

## Fragilidad, nivel funcional y funcionamiento familiar en adultos mayores Fragility, functional level and family operation in bigger adults

<sup>I</sup>Dra. Lidia Esther García López 

<sup>II</sup>Dr. Ifrain Boyeros Fernández 

<sup>III</sup>Lic. Midalys Quevedo Navarro 

<sup>IV</sup>Dra. Magda Emilia Alonso Cordero 

<sup>I</sup>Especialista de II grado en Medicina General Integral. Máster en Enfermedades Infecciosas. Asistente. Policlínico Docente Dr. "Luis Li Trigent". Güines, Cuba. Correo electrónico: [lidiaegar@infomed.sld.cu](mailto:lidiaegar@infomed.sld.cu)

<sup>II</sup>Especialista de II grado en Medicina Interna. Máster en Medicina Natural y Tradicional y en Educación Médica Superior. Profesor Auxiliar: Policlínico Docente Dr. "Luis Li Trigent". Güines, Cuba. Correo electrónico: [iboyeros@infomed.sld.cu](mailto:iboyeros@infomed.sld.cu)

<sup>III</sup>Licenciada en Enfermería. Máster en Atención integral al niño. Asistente. Facultad de Ciencias Médicas de Mayabeque. Güines, Cuba. Correo electrónico: [midalisq@infomed.sld.cu](mailto:midalisq@infomed.sld.cu)

<sup>IV</sup>Especialista de II grado en Medicina General Integral y Pediatría. MSc. Atención integral al niño. Investigador Auxiliar. Profesor Auxiliar y Consultante. Policlínico Docente Dr. "Luis Li Trigent". Güines, Cuba. Correo electrónico: [magda.alonso@infomed.sld.cu](mailto:magda.alonso@infomed.sld.cu)

Autor para la correspondencia. Dra. Lidia Esther García López.  Correo electrónico: [lidiaegar@infomed.sld.cu](mailto:lidiaegar@infomed.sld.cu)

### RESUMEN

#### Introducción:

El envejecimiento poblacional es en la actualidad uno de los fenómenos demográficos de mayor trascendencia a nivel mundial.

#### Objetivo:

Determinar la fragilidad, el nivel funcional y el funcionamiento familiar en adultos mayores.

#### Métodos:

Se realizó un estudio, descriptivo, transversal en el consultorio<sup>14</sup> del Policlínico Docente "Luis Li Trigent" del municipio de Güines, provincia Mayabeque; en el periodo comprendido entre el 1ero de enero al 31 diciembre del 2018. La población en estudio estuvo constituida por un total de 358 ancianos agrupados en 245 familias. Se analizaron variables como: edad, sexo, fragilidad, nivel funcional, enfermedades crónicas no trasmisibles, tipo de familia y funcionamiento familiar, mediante la revisión de las historias de salud familiar y la visita al

hogar, para aplicación el Test de Katz y Lawton, la Escala Geriátrica de Evaluación Funcional y el FF-SIL, los resultados se expresaron en números y porcentos, se calculó la edad media de la población.

**Resultados:**

Predominaron las mujeres de 60 a 74 años con 34.07 %, los ancianos frágiles con 48.88 %, independientes en el 30.44 %, que presentaban HTA el 50.83 %, conviviendo en familias extensas moderadamente funcionales el 32.24 %.

**Conclusiones:**

Se concluye que existe una alta prevalencia de fragilidad en la población de adultos mayores donde la frecuencia de independencia es mayor, conviviendo en familias extensas moderadamente funcional. Lo expresado llama a la reflexión sobre el significado de la prolongación de la vida con calidad, y el reto que enfrenta la familia.

**Palabras clave:** envejecimiento poblacional, familia, anciano frágil, fragilidad, nivel funcional, funcionamiento familiar

**Descriptor:** dinámica poblacional; familia; anciano frágil; fragilidad; relaciones familiares

---

**ABSTRACT**

**Introduction:**

Ageing of the population is nowadays one of the demographic phenomena with highest transcendence worldwide.

**Objective:**

To determine fragility, functional level and family working in elderly adults.

**Methods:**

A descriptive, cross sectional study was carried out at Doctor's Office # 14 from "Luis Li Trigent" Teaching Policlinic in Güines, Mayabeque province; from January 1<sup>st</sup> to December 31<sup>st</sup>, 2018. The population under study was formed by a total of 358 elderly adults grouped in 245 families. Variables such as age, sex, fragility, functional level, non-transmissible chronic diseases, type of family and family working were studied by a revision of the health family charts and home visits, for the application of Katz and Lawton tests, Functional Evaluation Geriatric Scale and the FF-SIL, the results were expressed in numbers and percentage, the mean age of the population was calculated.

**Results:**

Women from 60 to 74 years old prevailed for a 34.07 %, the fragile elderlies with a 48.88 %, independent ones in a 30.44 %, those who presented Hypertension in a 50.83 %, living in extended families moderately functional the 32.24 %.

**Conclusions:**

It can be concluded that there is a high prevalence of fragility in the elderly adults population where the independence frequency is higher, living in extended families moderately functional. This situation about life extension with quality and the challenges that families have to face should be well-thought-out.

**Key words:** population ageing, family, frágil elderly adult, fragility, functional level, family working

**Descriptor:** population dynamics; family; frail elderly; frailty; family relations

---

**Historial del trabajo.**

Recibido:22/05/2020

Aprobado:27/08/2020

---

## **INTRODUCCIÓN**

El envejecimiento es una constante de la vida, pero adquiere relevancia en salud pública por los cambios demográficos que implica. No existe época en la historia en la que exista una composición demográfica con tantas personas mayores. Se interpreta este fenómeno como un éxito de las políticas de salud pública y consecuencia del desarrollo socioeconómico de los países.<sup>(1)</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica en el año 2016 que el envejecimiento de la población en el mundo es cada vez más acelerado en comparación con años precedentes. En el 2015 sumaban 600 millones las personas mayores de 65 años y se pronostica que en 2050 sean 1 500 millones, es decir, más del 15 % de la población mundial.<sup>(1)</sup>

El tema del envejecimiento poblacional constituye uno de los principales focos de atención de los estudios en todo el mundo y Cuba no está exenta de ello, es un país envejecido pues cuenta con una población de 60 años superior a 2 251 930.<sup>(2)</sup>

El envejecimiento es uno de los fenómenos que más atención demanda en la sociedad cubana actual. No puede obviarse que el comportamiento de la esperanza de vida en Cuba trae consigo el incremento del índice de envejecimiento demográfico que adquiere hoy una connotación e incidencia relevantes en el entorno mundial, con implicaciones significativas para la realidad demográfica cubana actual.<sup>(3)</sup>

Se observa que los hogares de tipo unipersonal experimentan un crecimiento, el 39.6 %, sus residentes son fundamentalmente adultos mayores, y la edad media es de 69 años. Asimismo, los hogares nucleares en los cuales residen parejas solas se incrementan en el 19 %, y en el 65.8 % de estos casos se trata de dos adultos mayores.<sup>(3)</sup>

Al cierre del 2015, la población cubana alcanza los 11 238 661 habitantes, distribuidos en 15 provincias y 168 municipios, la relación de masculinidad es de 993 hombres por 1 000 mujeres, en números absolutos, 36 853 mujeres más que hombres, para una discreta, pero ininterrumpida tendencia a la feminización poblacional, desde el 2012. El porcentaje de urbanización es de un 76.8 % y el 19.4 % de las personas tienen 60 años y más de edad; siendo la esperanza de vida en mujeres de 80.04 años, estando por encima a la de los hombres que es de 76 año.<sup>(2)</sup>

Particularmente en Cuba, el envejecimiento de su población es un hecho trascendental. El país hoy cuenta con un población de adultos mayores significativa, pero se estima que para el año 2025 uno de cada cuatro cubanos tendrá más de 60 años.<sup>(4)</sup>

El crecimiento de la población envejecida está asociado con incremento en la prevalencia de enfermedades crónicas y de los síndromes geriátricos que originan un importante deterioro en la calidad de vida de las personas que la padecen y a menudo generan o incrementan la dependencia de otras personas, lo que produce un aumento de las necesidades de asistencia sanitaria y entre ellos el síndrome de fragilidad tiene una importancia central en la medicina geriátrica.<sup>(5)</sup>

La familia constituye la primera red de apoyo social que posee el individuo a través de toda su vida y por lo tanto se reconoce que esta instancia ejerce función protectora ante las funciones que genera la vida cotidiana. Es para el individuo fuente de amor, satisfacción, bienestar y apoyo, pero también puede representar insatisfacción, malestar y estrés. Las alteraciones de la vida familiar son capaces de provocar alteración emocional, desequilibrio y descompensación del estado de salud.<sup>(6)</sup>

El Programa Nacional de Atención Integral al Adulto Mayor, plantea promover cambios de estilos de vida, hábitos y costumbres en la población de 60 años y más, prevenir o retardar la aparición de enfermedades y discapacidades en esta edad, garantizar la atención integral, oportuna y eficaz, así como su rehabilitación, estimular la participación comunitaria, desarrollar la formación y capacitación de los recursos humanos, y estimular las investigaciones relacionadas con la morbilidad, mortalidad, letalidad y discapacidades en tres escenarios: la atención primaria de salud, la atención hospitalaria y la atención institucional.<sup>(7)</sup>

A esta complejidad demográfica y material le acompaña las disímiles características psicológicas, afectivas y relacionales de las familias, el cumplimiento de las funciones familiares, las diferencias ideológicas, educativas, generacionales y de género.<sup>(5)</sup>

Lo antes expuesto define la importancia de la presente investigación, la cual tiene como objetivo determinar la fragilidad, el nivel funcional y el funcionamiento familiar de adultos mayores del consultorio 14 del Policlínico Docente "Luis Li Trigent" del Municipio de Güines.

## **MÉTODOS**

Se realizó un estudio, descriptivo, transversal en el consultorio 14 del Policlínico Docente "Luis Li Trigent" del municipio de Güines, provincia Mayabeque, en el periodo comprendido entre el 1ero de enero al 31 diciembre del 2018.

Los criterios para la selección de la población en estudio fueron:

Se incluyeron en el estudio los ancianos que tenían residencia habitual en el consultorio 14, se encontraban dispensarizados en el mismo y estuvieron de acuerdo a participar en el estudio. Se excluyeron los ancianos en estado de necesidad y ancianos que se mudaron del área en el período de estudio

La población en estudio estuvo constituida por 358 ancianos pertenecientes al consultorio No 14, agrupados en 245 familias.

Para realizar esta investigación se revisaron las historias clínicas (HCI) y las historias de salud familiar (HSF) de los ancianos en estudio de donde se obtuvieron las variables demográficas como la edad, sexo, así como las enfermedades crónicas que tenían como antecedentes patológicos personales y el tipo de familia.

Se visitaron los ancianos en sus casas y se le aplicó a cada uno la Escala geriátrica de evaluación funcional (anexo 1) y el Test de Katz (anexo 2) y Lawton. y (anexo 3) Se aplicó también el Test de FF-SIL (anexo 4) para la clasificación de la familia según el funcionamiento familiar.<sup>(8,9,10)</sup>

Antes de ser incluidos en el estudio se le solicitó a cada adulto mayor, o en su defecto, al familiar, su consentimiento informado. Se explicaron los objetivos del estudio, la importancia de su participación, los riesgos y los beneficios de la investigación.

Las variables estudiadas fueron:

- Edad de acuerdo al número de años cumplidos de 60 a 64, 65 a 69, 70 a 74 y 75 años y más.
- Sexo según somatotipo femenino y masculino.
- La clasificación en ancianos frágiles y no frágiles se clasifico de acuerdo a los criterios cubanos de fragilidad.<sup>(7)</sup>

1. Doble incontinencia.
2. Alteraciones de la movilidad y el equilibrio menor de 4 según Escala Geriátrica de Evaluación Funcional (EGEF).
3. Polifarmacia (uso de tres o más medicamentos).
4. Alteración de todas las variables de la EGEF en 4 o menos.
5. Antecedentes patológicos personales de síndrome demencial con: alteraciones del estado emocional, alteraciones del sueño, alteraciones de la movilidad, alteraciones del uso de medicamentos, deficiente apoyo familiar, deficiente apoyo social, mala situación económica.
6. Cualquier combinación de los problemas sociales (situación familiar, social y económica) menor de 4según EGEF.
7. Anciano solo con alguna alteración del EGEF.
8. Mayor de 80 años con alguna alteración del EGEF.
9. Alteraciones de la memoria menor que 4 según EGEF.
10. Alteraciones del estado funcional global menor de 4 según EGEF.

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

-El nivel funcional se tuvo en cuenta aplicando el Test de Katz y Lawton.<sup>(8)</sup>

1. Nivel I: Dependiente para las actividades básicas e instrumentadas
2. Nivel II Semiindependiente: cuando el anciano es independiente para las actividades de la vida diaria pero dependiente de para algunas actividades instrumentadas
3. Nivel III: Independiente: cuando el anciano puede realizar las actividades básicas instrumentadas de la vida diaria por si solo de la vida diaria, solo con orientaciones o sea en independiente.<sup>(8)</sup>

-Las enfermedades crónicas se tuvieron en cuenta lo referido por los ancianos y familia y lo plasmado en HCF si presentaba HTA, diabetes mellitus obesidad, tabaquismo y cardiopatías.  
 -Para determinar la percepción del funcionamiento familiar se aplicó el test FF-SIL para a uno de los miembros de la familia que estaba apto mentalmente que consistió en una serie de preguntas y respuestas donde se obtuvo una puntuación llevada a escala.<sup>(8)</sup>

La escala de evaluación fue la siguiente: de 70 a 57 puntos: familia funcional, de 56 a 43 puntos: familia moderadamente funcional, 42 a 28 puntos: familia disfuncional, de 27 a 14 puntos: familia severamente disfuncional.

-El tipo de familia se clasifico de acuerdo a la ontogénesis:  
 Nuclear cuando estaba compuesta por dos generaciones, extensa compuesta por tres o más generaciones y ampliada cuando a la familia nuclear se inserta otros integrantes que no comparten lazos consanguíneos.

La información fue almacenada en una base de datos creada en SPSS 11.5, la que se procesó de manera automatizada utilizando microcomputadora IBM compatible. Para el primer objetivo se construyeron tablas de contingencia que fueron analizadas de forma descriptiva (a través de frecuencias absolutas y relativas). Para calcular la edad promedio se utilizó la fórmula de la media:

$$\bar{X} = \frac{\sum_{i=1}^n X_i}{n}$$

## RESULTADOS

Predominaron las mujeres de 60 a 64 años (20.11 %). La edad promedio de la población fue de 70.79 años, tabla 1.

**Tabla 1.** Distribución de los adultos mayores según edad y sexo

Edad	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%	No	%
60 – 64	52	14.52	72	20.11	124	34.63
65 – 69	47	13.12	56	15.64	103	28.77
70 – 74	25	6.98	31	8.65	56	15.64
75 y más	37	10.33	38	10.61	75	20.94
Total	161	44.97	197	55.02	358	100

$\bar{X}$ = 70.79 años

Sobresalieron los ancianos frágiles de 75 y más años (19.83 %), tabla 2.

**Tabla 2.** Distribución de los adultos mayores según edad y clasificación geriátrica

Edad	Clasificación Geriátrica				Total	
	Frágiles		No Frágiles			
	No	%	No	%	No	%
60 – 64	66	18.43	58	16.20	124	34.63
65 – 69	61	17.03	42	11.73	103	28.77
70 – 74	47	13.12	9	2.51	56	15.64
75 y más	71	19.83	4	1.11	75	20.94
Total	245	68.43	113	31.56	358	100

En relación al nivel funcional resaltaron los ancianos clasificados en el nivel III, independientes, del sexo femenino (30.44 %), tabla 3.

**Tabla 3.** Distribución de los adultos mayores según sexo y nivel funcional

Nivel Funcional	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%	No	%
Nivel I	28	7.82	11	3.07	39	10.89
Nivel II	34	9.49	77	21.50	111	31
Nivel III	89	24,6	109	30.44	198	55.30
Total	161	44.97	197	55.02	358	100

La enfermedad crónica prevalente que estuvo presente en los ancianos fue la HTA (50.83 %), tabla 4.

**Tabla 4.** Enfermedades crónicas en adultos mayores

Enfermedades Crónicas	No	%
HTA	182	50.83
Diabetes Mellitus	94	26.25
Asma Bronquial	23	6.42
Obesidad	62	17.31
Tabaquismo	47	13.12
Cardiopatías	28	7.82
Alcoholismo	2	0.55

Preponderaron los adultos mayores frágiles que viven en familias extensas moderadamente funcionales (32.24 %), la tabla 5.

**Tabla 5.** Tipo de familia donde viven los ancianos frágiles según ontogénesis y funcionamiento familiar

Funcionamiento Familiar	Ontogénesis						Total	
	Nuclear		Extensa		Ampliada			
	No	%	No	%	No	%	No	%
Funcional	35	14.28	47	19.18	12	4.89	94	38.36
Moderadamente funcional	37	15.10	79	32.24	21	8.57	137	55.91
Disfuncional	1	0.40	5	2.04	3	1.22	9	3.67
Severamente Disfuncional	0	0	4	1.63	1	0.40	5	2.04
Total	73	29.79	135	55.10	37	15.10	245	100

## DISCUSIÓN

Las características demográficas reflejan el fenómeno de la transición poblacional que viven numerosas regiones del orbe. Un estudio realizado en Chile muestra que el 50 % de los adultos mayores fueron mujeres y el 50 % hombres con una edad promedio de 71.6 años con una D.E. de 4.8, la edad mínima fue de 65 y la edad máxima de 83 años,<sup>(11)</sup> lo cual no concuerda con los resultados de la presente investigación.

Un estudio en Chile<sup>(12)</sup> se acerca a los presentes resultados ya que describe que el promedio de edad de la muestra es de 73.31 ± 6.11 años (mínimo 65-máximo 86 años). La mayoría son mujeres. En una investigación en Colombia<sup>(13)</sup> predomina el rango de edad de 75-84 años. Resultados que difieren de los de la presente investigación.

La preponderancia del sexo femenino a partir de los 65 años en este estudio reafirma que el envejecimiento como proceso de las sociedades modernas aumenta con la esperanza de vida de las personas mayores de 65 años, y contribuye al envejecimiento global.

En un estudio en Brasil se confirma que vivir en Ribeirão Preto, presentar edad avanzada, baja escolaridad, múltiples enfermedades crónicas, disminución del estado cognitivo y capacidad funcional, además de los síntomas depresivos, son factores que se asocian con el síndrome de la fragilidad, en ambas ciudades.<sup>(14)</sup>

En Cuba la prevalencia de la fragilidad en edades superior a 70 años, así como en el sexo femenino, sufren con mayor magnitud los cambios que impone el proceso de envejecimiento normal.<sup>(15)</sup>

La fragilidad está asociada a eventos adversos en los adultos mayores, por lo que es necesario que todos los profesionales de salud, especialmente los de la atención primaria, identifiquen este grupo de adultos mayores para poder intervenir.

Los resultados de este estudio hacen pensar que la fragilidad física se incrementa con la edad y está determinada esencialmente por los diferentes contextos en los cuales se desarrolla el adulto mayor.

En relación al nivel funcional los resultados de esta investigación coinciden con un estudio en Chile donde predomina el sexo femenino siendo clasificados un 37.1 % como independientes y el resto casi en su totalidad como dependiente leve.<sup>(12)</sup>

En Santander, Colombia los datos muestran superioridad del género masculino con dependencia leve y como independiente el género femenino.<sup>(16)</sup>

El estudio de la funcionalidad como parte de la evaluación del adulto mayor se constituye en eje fundamental que traduce la condición general de salud del paciente, identificando el grado de independencia o dependencia.<sup>(17)</sup>

A criterio de los autores la independencia para las actividades básicas e instrumentadas de la vida diaria en los ancianos es un indicador de las acciones que realizan los equipos básicos de salud en el Programa de Atención al Adulto Mayor.

La Encuesta Nacional de Estadística y Población (ENEP) publica que el 56.4 % de los adultos mayores son hipertensos; las mujeres en el 63.5 % de los casos y los hombres en el 48.5 %. Según los grupos de edad casi el 60 % de los mayores de 74 años son hipertensos, y alrededor del 55 % entre los que tienen entre 60 y 74,<sup>(3)</sup> lo cual concuerda con los presentes resultados.

Al analizar la presencia o no en los ancianos de enfermedades crónicas no transmisibles, se obtiene que la HTA aparece con mayor incidencia según el estudio Estrategia de intervención psicológica para modificar estilos de vidas en el adulto mayor.<sup>(17)</sup>

En un estudio en Querétaro, México con respecto a las enfermedades que los ancianos padecen, encuentran que predomina la hipertensión con un 30 %, el 13 % tienen diabetes mellitus y el 5.2 % no presentan enfermedad.<sup>(18)</sup>

Esta investigación permite constatar que las enfermedades crónicas no transmisibles están asociadas al proceso de envejecimiento, en el cual intervienen diversos factores, que se relacionan con los estilos de vida. Es importante resaltar, que no existe una sinonimia entre la vejez y la enfermedad, y que las principales necesidades del anciano no tienen precisamente un origen biológico.

En un estudio en Pinar del Río al igual que en la presente investigación, respecto al funcionamiento familiar en adultos mayores frágiles, se destaca la presencia de familias funcionales en los adultos mayores frágiles (73.2 %), seguido de las familias moderadamente funcionales (17.9 %).<sup>(7)</sup>

En países con baja mortalidad comienzan a ser numerosas las familias con cuatro generaciones en línea descendente o ascendente, aunque no necesariamente ocupan la misma vivienda, en todas ellas existe uno o más miembros ancianos y muchos tienen ancianos de dos generaciones. Por lo antes señalado las familias más viejas, con progenitores muy envejecidos, puede que tengan que llevar una carga como cuidadores excesivamente pesada.<sup>(19)</sup>

Autores<sup>(20)</sup> difieren con el presente estudio, ya que en cuanto al número de miembros que habitan en el hogar, se pudo observar una alta prevalencia de los adultos mayores que viven en núcleos familiares pequeños y en relación al número de generaciones que comparten el mismo espacio habitacional se encontró que existe un mayor predominio de las familias nucleares.

La vida familiar entraña el cumplimiento de las funciones económicas, afectivas, educativas, socializadoras y reproductivas. A la familia le compete la satisfacción de las necesidades biopsicosociales de sus integrantes según las etapas del curso de la vida, y el apoyo al cumplimiento de las proyecciones sociales, donde la salud constituye una premisa importante para el desarrollo y el bienestar familiar.<sup>(20)</sup>

Como resultado de este estudio los adultos mayores frágiles que viven en familias funcionales son apoyados, comprendidos y mejor manejados en cuanto a su estado psíquico y mental, además de existir un mejor cumplimiento de los roles familiares.

Se concluye que existe una alta prevalencia de fragilidad en la población de adultos mayores donde la frecuencia de independencia es mayor, conviviendo en familias extensas moderadamente funcional; lo que llama a la reflexión sobre el significado de la prolongación de la vida con calidad, y el reto que enfrenta la familia.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martina M, Amemiya I, Piscocoya J, Pereyra H, Moreno Z. Percepción del envejecimiento exitoso en docentes de una facultad de medicina. An Fac Med [Internet]. 2019 Abr [citado 8 May 2020]; 80(2):167-72. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-55832019000200005&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832019000200005&lng=es)
2. Sánchez Barrera O, Martínez Abreu J, Florit Serrate PC, Gispert Abreu E de los Á, Vila Viera M. Envejecimiento poblacional: algunas valoraciones desde la antropología. Rev Med Electrón [Internet]. 2019 Jun [citado 22 May 2020];41(3):708-24. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v41n3/1684-1824-rme-41-03-708.pdf>
3. Echevarría Ceballos O. Gerontología educativa: una experiencia cubana desde la Cátedra del Adulto Mayor Mendive. Revista de Educación [Internet]. 2020 [citado 8 May 2020];18(2):172-78. Disponible en: <http://mendive.upr.edu.cu/index.php/MendiveUPR/article/view/1958/html>
4. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico de salud 2017 [Internet]. La Habana: MINSAP; 2018 [citado 7 Dic 2018]. Disponible en: <files.sld.cu/dne/files/2018/04/Anuario-Electronico-Espanol-2017-ed-2018.pdf>
5. Gonzáles Mechán MC, Leguía Cerna J, Díaz Vélez C. Prevalencia y factores asociados al síndrome de fragilidad en adultos mayores en la consulta de atención primaria de EsSalud, enero-abril 2015. Chiclayo, Perú. Horiz Med [Internet]. 2017 Jul [citado 27 Feb 2019];17(3):35-42. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/hm/v17n3/a07v17n3.pdf>
6. Fusté Bruzain M, Pérez Inerárit M, Paz Enrique L E. Caracterización de las redes de apoyo social del adulto mayor en la Casa de Abuelos del municipio de Camajuani, Cuba. Revista Novedades en Población [Internet]. 2018 [citado 27 Feb 2019];14(27):1-12. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rnp/v14n27/rnp120118.pdf>
7. González Rodríguez R, Cardentey García J, Hernández Díaz DC, Rosales Álvarez G, Jeres Castillo CM. Comportamiento de la fragilidad en adultos mayores. AMC [Internet]. 2017 Ago [citado Ago 15 2019];21(4):498-509. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552017000400008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552017000400008&lng=es)
8. Vega García E, Menéndez Jiménez J, Rodríguez Rivera L. Capítulo 55. Atención al adulto mayor. Grandes Síndromes geriátricos. Fragilidad. En: Álvarez Sintés R, Hernández Cabrera G, Báster Moro JC, et al. Medicina General Integral [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014 [citado 20 Sep 2018]. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/libros\\_texto/mgi\\_tomo2\\_3raedicion/medicina\\_gen\\_integral\\_volume\\_n2\\_cap55.pdf](http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/mgi_tomo2_3raedicion/medicina_gen_integral_volume_n2_cap55.pdf)
9. Nieto Rojas II, Alarcón Escalonilla AI, Almenara Rescalvo C, Mota Santana R, Valiente Maresca P, Orueta Sánchez R. Declive funcional: incidencia y valor de varias reglas de predicción en ancianos que viven en la comunidad. Rev Clin Med Fam [Internet]. 2018 [citado 22 May 2020];11(3):137-43. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-695X2018000300137&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2018000300137&lng=es)
10. Louro Bernal I. Capítulo 59. La familia en el ejercicio de la Medicina General Integral. En: Álvarez Sintés R, Hernández Cabrera G, Báster Moro JC. Medicina General Integral [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014 [citado 20 Feb 2019]. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/libros\\_texto/mgi\\_tomo2\\_3raedicion/medicina\\_gen\\_integral\\_volume\\_n2\\_cap59.pdf](http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/mgi_tomo2_3raedicion/medicina_gen_integral_volume_n2_cap59.pdf)

11. Mora Quezada Jd, Osses Paredes CF, Rivas Arenas SM. Funcionalidad del adulto mayor de un Centro de Salud Familiar. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2017 [citado 15 Ago 2019];33(1). Disponible en: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/432>
12. Araya Ximena A, Herrera Sol3dad M, Iriarte E, Rioja R. Evaluación de la funcionalidad y fragilidad de las personas mayores asistentes a centros de día. Rev Méd Chile [Internet]. 2018 Ago [citado 21 Jul 2020];146(8): 864-71. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v146n8/0034-9887-rmc-146-08-0864.pdf>
13. Laguado Jaimes E, Camargo Hernández KC, Campo Torregroza E, Martín Carbonell MC. Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar. Gerokomos [Internet]. 2017 [citado 21 Jul 2020];28(3):135-41. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v28n3/1134-928X-geroko-28-03-00135.pdf>
14. Rodrigues Partezani RA, Fhon Silva JR, Pontes de Farias M de L, Silva Oliveira A, Haas VJ, Santos Ferreira JL. Síndrome de la fragilidad en el adulto mayor y sus factores asociados: comparación de dos ciudades. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2018 [citado 22 Abr 2020];26:e3100. Disponible en: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692018000100387&script=sci\\_abstract&tIng=es](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692018000100387&script=sci_abstract&tIng=es)
15. Carmona Denis Y, Moreno Peña LE, Méndez Fleitas L, Escalona Robaina CR, Ortega Peñate JA. Caracterización clínico-epidemiológica de los pacientes ancianos diabéticos con discapacidad funcional. Rev Med Electrón [Internet]. 2018 Ago [citado 21 Jul 2020];40(4):1032-44. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v40n4/rme110418.pdf>
16. Villafuerte Reinante J, Alonso Abatt Y, Alonso Vila Y, Alcaide Guardado Y, Leyva Betancourt I, Arteaga Cuéllar Y. El bienestar y calidad de vida del adulto mayor, un reto para la acción intersectorial. Medisur [Internet]. 2017 Feb [citado 21 Jul 2020];15(1):85-92. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v15n1/ms12115.pdf>
17. Rodríguez Elías DG, Lorente Cabrales J, Lara Rodríguez N, Araujo Rodríguez H, Gainza González BA. Estrategia de intervención psicológica para modificar estilos de vidas en el adulto mayor. Multimed [Internet]. 2016 [citado 13 Feb 2019];20(2). <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/148/144>
18. Loredó-Figueroa M, Gallegos Torres R, Xequé-Morales A, Palomé-Vega G, Juárez-Lira A. Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. Enfermería Universitaria [Internet]. 2018 [citado 13 Feb 2020];13(3). Disponible en: <http://revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/79>
19. Collazo Ramos MI, Calero Ricardo JL. Algunas características del envejecimiento poblacional en Cuba. Medicentro Electrónica [Internet]. 2016 Dic [citado Ago 15 2019];20(4):318-20. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mdc/v20n4/mdc12416.pdf>
20. Alfonso Figueroa L, Soto Carballo D, Santos Fernández NA. Calidad de vida y apoyo social percibido en adultos mayores. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2016 Feb [citado 21 Jul 2020];20(1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942016000100012&Ing=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942016000100012&Ing=es)

**Anexos.**

**Anexo 1.** Escala geriátrica de evaluación funcional.

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

I- Continencia

5- Perfectamente continente.

4- Ha perdido ocasionalmente el control de la micción.

3- Incontinencia urinaria, con limitaciones en su vida cotidiana.

2- Incontinencia urinaria impide realizar su vida cotidiana.

1- Doble incontinencia (urinaria y fecal) con pérdida de autonomía.

II- Movilidad

5- Se moviliza sin limitaciones, tanto fuera como dentro del hogar.

4- Alguna limitación en la movilidad en particular con transporte público.

3- Dificultades de movilidad que limitan satisfacer su vida cotidiana.

2- Depende para moverse de la ayuda de otra persona.

1- Se encuentra totalmente confinado a la cama o sillón.

III- Equilibrio

5- No refiere trastorno del equilibrio.

4- Refiere trastorno del equilibrio, pero no afecta su vida cotidiana.

3- Trastornos del equilibrio, con caídas y limitación de la autonomía.

2- Trastornos del equilibrio que lo hace dependiente de ayuda en su vida cotidiana.

1- a falta de equilibrio lo mantiene totalmente incapacitado.

I- Visión

5- Tiene visión normal (aunque para ello use lentes).

4- Refiere dificultad para ver, pero esto no lo limita em su vida cotidiana.

3- Dificultad para ver, que limita sus actividades cotidianas.

2- Problemas de La visión, Le obligan a depender de otra persona.

1- Ciego o totalmente incapacitado por falta de visión.

V- Audición

5- Tiene audición normal (aunque para ello use prótesis auditiva).

4- Refiere dificultad para oír, pero esto no limita su vida cotidiana.

3- Dificultad para oír, con algunas limitaciones en su vida cotidiana.

2- Severos problemas de audición, que limitan su comunicación.

1- Sordo o aislado por falta de audición.

VI- Uso de medicamentos

5- No toma medicamentos (no incluye vitaminas o productos naturales).

4- Usa menos de 3 de forma habitual.

3- Usa de 3 a 5 por más de un mes o indicados por varios médicos.

2- Usa más de 6 medicamentos.

1- Se automedica o no lleva control de los medicamentos que toma.

VII- Sueño

5- No refiere trastornos del sueño.

4- Trastornos ocasionales del sueño, pero no tiene necesidad de somníferos.

3- Debe usar somníferos para lograr un sueño que lo satisfaga.

2- Pese al uso de psicofármacos mantiene trastornos del sueño.

1- Trastornos severos del sueño que le impiden realizar su vida diaria.

VIII- Estado emocional

5- Se mantiene usualmente con buen estado de ánimo.

4- Trastornos emocionales ocasionales que supera sin ayuda profesional.

3- Trastornos emocionales le obligan al uso de psicofármacos.

2- Mantiene trastornos emocionales que lo limitan, aún con tratamiento.

1- Los trastornos emocionales lo incapacitan. Intento o idea suicida.

IX- Memoria

5- Buena memoria. Niega tener trastornos en este aspecto.

4- Refiere problemas de memoria, pero estos no limitan sus actividades diarias.

3- Trastornos evidentes de memoria, que limitan actividades de su vida diaria.

2- Trastornos de memoria que le obligan a ser dependiente parte del tiempo.

1- La pérdida de memoria lo mantiene incapacitado y dependiente total.

X- Apoyo familiar

5- Cuenta con todo el apoyo familiar que demandan sus necesidades.

4- Existe apoyo familiar, pero puede tener limitaciones en ocasiones.

3- Apoyo familiar restringido a cuando el anciano tiene situación de crisis.

2- Apoyo familiar inseguro incluso en momentos de crisis para el anciano.

1- Ausencia o abandono familiar total.

XI- Apoyo social

5- Buena relación social. Apoyo total de vecinos y/o amigos.

4- Buena relación social. Cuenta con apoyo de vecinos o amigos, pero este es limitado.

3- Relación social limitada. Apoyo de vecinos y amigos se restringe a momentos de crisis.

2- Relación social limitada. Ausencia de apoyo de vecinos y/o amigos.

1- Aislado. Ausencia total de relaciones sociales y de apoyo por parte de vecinos o amigos.

XII- Situación económica

5- Niega problemas económicos.

4- Sus ingresos cubren necesidades básicas, pero no otras.

3- Tiene ocasionalmente dificultad para cubrir necesidades básicas.

2- Tiene habitualmente dificultad para cubrir necesidades básicas.

1- Depende económicamente de la asistencia social.

Estado Funcional Global (calculado por el promedio de las 12 variables anteriores)

5- Es independiente, activo y está satisfecho con la vida que lleva.

4- Es independiente, alguna limitación funcional para sentirse satisfecho.

3- Tiene limitaciones que exigen ayuda diaria.

2- Depende en su vida diaria de los cuidados de otra persona.

1- Está totalmente incapacitado y exige custodia permanente.

Criterios cubanos de fragilidad

1. Doble incontinencia.

2. Alteraciones de la movilidad y el equilibrio menor de 4 según EGEF.

3. Polifarmacia (uso de tres o más medicamentos).

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

5. Antecedentes patológicos personales de síndrome demencial con: Alteración es del estado emocional, alteración es del sueño., alteración es de la movilidad, alteración es del uso de medicamentos, deficiente apoyo familiar, deficiente apoyo social, mala situación económica.

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

7. Anciano solo con alguna alteración del EGEF.

8. Mayor de 80 años con alguna alteración del EGEF.

9. Alteraciones de la memoria menor que 4 según EGEF.

10. Alteraciones del estado funcional global menor de 4 según EGEF.

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

**Anexo 2. Índice de Katz.**

Evaluación de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD)

Información obtenida del:		Actividad	Guía para evaluación
Paciente	Informante		
I A D	I A D	Bañarse	I = Se baña completamente sin ayuda, o recibe ayuda solo para lavarse alguna parte del cuerpo, por ejemplo, la espalda. A = Necesita ayuda para lavarse más de una parte del cuerpo, y/o recibe ayuda para entrar y salir de la bañera. D = Totalmente incapacitado para darse un baño por sí mismo.
I A D	I A D	Vestirse	I = Coge la ropa y se viste completamente, o recibe exclusivamente ayuda para atarse los zapatos. A = Recibe ayuda para coger la ropa y/o vestirse completamente. D = Totalmente incapacitado para vestirse por sí mismo.
I A D	I A D	Usar el inodoro	I = Va al inodoro, se limpia y se ajusta la ropa. A = Recibe ayuda para acceder al inodoro, limpiarse, ajustarse la ropa y/o recibe ayuda en el uso del orinal. D = Totalmente incapacitado para usar el inodoro.
I A D	I A D	Trasladarse	I = Se levanta y se acuesta, se incorpora y sienta de manera independiente (con o sin el uso de auxiliares mecánicos). A = Recibe ayuda personal o mecánica para realizar estas funciones. D = Totalmente dependiente para levantarse o acostarse o para incorporarse o sentarse, o ambas.
I A D	I A D	Continencia	I = Controla completamente los esfínteres de la micción y defecación. A = Incontinencia en la micción y/o defecación, parcial o total, o necesita control parcial o total por enema, sonda, o uso reglado de orinales. D = Depende totalmente de sonda o colostomía.
I A D	I A D	Alimentarse	I = Comer y beber sin ayuda. A = Necesita ayuda para comer o necesita ayuda solo para cortar carne o untar el pan. D = Es alimentado por sondas o vía parenteral.

Códigos: I = Independiente A = Semiindependiente D = Dependiente

**Anexo 3.** Índice de Lawton.

Evaluación de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).

Información obtenida del:		Actividad	Guía para evaluación
Paciente	Informante		
I A D	I A D	Capacidad para usar el teléfono	I = Utiliza el teléfono por iniciativa propia y es capaz de marcar los números y completar una llamada. A = Es capaz de contestar el teléfono o de llamar a la operadora en caso de emergencia, pero necesita ayuda en marcar los números. D=Totalmente incapacitado para realizar una llamada por teléfono por sí mismo.
I A D	I A D	Uso de medios de transporte	I = Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su propio auto. A = Solo viaja si lo acompaña alguien. D = No puede viajar en absoluto.
I A D	I A D	Ir de compras	I = Realiza todas las compras con independencia. A = Necesita compañía para realizar cualquier compra. D = Totalmente incapaz de ir de compras.
I A D	I A D	Preparación de la comida	I = Organiza, prepara y sírvelas comidas adecuadamente con independencia. A = Calienta, sirve y prepara comidas ligeras, pero no puede mantener una dieta adecuada sin ayuda. D = Necesita que Le preparen y sirvan las comidas.
I A D	I A D	Control de su medicamento	I = Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correcta. A = Toma su medicación si alguien se lo recuerda y le prepara La dosis. D = No es capaz de administrarse su medicación.
I A D	I A D	Manejo de sus asuntos económicos	I = Maneja los asuntos económicos con independencia. A = Realiza los gastos cotidianos, pero necesita ayuda para manejar su cuenta de banco y hacer grandes compras, etcétera. D = Incapaz de manejar su dinero.

Códigos: I =Independiente A = Semiindependiente D = Dependiente

**Anexo 4.** Test de Percepción del Funcionamiento Familiar (FF-SIL).

A continuación, se presenta un grupo de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Usted debe clasificar y marcar

Con una X su respuesta según la frecuencia en que la situación se presente.

Situaciones		Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1	Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.					
2	En mi casa predomina la armonía.					
3	En mi casa cada uno cumple sus responsabilidades.					
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
5	Nos expresamos sin insinuaciones de forma clara y directa.					
6	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos					
7	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.					
8	Cuando de la familia tiene un problema los demás lo ayudan.					
9	Se distribuyen las tareas de forma que nadie este sobrecargado.					
10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
11	Podemos conversar diversos temas sin temor					
12	Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13	Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					

Para evaluar las respuestas se utilizarán los siguientes valores.

☐☐☐Casi nunca: 1 punto

☐☐☐Pocas veces: 2 puntos

☐☐☐A veces: 3 puntos

☐☐☐Muchas veces: 4 puntos

☐☐☐Casi siempre: 5 puntos

Grado de funcionamiento familiar según aplicación del FF-SIL. Se clasificó según las especificaciones del test en:

☐☐☐Familias funcionales (70-57 puntos)

☐☐☐Familias moderadamente funcionales (56-43 puntos)

☐☐☐Familias disfuncionales (42 a 28 puntos)

☐☐☐Familias severamente disfuncionales (27 a 14 puntos)

### **Conflicto de intereses.**

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses para la publicación del artículo.

**Citar como:** García López LE, Boyeros Fernández I, Quevedo Navarro M, Alonso Cordero ME. Fragilidad, nivel funcional y funcionamiento familiar en adultos mayores. Medimay [Internet]. 2020 [citado: fecha de citado];27(3):339-55. Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/1733>

**Contribución de autoría**

Todos los autores participaron en la elaboración del artículo y aprobaron el texto final.

Este artículo se encuentra protegido con [una licencia de Creative Commons Reconocimiento- No comercial 4.0 Internacional](#), los lectores pueden realizar copias y distribución de los contenidos, siempre que mantengan el reconocimiento de sus autores.

