

Modelos y fases de la fragilidad

Además del modelo de fragilidad cognitiva que estamos siguiendo en nuestro enfoque, existen perfiles de fragilidad que clasifican a grupos de personas mayores en perfiles de fragilidad, que se basan en la actividad funcional (física y cognitiva) y teniendo en cuenta la vulnerabilidad social, así como los hábitos y estilos de vida.

Los estudios nacionales e internacionales más importantes (SHARE, FRADEA, EPESE, etc.) muestran que la prevalencia de la fragilidad varía entre el 5% y el 22%, lo que puede derivarse de la falta de independencia y dependencia, que superará el 50% en el año 2050.

Algunos de los modelos más importantes de fragilidad son:

- **Modelo de Fried et al. (2001):** está basado en datos del estudio de salud cardiovascular. La fragilidad es un síndrome clínico donde se dan tres o más de los siguientes criterios: pérdida de peso involuntaria, agotamiento auto-reportado, disminución de la fuerza de agarre, baja velocidad de marcha y baja actividad física. La pre-fragilidad presenta uno o dos criterios. Esta definición muestra una validez concurrente por las asociaciones esperadas con la edad, las condiciones crónicas, la función cognitiva y los síntomas depresivos. Además, es predictivo independientemente de varios resultados significativos, como caídas, hospitalización, empeoramiento de la discapacidad o la muerte.
- **Modelo de Buchner (1992):** hace referencia a la fragilidad como los umbrales en los que la pérdida de reserva fisiológica y la adaptabilidad del organismo empiezan a ser insuficientes para mantener la independencia y están en riesgo de convertirse en dependientes. Por lo tanto, sería el resultado de una reducción multisistémica de la homeostasis interna del organismo, cuyos últimos mecanismos son actualmente desconocidos y podrían estar relacionados con múltiples factores (biológicos, genéticos, hábitos y estilos de vida, enfermedades crónicas y condiciones psicosociales). La manifestación clínica de este proceso sería el inicio de la discapacidad. Por lo tanto, este modelo tiene especial relevancia desde el punto de vista de la prevención, ya que detectaría la fragilidad preclínica y el deterioro funcional antes del desarrollo de las situaciones de dependencia. La fragilidad no es sinónimo de discapacidad (definida como deterioro funcional estable), sino deterioro funcional inestable o riesgo de declive funcional con pequeñas agresiones externas.
- **Modelo de Brocklehurst (1985):** la fragilidad es el riesgo de perder la capacidad de vivir en la comunidad social.

Etapas de la fragilidad

Todos los modelos establecen diferentes etapas de fragilidad que son relevantes en términos de prevalencia y necesidad de tipos de intervenciones.

-

Persona mayor sana > más de 60 años sin ninguna enfermedad objetiva. La capacidad funcional es buena y es capaz de realizar autónomamente actividades básicas e instrumentales de la vida diaria ('Activities of Daily Living – ADL). Además, no existen problemas sociales o hábitos de vida poco saludables.

- **Pre fragilidad** > persona sana con una enfermedad crónica (comportamiento similar al de un adulto enfermo). Visitas frecuentes al médico y varias hospitalizaciones debido a un único proceso, pero sin ningún otro problema mental, físico o social. Sus problemas de salud pueden ser abordados por los servicios de atención primaria.
- **Fragilidad** > Personas que conservan su independencia de manera precaria y corren un alto riesgo de convertirse en dependientes. Las personas con co-morbilidad, pero si son compensadas (principalmente apoyándose en el entorno social y familiar) logran un delicado equilibrio para permitir la independencia básica. Los procesos intercurrentes (infecciones, caídas, cambios en la medicación, hospitalización, etc.) pueden conducir a una situación de pérdida de independencia, requiriendo la necesidad de servicios de salud y/o sociales. La capacidad funcional está aparentemente bien preservada para la ADL básica (por ejemplo, el cuidado de sí mismo), pero con problemas para la ADL compleja. El hecho principal es que, siendo independientes, corren un alto riesgo de ser dependientes (riesgo de inestabilidad).
- **Dependencia** > Personas mayores con una o más enfermedades crónicas, donde ya hay un claro deterioro. Estos pacientes son dependientes para la ADL básica y necesitan ayuda de otras personas. Los desórdenes mentales y sociales son frecuentes. El llamado paciente geriátrico es el anciano en el cual el equilibrio entre sus necesidades y la capacidad de cubrirlo mediante su entorno se rompe y el paciente se ha vuelto dependiente y discapacitado.

Las características más frecuentes de personas con fragilidad en cada uno de los dominios son:

- 1) **Sociodemográfico**: significativamente mayores, con mayor probabilidad de ser mujeres, con poca educación y bajos ingresos en comparación con adultos mayores no frágiles (Avila-Funes et al., 2008).
- 2) **Estado físico y de salud**: alto número de enfermedades crónicas como hipertensión, infarto, diabetes, etc. (SARHE) y caídas.
- 3) **Estilos de vida y hábitos no saludables**: falta de actividad física y consumo de tabaco y alcohol.
- 4) **Cognitivo, psicológico y emocional**: discapacidad cognitiva, depresión y distimia.
- 5) **Capacidades funcionales**: necesidad de apoyo para ADL, especialmente instrumental, problemas de movilidad y de apoyo domiciliario.

En My-AHA nos centraremos en todos los dominios de la fragilidad basándonos en un enfoque holístico y cubriendo las diferentes etapas de la fragilidad, ya que este círculo vicioso puede romperse mediante la detección precoz del riesgo y la intervención a medida, especialmente en las primeras etapas como la pre-fragilidad.

My-AHA considerará las interrelaciones entre el envejecimiento biológico sano y el bienestar con sexo/género, etnia, factores socioeconómicos y otros determinantes vitales que requieren un estudio adicional, con un interés en individuos con perfiles discordantes (por ejemplo, aquellos que mantienen el bienestar psicológico y la participación social a pesar de la disminución funcional).

Las cuestiones de género son particularmente relevantes para este estudio, ya que pueden considerarse diferentes respuestas a la fragilidad en los dos sexos: por ejemplo, la reducción de la densidad ósea, que conduce a caídas y fracturas, es más frecuente en las mujeres, mientras que una reducción significativa en la masa muscular es más frecuente en los hombres. Esto puede tener un impacto relevante en la fragilidad física y psicológica en los dos sexos, y afectar el cumplimiento del individuo a los diferentes tipos de intervención. Además, un enfoque diferente de las TIC puede estar relacionado con el género, especialmente en los ancianos.

Source URL: <http://www.activeageing.unito.it/es/modelos-y-fases-de-la-fragilidad>