



Condición de fragilidad y función cognitiva en adultos mayores: Un enfoque clínico-geriátrico

Frailty and cognitive function in older adults: A clinical-geriatric approach

Fragilidade e função cognitiva no idoso: uma abordagem clínico-geriátrica

Josselyn María Palma-Zambrano ^I
josselynpalma96@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-9564-6984>

Liseth Ormaza-Mendoza ^{II}
lormaza3706@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-9016-8725>

Josselyn Iveth Zambrano-Acosta ^{III}
josselyn2754@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0002-3011-1142>

Gelen Melissa Bravo-Cedeño ^{IV}
gelenbravo94@hotmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-7401-7070>

Correspondencia: josselynpalma96@gmail.com

Ciencias de la Salud
Artículo de Investigación

*** Recibido:** 13 de mayo de 2025 *** Aceptado:** 21 de junio de 2025 *** Publicado:** 07 de julio de 2025

- I. Investigadora Independiente, Manabí, Ecuador.
- II. Investigadora Independiente, Manabí, Ecuador.
- III. Investigadora Independiente, Manabí, Ecuador.
- IV. Investigadora Independiente, Manabí, Ecuador.

Resumen

El presente estudio analizó la prevalencia de la fragilidad y el deterioro cognitivo en adultos mayores de una comunidad en Tosagua, Ecuador, así como la relación entre ambas condiciones y variables sociodemográficas. Se evaluó a 44 participantes mediante el Fenotipo de Fried y el Test de Pfeiffer, encontrándose una alta prevalencia de fragilidad (78,6%) y niveles variados de deterioro cognitivo, con un 45,5% afectado en algún grado. Se identificó una correlación significativa entre el deterioro cognitivo y la edad, así como una asociación moderada entre fragilidad y deterioro cognitivo, mientras que la edad no se relacionó significativamente con la fragilidad en esta muestra. Estos hallazgos refuerzan la importancia de realizar evaluaciones integrales para el manejo clínico-geriátrico y el diseño de estrategias preventivas que promuevan un envejecimiento saludable.

Palabras clave: Fragilidad; Disfunción cognitiva; Ancianos; Evaluación geriátrica.

Abstract

This study analyzed the prevalence of frailty and cognitive impairment in older adults from a community in Tosagua, Ecuador, as well as the relationship between both conditions and sociodemographic variables. Forty-four participants were assessed using the Fried Phenotype and the Pfeiffer Test. A high prevalence of frailty (78.6%) and varying levels of cognitive impairment were found, with 45.5% affected to some degree. A significant correlation was identified between cognitive impairment and age, as well as a moderate association between frailty and cognitive impairment. Age was not significantly associated with frailty in this sample. These findings reinforce the importance of comprehensive assessments for clinical and geriatric management and the design of preventive strategies that promote healthy aging.

Keywords: Frailty; Cognitive dysfunction; Elderly; Geriatric assessment.

Resumo

Este estudo analisou a prevalência de fragilidade e comprometimento cognitivo em idosos de uma comunidade em Tosagua, Equador, bem como a relação entre ambas as condições e variáveis sociodemográficas. Quarenta e quatro participantes foram avaliados através do Fenótipo de Fried e do Teste de Pfeiffer. Foi encontrada uma elevada prevalência de fragilidade (78,6%) e níveis variados de comprometimento cognitivo, com 45,5% afetados em algum grau. Foi identificada uma

correlação significativa entre o déficit cognitivo e a idade, bem como uma associação moderada entre a fragilidade e o déficit cognitivo. A idade não se associou significativamente à fragilidade nesta amostra. Estes achados reforçam a importância de avaliações abrangentes para a gestão clínica e geriátrica e para o desenvolvimento de estratégias preventivas que promovam o envelhecimento saudável.

Palavras-chave: Fragilidade; Disfunção cognitiva; Idoso; Avaliação geriátrica.

Introducción

El fenómeno del envejecimiento poblacional ha adquirido dimensiones críticas en el siglo XXI, convirtiéndose en una prioridad de salud pública tanto a nivel global como regional. Según datos actualizados de la Organización Mundial de la Salud, se estima que para el año 2050 el número de personas mayores de 60 años superará los 2100 millones, con una distribución especialmente acelerada en regiones de América Latina y el Caribe. Este cambio demográfico ha conllevado un aumento paralelo en la prevalencia de condiciones asociadas al envejecimiento, entre las cuales destacan de manera significativa la fragilidad y el deterioro de la función cognitiva, que representan no solo un desafío clínico sino también un compromiso social con la calidad de vida de esta población (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023).

La fragilidad en el adulto mayor es entendida como un síndrome geriátrico que se caracteriza por la disminución progresiva de las reservas fisiológicas, lo que resulta en una mayor vulnerabilidad frente a situaciones de estrés físico o psíquico. Esta condición incrementa el riesgo de hospitalización, discapacidad, dependencia funcional e incluso mortalidad prematura, a la par, el deterioro cognitivo representa una fase intermedia entre el envejecimiento cognitivo normal y las demencias, afectando áreas como la memoria, la atención y el lenguaje, aunque sin comprometer en gran medida las actividades de la vida diaria (Acosta y Martín, 2022). Cuando ambas condiciones coexisten, en ausencia de demencia, se habla de fragilidad cognitiva, un constructo emergente que ha cobrado relevancia en la práctica clínica geriátrica. Este síndrome, integra elementos físicos y neuropsicológicos, constituyéndose como una importante señal de alerta para el desarrollo de demencias como la enfermedad de Alzheimer (Miyamura et al., 2019).

Por otro lado, la demencia representa un problema de salud pública de creciente magnitud, con aproximadamente 50 millones de personas afectadas en todo el mundo y una proyección alarmante que indica que esta cifra podría triplicarse para el año 2050. Este incremento sostenido, junto con

la carga social, emocional y económica que conlleva, plantea un desafío urgente para los sistemas de salud. Ante la ausencia de un tratamiento curativo, se vuelve prioritario implementar estrategias orientadas a la reducción de factores de riesgo modificables, tales como la inactividad física, la mala alimentación, el tabaquismo o el aislamiento social (Acosta y Martín, 2022).

En este contexto, la Organización Mundial de la Salud, a través de su Plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia 2017-2025, insta a los Estados Miembros a adoptar políticas preventivas ambiciosas que aborden de manera integral esta problemática (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2020). Cuando un adulto mayor presenta simultáneamente fragilidad y demencia, la atención clínica se vuelve considerablemente más compleja. Esta combinación puede acelerar el deterioro funcional, lo que conlleva un aumento en la dependencia hacia los cuidadores y una mayor probabilidad de mortalidad. Ante este panorama, se vuelve indispensable implementar una vigilancia rigurosa y aplicar intervenciones especializadas que contribuyan a reducir riesgos como las caídas dentro del entorno hospitalario (Davey et al., 2024). En el contexto latinoamericano, la situación no es menos preocupante. La Organización Panamericana de la Salud ha alertado sobre la falta de preparación de los sistemas sanitarios para abordar adecuadamente las necesidades de la población adulta mayor, destacando la ausencia de políticas preventivas y de seguimiento para condiciones como la fragilidad cognitiva (OPS, 2020). En Ecuador, el Ministerio de Salud Pública (MSP) ha incluido dentro de sus prioridades estratégicas la atención integral al adulto mayor, reconociendo que las enfermedades neurodegenerativas, la multimorbilidad y la dependencia funcional constituyen un desafío creciente para el sistema sanitario (Álvarez et al., 2010).

Estudios clínicos realizados en Ecuador refuerzan esta preocupación. En un estudio realizado en Azuay encontraron una prevalencia de deterioro cognitivo del 51,4%, los resultados evidenciaron una mayor predisposición en mujeres, personas de mayor edad, residentes en zonas urbanas, analfabetos y aquellos con un estilo de vida sedentario. Además, se observó que factores como el bajo nivel educativo, enfermedades crónicas como hipertensión y el uso de psicotrópicos aumentan el riesgo de deterioro cognitivo. En cambio, variables como el estado civil y el consumo de alcohol o tabaco no mostraron una asociación significativa. Los hallazgos coinciden en parte con estudios previos, destacando la importancia de la educación, el entorno y el estilo de vida en la salud cognitiva de los adultos mayores (Maldonado et al., 2015).

Un estudio realizado por Moreira (2023) en la ciudad de Manta, Ecuador, evidenció que más del 50% de los adultos mayores evaluados presentaban algún grado de alteración cognitiva, incluyendo demencia, deterioro leve o sospecha patológica, según los resultados del Mini Examen Cognoscitivo (MEC). El 41% de los participantes padecía Alzheimer, siendo esta la enfermedad más prevalente, seguida de hipertensión y diabetes. Además, se identificaron múltiples factores que inciden negativamente en su calidad de vida, especialmente en el área de la salud física y psicológica, donde el deterioro funcional y los trastornos depresivos aparecen como elementos comunes. Estos hallazgos reflejan la urgente necesidad de implementar estrategias preventivas y de atención integral, que consideren tanto las funciones cognitivas como el entorno social de los adultos mayores, para mitigar el impacto del envejecimiento y promover un envejecimiento saludable y digno.

Desde el enfoque clínico-geriátrico, el abordaje de la fragilidad y el deterioro cognitivo debe realizarse de manera integral y multidisciplinaria. Diversas investigaciones han demostrado que intervenciones multidominio que incluyen ejercicio físico, apoyo nutricional, estimulación cognitiva y abordaje psicológico pueden no solo frenar el deterioro progresivo, sino incluso revertir en parte los síntomas asociados a la fragilidad cognitiva. Programas como el “Integrated Care for Older People” (ICOPE) de la OMS promueven evaluaciones integrales centradas en la persona, con énfasis en preservar la capacidad funcional y prevenir el desarrollo de dependencia (Acosta y Martín, 2022).

En definitiva, el reconocimiento temprano de la fragilidad cognitiva y su manejo oportuno son fundamentales para garantizar un envejecimiento activo y saludable. Es necesario fortalecer las capacidades del primer nivel de atención, capacitar al personal sanitario en herramientas de evaluación geriátrica integral, y diseñar políticas públicas basadas en evidencia científica. Este artículo tiene como objetivo analizar la relación entre la fragilidad y la función cognitiva en adultos mayores, desde un enfoque clínico-geriátrico, integrando datos actuales, recomendaciones internacionales y perspectivas para su implementación en el sistema de salud ecuatoriano.

Metodología

El presente estudio adoptó un enfoque cuantitativo, con un diseño descriptivo y correlacional de tipo transversal. Se buscó analizar la prevalencia de la fragilidad y el deterioro cognitivo en adultos

mayores de una comunidad, así como explorar las posibles asociaciones entre estas condiciones y variables sociodemográficas como la edad, el sexo y el nivel socioeconómico (Vega, 2021).

La muestra estuvo compuesta por 44 adultos mayores, seleccionados mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. La selección de los participantes se basó en su disposición para colaborar en el estudio y en el cumplimiento de los criterios de inclusión previamente establecidos, como tener 60 años o más y residir en la comunidad objeto de estudio.

Para la recolección de datos se aplicaron dos instrumentos estandarizados: el Fenotipo de Fried, que evalúa la fragilidad física mediante criterios como pérdida de peso no intencionada, debilidad, lentitud, agotamiento y bajo nivel de actividad física (Pérez et al., 2021); y la Prueba de Pfeiffer, un cuestionario breve que mide el estado cognitivo a través de una serie de preguntas orientadas a evaluar la memoria, orientación y capacidad de cálculo (Acosta y Martín, 2022). Ambos instrumentos fueron previamente validados en estudios similares y, en esta investigación, mostraron niveles de confiabilidad aceptables. El coeficiente alfa de Cronbach fue de 0,761 para el Test de Pfeiffer, lo que indica una buena consistencia interna, y de 0,655 para el Fenotipo de Fried, lo que representa una confiabilidad moderada (Oviedo y Campo, 2005).

Los datos sociodemográficos, como edad, sexo y nivel socioeconómico, fueron recolectados mediante una ficha técnica diseñada para este estudio. Posteriormente, se procedió al análisis estadístico utilizando el software SPSS (IMB, 2024). Se realizaron análisis descriptivos para caracterizar a la muestra y se aplicaron pruebas de correlación de Pearson para identificar asociaciones entre las variables de interés. El nivel de significancia estadística se estableció en $p < 0,05$.

Esta metodología permitió examinar de forma integral la relación entre fragilidad física y deterioro cognitivo en adultos mayores, considerando a su vez factores contextuales que podrían influir en dichas condiciones. La rigurosidad en la selección de instrumentos y el análisis estadístico aplicado garantizan la validez y confiabilidad de los hallazgos obtenidos.

Resultados

En esta sección se presentan los hallazgos obtenidos a partir del análisis estadístico realizado a la muestra de adultos mayores evaluados en la comunidad de El Recreo, Tosagua. Los resultados se organizan de acuerdo con las variables de estudio: fragilidad, deterioro cognitivo, edad, género y nivel socioeconómico. Además, se exploran las posibles correlaciones entre estas variables con el

fin de identificar patrones significativos que contribuyan a la comprensión del estado funcional y cognitivo de esta población.

Con respecto a la fiabilidad de los instrumentos utilizados, se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0,655 para el Fenotipo de Fried y de 0,761 para el Test de Pfeiffer, lo cual indica una consistencia interna aceptable para el primero y buena para el segundo, validando así su aplicación en esta muestra poblacional.

Tabla 1. Clasificación de fragilidad en adultos mayores

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Robusto	2	3,6	3,6	3,6
	Pré-frágil	10	17,9	17,9	21,4
	Frágil	44	78,6	78,6	100,0
	Total	56	100,0	100,0	

Un 78,6% de los adultos mayores evaluados fueron clasificados como frágiles, lo que revela una elevada prevalencia de esta condición en la comunidad estudiada. La baja proporción de personas robustas (3,6%) sugiere un perfil de salud preocupante en esta población.

Tabla 2. Distribución por género de los adultos mayores

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Femenino	25	56,8	56,8	56,8
	Masculino	19	43,2	43,2	100,0
	Total	44	100,0	100,0	

La muestra presentó un leve predominio del sexo femenino (56,8%), consistente con otros estudios en los que las mujeres tienden a representar una mayor proporción de adultos mayores y también tienen mayor prevalencia de fragilidad.

Tabla 3. Distribución por grupos de edad de adultos mayores frágiles

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Avanzada 60 – 74 años	19	43,2	43,2	43,2
	Viejas o ancianas: 75 a 90 años	23	52,3	52,3	95,5
	Grandes longevos: > 90 años	2	4,5	4,5	100,0
	Total	44	100,0	100,0	

La mayoría de los participantes se encuentran en el grupo de “viejas o ancianas” (52,3%), lo cual es relevante dado que en este grupo etario la fragilidad es más común. Este dato podría explicar la alta prevalencia observada.

Tabla 4. Nivel socioeconómico de los adultos mayores frágiles

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	26	59,1	59,1	59,1
	Medio	18	40,9	40,9	100,0
	Alto	0	0,00	0,00	0,00
	Total	44	100,0	100,0	

Una mayoría significativa de los participantes (59,1%) pertenece al nivel socioeconómico bajo, sin presencia de adultos mayores en el nivel alto. Este dato es relevante porque el bajo estatus económico se asocia frecuentemente con menor acceso a servicios de salud, alimentación adecuada y actividad física, lo cual influye negativamente en la fragilidad y el deterioro cognitivo.

Tabla 5. Niveles de deterioro cognitivo en adultos mayores frágiles

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Normal	24	54,5	54,5	54,5
	Deterioro cognitivo leve	14	31,8	31,8	86,4
	Deterioro cognitivo moderado	4	9,1	9,1	95,5

Deterioro cognitivo severo	2	4,5	4,5	100,0
Total	44	100,0	100,0	

Más de la mitad de los adultos mayores con fragilidad (54,5%) presentan un estado cognitivo normal, lo que sugiere que la fragilidad física no implica necesariamente un deterioro cognitivo. Sin embargo, el 45,5% restante evidencia distintos niveles de afectación, lo que refuerza la importancia de realizar evaluaciones integrales en este grupo poblacional.

Tabla 6. Correlación entre edad, fragilidad y deterioro cognitivo

		Edad	Pacientes con fragilidad	Pacientes con deterioro cognitivo
Edad	Correlación de Pearson	1	,225	,523**
	Sig. (bilateral)		,142	,000
	N	44	44	44
Pacientes con fragilidad	Correlación de Pearson	,225	1	,464**
	Sig. (bilateral)	,142		,001
	N	44	44	44
Pacientes con deterioro cognitivo	Correlación de Pearson	,523**	,464**	1
	Sig. (bilateral)	,000	,001	
	N	44	44	44

**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Los resultados de la correlación de Pearson muestran una asociación positiva y significativa entre la edad y el deterioro cognitivo ($r = 0,523$; $p < 0,01$), indicando que, a mayor edad, mayor es el deterioro cognitivo. Asimismo, existe una correlación moderada entre fragilidad y deterioro cognitivo ($r = 0,464$; $p < 0,01$), lo que respalda la hipótesis de que ambos fenómenos están interrelacionados. Por otro lado, la relación entre edad y fragilidad ($r = 0,225$; $p = 0,142$) no alcanzó significancia estadística, lo que sugiere que, en esta muestra, la edad por sí sola no explica completamente la presencia de fragilidad.

Conclusiones

Los hallazgos del estudio evidencian que la fragilidad y el deterioro cognitivo, aunque relacionados, representan dimensiones complementarias del envejecimiento que requieren ser

abordadas de manera integral. La coexistencia significativa entre ambas condiciones sugiere que la evaluación clínica en adultos mayores debe trascender la valoración física para incluir el análisis cognitivo, con el fin de identificar oportunamente a aquellos individuos en riesgo de progresión hacia discapacidades más severas.

La ausencia de una correlación significativa entre la edad y la fragilidad indica que el envejecimiento cronológico no es el único factor determinante para la aparición de la fragilidad, lo que destaca la influencia de determinantes sociales, económicos y ambientales en la salud geriátrica. Esto subraya la necesidad de un enfoque multidimensional que integre aspectos psicosociales y estilos de vida para diseñar intervenciones efectivas.

Además, el elevado índice de fragilidad en la comunidad estudiada plantea un desafío sanitario que debe ser abordado mediante estrategias preventivas y de promoción de la salud adaptadas a las particularidades del contexto local, especialmente considerando el impacto del nivel socioeconómico en la vulnerabilidad de los adultos mayores.

En conjunto, estos resultados refuerzan la importancia de fortalecer los sistemas de salud para implementar modelos de atención geriátrica integral que permitan detectar y manejar de forma temprana tanto la fragilidad física como el deterioro cognitivo, con el objetivo último de preservar la autonomía, la calidad de vida y el envejecimiento saludable de la población adulta mayor.

Referencias

1. Acosta, M. y Martín, I. (2022). Fragilidad en atención primaria: diagnóstico y manejo multidisciplinar. *Aten Primaria*, 54(9), 102395. 10.1016/j.aprim.2022.102395
2. Álvarez, P., Pazmiño, L., Villalobos, A. y Villacís, J. (2010). Normas y Protocolos de Atención Integral de Salud de las y los Adultos Mayores.
<https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/NORMAS%20Y%20PROTOCOLOS%20DE%20ATENCI%C3%93N%20INTEGRAL%20DE%20SALUD%20A%20LOS%20Y%20LAS%20ADULTOS%20MAYORES.pdf>
3. De Miguel, C. (2021). Estandarización del diagnóstico y plan de cuidados enfermero ante el "Riesgo del síndrome de la Fragilidad del Anciano". *Revista Ene De Enfermería*, 14(2).
<http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/>

4. Davey, N., Connolly, E., Mc Elwaine, P. y Kennelly, S. (2024). A Systematic Review of Falls Risk of Frail Patients with Dementia in Hospital: Progress, Challenges, and Recommendations. *Clin Interv Aging*, 25;19:1127–1139. 10.2147/CIA.S400582
5. IBM. (2024). Software IBM SPSS. <https://www.ibm.com/es-es/spss>
6. Maldonado, B., Maldonado, P., Astudillo, J. y Guapizaca, F. (2015). Prevalencia del deterioro cognitivo en adultos mayores y factores asociados. *Gualaceo 2014. Revista oficial de difusión científica del colegio de médicos del Azuay*, 17(1).
<https://www.colegiomedicosazuay.ec/ojs/index.php/ateneo/article/download/62/67/>
7. Miyamura, K., Silva, J., De Assis, A., Fuentes, W., Pereira, R. y Aparecida, R. (2019). Síndrome de fragilidad y deterioro cognitivo en los adultos mayores: una revisión sistemática de la literatura. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 27, e3202. 10.1590/1518-8345.3189.3202
8. Moreira, J. (2023). Estimación del estado cognitivo y su incidencia en la calidad de vida de los adultos mayores en la ciudad de Manta – Ecuador . *REVISTA U-Mores*, 2(1), 67–76. <https://doi.org/10.35290/ru.v2n1.2023.845>
9. Organización Mundial de Salud. (2023). Salud mental de los adultos mayores. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
10. Organización Panamericana de la Salud. (2020). Envejecimiento saludable. <https://www.paho.org/es/envejecimiento-saludable>
11. Organización Panamericana de la Salud. (2020). Directrices de la OMS para la reducción de los riesgos de deterioro cognitivo y demencia. Washington, D.C.
<https://doi.org/10.37774/9789275322567>
12. Oviedo, H. y Campo, A. (2005) Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Rev Colomb Psi.*, 34. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v34n4/v34n4a09.pdf>
13. Pérez, M., Rodríguez, J., Sevillano, F., Hernández, E. y González, S. (2021). Fragilidad como factor de riesgo de demencia en adultos mayores. *Med Surg Sci.*,8. 10.32457/ijmss.v8i3.1626
14. Vega A. (2021). Estudios transversales. *Rev Fac Med Human*, 21:179-185.:
<http://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v21i1.3069>

© 2025 por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).