

Impacto social de la fragilidad clínica en el adulto mayor

Social Impact of Clinical Frailty in Older Adults

Yanireisi Benito Kindelán^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-4487-9649>

Rubén Domingo Jiménez López² <https://orcid.org/0009-0008-1630-9367>

Flor Mary Roca Zayas² <https://orcid.org/0009-0001-7633-4926>

¹Hospital Docente Clínico Quirúrgico "Dr. Salvador Allende". La Habana, Cuba.

²Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Facultad de Ciencias Médicas "Salvador Allende". La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: yanireisi7@gmail.com

RESUMEN

Introducción: El envejecimiento rápido de la sociedad actual representa una realidad que influye en la vida de la población moderna. El síndrome de fragilidad es un síndrome geriátrico caracterizado por la disminución de la reserva funcional, que incrementa la vulnerabilidad de la persona y una inadecuada respuesta a todo tipo de estrés. El envejecimiento y la fragilidad clínica se asocian, pero son diferentes. El diagnóstico de la fragilidad se basa en aspectos clínicos en lo fundamental y esta se vincula a un gran número de patologías.

Objetivo: Analizar el impacto social de la fragilidad clínica en el adulto mayor.

Métodos: Fueron utilizados los métodos del nivel teórico-histórico-lógico, el analítico-sintético y la revisión documental.

Desarrollo: La fragilidad ha sido vinculada a varios factores como la comorbilidad, la polifarmacia, la discapacidad, la dependencia, la institucionalización, la hospitalización y la muerte. La familia es el principal eslabón de apoyo social al adulto mayor frágil con sus funciones afectivas y de protección.

Conclusiones: La fragilidad clínica resulta una patología que al asociarse a las personas de edad avanzada impacta de forma negativa en su estado de salud y en la familia. Esto genera un mayor uso de los recursos sociales y sanitarios, lo que conlleva a un aumento del costo para el paciente, la familia y los servicios de salud.

Palabras clave: adultos mayores; fragilidad; impacto social.

ABSTRACT

Introduction: The rapid aging of today's society represents a reality that influences the lives of the modern population. Frailty syndrome is a geriatric syndrome characterized by decreased functional reserve, which increases a person's vulnerability and an inadequate response to all types of stress. Aging and clinical frailty are associated, but are distinct. The diagnosis of frailty is primarily based on clinical aspects, and frailty is linked to a large number of pathologies.

Objective: To analyze the social impact of clinical frailty in older adults.

Methods: Theoretical-historical-logical, analytical-synthetic, and documentary review methods were used.

Development: Frailty has been linked to several factors such as comorbidity, polypharmacy, disability, dependency, institutionalization, hospitalization, and death. The family is the main link in social support for frail older adults, providing both emotional and protective functions.

Conclusions: Clinical frailty is a pathology that, when associated with older adults, negatively impacts their health and their families. This leads to increased use of social and healthcare resources, which leads to increased costs for patients, families, and healthcare services.

Keywords: older adults; frailty; social impact.

Recibido: 09/01/2024

Aceptado: 22/05/2025

Introducción

En el mundo, las personas tienen una esperanza de vida igual o superior a los 60 años, por lo que los países experimentan un incremento tanto de la cantidad como de la proporción de personas mayores en la población.⁽¹⁾

En 2020, se contaba con cerca 1000 millones de personas mayores de 60 años. Ya para 2030, se espera que ascenderá esta cifra a 1400 millones y, para 2050, se triplicará a 2100 millones, además, se prevé que el número de personas de 80 años y más, sea alrededor de 426 millones.⁽¹⁾

Desde un punto de vista biológico, el envejecimiento resulta de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, a un mayor riesgo de enfermedad y, en última instancia, a la muerte. Estos cambios no son lineales ni uniformes, y su vinculación con la edad de una persona, en años, es más bien relativa. La diversidad que se aprecia en la vejez no es una cuestión de azar.⁽¹⁾

A medida que se envejece aumenta la probabilidad de experimentar varias afecciones al mismo tiempo. Aparecen varios estados de salud complejos que se conocen por el nombre de síndromes geriátricos. Por lo general, consiste en la consecuencia de múltiples factores subyacentes que incluyen, entre otros, la fragilidad, la incontinencia urinaria, las caídas, los estados delirantes y las úlceras por presión.⁽¹⁾

El concepto de fragilidad surge debido a la necesidad de encontrar términos para identificar la disminución de la capacidad funcional inherente al adulto mayor y, por tanto, el aumento de su dependencia del medio.⁽²⁾ Y se refiere a una condición dinámica: lo más probable es que cualquier adulto mayor no permanezca igual de frágil o de vigoroso por largos períodos de tiempo y, por otra parte, no todos los adultos mayores son frágiles en la misma medida.⁽³⁾

En Cuba, según consenso de los especialistas en el tema, se considera que los adultos mayores frágiles son aquellos que, por sus condiciones biológicas,

psicológicas, sociales o funcionales, están en riesgo de desarrollar un estado de necesidad.⁽⁴⁾

El objetivo de ese artículo consistió en analizar el impacto social de la fragilidad clínica en el adulto mayor.

Métodos

Para realizar el análisis de los referentes teóricos sobre la fragilidad y el impacto social que conlleva esto, se realizó una revisión documental en sitios web y revistas virtuales de contenido científico. La información fue recopilada durante 2023.

La búsqueda de la información fue basada en las palabras clave: fragilidad, adulto mayor e impacto social. Se tuvo en cuenta la calidad y la confiabilidad de los artículos consultados.

El uso del método histórico-lógico permitió valorar cómo la fragilidad clínica en el adulto mayor impacta socialmente en el tiempo.

Desarrollo

El envejecimiento no es un fenómeno exclusivo de las sociedades modernas, ha estado presente en todas las etapas del desarrollo social y ha sido siempre de interés para la filosofía, el arte y la medicina. Sin embargo, durante el siglo xx se asiste a una situación singular, muchas son las personas que alcanzan la etapa de ancianidad, lo que convierten al envejecimiento poblacional en un reto para las sociedades modernas.⁽⁵⁾

La fragilidad resulta un síndrome clínico que representa un continuo entre el adulto mayor saludable hasta aquel extremadamente vulnerable con alto riesgo de morir y con bajas posibilidades de recuperación. Es un síndrome que se presenta asociado al envejecimiento, pero es diferente a este.⁽⁶⁾

En 2014, se realizó un estudio que permitió identificar factores asociados a la fragilidad tales como las enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, las enfermedades pulmonares, la artritis, el cáncer y el accidente cerebrovascular; además de la incapacidad funcional, la depresión, el deterioro cognitivo, la sarcopenia, la desnutrición y la obesidad.⁽⁷⁾

La polifarmacia consiste en un indicador de fragilidad clínica que se asocia a la aparición de condiciones crónicas y sus complicaciones. Ya autores como *García y Monte de Oca*⁽⁸⁾ refirieron que la comorbilidad, la dependencia y la discapacidad funcional se relacionan con el uso simultáneo de varios fármacos.^(9,10,11,12,13)

La polifarmacia en los adultos mayores, en especial en aquellos frágiles, está asociada de forma proporcional al deterioro funcional tanto físico como social, a la disminución de la adherencia a fármacos esenciales, a elevados costos tanto para los pacientes como para los servicios de salud y al incremento del riesgo de eventos adversos a medicamentos, las interacciones medicamentosas, el delirio, las caídas, la hospitalización y la muerte.⁽¹⁴⁾

La vida familiar entraña el cumplimiento de las funciones económicas, afectivas, educativas, socializadoras y reproductivas. Precisamente, 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.⁽¹⁵⁾ Los cuidadores que atienden al adulto mayor influyen de forma significativa sobre el retraso y, tal vez, sobre el rechazo a la institucionalización de pacientes con enfermedad crónica.⁽¹⁶⁾

La disposición de los miembros de la familia para atender a un adulto mayor frágil puede reforzarse con la contribución de servicios de apoyo, dentro de los que cabe mencionar la asistencia técnica en el aprendizaje de nuevas habilidades, los servicios de asesoramiento en salud mental y los servicios complementarios tales como el cuidado personal, la asistencia con la atención, la alimentación, la vestimenta y la atención domiciliaria.⁽¹⁶⁾

Los servicios complementarios pueden ser proporcionados en forma regular o en apoyo al familiar durante algunas horas o días. Algunos adultos mayores con importantes necesidades de atención no tienen familiares o amigos disponibles, dispuestos o capaces de brindar atención, y viven con necesidades insatisfechas y, a veces, en aislamiento social.⁽¹⁶⁾

Los cambios en los valores demográficos y sociales reducen del número de miembros de la familia dispuestos para cuidar a un adulto mayor, entre los principales factores se encuentran:

- El aumento de la esperanza de vida conlleva a que, en muchas ocasiones, los hijos, sus cuidadores, sean ancianos.
- El retraso en la procreación, combinado con la mayor longevidad, genera un grupo de cuidadores que deben hacerse cargo simultáneamente de sus hijos y de sus padres.⁽¹⁶⁾
- El aumento de las migraciones en la sociedad y la tasa de divorcios como consecuencia de que las familias tienen más probabilidades de estar separadas por motivos geográficos (la migración y los lazos familiares son más complejos). Un dato interesante: el 76 % de las personas mayores de 65 años vive a menos de 20 minutos de uno de sus hijos en Estados Unidos.⁽¹⁷⁾
- El menor tamaño de la familia, o sea, un número reducido de descendientes en las últimas décadas, ha producido una distribución más uniforme de la población entre los grupos de edad en comparación con los años anteriores, lo que resulta una relación de dependencia mucho más baja.⁽¹⁸⁾
- El mayor número de mujeres trabajadoras en el pasado. Las mujeres han proporcionado la mayor parte de la atención a sus padres mayores, debido a las expectativas de sus funciones de género, pero las demandas sociales y laborales han disminuido su disponibilidad para hacerlo.⁽¹⁶⁾
- El mejor manejo de las enfermedades crónicas como el número de personas mayores dependientes frágiles es cada vez mayor.⁽¹⁶⁾

- Estos factores predicen un aumento de la demanda de servicios de cuidados de salud domiciliarios a cargo de un individuo que no es un miembro de la familia ni un amigo ni un vecino.⁽¹⁶⁾

Los individuos que cuidan a un miembro de su familia pueden experimentar grandes tensiones, por ejemplo, la denominada carga del cuidador y, en consecuencia, problemas de salud, aislamiento, fatiga y frustración que, a veces, generan una sensación de desasosiego y cansancio extremos, o promueven el abuso a los adultos mayores que están a su cuidado.⁽¹⁶⁾

El cuidado de una persona anciana puede convertirse en una carga económica. Las parejas en las cuales uno de los miembros cuida al otro, por lo general, presentan un gran malestar. Los hijos adultos o sus cónyuges pueden necesitar reducir las horas de trabajo o tomar licencias prolongadas del trabajo. Aunque ciertas leyes aseguran mecanismos para evitar el cese discriminatorio o el tratamiento asociado con este tipo de ausentismo, incluso entre parejas del mismo sexo, la pérdida de salarios es una realidad seria para muchos cuidadores.⁽¹⁶⁾

Durante la pandemia de COVID-19, como resultado del aislamiento y la interrupción de la atención formal, los individuos encargados del cuidado de otros familiares informaron aumentos significativos en el estrés, la ansiedad, la depresión, los trastornos del sueño, la fatiga, la inseguridad alimentaria y las preocupaciones financieras, y una disminución de la participación social y de la sensación de bienestar financiero.⁽¹⁹⁾

Todos los cuidadores de adultos mayores deben estar conectados con asistentes sociales para evaluar sus necesidades de apoyo, para la derivación a servicios, asesoramiento y evaluación en relación con la elegibilidad para la capacitación, el relevo, el apoyo financiero y otros servicios disponibles para cuidadores.⁽¹⁶⁾

Las intervenciones eficaces para los cuidadores incluyen la coordinación de la atención interdisciplinaria, la optimización de los beneficios, la educación sobre las enfermedades y los tratamientos, el apoyo emocional inmediato y continuo, el

asesoramiento individual, familiar y grupal; los servicios del cuidado de relevo, y la asistencia práctica en las tareas del cuidado. Lo más importante que se debe señalar es que los cuidadores suelen recibir apoyo y aprender información o estrategias útiles sobre el cuidado de parte de los médicos, los enfermeros, los asistentes sociales y los administradores de casos.⁽¹⁶⁾

García y otros⁽²⁰⁾ concluyeron que existe una alta prevalencia de la fragilidad en la población de adultos mayores, donde la frecuencia de independencia es mayor, cuando conviven 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.⁽²⁰⁾

Los altos índices del APGAR familiar (Adaptación, Participación, Gradiente de recurso personal, Afecto y Recursos) demuestran una mayor capacidad de adaptación de la familia a la nueva situación, los posibles y los probables cambios del rol, en cuanto a un bajo índice que puede representar un ambiente estresante de baja adaptabilidad a la nueva situación y así requerir intervenciones rápidas y apropiadas.⁽²¹⁾

Otros miembros de la familia se pueden auxiliar en actividades complementarias y, por esta razón, son llamados cuidadores secundarios. Actualmente, el domicilio es visto como un espacio en que las personas dependientes, el adulto mayor o no, pueden mantenerse estables y con calidad de vida. La experiencia de cuidar en casa se ha tornado cada vez más frecuente en la cotidianidad familiar. En consonancia con esa tendencia, las políticas de atención al adulto mayor defienden que el domicilio constituye el mejor lugar para el adulto mayor envejezca, para garantizar la autonomía y preservar la identidad y la dignidad.⁽²¹⁾

A lo largo de la historia, en la mayoría de los países, el cuidado del adulto mayor resulta ejercido por mujeres, principalmente por esposas, hijas y nietas, lo cual es explicado por la tradición de las mujeres para desempeñar funciones esencialmente domésticas y familiares. Sin embargo, esa realidad ha sido modificada por la participación progresiva de la mujer en el mercado de trabajo, entre otros factores. Asimismo, ellas ejercen el papel de cuidadora de conjunto con

las actividades domésticas, además de trabajar fuera del hogar. Esa sobrecarga ha contribuido para el descuido del adulto mayor y, por consecuencia, el comprometimiento de su propia salud.⁽²¹⁾

La División de Población del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) que pertenece a la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) en su boletín denominado "Datos e Indicadores de Adultos Mayores en América Latina y el Caribe" indicó que en todos los países de América Latina y el Caribe existe un incremento sostenido que implica a la población mayor de 60 años, debido a un proceso generalizado de longevidad de las estructuras demográficas y, con ello, un aumento en el peso específico que tiene este grupo de edad con relación con el número total de población.⁽²²⁾

Esta creciente longevidad se está dando en la región en un contexto de pobreza, aguda desigualdad de ingresos, escaso desarrollo institucional y persistente desigualdad social. La incidencia de la pobreza entre los adultos mayores en la mayoría de los países resulta alta, con cifras que oscilan entre el 30 y 70 %, sobre todo, en las zonas urbanas, aunque en algunos países las tasas más altas se dan en las zonas rurales.⁽²²⁾

El escaso desarrollo institucional y la persistente desigualdad social se reflejan en la baja cobertura de los sistemas de previsión social de pensiones y jubilaciones en la región, a lo que se suma un ingreso mensual insuficiente en la mayoría de los países, que no alcanza para cubrir las necesidades básicas de una pareja. Entre el 25 y 50 % de las personas mayores en el área urbana de la mayoría de los países reciben prestaciones de seguridad social, mientras que solo el 38 % son beneficiarios, en el mejor de los casos, en el área rural; sin embargo, en algunos países esta cifra desciende al 10 %.⁽²²⁾

Entre las comorbilidades y las complicaciones de salud, la demencia se debe tomar en cuenta en el momento de establecer los costos de salud en adultos mayores,⁽²³⁾ ya que supone mayor costo en relación con otros tipos de patologías en pacientes adultos mayores hospitalizados.⁽²⁴⁾

Florence y otros⁽²⁵⁾ señalaron que las caídas en adultos mayores generan costos médicos que deben ser estimados para establecer la magnitud de estos y su efecto financiero en la eficacia de las estrategias de prevención.

Por su parte *Casas* y otros,⁽¹⁴⁾ constataron que los adultos mayores utilizan más del 50 % de los medicamentos que se expenden, el 80 % consume al menos un medicamento al día y el 75 % no informa sobre el uso de los tratamientos no convencionales. Así mismo, indicaron que la prescripción de medicamentos a los adultos mayores requiere de un balance entre riesgos y beneficios, que hace que esta práctica médica sea compleja y difícil. Por esto recomendaron la aplicación de directrices generales para el manejo farmacológico de las enfermedades crónicas de los adultos mayores y disminuir la medicación inapropiada, los elevados costos de la polifarmacia y la automedicación.

Si se comparan las realidades de los países latinoamericanos con la de los de la Unión Europea, coinciden en que el envejecimiento de la población no tiene precedente histórico y, en ambos casos, implica nuevos desafíos para los sistemas de salud y seguridad social para garantizar el bienestar de la población de los adultos mayores, independientemente de la comprensión de la morbilidad en este grupo.^(23,26)

El número de ancianos con cáncer, fractura de cadera, ictus, cardiopatías, enfermedades articulares, diabetes, hipertensión, menopausia-andropausia y depresión-demencia aumentará en ambas realidades con tendencia a la multimorbilidad. Sin embargo, se diferencia con los europeos, porque el aumento proyectado de los gastos en salud como consecuencia del envejecimiento resulta bajo, mientras que en los países de América Latina es lo inverso; por lo que, en ambos casos, se deben buscar las mejores opciones disponibles para adaptar la atención médica y los sistemas de seguridad social para satisfacer las necesidades de la población que envejece.^(23,26)

El reto social que el proceso de transición demográfica representa para las naciones, se debe a las grandes necesidades generadas desde el punto de vista económico, biomédico y social. Su repercusión sobre el sistema de salud radica en

que son los adultos mayores los más consumidores (relativos o absolutos) de medicamentos y servicios de salud. A nivel estatal, representa un considerable aumento de los gastos para la seguridad y la asistencia social. De la misma manera que el envejecimiento transforma de manera sustancial y progresiva la situación de salud individual, también influye sobre la estructura y la dinámica de la familia como célula básica de la sociedad.⁽²⁷⁾

Después de analizar los referentes teóricos, la autora considera que la actuación para prevenir la fragilidad, tratar y rehabilitar al adulto mayor frágil modifica el curso de la vida del individuo y su impacto social.

Conclusiones

La fragilidad en el adulto mayor resulta una condición que provoca la disminución de las reservas funcionales en este grupo etario. Dentro de las consecuencias sociales que se derivan de esta entidad nosológica, se encuentran la comorbilidad, la polifarmacia, la discapacidad funcional, la dependencia, la desnutrición, la hospitalización y la muerte. Por último, la fragilidad clínica es una patología que impacta de forma negativa en los servicios de salud y en la familia.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud; 2022 [acceso 10/09/2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. Vellas B, Wagne J, Romero L, Baumgarten R, Rubenstein L, Garry P. One-leg Balance Is an Important Predictor of Injurious Falls in Older Persons. Rev J Am Geriatr Soc. 1997 [acceso 10/09/2023];45. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/14037502_One-Leg_Balance_Is_an_Important_Predictor_of_Injurious_Falls_in_Older_Persons

3. Castelblanque E, Albert V. ¿Quiénes son los ancianos frágiles ancianos de riesgo? Estudio en personas mayores de 65 años del Área Sanitaria de Guadalajara. Rev Med Gen. 2002 [acceso 12/09/2023];45. Disponible en: https://www.medicinageneral.org/revista_47/pdf/667-680.pdf
4. Carpeta Metodológica. Adultos mayores frágiles; 2005 [acceso 12/09/2023]. Disponible en: <https://aps.sld.cu/bvs/materiales/carpeta/carpeta.html>
5. González R, Cardentey J, Hernández D, Rosales Á, Jeres C. Comportamiento de la fragilidad en adultos mayores. Rev Arch Méd de Camg. 2017 [acceso 12/09/2023];21(4). Disponible en: https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552017000400008&lng=es
6. Carrasco M. Fragilidad: Un síndrome geriátrico en evolución. Pontificia Universidad Católica de Chile; 2019 [acceso 15/09/2023]. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/publicacion/fragilidad-sindrome-geriatrico-evolucion/>
7. Rodríguez K, Reales L. Síndrome de fragilidad y sus variables asociadas. Rev Med Int Ven. 2016 [acceso 15/09/2023];32(4). Disponible en: https://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_svmi/article/view/19132
8. García R, Monte de Oca L. Polifarmacia como indicador de fragilidad según la esfera biofuncional en pacientes mayores. Gerathabana. 2021 [acceso 17/09/2023]. Disponible en: <https://gerathabana2021.sld.cu/index.php/gerathabana/2021/paper/view/57>
9. Ramírez A, Ramírez J, Borrell J. Polifarmacia e interacciones medicamentosas potenciales en el adulto mayor, una polémica en la prescripción. Rev Cub de Farm. 2019 [acceso 17/09/2023];52(2). Disponible en: <https://revfarmacia.sld.cu/index.php/far/article/view/335/216>
10. Escobedo E. Asociación de polifarmacia y comorbilidad en adultos mayores de la unidad de medicina familiar. Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Repositorio institucional; 2018 [acceso 17/09/2023]. Disponible en: <https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/handle/i/7270>

11. Hernández F, Álvarez M, Martínez G, Junco V, Valdés I, Hidalgo M. Polifarmacia en el anciano. Retos y soluciones. Rev. Med. Electrón. 2018 [acceso 19/09/2023];40(6). Disponible en: https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000602053
12. Maher R, Hanlon T, Hajjar E. Clinical Consequences of Polypharmacy in Elderly. Rev Exp Opin Drug Saf. 2013 [acceso 19/09/2023];13(1). Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3864987/>
13. Ramírez A, Furones J, Ramos A, Ramírez J, Valladares F. Polifarmacia y complejidad farmacoterapéutica en pacientes de hogares de ancianos en Cienfuegos. Rev Hab de Cienc Med. 2021 [acceso 19/09/2023];20(32). Disponible en: https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2021000300014
14. Casas P, Ortiz P, Penny E. Estrategias para optimizar el manejo farmacológico en el adulto mayor. Rev Per de Med Exp y Sal Púb. 2016 [acceso 19/09/2023];33(2). Disponible en: https://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000200020
15. Alfonso L, Soto D, Santos N. Calidad de vida y apoyo social percibido en adultos mayores. Rev Cienc Méd. 2016 [acceso 19/09/2023];20(1). Disponible en: https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156131942016000100012&lng=es
16. Kaplan D. Cuidado del anciano por parte de su familia. Manual MSD. Versión para Profesionales; 2023 [acceso 19/09/2023]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/geriatr%C3%ADa/aspectos-sociales-en-los-ancianos/cuidado-del-anciano-por-parte-de-su-familia>
17. Caregiver Insights. The Senior Alliance; 2020 [acceso 22/09/2023]. Disponible en: <https://thesenioralliance.org/caregiving-haven/caregiver-insights/>

18. Ortman J. Our Aging Nation. National Academy of Social Insurance's 27 th Annual Policy Conference; 2015 [acceso 22/09/2023]. Disponible en: https://www.nasi.org/wp-content/uploads/2015/01/Ortman_2015_NASI.pdf
19. Beach S, Schulz R, Donovan H, Rosland A. Family Caregiving during the COVID 19 Pandemic. *Rev Geront.* 2021 [acceso 22/09/2023];61(5). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33847355/>
20. García L, Boyeros E, Quevedo M, Alonso M. Fragilidad, nivel funcional y funcionamiento familiar en adultos mayores. *Rev Medimay.* 2020 [acceso 22/09/2023];27(3). Disponible en: <https://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/1733>
21. Gonçalves L, Costa M, Martins M, Nassar S, Zunino R. La dinámica de la familia de ancianos con edad avanzada en el contexto de la ciudad de Porto, Portugal. *Rev. Lat. Enf.* 2011 [acceso 22/09/2023];19(3). Disponible en: <https://search.bvsalud.org/gim/resource/es/lil-598611>
22. Envejecimiento en América Latina y el Caribe. CEPAL; 2022 [acceso 22/09/2023]. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/e345daf3-2e35-4569-a2f8-4e22db139a02/content>
23. Quispe G, Ayaviri D, Ayaviri D, Arellano O. El costo de la salud en adultos mayores: un estudio descriptivo y retrospectivo en Ecuador. *Rev Inf Tec.* 2021 [acceso 22/09/2023];32(5). Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071807642021000500075&script=sci_arttext
24. Bail K, Draper B. Predicting Excess Cost for Older Inpatients with Clinical Complexity: A Retrospective Cohort Study Examining Cognition, Comorbidities, and Complications. *Rev PLoS One.* 2018 [acceso 24/09/2023];13(2). Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/323376017_Predicting_excess_cost_for_older_inpatients_with_clinical_complexity_A_retrospective_cohort_study_examining_cognition_comorbidities_and_complications

25. Florence C, Bergen G, Atherly A, Burns E, Stevens J, Drake C. Medical Costs of Fatal and Nonfatal Falls in Older Adults. *Rev Ger Soc.* 2028 [acceso 24/09/2023];66(4). Disponible en: <https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/>
26. Rechel B, Grundy E, Robine J, Cylus J, Mackenbach J, Knai C, *et al.* Ageing in the European Union. *Rev Lancet.* 2013 [acceso 26/09/2023];381(9874). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23541057/>
27. Alonso P, Sansó F, Díaz-Canel A, Carrasco M, Oliva T. Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. *Rev Cub Sal Públ.* 2007 [acceso 26/09/2023];33(1). Disponible en: https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000100010&lng=es

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.