

ATENCIÓN INTEGRAL EN EL ADULTO MAYOR PARA CONTRIBUIR EN EL BIENESTAR Y CALIDAD DE VIDA

COMPREHENSIVE CARE FOR THE ELDERLY TO CONTRIBUTE TO WELL-BEING AND QUALITY OF LIFE

Article received on: 11/19/2025

Article accepted on: 2/19/2026

Viviana Paola Patiño Zambrano*

*Universidad de Guayaquil, Guayaquil, Ecuador

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6997-9080>

viviana.patinoz@ug.edu.ec

Diana Maribel Bravo Saquicela**

**Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito, Ecuador

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7997-1966>

dmbраво@pucesm.edu.ec

Marcelino Rafael Carrasco Guaman**

**Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito, Ecuador

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7434-0361>

rafaelcarrasco2688@gmail.com

Manuel Bernardo Balladares Mazzini*

*Universidad de Guayaquil, Guayaquil, Ecuador

Orcid: <https://orcid.org/0009-0000-2532-7139>

manuel.balladaress@ug.edu.ec

Gina Janeth Vargas Vera*

*Universidad de Guayaquil, Guayaquil, Ecuador

Orcid: <https://orcid.org/0009-0007-0312-2408>

gina.vargasv@ug.edu.ec

The authors declare that there is no conflict of interest

Resumen

Introducción: El envejecimiento poblacional es un fenómeno global creciente, siendo los adultos mayores un grupo de alta vulnerabilidad. En Ecuador, donde este grupo representa el 10% de la población, es imperativo garantizar una atención integral para mejorar su bienestar y calidad de vida. El presente estudio se enfocó en el asilo Carlos Luis Plaza Dañín para evaluar y proponer estrategias de atención integral. **Metodología:** Se realizó un estudio prospectivo, longitudinal con un enfoque de investigación-acción participativa. La muestra estuvo constituida por residentes del Asilo Carlos Luis Plaza Dañín y residentes del Hogar San José. Se aplicaron métodos inductivos y deductivos, y técnicas de recolección de datos como la observación, el registro de historias clínicas y entrevistas. La valoración nutricional se realizó mediante la evaluación antropométrica y el Screening Mini Nutritional Assessment (MNA),

Abstract

Introduction: Global population aging is a growing phenomenon, with older adults constituting a highly vulnerable group. In Ecuador, where this group represents 10% of the population, it is imperative to ensure comprehensive care to improve their well-being and quality of life. The present study focused on the Carlos Luis Plaza Dañín nursing home to evaluate and propose comprehensive care strategies. **Methodology:** A prospective, longitudinal study with a participatory action research approach was conducted. The population consisted of the totality of the residents (N=36) of the nursing home. Inductive and deductive methods were applied, along with data collection techniques such as observation, clinical record review, and interviews. Nutritional assessment was performed using anthropometric evaluation and the Mini Nutritional Assessment (MNA) Screening,

complementado con el análisis de trastornos de la comunicación y funcionalidad, así como estudios de fonoaudiología como MoCA, MECV-V y Test de Boston. Resultados: El diagnóstico nutricional global (MNA) reveló una alta prevalencia de compromiso nutricional, con un alarmante 91.67% de los residentes en estado de Riesgo de Desnutrición (41.67%) o Desnutrición (50.00%). Estos hallazgos se correlacionan con factores de riesgo críticos, incluyendo una alta incidencia de pérdida de peso reciente (69.44%) y una marcada presencia de comorbilidades crónicas, siendo la Hipertensión Arterial (86.11%) la más prevalente, seguida por los problemas articulares y los trastornos neuropsicológicos. Conclusión: La población del asilo presenta una alta vulnerabilidad nutricional y clínica, evidenciando la necesidad urgente de una intervención planificada. Se concluye que la implementación de un modelo de atención integral, que aborde simultáneamente el estado nutricional, la funcionalidad y los factores psicosociales, es fundamental para mitigar los riesgos identificados y promover activamente el bienestar y la calidad de vida de los adultos mayores residentes.

Palabras clave: Adulto. Bienestar. Calidad. Vida. Integral.

complemented by the analysis of communication disorders and functionality. Results: The global nutritional diagnosis (MNA) revealed a high prevalence of nutritional compromise, with an alarming 91.67% of residents in a state of Risk of Malnutrition (41.67%) or Malnutrition (50.00%). These findings correlate with critical risk factors, including a high incidence of recent weight loss (69.44%) and a marked presence of chronic comorbidities, with Arterial Hypertension (86.11%) being the most prevalent, followed by joint problems and neuropsychological disorders. Conclusion: The nursing home's population exhibits high nutritional and clinical vulnerability, evidencing the urgent need for planned intervention. It is concluded that the implementation of a comprehensive care model, simultaneously addressing nutritional status, functionality, and psychosocial factors, is fundamental to mitigate the identified risks and actively promote the well-being and quality of life of the elderly residents.

Keywords: Older Adult. Well-being. Quality. Life. Comprehensive.

1 INTRODUCCIÓN

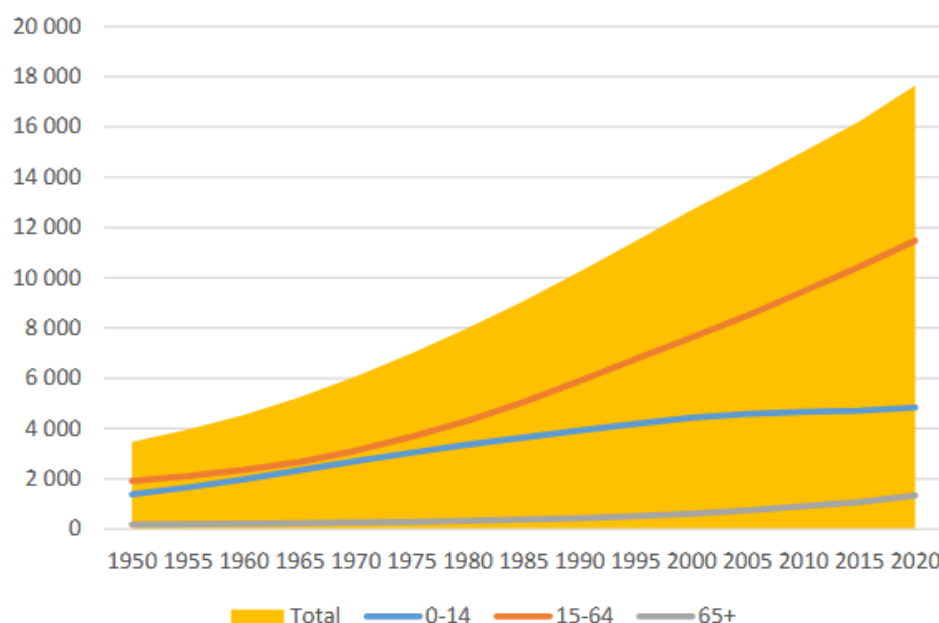
El siglo XXI se caracteriza por el fenómeno de la transición demográfica, donde el aumento de la esperanza de vida ha resultado en un crecimiento poblacional acelerado de adultos mayores. Este envejecimiento rápido, notablemente acelerado en regiones de América Latina y Asia, exige una reestructuración fundamental de los sistemas de salud. La atención ya no puede centrarse únicamente en la curación de patologías agudas. En su lugar, el imperativo es gestionar la cronicidad, abordar la multimorbilidad y, crucialmente, preservar el estado funcional y la capacidad intrínseca de las personas mayores (Logroño Noboa, 2025).

La justificación de la Atención Integral Geriátrica (AIG) radica en esta transición epidemiológica. Cuando la atención es meramente episódica o está fragmentada por especialidades, se descuida la compleja interrelación de los síndromes geriátricos (ej.,

caídas, fragilidad, deterioro cognitivo), lo que conduce a mayores tasas de dependencia y a una disminución severa de la calidad de vida (Logroño Noboa, 2025).

A nivel mundial, se proyecta un aumento significativo de la población mayor de 65 años, que alcanzará el 21% para 2050, sumando 1,041 millones de adultos mayores. Este incremento se concentra predominantemente en países en vías de desarrollo (77%). En el Ecuador, los adultos mayores representan el 10% de la población total, conformando un grupo vulnerable. Las proyecciones del INEC indican que hay alrededor de 1,264,423 adultos mayores, siendo las mujeres (54%) ligeramente más numerosas que los hombres (46%).

Ecuador no se encuentra ajeno al proceso de envejecimiento poblacional que se experimenta a nivel global y, en especial, en América Latina y el Caribe. Su estructura poblacional se compone de una proporción significativa de población joven y adulta en edad laboral; sin embargo, al igual que otros países de la región, se encuentra experimentando un proceso de envejecimiento poblacional, resultado del aumento de la esperanza de vida y de la disminución del número de nacimientos. A continuación, se presentan una serie de indicadores demográficos de Ecuador para una comprensión del contexto en que se enmarca la discusión de las políticas de cuidados. Con más de 17 millones de habitantes, Ecuador presenta un ritmo de crecimiento poblacional menor al de décadas pasadas, con cambios importantes en la composición de sus hogares. Desde 1950, la población en el Ecuador ha incrementado su tamaño en más de cuatro veces. Para el 2010, en el país se registraron 14,4 millones de habitantes, sin embargo, se evidencia una reducción del ritmo de crecimiento de la población: entre los censos de 1950 y 1962 el crecimiento fue de un 2.9%, mientras que entre los censos de 2001 y 2010 el crecimiento fue de un 1.9%. Lo anterior se expresa en la Figura 1, en la que se observa el aumento continuo de la cantidad total de habitantes del Ecuador, la cual en el año 1950 era cercana a los 3 millones, mientras que en el año 2020 supera los 17 millones. Por otra parte, se observa un cambio en las estructuras etarias, apreciándose un aumento en todos los rangos a lo largo de los años y un crecimiento en el número de personas mayores de 65 años a partir del año 2010 (Forttes Valdivia, 2020).

Figura 1*Población total Ecuador y por rango de edad 1950 a 2020*

Fuente: (Forttes Valdivia, 2020).

A consideración de Sánchez-González & Egea-Jiménez (2011) “...Sobre el adulto mayor y los factores relacionados con este período de la vida, se escribe desde diferentes perspectivas y con más amplitud en los últimos años. Esto obedece fundamentalmente a la preocupación cada vez más creciente en las sociedades contemporáneas por las personas mayores de 60 años, que representan el grupo de edad que más rápidamente crece en el mundo. Uno de los aspectos más abordados y quizás más polémicos en las investigaciones es la caracterización de esta etapa desde la perspectiva de los cambios bio-psico-sociales que se producen.”

La salud de este grupo está intrínsecamente ligada a los estilos de vida, que son patrones de conducta influenciados por factores socioculturales y socioeconómicos. La evidencia científica y la OPS señalan que las malas prácticas de alimentación y la escasa actividad física están relacionadas con la alta prevalencia de enfermedades crónicas en la vejez, como la Hipertensión Arterial, el sobrepeso y los trastornos cardiovasculares. Por ello, organismos como la OMS abogan por la importancia de los estilos de vida, y el MSP (2018) enfatiza la necesidad de una dieta saludable y actividad física para la longevidad.

La vejez (tercera edad o adulto mayor), que comienza alrededor de los 60 años, ha sido estudiada desde diversas ópticas. Orosa Fraiz (2003) señala que se ha abordado a menudo como una fase de involución. Teóricos como Erik Eriksson (psicodinámica) definen esta etapa por la crisis de "Integridad del Yo versus Desesperación", mientras que Maslow y Buhler (humanista) la ven como un estado de realización o resignación. Por otro lado, la corriente biogenética (Stanley Hall) enfoca las características psicológicas como dependientes del deterioro físico. Estas perspectivas clásicas son criticadas por promover una visión "sombria" y biologizante de la edad.

Tolstij (1989) al abordar la caracterización bio-psico-social de la tercera edad señala que la principal tendencia en este sentido que ha prevalecido en los estudios de esta etapa ha estado marcada por un "cuadro sombrío" de la misma, este autor independientemente de reconocer esta etapa como "difícil" y marcada por diferentes características que son frecuentes en los ancianos, reconoce también que las mismas se hacen muchas veces "excesivas desde el punto de vista tipológico".

Frente a la visión de involución, se asume la concepción histórico-cultural del desarrollo psíquico (Vygotski), promovida por autores como Orosa Fraiz (2003), que rompe con la idea del deterioro y reconoce a la vejez como una etapa generadora de nuevas formaciones psicológicas. Salvarezza, citado por Orosa Fraiz (2003) critica además la "teoría del desapego", que justifica el aislamiento social del anciano. El proceso de envejecimiento se concibe mejor bajo un enfoque integrador "bio-psico-social" (Rocabrundo), reconociendo la interacción de factores genéticos y ambientales. La caracterización del adulto mayor actual requiere verlo como un ser activo cuyo desarrollo continúa, a pesar de la tendencia a una disminución de la autoestima o las capacidades. Se destaca el rol de la sabiduría y la experiencia como privilegios de esta edad (Fritz Giese), siempre que el sujeto posea una adecuada autovaloración.

2 DESARROLLO

2.1 Factores biopsicosociales clave asociados a la calidad de vida (CV)

La literatura revisada, incluyendo una síntesis narrativa de 18 estudios con aproximadamente 3,120 participantes (2020-2025), confirma que la calidad de vida en la

vejez no puede ser vista únicamente desde una perspectiva patológica (Logroño Noboa, 2025). El bienestar se construye a partir de la interacción de factores biopsicosociales interrelacionados.

2.2 El entorno socio-emocional como determinante primario

El respaldo social y familiar, junto con la existencia de vínculos afectivos sólidos, son determinantes primarios de la CV (Logroño Noboa, 2025). La evidencia demuestra que la exclusión de la sociedad y una percepción negativa de la vejez afectan los aspectos psicológicos, físicos y sociales, lo que puede llevar a que los adultos mayores se separen de sus roles habituales dentro de sus círculos comunitarios (Pineda Eras *et al.*, 2025). En contraste, un entorno físico accesible y un diseño institucional centrado en la persona reducen la soledad y el deterioro emocional, fomentando la autonomía y la percepción de bienestar (Logroño Noboa, 2025).

2.3 Factores clínicos y psicológicos

La capacidad funcional y el grado de autonomía son cruciales, ya que influyen directamente en la independencia y la satisfacción vital. Psicológicamente, la presencia de síntomas depresivos y la ansiedad actúan como potentes reductores del bienestar (Logroño Noboa, 2025). El proceso de envejecimiento conlleva preocupaciones que requieren una adaptación significativa, y el manejo de estos factores psicológicos es tan vital como el manejo de las enfermedades crónicas (Pineda Eras *et al.*, 2025).

La tabla 1 resume los hallazgos clave de las revisiones sistemáticas recientes sobre los determinantes de la CV, lo que subraya que la AIG debe priorizar el diseño de entornos sociales y emocionales de soporte para alcanzar resultados óptimos.

Tabla 1
Síntesis de Factores Biopsicosociales Determinantes de la Calidad de Vida (CV) en el Adulto Mayor (2020-2025)

Dominio Biopsicosocial	Factor Clave Identificado	Impacto Comprobado en el Bienestar/CV
Social y Emocional	Respaldo social y familiar, vínculos afectivos sólidos	Reduce la soledad y el deterioro emocional; mejora la salud mental y la percepción de bienestar.
Funcional y Físico	Capacidad funcional y grado de autonomía	Determinante fuerte de la independencia, satisfacción vital y reducción de la dependencia severa.
Entorno y Atención	Percepción del cuidado recibido y entorno accesible	Influye decisivamente en la dignidad y satisfacción vital, especialmente en el ámbito institucional.
Psicológico	Ausencia de síntomas depresivos y manejo de la ansiedad	Mitiga el riesgo de deterioro físico y cognitivo; favorece la adaptación significativa.

Fuente: (Logroño Noboa, 2025).

2.4 Evidencia cuantitativa sobre la efectividad funcional y clínica de la AIG

La AIG se valida a través de la eficacia de sus intervenciones personalizadas, particularmente aquellas dirigidas a los principales síndromes geriátricos.

2.5 Prevención de caídas y fragilidad mediante VGI

Las caídas representan un problema de salud pública prioritario, asociadas a una alta morbilidad, discapacidad, pérdida de autonomía y mortalidad. La evidencia reciente (2020-2025) es contundente al destacar que las estrategias más efectivas son de naturaleza integral y multifactorial, y deben estar necesariamente basadas en una Evaluación Geriátrica Integral (EGI) que utilice herramientas clínicas como la Clinical Frailty Scale (Ante Masabanda & Cocha Gahona, 2025).

Las intervenciones de enfermería, al combinar la educación sanitaria (dirigida al paciente y su entorno), ejercicios terapéuticos adaptados, adaptaciones del entorno físico y monitoreo personalizado, han demostrado ser eficaces (Ante Masabanda & Cocha Gahona, 2025). Instrumentos de valoración funcional, como la escala de Tinetti, han comprobado su eficacia para reducir la morbilidad y poseen un valor predictivo respecto al síndrome de fragilidad, lo que permite anticipar eventos adversos y diseñar intervenciones preventivas personalizadas (Pineda Eras *et al.*, 2025).

2.6 Mejora de la función física y cognitiva

El ejercicio físico se posiciona consistentemente como la intervención con mayores beneficios para mejorar la funcionalidad (ADL e IADL), especialmente cuando se implementa de manera sinérgica con intervenciones nutricionales (Avendaño Céspedes *et al.*, 2025).

Investigaciones basadas en ensayos controlados aleatorizados (ECA) han explorado metodologías avanzadas de ejercicio. Específicamente, el entrenamiento en modalidad de Tarea Dual (DT), que combina el ejercicio físico multicomponente con tareas cognitivas simultáneas, ha demostrado generar un efecto superior sobre la función física (medida por SPPB e IHS) en comparación con el ejercicio de tarea única en adultos mayores institucionalizados (Pinto-Rojas *et al.*, 2025). Si bien la evidencia sobre la mejora cognitiva directa requiere estudios de mayor tamaño, el ejercicio físico general constituye una alternativa no farmacológica prometedora para adultos mayores con deterioro cognitivo leve, con efectos heterogéneos pero positivos en diversos dominios cognitivos (Arana Tobar *et al.*, 2025).

2.7 Intervención nutricional integral

La malnutrición es una condición prevalente que incrementa el riesgo de complicaciones, hospitalizaciones prolongadas y la disminución de la independencia (Vega Sailema & Analuisa Sisalema, 2025). Las revisiones sistemáticas recientes (2020-2025) demuestran que las intervenciones nutricionales son cruciales para el manejo de la fragilidad (Avendaño Céspedes *et al.*, 2025).

Las estrategias exitosas dentro de la AIG incluyen la educación nutricional personalizada, el uso de suplementos dietéticos orales, y el acompañamiento integral para mejorar la adherencia al tratamiento (Vega Sailema & Analuisa Sisalema, 2025). Estas acciones coordinadas optimizan el estado nutricional y previenen futuras complicaciones, reforzando el efecto beneficioso del ejercicio físico.

La siguiente tabla sintetiza la eficacia comprobada de las intervenciones clave de la AIG:

Tabla 2

Efectividad de intervenciones clave de atención integral en geriatría.

Área de Intervención	Tipo de Intervención Efectiva (AIG)	Impacto Comprobado y Medido
Funcional/Movilidad	Ejercicio físico multicomponente, Ejercicio de Tarea Dual (DT).	Mejora significativa en SPPB e IHS (función física) e independencia.
Fragilidad y Caídas	Intervenciones Multifactoriales (basadas en EGI), adaptaciones ambientales.	Prevención de caídas futuras (predictibilidad hasta seis meses); reducción de morbilidad.
Nutricional	Educación Nutricional Personalizada y Suplementación Oral.	Mejora del estado nutricional, prevención de complicaciones y optimización de la salud.
Cognitiva	Entrenamiento Cognitivo (solo o combinado con Ejercicio Físico).	Mejoría en dominios cognitivos específicos (MoCA); manejo de deterioro cognitivo.

Fuente: (Ante Masabanda & Cocha Gahona, 2025; Avendaño Céspedes *et al.*, 2025; Pinto-Rojas *et al.*, 2025).

3 METODOLOGÍA

El estudio se constituyó como una investigación prospectiva, longitudinal, enfocada en una población de 46 adultos mayores residentes en el Asilo Carlos Luis Plaza Dañín y 95 adultos mayores residentes del Hogar San José. Con una muestra directa de 31 adultos mayores con alteraciones comunicativas. Se emplearon métodos inductivo y deductivo para analizar los datos y alcanzar los objetivos. La metodología incluyó la aplicación de la observación para recoger información sobre las características de los residentes y la realización de entrevistas individuales. Se utilizó la revisión bibliográfica para el sustento teórico, y la investigación de campo para constatar la problemática in situ. Los datos clínicos y nutricionales se obtuvieron mediante la revisión de la historia clínica, registros de valoraciones médicas periódicas, valoración antropométrica, y la aplicación del Screening Mini Nutritional Assessment (MNA). Además, se evaluaron los trastornos de la comunicación, el diagnóstico audiológico (estudios de fonoaudiología como MoCA, MECV–V y Test de Boston) y la capacidad funcional en las actividades diarias. Complementariamente, se aplicó el método de investigación-acción participativa, que comenzó con un diagnóstico situacional y psicosocial para identificar y priorizar los problemas de salud en la entidad, involucrando activamente a los estudiantes en el proceso.

Tabla 3*Baterías de Evaluación Fonoaudiológica*

Instrumento	Descripción	Funciones evaluadas	Interpretación
MoCA (Montreal Cognitive Assessment)	Evalúa disfunciones cognitivas leves. Duración: 10–15 min.	Atención, memoria, lenguaje, funciones ejecutivas, cálculo, orientación.	Normal ≥ 26 puntos. Deterioro leve ≤ 25 .
MECV–V	Adaptación española del Mini Mental.	Orientación, memoria, cálculo, lenguaje, praxias.	<24 puntos indica deterioro cognitivo.
Test de Boston (BDAE abreviado)	Determina tipo y grado de afasia.	Comprensión, denominación, repetición, lectura y escritura.	Clasifica fluidez y comprensión.
Evaluación de deglución (MECV–V)	Analiza seguridad y eficacia de la deglución.	Motricidad orofacial, reflejos, control de bolo.	Identifica riesgo de aspiración.
Observación comunicativa funcional	Registra habilidades conversacionales.	Comunicación funcional y emocional.	Escala cualitativa: alta, media, baja.

3.1 Estrategias de intervención fonoaudiológica**Tabla 4***Intervención Cognitivo-Lingüística*

Estrategia	Objetivo	Descripción
Estimulación cognitiva estructurada	Mantener atención, memoria y fluidez.	Ejercicios de categorización, asociaciones y recuerdo verbal.
Fluidez y denominación verbal	Reforzar el léxico y la velocidad verbal.	Actividades con categorías semánticas y fonológicas.
Lectura dialogada y reminiscencia	Estimular expresión oral y memoria autobiográfica.	Lectura de textos con evocación de experiencias.
Praxias bucofaciales y fonorespiratorias	Mejorar articulación y proyección vocal.	Ejercicios de coordinación y fortalecimiento oral.

Tabla 5*Intervención en Deglución y Comunicación Funcional*

Estrategia	Objetivo	Aplicación
Reeducación de la deglución segura	Reducir riesgo de aspiración.	Ejercicios musculares y adaptación postural.
Entrenamiento comunicativo funcional	Mejorar autonomía comunicativa.	Simulación de situaciones reales.
Talleres de socialización	Fortalecer autoestima y participación.	Dinámicas grupales y juegos verbales.

Figura 2

Aplicación de encuesta sociodemográfica



4 RESULTADOS

Figura 3

Pacientes según su género

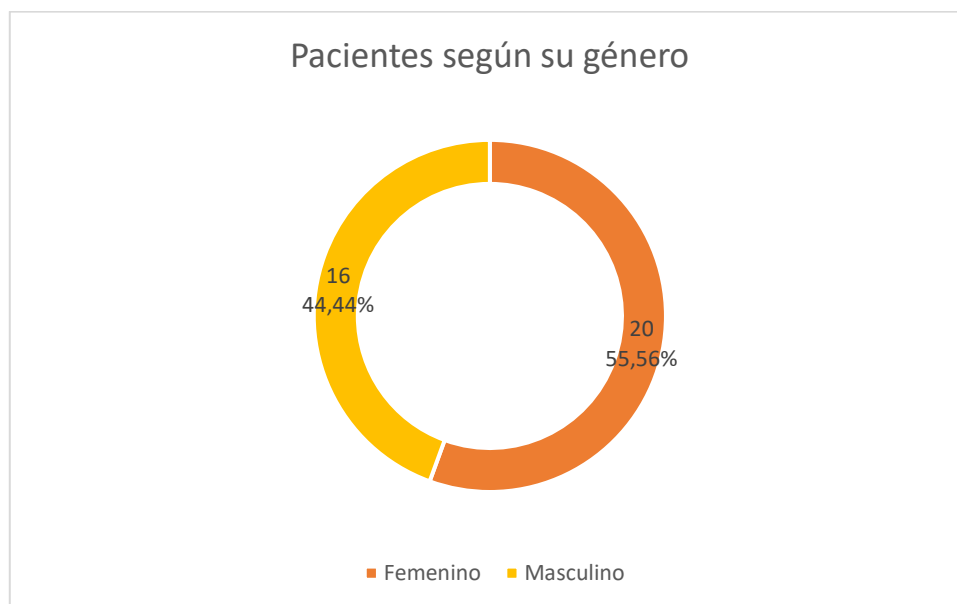


Figura 4

Pacientes según valoración clínica

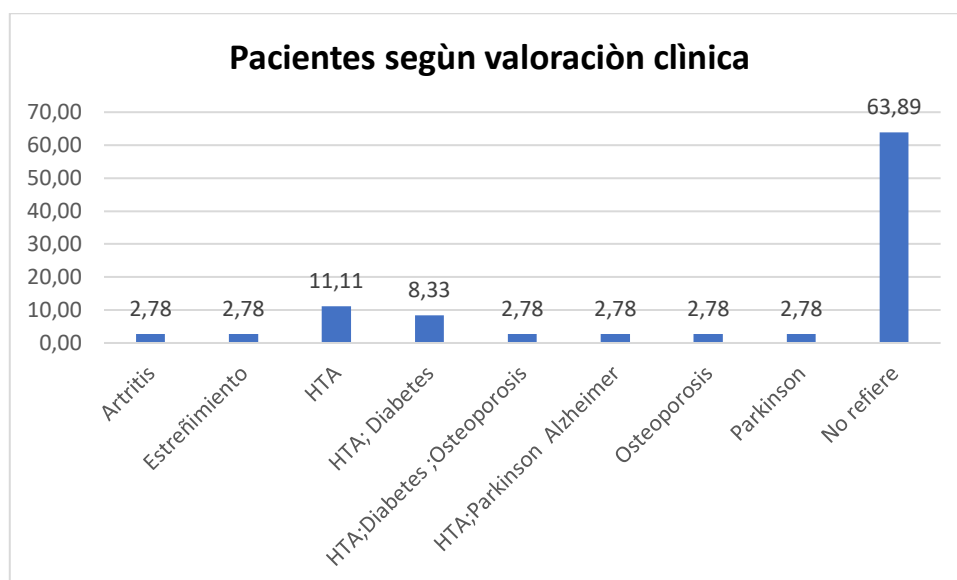
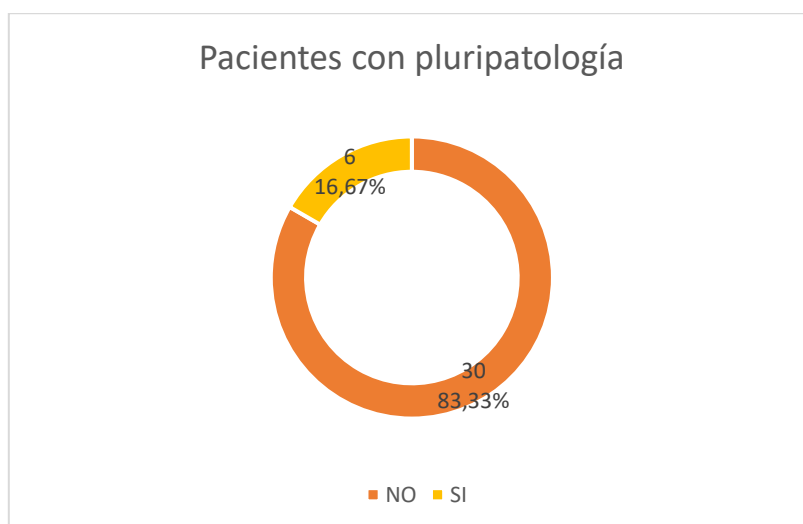


Figura 5

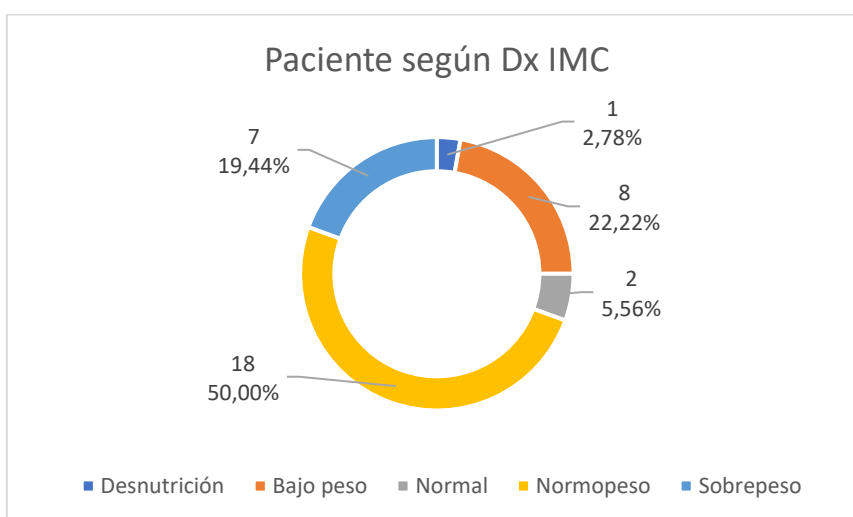
Pacientes con pluripatología



En la figura 3, 55,56% de los residentes del asilo Carlos Luis Plaza Dañín son de género femenino mientras que el 44,44% son de género masculino. En cuanto a las patologías que presentan estos adultos mayores en la figura 4, se observa que hay un 63,89% que no refiere patología alguna, mientras un 11,11% refiere hipertensión arterial, un 8,33% hipertensión y diabetes, y el restante 16,67% se distribuye entre Artritis, Estreñimiento, Osteoporosis, Parkinson, Alzheimer, entre otras (pluripatología) (figura 5).

Figura 6

Paciente según Dx IMC



En cuanto al diagnóstico de índice de masa corporal, un 19,44% tiene sobrepeso, el 2,78% desnutrición, un 22,22% bajo peso, un 5,56% peso normal y un 50% normopeso.

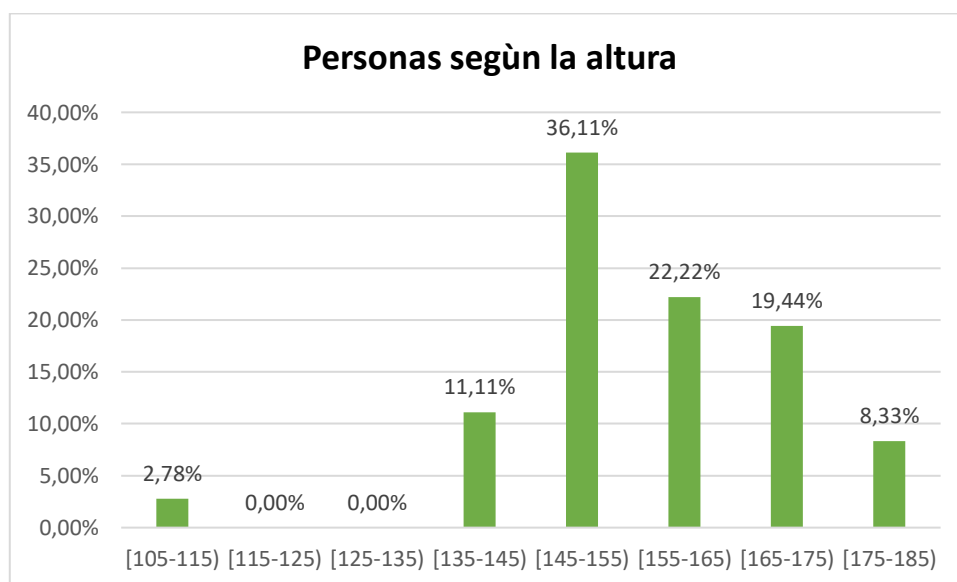
Tabla 6

Distribución de personas según su altura

Intervalos			Número de Personas (f_i)	%
[105-115)	105	114	1	2,78%
[115-125)	115	124	0	0,00%
[125-135)	125	134	0	0,00%
[135-145)	135	144	4	11,11%
[145-155)	145	154	13	36,11%
[155-165)	155	164	8	22,22%
[165-175)	165	174	7	19,44%
[175-185)	175	184	3	8,33%
			36	100,00%

Figura 7

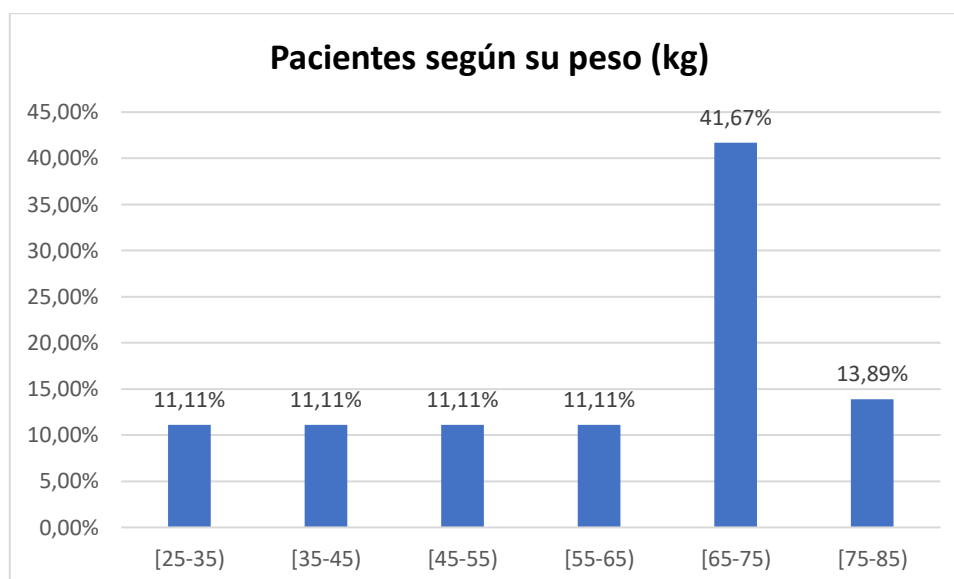
Distribución de personas según su altura



La tabla 6 y figura 7, indican que el 36,11% de los adultos mayores están entre los 1,45 y 1,55 metros de altura, entre los 1,55 y 1,65 metros el 22,22%, el 19,44% entre los 1,65 y 1,75 metros de altura, un 11,11% entre el 1,35 y 1,45 metros de altura, el 8,33% entre los 1,75 y 1,85 metros de altura y por último el porcentaje más bajo con el 2,78% entre los 1,05 y 1,15 metros de estatura. El peso mínimo fue de 1,05 metros y el máximo de 1,85, el promedio de estatura es 1,56 metros.

Figura 8

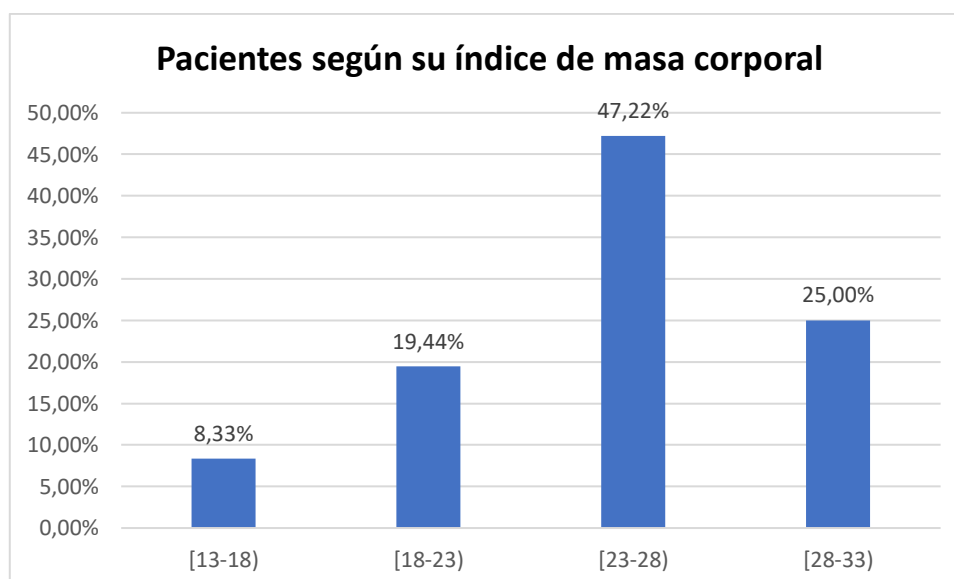
Pacientes según su peso (Kg)



El 41,67% que representa el mayor porcentaje de los residentes del asilo están en un rango de peso entre los 65 y 75 Kg, el 13,89% entre los 75 y 85 Kg, mientras que el restante 44,44, se distribuye homogéneamente entre los rangos de peso de 25 y 65 kg. El peso mínimo es de 25 kg y el máximo de 85 Kg, el promedio de peso es de 59,29 Kg.

Figura 9

Pacientes según su IMC



El 8,33% de los pacientes están en un rango de IMC entre 13 y 18, estando en una categoría de bajo peso, el 19,44% tienen un IMC entre 18 – 23 estando en una categoría de normopeso (peso normal), el 47,22% presenta un IMC entre 23 – 28 estando en una categoría de sobrepeso y por último el 25% tienen un IMC en el rango de 28 – 33 estando en una categoría de obesidad. El mínimo IMC fue de 13 y el máximo de 33, el IMC promedio fue de 24,24.

4.1 Análisis general

A pesar de que la mitad de los pacientes tiene un IMC en el rango de peso normal/saludable, el Diagnóstico Nutricional Global (MNA, por sus siglas en inglés) revela que más del 90% está en riesgo o ya malnutrido. Esto sugiere una combinación de malnutrición oculta (pérdida de masa muscular sin cambios drásticos en el peso total) y una ingesta inadecuada (evidenciada por la pérdida de apetito y la pérdida de peso reciente).

La alta prevalencia de HTA, problemas articulares y entre otro, actúan como un factor agravante que dificulta la ingesta adecuada y el estado funcional, contribuyendo al deterioro nutricional. La prioridad debe ser una intervención nutricional inmediata y específica para el 91.67% de los pacientes con MNA comprometido.

Tabla 7

Estudio de fonoaudiología

Indicador	Resultado
Deterioro cognitivo leve	68%
Dificultad en fluidez verbal	54%
Baja participación social	72%
Alteración de atención y memoria	65%

Los talleres grupales favorecieron la mejora en la atención, la evocación de recuerdos y la participación social. Se evidenció un aumento del 40% en la fluidez verbal tras las sesiones de estimulación cognitivo-lingüística

5 CONCLUSIÓN

La ejecución de este proyecto permitió confirmar que el bienestar del adulto mayor en centros como el Asilo Plaza Dañín y el Hogar San José no puede abordarse de forma aislada. La atención efectiva requiere una valoración multidimensional que trascienda lo puramente clínico para incluir aspectos cognitivos, comunicativos, nutricionales, funcionales y sociales. El uso de herramientas estandarizadas como el MoCA, el MECV-V y el Test de Boston, en conjunto con evaluaciones nutricionales (MNA, Índice de Barthel y SARC-F), resultó fundamental para identificar con precisión el estado real y las necesidades de los residentes.

Los diagnósticos realizados evidenciaron una situación de alta vulnerabilidad, destacando que el 68% de los evaluados presenta deterioro cognitivo leve y un 65% manifiesta alteraciones en procesos críticos de atención y memoria. Esta fragilidad cognitiva se suma a una alta frecuencia de riesgo de malnutrición y sarcopenia, factores que limitan la autonomía física. Sin embargo, el hallazgo más crítico es el 72% de baja participación social, lo que demuestra que las barreras en la comunicación (como el 54% de dificultad en fluidez verbal) están intrínsecamente ligadas al aislamiento y al deterioro de la calidad de vida en contextos institucionales.

La implementación de estrategias de estimulación y educación demostró un impacto positivo tangible, logrando un incremento del 40% en la fluidez verbal tras las sesiones fonoaudiológicas. Las intervenciones basadas en la reminiscencia, la lectura dialogada y las actividades recreativas nutricionales no solo fortalecieron las capacidades biológicas y cognitivas, sino que actuaron como un motor para mejorar el estado anímico y la autoestima de los participantes. Estos resultados confirman que el entrenamiento funcional y el acompañamiento personalizado son herramientas eficaces para compensar los cambios naturales del envejecimiento y promover una vejez activa.

El proyecto consolidó la relevancia del rol del nutricionista clínico y del fonoaudiólogo en la prevención y promoción de la salud geriátrica. Para la Universidad de Guayaquil, este escenario real de aprendizaje fortaleció competencias clave como el juicio clínico, la empatía y el trabajo interdisciplinario en sus estudiantes. A nivel institucional, el levantamiento de datos detallados proporcionó a los centros de acogida herramientas de gestión útiles para la toma de decisiones informadas sobre la

alimentación y los cuidados terapéuticos de sus residentes, asegurando un modelo de atención más humano y técnico.

5.1 Recomendaciones

1. **Implementar un plan de seguimiento nutricional individualizado:** Se recomienda establecer controles periódicos del estado nutricional y funcional de los adultos mayores mediante reevaluaciones trimestrales utilizando herramientas como el MNA, el Índice de Barthel y el SCARC-F, con el fin de prevenir complicaciones y detectar a tiempo signos de deterioro;
2. **Capacitación continua al personal del asilo:** Se sugiere brindar talleres prácticos al personal de cocina, cuidadores y personal médico sobre temas como consistencias alimentarias adecuadas, alimentación para pacientes con sarcopenia, hidratación, y adaptación de dietas en función de patologías comunes en la vejez;
3. **Diseñar menús adaptados y rotativos:** Elaborar planes de alimentación con enfoque geriátrico que contemplen la textura, densidad calórica y proteica, y las restricciones médicas de los residentes. Se recomienda rotar los menús semanal o quincenalmente para mejorar la aceptación de alimentos;
4. **Promover la actividad física funcional diaria:** Se aconseja integrar rutinas básicas de movilidad o ejercicios suaves (bajo supervisión) como parte de las actividades cotidianas, con el fin de reducir el riesgo de sarcopenia y mantener la autonomía en los residentes;
5. **Fortalecer el acompañamiento psicológico y emocional:** Incorporar actividades recreativas, celebraciones simbólicas y momentos de interacción social con voluntarios o estudiantes puede mejorar el estado emocional y contribuir a un mejor apetito, adherencia alimentaria y calidad de vida;
6. **Establecer alianzas con universidades e instituciones de salud:** Se recomienda continuar y ampliar la vinculación con instituciones académicas como la Universidad de Guayaquil para asegurar la participación constante de estudiantes en procesos de evaluación, intervención y educación nutricional en el asilo;
7. **Digitalizar los registros clínico-nutricionales:** Se sugiere implementar sistemas digitales básicos para el almacenamiento y seguimiento de los datos recolectados

durante las evaluaciones nutricionales, facilitando el análisis y la toma de decisiones clínicas;

8. Mantener evaluaciones cognitivas cada 6 meses;
9. Fortalecer los talleres de comunicación funcional;
10. Incluir a cuidadores en los programas de estimulación;
11. Continuar la vinculación universidad–comunidad.

REFERENCIAS

- Ante Masabanda, M. Y., & Cocha Gahona, R. S. (2025). Efectividad de las Intervenciones de Enfermería para la Prevención de Caídas en Adultos Mayores con Fragilidad: Una Revisión Sistemática. *Reincisol.*, 4(8), 2196–2217. [https://doi.org/10.59282/reincisol.V4\(8\)2196-2217](https://doi.org/10.59282/reincisol.V4(8)2196-2217)
- Arana Tobar, W. M., Cuenca Cortez, A. A., Flamenco Hernández, Á. I., & Peña Martínez, S. L. (2025). Impacto del ejercicio físico en las funciones cognitivas de adultos mayores con deterioro cognitivo leve. *Alerta, Revista Científica Del Instituto Nacional de Salud*, 8(4), 434–442. <https://doi.org/10.5377/alerta.v8i4.21155>
- Avendaño Céspedes, A., García Molina, R., Alcantud Córcoles, R., Abizanda Saro, A., Martínez Ramírez, M., Morón Merchante, I., Maestre Moreno, M., Aragonés Jiménez, A., Rodríguez Sánchez, B., Torán Monserrat, P., Abizanda Soler, P., & FRAILMERIT, G. de E. (2025). Ensayo clínico aleatorizado multicéntrico para analizar la eficacia de la intervención de la Estrategia de promoción de la salud y prevención en el Sistema Nacional de Salud de España de cara a reducir el estado de fragilidad en adultos mayores prefrágile. *Revista Española de Salud Pública*, 99.
- Forttes Valdivia, P. (2020). *Envejecimiento y atención a la dependencia en ECUADOR*. Banco Interamericano de Desarrollo. <https://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/uploadManual/Envejecimiento-y-atencion-a-la-dependencia-en-Ecuador.pdf>
- Logroño Noboa, K. M. (2025). FACTORES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES EN CONTEXTOS DE CUIDADO GERIÁTRICO. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA (2020-2025). *Revista Politécnica de La Ciencia*, 3(6), 74–96. <https://doi.org/10.56519/c7x1kt31>
- Orosa Fraiz, T. (2003). *La tercera edad y la familia. Una mirada desde el adulto mayor*. Félix Varela. <https://www.efdeportes.com/efd187/la-tercera-edad-como-desarrollo-humano.htm>
- Pineda Eras, J., Tenezaca Yaguana, K., & Vaca Gallegos, A. (2025). Calidad de vida en el adulto mayor con dependencia funcional y neurocognitiva en la institución Santa Rosa. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 6(2). <https://doi.org/10.56712/latam.v6i2.3760>

- Pinto-Rojas, N., Sepúlveda-Loyola, W., Moyano-Fuentes, M., Arévalo-Cea, C., Agüero-Villa, K., Briones-Pineda, F., Astudillo-Ganora, I., & Álvarez-Bustos, A. (2025). Effects of a dual-task intervention program in institutionalized older adults: a pilot randomized controlled trial. *Retos*, 68, 1900–1912. <https://doi.org/10.47197/retos.v68.112463>
- Sánchez-González, D., & Egea-Jiménez, C. (2011). Enfoque de vulnerabilidad social para investigar las desventajas socioambientales: Su aplicación en el estudio de los adultos mayores. *Papeles de Población*, 17(69), 151–185. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252011000300006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Tolstij, A. (1989). *EL Hombre y la Edad*. Editorial progreso.
- Vega Sailema, M. S., & Analuisa Sisalema, A. Y. (2025). Intervención Nutricional en el Adulto Mayor con Problemas de Mala Alimentación. Una Revisión Sistemática. *Reincisol.*, 4(8), 1744–1771. [https://doi.org/10.59282/reincisol.V4\(8\)1744-1771](https://doi.org/10.59282/reincisol.V4(8)1744-1771)

Contribución de los autores

Todos los autores contribuyeron por igual al desarrollo de este artículo.

Disponibilidad de datos

Todos los conjuntos de datos relevantes para los resultados de este estudio están disponibles en su totalidad en el artículo.

Cómo citar este artículo (APA)

Zambrano, V. P. P., Saquicela, D. M. B., Guaman, M. R. C., Mazzini, M. B. B., & Vera, G. J. V. (2026). ATENCIÓN INTEGRAL EN EL ADULTO MAYOR PARA CONTRIBUIR EN EL BIENESTAR Y CALIDAD DE VIDA. *Veredas Do Direito*, 23(5), e235466. <https://doi.org/10.18623/rvd.v23.5466>