P., Nuin Orrio, C., Botigué Satorra, T., y Maciá Soler, L. (2016). Estudio de fragilidad en adultos mayores: diseño metodológico. *Gerokomos*, 27(1), 8-12.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2016000100003&script=sci_arttext
- Montoto, O., T, y Durán Bouza, M. (2023). Síndrome de fragilidad física y desempeño lingüístico en adultos mayores: Un estudio exploratorio. *Revista de Investigación en Logopedia*, 13(2), 1-22. <https://doi.org/10.5209/rlog.84794>
- Morales, L. E., y Bastías, R. M. (2021). Depresión en adultos mayores y su relación con la actividad física y sedentarismo en Talca, Chile. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 5(5), 9719-9733. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v5i5.1017

- Moya Moya, E. P. (2022). Perfil epidemiológico de síndrome de fragilidad en adultos mayores. *Repositorio Institucional Universidad Técnica de Ambato*. Bachelors Tesis Universidad Técnica de Ambato. <https://repositorio.uta.edu.ec/items/df7eaf69-7da5-4450-8005-14a682b954fb>
- MSP. (2012). Normas y Protocolos de Atención Integral de Salud de las y los Adultos Mayores. *Ministerio de Salud Pública de Ecuador*. <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/NORMAS%20Y%20PROTOCOLOS%20DE%20ATENCIÓN%20INTEGRAL%20DE%20SALUD%20A%20LOS%20Y%20LAS%20ADULTOS%20MAYORES.pdf>
- MSP. (2022). Guía de Fragilidad en personas adultas mayores: criterios prácticos e instrumentos de pesquisa en el primer nivel de atención. *Ministerio de Salud Pública*. https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/MSP_GUIA_FRAGILIDAD_PERSONAS_ADULTAS_MAYORES%20%281%29.pdf
- Muñoz, C. G., Reinoso Fica, L. A., Cirineu, C. T., y Pizarro Troncoso, E. (2024). El trabajo en la vejez: un desafío para la Terapia Ocupacional y los estudios sobre la ocupación. *Revista Ocupación Humana*, 24(1), 82–95. <https://doi.org/10.25214/25907816.1668>
- Naranjo, J. D., y Carrera, J. A. (2024). La transición demográfica y el envejecimiento poblacional: futuros retos para la política de salud en el Ecuador. *Visionario Digital*, 8(4), 72-95. <https://doi.org/10.33262/visionariodigital.v8i4.3263>
- Ocampo Chaparro, J. M., Reyes Ortíz, C. A., y Etayo Ruiz, E. (2021). Valoración geriátrica integral en cuidados paliativos: revisión bibliográfica. *Medicina Paliativa*, 28(3), 185-197. <https://doi.org/10.20986/medpal.2021.1163/2020>
- OMS. (2025). Envejecimiento y salud. *Organización Mundial de la Salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Oteo Álvaro, Á., Becerra, M. M., Fernández Fernández, T., y Arrieta Bartolomé, G. (2023). Evaluación de los factores relacionados con la aparición de nuevas fracturas por fragilidad: un estudio de casos y controles. *Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología*, 67(1). <https://doi.org/10.1016/j.recot.2022.08.004>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., y Alonso-Fernández, S. (2021). Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista española de cardiología*, 74. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.06.016>

- Palacios, M., Sánchez, C., Tapia, C., y Miriann, M. (2025). Prevalencia de polimedicación y factores asociados en personas adultas mayores del Centro de atención al adulto mayor del IESS Cuenca–Ecuador, 2024. *ATENEO*, 27(1), 62-72.
<http://www.colegiomedicosazuay.ec/ojs/index.php/ateneo/article/view/448>
- Paredes Arturo, Y. V., Aguirre Acevedo, D. C., y Torres, J. M. (2020). 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.semereg.2019.06.009>
- Pilotto, A., Custodero, C., Maggi, S., Polidori, M., Veronese, N., y Ferrucci, L. (2020). A multidimensional approach to frailty in older people. *Ageing Research Reviews*.
<https://doi.org/10.1016/j.arr.2020.101047>
- Ramírez Salazar, E. A., Benjumea Gil, L. M., Maturana Meneses, M., y Yepes, D. F. (2025). Protocolo ruta integral de atención de promoción y mantenimiento de la salud en la vejez, con la incorporación del gerontólogo. *Revista Universidad Católica De Oriente*, 35(53), 74-93. <https://doi.org/10.47286/01211463.618>
- Ribeiro Silva, C., Ohara, D. G., Matos, A. P., Pinto, A. C., y Pegorari, M. S. (2021). Short physical performance battery as a measure of physical performance and mortality predictor in older adults: a comprehensive literature review. *International journal of environmental research and public health*, 18(20), 10612.
<https://doi.org/10.3390/ijerph182010612>
- Rodríguez Gutiérrez, M. M., Lozada Martínez, I. D., Moreno López, N., Vargas Arboleda, D. A., Nieto García, C. E., Picón Jaimes, Y. A., y Causado, A. S. (2022). Prevalencia de sarcopenia en adultos mayores de dos hogares geriátricos de Pereira, Colombia. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 22(2), 266-272.
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2308-05312022000200266&script=sci_abstract
- Rodríguez Mañas, L. (2021). La fragilidad, una perspectiva a lo largo del tiempo. *Revista española de salud pública*(95).
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8201233>
- Salazar, E. A., G. L., Meneses, M. M., y Yepes, D. F. (2023). Protocolo ruta integral de atención de promoción y mantenimiento de la salud en la vejez, con la incorporación del gerontólogo. *Revista Universidad Católica de Oriente*, 35(53), 74-93.
<https://doi.org/10.47286/01211463.618>

- Santamaría Pelaez, M., y González Bernal, J. (2020). Terapia Ocupacional en Fragilidad: Una aproximación bibliográfica. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 113-120. https://dehesa.unex.es/bitstream/10662/13026/1/0214-9877_2020_2_1_113.pdf
- Santamaría Peláez, M., y González Bernal, J. (2020). Terapia ocupacional en fragilidad: una aproximación bibliográfica. *Revista INFAD*, 2(1), 1-19. <https://dehesa.unex.es/entities/publication/c6b00b21-3462-4de0-90fa-d56fdc280a12>
- Santana Delgado, S. A., Acosta Montes, J. O., Bermúdez Cortés, M., Ríos Barrera, V. A., Garnica Palazuelos, J. C., y Villegas-Mercado, C. E. (2023). Asociación entre las enfermedades orales y la desnutrición en el adulto mayor. *Revista Médica de la Universidad Autónoma de Sinaloa REVMEDUAS*. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=111561>
- Sepúlveda Loyola, W., Dos Santos Lopes, R., Tricanico Maciel, R. P., y Suziane Probst, V. (2020). Participación social, un factor a considerar en la evaluación clínica del adulto mayor: una revisión narrativa. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 1(1), 1-25. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.4518>
- Torres, Á. F., Torres, C. S., y Toapanta, F. E. (2021). Sedentarism in the elderly: systematic review. *Caminos de investigacion*, 2(1), 57-67. <https://doi.org/10.59773/ci.v2i1.21>
- Valdés Díaz, D., y A., D. M. (2025). Variables que influyen en la fragilidad en ancianos ingresados en el hogar. *Acta Médica*. <https://revactamedica.sld.cu/index.php/act/article/view/567>
- Valenzuela, M. T., Rodríguez, C., Pérez, I., Sarmiento, L., y San Martín, P. (2021). Intervención multidimensional preventiva de dependencia de personas mayores del centro integral para el envejecimiento feliz. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 32(4), 466-473. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2021.03.008>
- Vargas, J., Gálvez, M. D., Rojas, M., Honorato, M., Andrade, M., Leyton, P., y Carvajal, C. (2020). Fragilidad: en busca de herramientas de evaluación preoperatoria. *Revista médica de Chile*, 148(3), 311-319. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872020000300311>
- Villarreal Ger, M. C., y Pozo Hernández, C. E. (2022). Síndrome de fragilidad en adultos mayores de la asociación Jesús el buen pastor en San Gabriel cantón Monúfar en Ecuador. *Revista Universidad y Sociedad*, 14(4), 609-618. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S2218-36202022000400609&script=sci_arttext&tlng=pt

Xifra, M. J., Banfi, M. A., y Bartolucci, M. T. (2022). Intervención interdisciplinaria con las y los cuidadores de personas mayores dependientes. Rol del Terapeuta Ocupacional. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 23(2), 39-51.

<https://estudiosdeadministracion.uchile.cl/index.php/RTO/article/download/64584/71925>

Xifra, M. J., Banfi, M. A., y Bartolucci, M. T. (2022). Intervención interdisciplinaria con las y los cuidadores de personas mayores dependientes. Rol del Terapeuta Ocupacional. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 23(2), 39-51.

<https://estudiosdeadministracion.uchile.cl/index.php/RTO/article/download/64584/71925>

Zepeda, C. R., Espinoza, M. L., Araneda, B. C., Fuentes, J. C., Prado, M. M., Pedreros, S. T., y Muñoz, M. V. (2021). Factores de riesgo sociodemográficos y mórbidos asociados a deterioro cognitivo leve en adultos mayores. *Cuadernos de Neuropsicología*, 15(2), 43-56. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8167944>

ANEXOS

ANEXO A. Ficha bibliográfica

Nº	AUTORES	AÑO	TITULO DEL ARTICULO DE INVESTIGACION	DISEÑO DE INVESTIGACION	ENLACES	RESUMEN	LUGAR DE PROCEDENCIA
1	Gurayah, Thavanesi, Ogunlana, Michael O., y O. Oyewole, Olufemi	2025	La necesidad de evaluaciones e intervenciones de fragilidad como parte de la práctica holística de la terapia ocupacional.	Artículo empírico	doi.org/10.17159/2310-3833/2025/vol55no1a10	<p>El artículo destaca que los terapeutas ocupacionales deben estar preparados para evaluar la fragilidad y que esta valoración debe incorporarse de forma rutinaria en las evaluaciones iniciales, especialmente en adultos mayores o personas con factores de riesgo. Reconoce que organismos profesionales ya consideran estas competencias como esenciales y resalta que la fragilidad es un síndrome multidimensional influido por diversos factores. También recomienda incluir formación sobre fragilidad en los programas de pregrado y utilizar tanto herramientas estandarizadas como métodos informales. Finalmente, concluye que la detección temprana permite prevenir la fragilidad y que su evaluación es clave para mantener la funcionalidad, sobre todo en individuos con riesgo de inmovilidad, incontinencia, delirio o caídas.</p>	Suráfrica
2	Salazar, E. A. R., Gil, L. M. B., Meneses, M. M., & Yepes, D. F. (2024).	2024	Salazar, E. A. R., Gil, L. M. B., Meneses, M. M., & Yepes, D. F. (2024). Protocolo ruta integral de atención de promoción y mantenimiento de la salud en la vejez, con la incorporación del gerontólogo	Estudio de casos	https://revistas.uco.edu.co/index.php/uco/articloe/view/618	<p>El artículo presenta los resultados de la implementación del “Protocolo de ruta integral de atención de promoción y mantenimiento de la salud en la vejez”, incorporando por primera vez a un gerontólogo en el equipo de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Marinilla durante 2023–2024. La inclusión de este profesional exigió ajustar el protocolo existente, integrando una valoración gerontológica integral realizada conjuntamente por el gerontólogo y el médico. Mientras el gerontólogo evaluó las esferas funcional, mental y social, el médico atendió la esfera clínica. Para estos ajustes se analizó la ruta actual, se identificaron riesgos, se priorizaron intervenciones y se revisaron evidencias</p>	España

						científicas, con el fin de fortalecer las prácticas asistenciales. La experiencia demuestra que la presencia de un gerontólogo aporta una visión especializada del envejecimiento humano, mejora la valoración integral del paciente mayor y resulta fundamental para optimizar la atención en programas de vejez.	
3	Londoño-Morales et al.	2024	Fragilidad en ancianos: enfoque desde APS	Artículo empírico	https://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol84-24/n1/179.pdf	El documento presenta el abordaje del adulto mayor en la atención primaria, así como el síndrome de fragilidad en ancianos. Y el algoritmo práctico de diagnóstico de fragilidad en población geriátrica en atención primaria	Colombia
4	Muñoz, C. G., Reinoso Fica, L. A., Ciríneu, C. T., & Pizarro Troncoso, E.	2024	El trabajo en la vejez: un desafío para la Terapia Ocupacional y los estudios sobre la ocupación.	Revisión de literatura.	https://doi.org/10.25214/25907816.1668	El artículo explora el trabajo en la vejez como un desafío para la terapia ocupacional, analizando la ocupación laboral en la etapa de la jubilación y los roles productivos en la tercera edad desde la perspectiva de la disciplina.	Colombia
5	Castillo Núñez,	2023	Contribución de las intervenciones de terapia ocupacional en personas mayores hospitalizadas en Unidades Geriátricas de Agudos: una revisión narrativa. Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional	Revisión narrativa.	https://www.scielo.br/j/cadbo/a/DTPZLzkrVncQLzCNg5YcYyp/?lang=es	Este estudio evalúa la contribución de las intervenciones de terapia ocupacional en personas mayores hospitalizadas en unidades geriátricas de agudos, destacando la importancia de estas terapias para promover la autonomía, la funcionalidad y la calidad de vida.	Brasil
6	Otero-Montoto, T., y Durán-Bouza, M.	2023	Síndrome de fragilidad física y desempeño lingüístico en adultos mayores	Estudio descriptivo correlacional.	https://dx.doi.org/10.5209/rlog.84794	El estudio investiga la relación entre el síndrome de fragilidad física y el desempeño lingüístico en adultos mayores, examinando cómo la fragilidad afecta a las habilidades del lenguaje y su importancia para el diagnóstico precoz de deterioro cognitivo.	España
7	Kaçmaz, H. Y., Döner, A., Kahraman, H., & Akin, S. (2023). <i>Revista Clínica Española</i> , 223(2), 67-76.	2023	Prevalencia y factores asociados a la fragilidad en pacientes mayores hospitalizados	Estudio de campo	https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0014256522001400	Este estudio evaluó la prevalencia de fragilidad y sus factores asociados en 263 pacientes hospitalizados de 65 años o más en un hospital terciario de Turquía. Mediante una valoración geriátrica integral y el uso de la escala FRAIL y la escala de fragilidad de Edmonton, se encontró que la fragilidad afectaba al 57,4% de los pacientes según FRAIL y al 46,8% según EFS. Los factores asociados fueron el sexo femenino, mayor edad, comorbilidades, polifarmacia, antecedentes de caídas, incontinencia y dependencia en actividades básicas e	Turquía

						<p>instrumentales. El modelo estadístico empleado predijo la fragilidad con un 75,5% de precisión. El estudio concluye que la fragilidad afecta aproximadamente a la mitad de los adultos mayores hospitalizados y que es necesario implementar estrategias nacionales e internacionales para su prevención y manejo, especialmente ante el crecimiento acelerado de la población envejecida.</p>	
8	Oteo-Álvaro, Á., Becerra, M. M., Fernández-Fernández, T., & Arrieta-Bartolomé, G.	2023	Evaluación de los factores relacionados con la aparición de nuevas fracturas por fragilidad: un estudio de casos y controles	Estudio de casos	https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1888441522002260	<p>Este estudio retrospectivo de casos y controles analizó factores que influyen en la aparición de fracturas por fragilidad (FF) en pacientes osteoporóticos. Se compararon 326 pacientes con FF y 629 sin ellas. Los resultados mostraron que incrementan el riesgo de FF el antecedente de diabetes mellitus tipo 2, niveles elevados de CTX, antecedentes parentales de fractura de cadera, mayor edad y aumentos en el índice de masa corporal. En cambio, tener niveles de vitamina D ≥ 30 ng/mL y un T-score femoral $\geq -2,5$ actúan como factores protectores. El estudio concluye que ciertos parámetros clínicos y antecedentes pueden predecir la probabilidad de sufrir fracturas por fragilidad y deben considerarse en la prevención.</p>	España
9	Ministerio de Salud Pública & UNFPA	2022	Guía de Fragilidad en personas adultas mayores: criterios prácticos e instrumentos de pesquisa en el primer nivel de atención	Documento oficial	https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/MSP_GUI_A_FRAGILIDAD_PERSONAS_ADULTAS_MAYORES%20%281%29.pdf	<p>El documento es una "Guía de Fragilidad en personas adultas mayores" que establece los criterios y los instrumentos de pesquisa para su detección en el primer nivel de atención.</p>	Ecuador
10	Kornfeld-Matte, R.	2021	Situaciones de emergencia en contexto de envejecimiento: perspectiva desde los derechos humanos	Artículo empírico	https://www.unilim.fr/trahs/3788	<p>El documento aborda las situaciones de emergencia en el contexto del envejecimiento desde la perspectiva de los derechos humanos. Destaca que las personas mayores son un grupo en crecimiento y que la falta de datos específicos dificulta la toma de decisiones en políticas públicas.</p>	Chile

	Organización Mundial de la Salud	2021	Envejecimiento y salud.	Documento oficial	https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health	Esta ficha técnica de la OMS proporciona una visión general sobre el envejecimiento y la salud, destacando las tendencias demográficas, los desafíos sanitarios comunes en la vejez y las estrategias necesarias para promover un envejecimiento saludable en la población mundial.	OMS
11	Mañas, L. R. <i>Revista española de salud pública</i> , (95), 29.	2021	La fragilidad, una perspectiva a lo largo del tiempo.	Revisión bibliográfica	https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8201233	<p>El artículo aborda los factores que influyen en la aparición de la fragilidad. En particular, describe que la fragilidad tiene una condición sindrómica y una naturaleza heterogénea, relacionada biológicamente con el envejecimiento, y puede resultar de la afectación sincrónica de varios sistemas fisiológicos, incluyendo la inflamación de bajo grado, el sistema endocrino (como hormonas sexuales, sensibilidad a insulina, hormona de crecimiento), vitamina D, sistema cardiovascular y osteomuscular. Además, se menciona que el sistema nervioso central también puede tener un papel relevante, especialmente en la fragilidad cognitiva.</p> <p>Asimismo, en el mismo texto, se señala que factores extrínsecos, como enfermedades o procesos asistenciales (por ejemplo, hospitalización), pueden ser precipitantes de la fragilidad. El proceso patogénico implica la afectación colectiva y simultánea de múltiples sistemas, lo que confiere una vulnerabilidad extrema ante estresores que pueden derivar en eventos adversos de salud, como mortalidad, discapacidad, institucionalización o caídas. Por tanto, la fragilidad resulta de una interacción compleja entre cambios biológicos relacionados con el envejecimiento, factores sociales, procesos clínicos y exposiciones a estresores, que en conjunto aumentan el riesgo de eventos adversos en las personas mayores.</p>	España
12	Díaz, D. D. J. V., & Machado, A. D. (2025).	2021	Variables que influyen en la fragilidad en ancianos ingresados en el hogar	Estudio de cohorte prospectiva	https://revactamedica.sld.cu/index.php/act/articulo/view/567	La fragilidad es un estado clínico relacionado con la edad que reduce la capacidad de los adultos mayores para responder a factores estresantes. Un estudio de cohorte prospectiva realizado entre 2023 y 2024 en pacientes de 60 años o más ingresados en el hogar analizó las variables	Cuba

						<p>asociadas a este síndrome. En una muestra de 112 sujetos, el modelo de regresión logística mostró que el deterioro cognitivo, las fracturas, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, las neoplasias y la edad igual o superior a 70 años se asociaron significativamente con la fragilidad.</p> <p>Las variables con mayor peso fueron la discapacidad (OR = 3,058) y la demencia (OR = 4,580). El estudio concluye que, con el aumento de la edad y de las enfermedades crónicas, también crece el riesgo de fragilidad, especialmente en presencia de factores como sexo femenino, desnutrición, discapacidad, fracturas, EPOC y demencia.</p>	
13	Pilotto, A., Custodero, C., Maggi, S., Polidori, M. C., Veronese, N., y Ferrucci, L.	2020	Un enfoque multidimensional de la fragilidad en personas mayores.	Artículo empírico	https://doi.org/10.1016/j.jarr.2020.101047	<p>La fragilidad es un factor clave asociado a un mayor riesgo de resultados adversos en adultos mayores, pero aún no existe consenso sobre la mejor forma de evaluarla. Tradicionalmente se ha entendido como pérdida de funciones físicas o acumulación de déficits; sin embargo, recientemente se propone un modelo más amplio que la concibe como la pérdida de interacción armónica entre múltiples dominios genéticos, biológicos, funcionales, cognitivos, psicológicos y socioeconómicos. Este enfoque multidimensional puede evaluarse mediante la Valoración Geriátrica Integral y su Índice Pronóstico Multidimensional (IPM), herramienta que ha demostrado alta precisión para estratificar el riesgo de mortalidad, hospitalización y otros desenlaces negativos en diversos entornos clínicos. El IPM ofrece un índice pronóstico único que facilita la toma de decisiones en el manejo de adultos mayores frágiles.</p>	Unión Europea
14	Santamaría Peláez, M., & González Bernal, M	2020	Terapia ocupacional en fragilidad: una aproximación bibliográfica	Revisión bibliográfica	https://dehesa.unex.es/bitstream/10662/13026/1/0214-9877_2020_2_1_113.pdf	<p>El síndrome de fragilidad es frecuente en las personas mayores, afecta múltiples áreas de su funcionamiento y se asocia con efectos adversos como dependencia y muerte, aunque puede revertirse. La terapia ocupacional, orientada a optimizar el desempeño en actividades de la vida diaria, puede contribuir a prevenir o revertir este estado. Una revisión de la literatura identificó</p>	España

						solo nueve estudios relacionados con la fragilidad desde la perspectiva de la terapia ocupacional, lo que evidencia la escasez de investigación en este campo. No obstante, los estudios disponibles muestran que las intervenciones de terapia ocupacional resultan eficaces en adultos mayores frágiles.	
15	Chuquipoma-Quispe, Lizeth I, Lama-Valdivia, Jaime E, & De la Cruz-Vargas, Jhony A.	2019	Factores asociados al síndrome de fragilidad.	Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal.	http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172019000400004&lng=es&tlng=es	La investigación tiene como objetivo determinar los factores asociados al síndrome de fragilidad en adultos mayores, evaluando variables demográficas, clínicas y sociales para identificar los riesgos más prevalentes en esta población.	Perú
16	Chacón-Valenzuela E, Morros-González E, Vargas-Beltrán M, Venegas-Sanabria L, GómezArteaga RC	2019	Fragilidad cognitiva, un desafío en evolución	Revisión narrativa.	https://doi.org/10.11144/javeriana.umed60-3.fcde	El artículo aborda la fragilidad cognitiva como un desafío en evolución, explorando su definición, factores de riesgo, y las implicaciones clínicas para el diagnóstico y el tratamiento de los adultos mayores, especialmente en el ámbito de la medicina y la terapia ocupacional.	Colombia
17	Miyamura, K., Fhon, J. R. S., Bueno, A. A., Fuentes-Neira, W. L., Silveira, R. C. C. P., & Rodrigues, R. A. P.	2019	Síndrome de fragilidad y deterioro cognitivo en los adultos mayores: una revisión sistemática de la literatura. Revista Latino-Americana de Enfermagem	Revisión sistemática de la literatura.	https://www.scielo.br/j/rlae/a/Dwk4JbntPSDpFyBRkyjkrgr/?format=pdf&lang=es	El objetivo del estudio es sintetizar el conocimiento sobre la asociación entre el síndrome de fragilidad y el deterioro cognitivo en adultos mayores. El análisis sugiere que la fragilidad física y el deterioro cognitivo comparten mecanismos fisiopatológicos.	Brasil
18	Facal, D., Maseda, A., Pereiro, A. X., Gandoy, M., Lorenzo-López, L., & Millán-Calenti, J. C	2018	Fragilidad cognitiva: revisión de las definiciones empleadas en estudios empíricos.	Revisión de definiciones empleadas en estudios empíricos.	https://doi.org/10.1016/j.reeg.2018.04.417	El artículo examina la fragilidad cognitiva, revisando las definiciones utilizadas en la literatura científica para caracterizarla como un síndrome. El estudio concluye que los trabajos que vinculan el funcionamiento cognitivo y la ejecución motriz permiten una caracterización más detallada de este síndrome.	España

	Garrido López, I., Rodríguez-Martínez, M. C., & Binotto, M. A.	2017	Terapia ocupacional en la prevención de caídas de personas mayores: aplicación de medidas de seguridad en el domicilio.	Revisión bibliográfica	http://www.revistatog.com/num25/pdfs/revision5.pdf	Destaca la necesidad de que los hogares en los que residen adultos mayores sean adaptados a razón de cubrir niveles de riesgo en relación a la prevención de las caídas. Ya que son altamente significativos los beneficios que generan las medidas de seguridad y los productos de apoyo.	España
19	Molés Julio, M. P.	2016	Estudio de fragilidad en adultos mayores: diseño metodológico.	Estudio de cohorte prospectivo, multicéntrico.	https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2016000100003&script=sci_arttext	Se presenta el diseño metodológico de un estudio de fragilidad en adultos mayores, detallando la muestra, los criterios de inclusión, las variables a medir y los procedimientos de seguimiento, con el fin de estandarizar la investigación en este campo.	España
20	Guillen-Betancort, C., Da Silva-Domingo, G., González-Santos, J., da Silva-González, Á., de la Fuente-Anuncibay, R., & González-Bernal, J.	2016	Tratamiento de la fragilidad y apatía a través de actividades psicomotrices en la enfermedad de Alzheimer	Estudio longitudinal.	https://doi.org/10.17060/ijodaep.2016.n2.v1.561	El estudio implementa un tratamiento de Terapia Ocupacional en personas mayores con demencia y fragilidad para evaluar el efecto de las actividades psicomotrices. Los resultados indican que la intervención ayudó a mantener las funciones vitales en los pacientes, lo que se considera beneficioso en el contexto de un proceso degenerativo.	España
21							
22	Alvarado García, Alejandra María, & Salazar Maya, Ángela María.	2014	Análisis del concepto de envejecimiento.	Revisión bibliográfica.	https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002	Este artículo realiza un análisis conceptual del envejecimiento, revisando la evolución histórica del término para comprender su complejidad y la necesidad de una atención integral que considere las múltiples dimensiones del fenómeno.	España
23	Ministerio de Salud Pública del Ecuador	2012	Normas y protocolos de atención integral de salud a los adultos mayores. Dirección Nacional de Normatización.	Documento oficial	https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentos/Direcciones/dnn/archivos/NORMAS%20Y%20PROTOCOLO%20DE%20ATENCIÓN%20INTEGRAL%20DE%20SALUD%20A%20LOS%20Y%20LAS%20ADULTOS%20MAYORES.pdf	El documento presenta las normas y protocolos de atención integral de salud a los adultos mayores en Ecuador.	Ecuador

	Sastre Sasta, G. A. B., & Hurtado Hurtado, A.	2011	Prevalencia de enfermedades que afectan las potencialidades del movimiento y el desempeño funcional en adultos mayores institucionalizados.	Revisión documental	https://doi.org/10.1016/j.riek.2012.02.002	El envejecimiento produce cambios fisiológicos que pueden generar enfermedades capaces de afectar las capacidades funcionales y el desempeño de los adultos mayores. Con el objetivo de determinar la prevalencia de estas afecciones en adultos mayores institucionalizados, se realizó un estudio transversal basado en los registros de atención de Fisioterapia de la Universidad Manuela Beltrán. Los resultados muestran que el 41,3% de las condiciones atendidas correspondían a alteraciones del sistema musculoesquelético, el 30,57% afectaban el sistema nervioso y el 18,18% el sistema cardiopulmonar. Se concluye que las afecciones musculoesqueléticas son las principales limitantes del movimiento en esta población.	Colombia
24	Martín Lesende, I.	2010	El anciano frágil. Detección y tratamiento en AP. Atención Primaria	Artículo de revisión bibliográfica.	https://doi.org/10.1016/j.aprim.2009.09.022	Analiza el estado actual de la detección y el tratamiento de la fragilidad en personas mayores, proponiendo una serie de factores de riesgo para su identificación en la atención primaria. El estudio se centra en los síndromes geriátricos y las pautas para su manejo adecuado.	España

