

EVALUACION NUTRICIONAL, CUIDADOS DE ENFERMERIA Y SOFTWARE PARA LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR



Gustavo Eduardo Fernández Villacrés
Silvia Elizabeth Bonilla Veloz
Nadiezka Amanda Cusme Torres
Rocío del Pilar Toaza Andachi
Amalia Lizandra Sánchez Jijon
2025



ISBN 978-9907-0-0041-2

 10.64584/mrst2162

EVALUACION NUTRICIONAL, CUIDADOS DE ENFERMERIA Y SOFTWARE PARA LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR

AUTORES

Gustavo Eduardo Fernández Villacrés
Instituto Superior Tecnológico España
Gustavo.fernandez@iste.edu.ec
Unidad de Ciencia y Tecnología
 <https://orcid.org/0000-0003-1028-1224>

Silvia Elizabeth Bonilla Veloz
Instituto Superior Tecnológico España
silvia.bonilla@iste.edu.ec
Carrera de Enfermería
 <https://orcid.org/0000-0002-2517-8919>

Nadihezka Amanda Cusme Torres
Instituto Superior Tecnológico España
nadihezka.cusme@iste.edu.ec
Carrera de enfermería
 <https://orcid.org/0000-0002-5402-0088>

Rocio del Pilar Toaza Andachi
Instituto Superior Tecnológico España
rocio.toaza@iste.edu.ec
Carrera de enfermería
 <https://orcid.org/0009-0005-0403-9644>

Amalia Lizandra Sánchez Jijon
Hospital Regional Docente Ambato
amaliasjijon19@gmail.com
Unidad de Enfermería de terapia intensiva
 <https://orcid.org/0009-0001-3816-2916>

EVALUACION NUTRICIONAL, CUIDADOS DE ENFERMERIA Y SOFTWARE PARA LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR

NUTRITIONAL ASSESSMENT, NURSING CARE, AND SOFTWARE FOR QUALITY OF LIFE IN OLDER ADULTS.

Primera edición, Septiembre 29 del 2025

ISBN: 978-9907-0-0041-2 (e-book)

DOI: 10.64584/mrst2162



Editado por:
Ing. Marco Salazar C.
Telf. 0960677758
Ambato-Ecuador



Este libro ha sido sometido a un proceso de evaluación por pares externos con base a la normativa editorial. También dispone de revisión antiplagio. **Ver anexos**

Prohibida su reproducción total o parcial..

Diseño y diagramación.

Diseño, montaje y producción editorial. **MS Editorial**



ISBN: 978-9907-0-0041-2



Hecho en Ambato, Ecuador
Made in Ambato, Ecuador.

PRÓLOGO

El envejecimiento de la población constituye uno de los mayores retos de la sociedad contemporánea. Cada vez más, los adultos mayores demandan no solo atención médica, sino también estrategias integrales que contemplen su bienestar físico, emocional, social y tecnológico. En este contexto, el presente libro titulado “Valoración nutricional, cuidados de enfermería y software para la calidad de vida del adulto mayor” surge como un aporte académico, científico y práctico que busca responder a estas necesidades desde un enfoque interdisciplinario e innovador.

La obra se estructura en cuatro capítulos que permiten un recorrido progresivo por los elementos esenciales que configuran la calidad de vida del adulto mayor. En el primer capítulo, “Conceptos generales sobre el adulto mayor y su calidad de vida”, se plantean los fundamentos teóricos y sociales que enmarcan el proceso de envejecimiento, resaltando la importancia de comprender esta etapa de la vida desde una visión holística e inclusiva.

El segundo capítulo, “Técnicas de la valoración nutricional en el adulto mayor”, expone las herramientas y metodologías que permiten identificar de manera precisa el estado nutricional de esta población. Reconocer los riesgos de desnutrición o sobrepeso y establecer planes de intervención adecuados resulta crucial para garantizar la prevención de enfermedades crónicas y la prolongación de la autonomía funcional.

Posteriormente, en el tercer capítulo, “Importancia de los cuidados de enfermería en la calidad de vida del adulto mayor”, se reflexiona sobre el rol

insustituible del personal de enfermería en la atención integral de las personas mayores. La enfermería no solo contribuye al cuidado clínico, sino también a la promoción de la dignidad, el respeto y la humanización en cada intervención, fortaleciendo así el vínculo entre la ciencia, la ética y la empatía.

Finalmente, el cuarto capítulo, “Tecnologías en procesos que favorecen la calidad de vida del adulto mayor”, se introduce la dimensión innovadora del libro al integrar el uso de software y recursos tecnológicos en los procesos de valoración, seguimiento y cuidado. Estas herramientas digitales, cuando se aplican con pertinencia y enfoque humanista, potencian la eficiencia de los profesionales de la salud y, al mismo tiempo, promueven la participación de los adultos mayores en la gestión de su propia salud.

Este libro se encuentra íntimamente relacionado con el proyecto “Estrategias disruptivas de valoración nutricional geriátrica y la calidad de vida de los adultos mayores”, una iniciativa que combina investigación aplicada, innovación tecnológica y compromiso social. La intención es trascender los enfoques tradicionales, proponiendo estrategias disruptivas que integren la nutrición, el cuidado profesional y las tecnologías emergentes como pilares de un modelo más inclusivo y sostenible para la gerontología moderna.

Al lector, ya sea estudiante, profesional de la salud, investigador o miembro de la comunidad académica, le ofrecemos una obra que invita a la reflexión, al aprendizaje y a la acción. El conocimiento aquí plasmado busca generar un impacto real en la vida de los adultos mayores, contribuyendo a que esta etapa de la vida sea vivida con plenitud, dignidad y calidad.

Con ello, se reafirma el compromiso de la academia y de los proyectos de innovación social en la construcción de sociedades más justas, equitativas y humanas, en las que el adulto mayor no sea visto como una carga, sino como un ser humano valioso, portador de experiencia, sabiduría y derechos inalienables.

Los autores

INDICE GENERAL

PRÓLOGO.....	4
CAPÍTULO I	1
1.1 Definición y conceptualización del adulto mayor.....	1
1.2 Concepto de adulto mayor según la OMS y diferentes organismos	2
1.3. Etapas del envejecimiento humano.....	5
1.5. Contexto demográfico y social	7
1.5.1. Envejecimiento poblacional: tendencias y proyecciones globales.....	7
1.5.2. Situación del adulto mayor en América Latina y Ecuador.....	8
1.5.3. Factores socioeconómicos que influyen en la vida del adulto mayor	9
1.5.4. Desafíos y oportunidades del envejecimiento poblacional	10
1.6. Definición de calidad de vida.....	11
1.6.1. Dimensiones de la calidad de vida	13
1.6.2 Factores que afectan la calidad de vida en los adultos mayores	14
1.7 Enfermedades prevalentes en la tercera edad.....	15
1.7.1. Situación económica y seguridad social de los adultos mayores	16
1.7.3. Redes de apoyo familiar y social.....	17
1.7.4. Participación de los adultos mayores en la comunidad.....	18
1.8. Trastornos frecuentes: depresión, ansiedad.....	20
1.8.1 Estrategias de afrontamiento	21
1.8.2. Cambios físicos y fisiológicos en el envejecimiento	22
1.9 Derechos del adulto mayor	26
1.9.1 Envejecimiento digno.....	27
1.9.2. Políticas públicas y programas de protección	27
1.9.3. Rol de la familia y la comunidad	28
1.10 Estrategias para mejorar la calidad de vida.....	29
1.10.2 Actividad física adaptada para las personas de la tercera edad.	30
1.10.3. Alimentación balanceada y nutrición en la vejez	32
1.10.6. Uso de tecnologías para la inclusión	36
1.11. Retos y perspectivas futuras.....	38

1.11.2. Innovaciones tecnológicas para el bienestar del adulto mayor	39
1.11.3. Perspectiva de envejecimiento activo y saludable.....	40
CAPÍTULO II.....	42
2.5.1 Problemas gastrointestinales	51
2.5.2 Estado dental	51
Medicación	52
Hábitos alimenticios	52
2.5.3 Actividad física.....	53
Condiciones socioeconómicas.....	53
2.5.4 Condiciones psicológicas	54
2.5.5 Importancia de la valoración antropométrica	55
2.6 Métodos de valoración antropométrica	55
Limitaciones y consideraciones	58
Pérdida de estatura	59
2.6 Factores psicológicos y sociales	61
2.6.1 Valoración bioquímica.....	61
2.6.2 Marcadores de estado nutricional.....	62
Evaluación funcional.....	65
Pruebas de fuerza muscular	65
Valoración de la ingesta.....	66
2.7 Evaluación de la percepción y satisfacción.....	67
2.8 Valoración Mínima Nutricional (VIM).....	67
2.8.1 Descripción y componentes.....	67
2.8.2Aplicación y frecuencia.....	68
2.8.3 Técnicas complementarias	68
Evaluación de la ingesta calórica y de nutrientes.....	68
Evaluación de la movilidad y funcionalidad	68
2.8.4 Consideraciones especiales en adultos mayores	69
Importancia de la valoración periódica.....	69
2.8.5 Cambios fisiológicos y nutricionales en la vejez	70

2.9 Estrategias prácticas para una alimentación saludable	72
2.10 Promoción de un envejecimiento saludable	73
CAPITULO III	74
3.1. Introducción	74
3. 2. Envejecimiento y calidad de vida	77
3.2.3. Factores determinantes de la calidad de vida en el adulto mayor: ...	79
3.3. Rol de la enfermería en el cuidado del adulto mayor.....	81
3.3.2. Principales funciones del personal de enfermería	86
3.3.3. Competencias necesarias para el cuidado del adulto mayor.....	87
3.4. Cuidados de enfermería e impacto en la calidad de vida	88
3.4.1. Intervenciones en la prevención de riesgos (caídas, úlceras por presión, desnutrición, polifarmacia)	89
3.5. Modelos y teorías de enfermería aplicadas	91
3.5.1. Teoría de las Necesidades Humanas de Virginia Henderson	91
3.6. Retos y perspectivas del cuidado de enfermería	98
CAPÍTULO IV	103
4.1 Valoración Nutricional en el Adulto Mayor	103
4.1.1 Definición y objetivos de la valoración nutricional.....	103
4.1.2 Métodos tradicionales de evaluación: anamnesis, antropometría, bioquímica.....	106
4.1.3 Anamnesis y las encuestas dietéticas.....	106
4.1.4 Limitaciones de los métodos manuales	109
4.3 Automatización del diagnóstico nutricional: reducción de errores humanos.	112
4.4 Acceso a base de datos actualizadas: tablas de composición de alimentos, necesidades nutricionales específicas para adultos mayores...113	
4.5 Monitoreo continuo: registro y seguimiento del estado nutricional en el tiempo.....	114
4.9 Promoción de la autonomía: herramientas fáciles de usar que permiten autogestión en la alimentación.....	118
4.10 Prevención de enfermedades crónicas: detección temprana de riesgos asociados a la mal nutrición.	119

4.11	Mejora del bienestar físico y mental: software que integra nutrición con rutinas de ejercicio y seguimiento médico.	120
4.12	Conexión con profesionales de la salud: telemedicina y consultas en línea basadas en datos fiables.....	121
4.11	Educación nutricional: programas interactivos que fomenta hábitos saludables.	122
4.12	Ejemplos de software y aplicaciones relevantes	123
4.13	Retos y limitaciones	124
4.14	Accesibilidad y usabilidad de los programas.....	126
4.15	Confidencialidad y seguridad de los datos.....	126
4.15.1	Necesidad de validación clínica de los algoritmos.	126
4.15.2	Perspectivas futuras	127
4.16	Inteligencia artificial y Big Data en la predicción de riesgos nutricionales.	127
4.17	Realidad aumentada para educación nutricional en adultos mayores.	129
4.20	Conclusiones	132
	BIBLIOGRAFIA	135

CAPÍTULO I

CONCEPTOS GENERALES SOBRE EL ADULTO MAYOR Y SU CALIDAD DE VIDA.

1.1 Definición y conceptualización del adulto mayor

El adulto mayor es el individuo que ha llegado a los 60 años o más; esta edad representa el comienzo de una fase de vida llamada vejez o tercera edad, la cual se distingue por un proceso de envejecimiento que es natural, gradual y multidimensional. Este proceso no es homogéneo ni igual para todos, porque está determinado por factores genéticos, el modo de vida, la salud, el contexto social y cultural, y las posibilidades de acceder a servicios y derechos durante toda la vida. (Quintero, 2011).

Miranda, J (2015) Indica que, en líneas generales, se considera adulto mayor a cualquier individuo que tenga más de 60 o 65 años. Sin embargo, no hay un momento biológico preciso que determine cuándo comienza la vejez. Debido a enfermedades o a la exposición durante mucho tiempo a condiciones de vida no favorables, algunas personas pueden mostrar signos de envejecimiento funcional en edades más tempranas. Por lo tanto, el envejecimiento está fuertemente afectado por aspectos económicos y socioculturales. Tanto a nivel físico como socioeconómico, los adultos mayores son uno de los grupos poblacionales más vulnerables. Por lo tanto, enfrentan una serie de problemas que impactan directamente su bienestar.

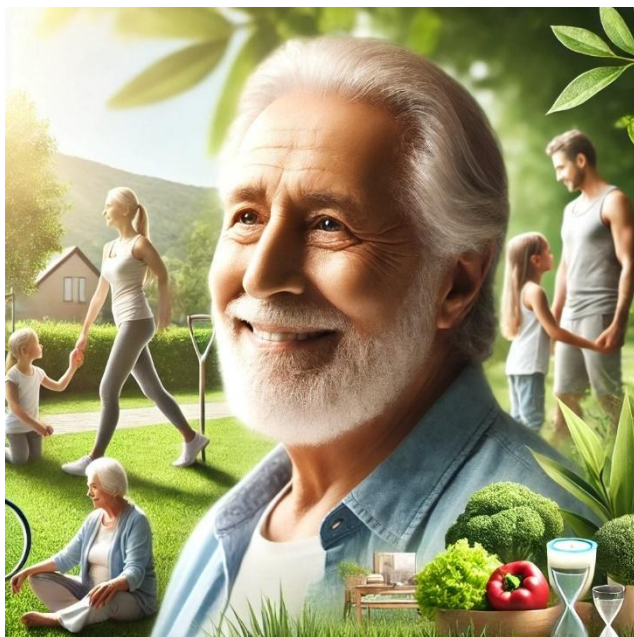
1.2 Concepto de adulto mayor según la OMS y diferentes organismos

Para la Organización Mundial de la Salud OMS (2024) Desde el punto de vista biológico, se considera que el envejecimiento es el resultado de la acumulación gradual de diversos daños a nivel celular y molecular durante un periodo de tiempo. Esto provoca que las funciones cognitivas y físicas se reduzcan de un poco, que la susceptibilidad ante enfermedades aumente y, por último, la muerte. Estos cambios no suceden de forma lineal ni uniforme, y su conexión con la edad cronológica es relativa. La variabilidad que se percibe en la vejez no es aleatoria. El envejecimiento, más allá de los procesos biológicos, generalmente viene acompañado de cambios trascendentales en la vida, como el pasar a ser jubilado, mudarse a sitios que sean más apropiados o perder amistades o pareja.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) (2025) define como adultos mayores a las personas de 60 años o más, aunque este criterio es variable y depende del contexto social, económico y cultural de cada nación. No obstante, la ONU no se restringe solo a un parámetro temporal, sino que comprende al adulto mayor como un individuo con derechos, experiencias, conocimientos y potencialidades que deben ser estimadas y respetadas. Según su punto de vista, la adultez mayor es una fase crucial que se distingue por cambios biológicos, sociales y psicológicos inherentes al proceso de envejecimiento; Sin embargo, también se caracteriza por la oportunidad de continuar involucrándose activamente en los ámbitos comunitario, político, económico y cultural. La ONU promueve la inclusión social y la lucha contra cualquier forma de discriminación por edad, enfatizando la relevancia de asegurar condiciones que posibiliten a los ancianos vivir con dignidad, autonomía, seguridad y salud.

Figura N°1

Vida saludable



Nota. Fuente: Imagen creada con IA

Para la Defensoría del Pueblo de la Republica del Perú (2025) define a las personas mayores de 60 años, según la legislación nacional, se consideran adultas mayores. Este grupo enfrenta diversas situaciones de riesgo que pueden afectar sus derechos fundamentales, como la vida, la salud, la integridad, la dignidad, la igualdad y la seguridad social; entre estos se incluyen la pobreza, el maltrato, la violencia, el abandono y la dependencia. Además, la discriminación por edad genera desigualdades que limitan su participación en la sociedad. La Constitución establece una protección especial para las personas adultas mayores, lo que implica que las políticas públicas deben adaptarse para ofrecer programas y servicios que aseguren el respeto y ejercicio de sus derechos, considerando a la persona mayor como un sujeto pleno de derechos. En este contexto, la Defensoría del Pueblo reconoce a las personas

adultas mayores como un grupo prioritario, orientando sus acciones a la defensa y protección de sus derechos.

Criterios cronológicos, físico y sociales

Según Esmeraldas, E; et al. (2019) Los adultos mayores padecen enfermedades con mayor frecuencia que los jóvenes debido a la exposición prolongada a factores externos, de comportamiento y ambientales que favorecen el surgimiento de diversas dolencias. Asimismo, existen diversos criterios que determinan cuándo se considera a una persona como "envejecida":

- **Criterio cronológico:** Está relacionado con la edad del individuo, que suele estar vinculado a su jubilación o a un retiro obligatorio
- **Criterio físico:** Tiene en cuenta las transformaciones corporales que se producen con el paso del tiempo, como las alteraciones de los rasgos faciales, el color de la piel y del cabello, la postura y el modo de caminar. También incluye una reducción en la memoria (a corto, mediano y largo plazo), la audición, la visión y cambios en los patrones del sueño. Estos cambios tienen el potencial de impactar significativamente la ejecución de las tareas diarias.
- **Criterio social:** Se enfoca en el papel o función que tiene el individuo en la sociedad y de la manera en que esto afecta su envejecimiento.

Estos criterios son relativos porque varían según varios factores individuales. Todas las teorías sobre el envejecimiento están de acuerdo en que tiene una raíz biológica, la cual puede verse beneficiada o perjudicada por el entorno social y las condiciones de vida.

1.3. Etapas del envejecimiento humano.

Escudé, L (2025) nos señala que el envejecimiento de los seres humanos es un proceso natural y gradual que acontece durante toda la vida. Por lo general, se organiza en etapas que ayudan a entender con mayor claridad los cambios sociales, psicológicos y físicos que atraviesa un individuo. A pesar de que las clasificaciones pueden diferir dependiendo de los autores y las organizaciones, por lo general se reconocen las siguientes:

- **Primera Etapa: Pre-vejez o Jubilación**

Por lo general, esta fase comienza a los 60 años y se caracteriza por el paso de la actividad profesional a la jubilación. A lo largo de este período, que se conoce como pre-vejez, muchos individuos tienen la oportunidad de disfrutar más tiempo y libertad personal gracias a la jubilación. No obstante, también implica procesos de redefinición individual y ajuste emocional, ya que es necesario que los individuos se adapten a nuevas rutinas y descubran un significado de vida más allá del trabajo.

- **Segunda Etapa: Vejez Temprana**

En términos generales, la etapa temprana de la vejez se sitúa entre los 70 y los 80 años. Durante este período, la gente suele conservar un nivel elevado de funcionalidad y una autonomía considerable, aunque es posible que padezca ciertos problemas de salud. Asimismo, muchos ancianos en esta fase mantienen una vida social activa y disfrutan de actividades recreativas y de ocio.

- **Tercera Etapa: Vejez Intermedia**

La vejez intermedia, que abarca la edad de 80 a 90 años, generalmente está caracterizada por cambios más significativos en el estado físico y mental. Es

común que durante este período surjan restricciones en la movilidad y una mayor necesidad de atención y asistencia. No obstante, pese a estos obstáculos, numerosas personas consiguen conservar un sentimiento de plenitud por medio de los vínculos familiares y las relaciones sociales.

- **Cuarta Etapa: Vejez Avanzada o Fragilidad**

Usualmente, la vejez avanzada, que comienza cerca de los 90 años, se relaciona con un incremento en la fragilidad y vulnerabilidad en lo que respecta a la salud física. A lo largo de este lapso, las personas necesitan con frecuencia más ayuda médica y apoyo para realizar sus tareas cotidianas. No obstante, muchos logran tener una vida con sentido y bienestar, sobre todo cuando disponen de un entorno que les asiste en su cuidado y de una sólida red de apoyo

1.4. Diferencias entre envejecimiento normal y envejecimiento patológico

Se entiende por envejecimiento normal es el que se adquiere con el tiempo. En él se observan cambios biológicos y fisiológicos, como pérdida de masa muscular, disminución de la densidad ósea, cambios cardiovasculares o inmunológicos.

A su vez, en este tipo de envejecimiento existen bajos o medios factores de riesgo, puede existir más de una enfermedad crónica, cierta incapacidad funcional leve (sin dependencia) y deterioro cognitivo leve o ausente.

Por otro lado, el envejecimiento patológico sostiene que la vejez no es una enfermedad como tal; Sin embargo, durante este período existe un riesgo mucho mayor de desarrollar trastornos y que estos produzcan efectos negativos en comparación con otras etapas de la vida. Se habla de envejecimiento patológico cuando la aparición de enfermedades u otros procesos modifica los parámetros biológicos y funcionales, lo que hace más difícil que el cuerpo se

adapte. Esto impacta la capacidad funcional y cambia el proceso normal de envejecimiento fisiológico a uno patológico. En esta línea, la vejez se puede pensar como una fase separada de la enfermedad, puesto que no todos los individuos envejecen igual. Como cada persona envejece de acuerdo a cómo ha vivido, el envejecimiento es un proceso singular y distinto. (Cerquera & Quintero, 2015).

1.5. Contexto demográfico y social

Los factores demográficos son las características de una población, tales como la edad, el género o la raza/grupos étnicos, que pueden afectar a una variedad de resultados sociales, como los accidentes de tráfico.

1.5.1. Envejecimiento poblacional: tendencias y proyecciones globales

Se que espera a finales de este siglo, la población mundial alcance su máximo crecimiento; sin embargo, según La Organización de las Naciones Unidas ONU (2025) La mayoría de las naciones experimentan un aumento en el número y la proporción de personas mayores. Según las Perspectivas de la Población Mundial 2024, se prevé que en los próximos 50 o 60 años la población siga creciendo y llegue a cerca de 10.300 millones hacia el año 2085, frente a los 8.200 millones de 2024, antes de descender paulatinamente hasta alrededor de los 10.200 millones para el año 2100. El 80 % es el porcentaje de probabilidad estimado para que este máximo ocurra antes de que finalice el siglo, en comparación con el 30 % calculado en 2013. Se estima que hasta finales de siglo habrá 700 millones menos de habitantes, en comparación con las proyecciones anteriores. Esto se debe, sobre todo, a una tasa de fecundidad más baja de lo previsto en naciones clave como China. Se prevé que al final de la década de 2070, las personas de 65 años o más alcanzarán los 2.200

millones en todo el mundo, lo que las haría más numerosas que los individuos menores de 18 años. Se espera que para el año 2030, cerca de 265 millones de personas tengan más de 80 años, lo cual será mayor al número total de niños. Hasta los países con un crecimiento demográfico rápido verán un incremento notable en su población de personas mayores en las siguientes tres décadas. Estas naciones deberán prepararse para cambios demográficos significativos, robusteciendo los sistemas de salud y cuidado a largo plazo, garantizando la sostenibilidad de la protección social e invirtiendo en tecnologías emergentes.

1.5.2. Situación del adulto mayor en América Latina y Ecuador

El envejecimiento de la población en América Latina continúa acelerándose según la Organización de las Naciones Unidas ONU (2023) donde refiere que la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el envejecimiento de la población en América Latina sigue aumentando. Se espera que para 2030 haya más personas con 60 años o más que menores de 15. A pesar de que entre 2000 y 2019 hubo un incremento de tres años en la esperanza de vida promedio de la región, los hombres y las mujeres latinoamericanos padecen problemas de salud durante alrededor de 12,3 y 9,7 años, respectivamente. Para analizar más a fondo esta situación, la agencia de la ONU mostró el lunes una serie de investigaciones que evalúan diversos aspectos del envejecimiento y del estado de salud de los ancianos en la zona, donde en 2019 se llegó a una esperanza de vida de 77,2 años. Jarbas Barbosa, director regional de la OPS, destacó en una declaración que estos estudios son "un progreso importante" y posibilitan el fortalecimiento de datos relacionados con la salud y el bienestar de las personas mayores en América. "Gracias a ellos, se podrá reconocer, entender y afrontar muchos de los retos y oportunidades que conlleva el envejecimiento acelerado y profundo en las Américas", indicó.

Según Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional, (2025) la condición de los individuos adultos mayores evidencia un proceso acelerado de envejecimiento demográfico. En la actualidad, más del 13% de la población tiene más de 60 años y se estima que, para el año 2050, uno de cada cuatro habitantes ecuatorianos será parte de este grupo etario. A pesar de que la Constitución los identifica como un grupo de atención prioritaria y de que hay programas estatales, incluyendo el Bono de Desarrollo Humano y los servicios del MIES, todavía afrontan numerosos retos: muchos no tienen pensiones adecuadas y deben seguir involucrados en actividades informales; continúan existiendo situaciones de soledad, discriminación y abandono; y en el área sanitaria son comunes las enfermedades crónicas con escasa cobertura de servicios y poca atención especializada geriátrica. Sin embargo, los adultos mayores mantienen un papel relevante en la transmisión de conocimientos y la cohesión de la comunidad, lo que pone de manifiesto la importancia de reforzar políticas públicas sostenibles que aseguren su inclusión social, su bienestar económico y un envejecimiento digno y activo.

1.5.3. Factores socioeconómicos que influyen en la vida del adulto mayor

Es importante analizar aspectos como la vivienda, el acceso a recursos financieros, las oportunidades de trabajo y la seguridad económica cuando se consideran los factores socioeconómicos relacionados con la vejez. Esto se debe a que estos determinan en gran medida la calidad de vida de los ancianos. La estabilidad financiera es un factor crucial, dado que permite a los adultos mayores satisfacer sus necesidades básicas, mantener su autonomía y planear su futuro de manera más fiable. La falta de recursos apropiados puede causar una vulnerabilidad económica, lo que afecta directamente su bienestar a nivel físico, emocional y social. Los adultos mayores que dependen de ingresos fijos

a menudo enfrentan dificultades para sostener sus hogares o hallar otras alternativas apropiadas en cuanto a vivienda. Los desembolsos relacionados con el mantenimiento del hogar, los impuestos y otros gastos pueden generar tensiones financieras importantes, lo que incrementa la inseguridad financiera y complica que las personas de edad avanzada se ajusten a nuevas circunstancias. Además, la economía está directamente relacionada con la participación en actividades sociales y recreativas. La falta de recursos puede ser un obstáculo para participar en espacios comunitarios, culturales o recreativos, lo que afecta de manera negativa a la salud emocional y a la red de apoyo social de las personas mayores. Así, los factores socioeconómicos no solamente tienen un impacto en la seguridad material, sino que también influyen en la calidad de vida en su totalidad, como por ejemplo la salud mental, las interacciones sociales y cómo se percibe la dignidad y autonomía en la vejez. (Molina & Camino, 2024)

1.5.4. Desafíos y oportunidades del envejecimiento poblacional

Para CEPAL (2024) el envejecimiento poblacional es un fenómeno complejo que plantea a la sociedad tanto grandes desafíos como oportunidades significativas. Entre los retos más importantes se encuentran la intensificación de la presión sobre los sistemas sanitarios, que tienen que adaptarse a un número cada vez mayor de personas con enfermedades crónicas y necesidades de atención especializada, y el sostenimiento de los sistemas de pensiones y seguridad social ante la disminución relativa del total de población económicamente activa. Además, es indispensable adecuar las viviendas y los espacios públicos para garantizar que la gente mayor tenga accesibilidad y seguridad. Establecer políticas que combatan la soledad, el aislamiento y la discriminación, al mismo tiempo que promueven su inclusión social, también

es esencial. Otro reto importante es la formación y reconversión laboral de aquellos que quieren seguir activos, lo cual demanda programas de capacitación específicos y oportunidades de trabajo adaptadas.

A la vez, el envejecimiento demográfico implica diversas oportunidades que tienen el potencial de convertirse en motores del progreso social y económico. Los adultos mayores aportan habilidades, conocimientos y experiencia que pueden ser aplicados en otras labores productivas, como la educación, el voluntariado o la consultoría. Asimismo, el aumento de esa población genera la demanda de nuevos mercados y servicios específicos, como productos y tecnologías asistenciales, vivienda adaptada, turismo para adultos mayores y programas vinculados a la salud y al bienestar. Asimismo, se brindan oportunidades para fortalecer las redes de familia y comunidad mediante el fomento del diálogo intergeneracional y la transmisión de conocimientos y valores. Por último, este fenómeno estimula la innovación en las políticas públicas y en las soluciones tecnológicas, con el objetivo de elevar la calidad de vida de los ancianos, impulsando un envejecimiento saludable, activo e inclusivo. En general, estos retos y oportunidades necesitan un enfoque estratégico e integral que posibilite conciliar la salvaguarda y el bienestar de los adultos mayores con la utilización de su potencial económico y social. (CEPAL, 2024)

1.6. Definición de calidad de vida

Según Ardila, R (2010) la calidad de vida es un concepto complejo y multidimensional que muestra el bienestar integral de los individuos en todas las facetas de sus vidas e incluye elementos sociales, psicológicos, culturales, medioambientales, económicos y físicos. Se centra en la capacidad de las

personas para vivir una vida completa, plena y con significado, que trasciende el mero hecho de no estar enfermo. En términos físicos, se refiere a la salud, la energía, la movilidad y la capacidad funcional; en términos psicológicos, comprende el equilibrio emocional, el amor propio, la resiliencia y el sentimiento de satisfacción personal. La calidad de vida, en términos sociales, está relacionada con la calidad de las interacciones humanas, la integración y participación comunitaria, el acceso a redes de apoyo y la posibilidad de ejercer derechos y libertades fundamentales. En el terreno económico y material, tiene en cuenta el acceso a fondos financieros, un hogar digno, trabajo, estabilidad financiera y oportunidades de desarrollo.

Por su parte, el contexto ambiental incluye condiciones de vida sanas, seguridad, sostenibilidad e ingreso a lugares apropiados para la recreación y el ocio. La percepción subjetiva de la persona acerca de su propia vida también es parte de la calidad de vida, dado que elementos como los valores culturales, las metas personales, las expectativas y el sentido del propósito afectan significativamente la manera en que se vive el bienestar. Por consiguiente, para mejorar la calidad de vida se necesitan políticas, programas y acciones integrales que no solo cubran las necesidades primordiales, sino que además impulsen la inclusión, la equidad, el desarrollo integral del potencial humano y la participación social, promoviendo así una vida digna, equilibrada y enriquecedora en todos sus aspectos.

Figura N°2
Atención integral a adulto mayor



Nota. Fuente: Imagen creada con IA

1.6.1. Dimensiones de la calidad de vida

World Health Organization (1997) describe las dimensiones de la calidad de vida que incluyen varios elementos o áreas de la vida humana, los cuales conforman su bienestar general. Estos factores frecuentemente abarcan elementos físicos, sociales, psicológicos y del entorno. A continuación, las más sobresalientes:

- **Bienestar físico:** La salud en general, la capacidad de moverse, el descanso, la energía y la capacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas, así como el funcionamiento físico y la no presencia de enfermedades.

- **Bienestar psicológico:** El estado de los sentimientos, la autovaloración, el autoconcepto y la percepción de la vida. Habilidad para gestionar el estrés, las emociones y la satisfacción a nivel personal.
- **Relaciones sociales:** Integración a la comunidad, apoyo social y relaciones interpersonales. Intervención en actividades familiares, laborales y sociales.
- **Entorno y participación comunitaria:** Condiciones del ambiente físico: hogar, seguridad, acceso a servicios esenciales. Recursos accesibles para recreación y crecimiento personal.

1.6.2 Factores que afectan la calidad de vida en los adultos mayores

Soria, Z; Montoya, B (2017) en su artículo menciona los factores que afectan la calidad de vida en la vejez se relacionan principalmente con limitaciones, carencias y riesgos que deterioran el bienestar integral de la persona mayor. Estos son algunos:

Salud física deteriorada

- Enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión, artritis, etc.).
- Discapacidad o pérdida de movilidad.
- Dolor constante o limitaciones funcionales.
- Acceso limitado a atención médica y tratamientos.

Problemas de salud mental

- Depresión, ansiedad o estrés.
- Soledad y sentimiento de abandono.
- Deterioro cognitivo y enfermedades neurodegenerativas (Alzheimer, demencia).

Factores socioeconómicos adversos

- Insuficiencia de ingresos o pensiones bajas.
- Pobreza y falta de seguridad económica.
- Vivienda inadecuada o condiciones precarias

Dificultades en las relaciones sociales y familiares

- Aislamiento social.
- Pérdida de vínculos afectivos (viudez, migración de hijos).
- Maltrato, discriminación o falta de valoración social.

1.7 Enfermedades prevalentes en la tercera edad

Aunque estas enfermedades son comunes en la población de edad avanzada, el avance de la ciencia, la innovación tecnológica y el desarrollo orientado a mejorar la calidad de vida han brindado más posibilidades para enfrentarlas, con el propósito de sobrellevarlas o superarlas.

El Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa de carácter cognitivo que se distingue, ante todo, por la pérdida progresiva de la memoria. Al igual que el cuerpo, el cerebro también se envejece; las neuronas, a su vez, se debilitan, lo cual afecta sus funciones. El ictus, también conocido como accidente cerebrovascular, es otra de las enfermedades comunes entre las personas de la tercera edad. Sucede cuando se corta el flujo de sangre y un vaso sanguíneo que lleva oxígeno al cerebro se interrumpe o se bloquea, lo que provoca la pérdida de función en las células nerviosas. Los signos más frecuentes son: dolor de cabeza fuerte, pérdida de coordinación, dificultades para hablar y ver, así como entumecimiento en el rostro o en una zona del cuerpo. La artritis es

otra dolencia que se manifiesta a menudo en la población de la tercera edad y que se caracteriza por la inflamación de las articulaciones, lo cual causa dolor y limitaciones en ciertos movimientos. Aunque la rehabilitación y los medicamentos antiinflamatorios pueden ser usados para tratarlo, en casos graves puede haber una evolución hacia la artrosis, que es el deterioro del cartílago. (Sánchez, 2024).

El Parkinson es uno de los trastornos neurológicos más frecuentes en la población de avanzada edad. Se caracteriza por la disminución progresiva de neuronas, lo que genera rigidez muscular, temblores, dificultades para desplazarse y trastornos del equilibrio. Estas condiciones disminuyen significativamente la calidad de vida y la autonomía personal. Asimismo, se contempla la reducción de las capacidades sensoriales, como la vista y el oído, que son procesos degenerativos vinculados con el envejecimiento y tienen un impacto directo en cómo percibimos el ambiente y nos comunicamos. Respecto a la visión, pueden aparecer problemas como presbicia o cataratas, que reducen la nitidez.

El tratamiento más común para las cataratas es la cirugía. La osteoporosis es otra de las afecciones frecuentes en esta etapa; se caracteriza por la disminución de la densidad ósea. Esto aumenta el riesgo de fracturas, siendo la de cadera una de las que ocurren con mayor frecuencia y que tiene un efecto relevante en la salud de los ancianos. (Sánchez, 2024)

1.7.1. Situación económica y seguridad social de los adultos mayores

International Labour Organization Social Protection (2023) La calidad de vida en esta etapa de la vida está estrechamente relacionada con las condiciones

económicas y con la seguridad social de los ancianos. Con frecuencia, la vejez se vincula con una reducción significativa de los ingresos debido a la jubilación. Esto hace que las pensiones, las ayudas estatales o las jubilaciones sean el principal recurso para garantizar el sustento. Sin embargo, la cobertura de los sistemas de seguridad social no siempre es adecuada y no alcanza a toda la población, lo que genera inequidad y pone en riesgo a este colectivo de caer en pobreza. Además, la carencia de opciones de trabajo para los adultos mayores y la insuficiencia de ahorro previsional a lo largo de su vida laboral incrementan la dependencia económica ya sea de programas sociales o del núcleo familiar. Esta circunstancia empeora cuando se incurre en gastos adicionales relacionados con la salud, los medicamentos o los cuidados especializados. Por esta causa, la seguridad social juega un rol esencial garantizando pensiones justas, servicios de salud y programas de protección social que brinden autonomía y estabilidad.

No obstante, en muchos países, los sistemas de protección afrontan desafíos como una cobertura limitada, un monto de dinero otorgado insuficiente y la necesidad de hacer reformas que se ajusten al aumento de la esperanza de vida y a la vejez de la población.

1.7.3. Redes de apoyo familiar y social

Para garantizar que los adultos mayores tengan una buena calidad de vida, envejezcan dignamente y estén bien, es fundamental contar con redes de apoyo a nivel social y familiar. Estas redes están formadas por amigos, familiares, vecinos, organizaciones públicas y privadas y entidades comunitarias que brindan soporte a nivel social, emocional y económico e incluso asistencia médica en muchas ocasiones. Dentro del ámbito familiar, el apoyo se centra en

la proximidad emocional, el cuidado directo, la provisión de recursos básicos y la compañía cotidiana. Esto disminuye las posibilidades de padecer depresión, soledad o dependencia. La familia, al ser la unidad básica de protección, juega un rol crucial en el mantenimiento de las emociones y en la satisfacción de las necesidades inmediatas. Por otra parte, el acceso a programas de salud y recreativos y la integración social se ven favorecidos por las redes sociales y comunitarias (como son los grupos de voluntariado, los clubes para ancianos, los centros que brindan atención integral o las entidades religiosas). Además, hacen posible que continúen desempeñando un papel activo en la comunidad. (Briones, 2013)

1.7.4. Participación de los adultos mayores en la comunidad

El sitio web Proyecto SENES Distrito Salamanca (2021) sostiene que es fundamental que los adultos mayores se involucren de manera activa en la comunidad para garantizar su bienestar total, ya que esto fortalece su sentido de pertenencia, promueve la inclusión social y favorece un envejecimiento saludable.

Figura N°3

Interacción con el adulto mayor



Nota. Fuente: Imagen creada con IA

Cuando los individuos de edad avanzada se involucran en actividades educativas, culturales, recreativas, comunitarias o de voluntariado, no solamente tienen la posibilidad de compartir sus conocimientos y vivencias, sino que también se robustece el tejido social.

Además, esta participación fomenta la interacción entre generaciones, reduce el aislamiento y la soledad e incentiva que los ancianos sean considerados como individuos de valor para la sociedad. Así, se promueve su autonomía, autoestima y calidad de vida; al mismo tiempo, se crean comunidades más unidas, justas y solidarias.

Aspectos psicológicos y emocionales del adulto mayor

Para entender de manera completa el bienestar del adulto mayor, es esencial considerar los aspectos emocionales y psicológicos, debido a que la vejez no solo conlleva transformaciones físicas, sino también en términos sociales, cognitivos y emocionales.

Cambios emocionales en la vejez

Los cambios emocionales son un aspecto natural del envejecimiento en la tercera edad y están influidos por factores biológicos, sociales y psicológicos. Los adultos mayores pueden presentar una vulnerabilidad emocional más alta, experimentando sentimientos de tristeza, nostalgia o ansiedad cuando enfrentan pérdidas significativas como la muerte de seres queridos o la jubilación. Además, pueden experimentar alteraciones en su autoestima y autopercepción debido a la dependencia o al deterioro físico. Sin embargo, también suelen adquirir una mayor capacidad para regular sus emociones, dar prioridad a las circunstancias que les otorgan bienestar y experimentar cambios

en la motivación e interés hacia actividades significativas y vínculos afectivos profundos. No obstante, si bien la disminución de círculos sociales y problemas de salud puede propiciar el aislamiento y la soledad, esta etapa de la vida también tiene el potencial de brindar una mayor estabilidad emocional y un aprecio más profundo por las experiencias vividas. (García, Cuidum, 2023).

1.8. Trastornos frecuentes: depresión, ansiedad.

- **Depresión:** Conaway, B (2024) señala que la depresión en personas mayores es un trastorno mental común que afecta significativamente el bienestar de las personas mayores. Los síntomas a menudo son el cansancio, cambios en el sueño y el apetito, pérdida de interés en actividades que antes eran agradables, problemas cognitivos como la falta de concentración o de memoria, y emociones duraderas de tristeza. Es un hecho que la depresión en los ancianos no siempre es diagnosticada correctamente debido a que sus síntomas pueden ser confundidos con el envejecimiento normal o las enfermedades físicas crónicas. El hecho de perder a seres queridos, no tener autonomía, sentirse solo, enfrentar problemas económicos y padecer enfermedades crónicas son factores que fomentan su surgimiento. El tratamiento con frecuencia incluye terapias psicológicas y apoyo social, además del medicamento antidepresivo, cuando es necesario. Este último se adapta siempre a las condiciones físicas y de salud del anciano. La detección temprana y la orientación adecuada son esenciales para prevenir problemas graves, como el pensamiento suicida, y para optimizar su bienestar emocional.
- **Ansiedad:** La ansiedad es un desorden emocional que se presenta en adultos mayores y que se expresa con agitación, temor ante situaciones que a menudo no constituyen una amenaza real y preocupación desmesurada.

En este periodo de la vida, puede estar relacionada con elementos como la pérdida de familiares o amigos, padecimientos crónicos, reducción de la independencia, transformaciones en el ambiente económico y social, o una sensación de incertidumbre acerca del futuro. La ansiedad puede causar en términos físicos síntomas como sudoración, palpitaciones, temblores, tensión muscular, trastornos del sueño y dificultades digestivas. En términos psicológicos, puede provocar irritación, incapacidad para enfocarse, sensación de agobio y tristeza (Esmeraldas,E;et.al., 2019)

1.8.1 Estrategias de afrontamiento

En su artículo Rodríguez, M; et. al (2015) menciona que los adultos mayores pueden utilizar diversas estrategias de afrontamiento para manejar la ansiedad, el estrés o los cambios propios de la vejez. Estas estrategias buscan mantener el bienestar emocional, la autonomía y la calidad de vida:

- **Redes de apoyo social:** Mantener contacto regular con familiares, amigos y grupos comunitarios ayuda a reducir la sensación de soledad y brinda contención emocional.
- **Actividades recreativas y hobbies:** Participar en actividades que disfruten, como lectura, manualidades, música, caminatas o juegos, contribuye a mantener la mente activa y distrae de preocupaciones.
- **Ejercicio físico:** Practicar actividad física adaptada a sus capacidades mejora la salud física y mental, disminuye la tensión y favorece la liberación de endorfinas.
- **Rutinas y planificación:** Mantener horarios regulares para dormir, comer y realizar actividades aporta estructura y sensación de control sobre la vida diaria.

- **Expresión emocional:** Hablar sobre sus emociones, escribir un diario o participar en grupos de apoyo permite procesar sentimientos y reducir la carga emocional.
- **Aprendizaje y estimulación cognitiva:** Realizar ejercicios de memoria, juegos de lógica o cursos ayuda a mantener la mente activa y fomenta la confianza en sus capacidades.

1.8.2. Cambios físicos y fisiológicos en el envejecimiento

Proceso espontáneo de deterioro estructural y funcional del organismo, que se manifiesta con pérdida de masa muscular y ósea, piel menos elástica, disminución de los sentidos (vista, oído, gusto), cambios en la función cardíaca y renal, respuesta inmune más débil.

Cambios en el sistema musculoesquelético

El sistema musculoesquelético sufre alteraciones importantes que impactan la estabilidad, la movilidad y la fuerza a medida que las personas se hacen mayores. La pérdida de fuerza y masa muscular (sarcopenia), la reducción de la densidad ósea (osteoporosis o osteopenia), el endurecimiento de las articulaciones debido al deterioro del cartílago y los cambios en los ligamentos y tendones son algunas de las principales transformaciones. Esto aumenta la probabilidad de fracturas, tropiezos y problemas para llevar a cabo actividades cotidianas. También suelen decrecer la resistencia y flexibilidad del músculo, y se nota una alteración en la postura, como cifosis o curvamiento de la columna. La disminución de la actividad física y estos procesos tienen un impacto importante en la funcionalidad y calidad de vida de las personas adultas mayores. (Villa-Forte, 2025)

Cambios cardiovasculares y respiratorios

- **Cambios cardiovasculares** El corazón muestra, con el paso de los años, un endurecimiento en los vasos sanguíneos, una reducción de la elasticidad arterial y un engrosamiento en la pared ventricular. Esto causa que la presión arterial se eleve, que el bombeo del corazón sea menos eficaz y que la frecuencia cardíaca máxima durante el ejercicio disminuya. Asimismo, se nota una mayor rigidez de las válvulas del corazón y una capacidad más baja para adaptarse a situaciones de estrés o esfuerzos físicos, lo que eleva la vulnerabilidad a patologías como son la hipertensión, las arritmias y la insuficiencia cardíaca. (Ocampo & Guitierrez, 2015)
- **Cambios respiratorios:** La pérdida de elasticidad en los pulmones, la rigidez del tórax y el debilitamiento de los músculos que intervienen en la respiración son signos de envejecimiento del sistema respiratorio. Esto disminuye la eficiencia del intercambio de gases, el volumen corriente y la capacidad vital, lo que resulta en una saturación de oxígeno más baja y una sensación de cansancio superior frente a los esfuerzos. La susceptibilidad a infecciones respiratorias, como las neumonías, y a enfermedades crónicas, como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), también se incrementa. (Ocampo & Guitierrez, 2015)

Cambios neurológicos y cognitivos

- Como parte del envejecimiento natural, los adultos mayores experimentan varias transformaciones cognitivas y neurológicas. Según Piqueras, M (2025), a nivel neurológico se nota una reducción paulatina del tamaño del cerebro, particularmente en zonas como la corteza prefrontal y el hipocampo, lo cual podría impactar la planificación y la memoria. Además, se produce una disminución progresiva de neuronas y sinapsis, así como

alteraciones en la velocidad de conducción nerviosa. Esto puede causar una reducción en los reflejos, la coordinación y la rapidez para realizar tareas.

- Respecto a las transformaciones cognitivas, Véliz, M; Riffo, B; Arancibia, B (2015) confirma que los ancianos tienden a tener una disminución en la velocidad de procesamiento de información, la memoria a corto plazo y la habilidad para concentrarse en varias cosas al mismo tiempo. No obstante, muchas capacidades cognitivas, como el vocabulario, la memoria a largo plazo y el conocimiento general, tienden a ser relativamente estables o incluso pueden mejorar con la experiencia adquirida. Por otra parte, algunas personas tienen la posibilidad de desarrollar trastornos cognitivos más serios y que van avanzando, como el Alzheimer o la demencia.

Cambios sensoriales (visión, audición, gusto, olfato)

Udeo, J; Cedeño, M; Moscoso, G (2024) describe los cambios sensoriales en los adultos mayores los mismos que son parte del proceso natural de envejecimiento y afectan principalmente la visión, la audición, el gusto y el olfato, lo que puede influir en su calidad de vida y seguridad:

- **Visión:** La capacidad visual se reduce a causa de alteraciones en la estructura ocular. La presbicia (dificultad para enfocar de cerca), la sensibilidad reducida a la luz, la reducción del campo visual y el riesgo aumentado de padecer cataratas, degeneración macular o glaucoma son frecuentes. Estos factores pueden influir negativamente en la visión, el movimiento y la percepción del entorno
- **Audición:** La pérdida auditiva, o presbiacusia, es frecuente, sobre todo en frecuencias altas. Esto provoca dificultades para entender conversaciones, especialmente en ambientes ruidosos, generando aislamiento social o frustración.

- **Gusto:** La cantidad y sensibilidad de las papilas gustativas se reduce, lo que disminuye la percepción de los sabores, en particular el dulce y el salado. Esto puede tener un impacto en la alimentación, provocando una preferencia por comidas con más sazonado o que se pierda el apetito.
- **Olfato:** Si la sensibilidad del olfato se reduce, puede ser más difícil detectar olores y esto podría comprometer la seguridad frente a humo, gas o alimentos en mal estado. Además, tiene un impacto en cómo percibimos los sabores.

En general, estas transformaciones sensoriales tienen la capacidad de afectar la nutrición, la interacción social y la autonomía del anciano; por ello, se aconseja que se realicen evaluaciones periódicas y ajustes para optimizar su bienestar.

Figura N°4
Envejecimiento activo



Nota. Fuente: Imagen creada con IA

Impacto de los diferentes cambios en la autonomía del adulto mayor

Según la Comisión Internacional de Derechos Humanos (2024) los cambios en la autonomía del adulto mayor tienen un impacto considerable, pues implican aspectos sociales, emocionales, cognitivos y físicos que afectan su habilidad para actuar con independencia. Alteraciones físicas, como la pérdida de fuerza muscular, la movilidad limitada o las dificultades para escuchar y ver, restringen que se hagan actividades diarias esenciales como moverse sin asistencia, alimentarse o vestirse. La planificación de tareas, la gestión de responsabilidades y la seguridad personal se ven afectadas por las alteraciones cognitivas, que incluyen problemas en la toma de decisiones, disminución de la atención y pérdida de memoria. Los sentimientos de soledad, depresión o ansiedad pueden surgir a nivel emocional y hacer que la motivación para interactuar socialmente o sostener hábitos sanos disminuya, lo que puede crear un círculo de dependencia cada vez mayor. En última instancia, factores del entorno y sociales, como la ausencia de redes de apoyo o barreras en la arquitectura, pueden acentuar la pérdida de autonomía. A la vez, estas modificaciones no solo reducen la autonomía de los ancianos, sino que además impactan en su calidad de vida y en la necesidad de intervenciones de apoyo que se ajusten a cada dimensión.

1.9 Derechos del adulto mayor

Los adultos mayores en Ecuador tienen derecho a atención preferente, salud gratuita y especializada, trabajo remunerado, jubilación universal, descuentos en impuestos y tarifas, acceso a vivienda digna, garantía de autonomía personal, protección social entre otros. Estos derechos están protegidos por la Constitución de la Republica. Así también se ampara bajo la Ley Orgánica del Adulto Mayor, (2019) donde busca promover, regular y garantizar el ejercicio

de los derechos propios del adulto mayor, dentro del principio de atención preferente y especializada, consagrada en instrumentos internacionales de derechos humanos y leyes afines, con enfoque de género, movilidad humana, generacional e intercultural.

1.9.1 Envejecimiento digno

El envejecimiento digno es el proceso de llegar a la vejez en condiciones de respeto a los derechos humanos del adulto mayor, su autonomía, calidad de vida y participación social. Significa satisfacer sus necesidades de salud, alimentación y vivienda, pero también crear un ambiente de respeto, inclusión y reconocimiento a su experiencia y sabiduría. Un envejecimiento digno implica poder permanecer activo de acuerdo con las posibilidades de cada persona, ser atendido de manera integral y humanizada, estar protegido socialmente contra la vulnerabilidad económica y contar con familiares y comunidad que permita el afecto y la integración. En definitiva, es envejecer con respeto, cuidado, reconocimiento y sin discriminación por edad. (Taitelbaum, 2023)

1.9.2. Políticas públicas y programas de protección

Según Carrera, V (2023) las políticas públicas para el cuidado y protección de las personas adultas mayores han estado influenciadas principalmente por modelos económicos y de bienestar. Dichas políticas han buscado asegurar un nivel de vida digno a través de un ingreso seguro (a través de los programas contributivos y no contributivos de aseguramiento), el acceso universal a la salud y los servicios de cuidado que garantizan la protección y restitución de derechos de las personas mayores para promover el envejecimiento positivo.

Los servicios que el Ministerio de Inclusión Económico y Social (2014) destina para las personas adultas mayores están atravesados por una mirada integral de cuidados, con enfoque de derechos, donde el envejecimiento se entiende más allá de un proceso biológico, como una oportunidad de ciudadanía activa, saludable y digna, para mejorar las condiciones de vida de este colectivo a través de procesos de sensibilización con participación estatal, comunitaria y familiar. Los centros de atención al adulto mayor son lugares de atención integral en donde se realizan actividades para satisfacer las necesidades de asistencia al adulto mayor, los Centros dirigidos a adultos mayores de 65 años en situación de pobreza, extrema pobreza.

1.9.3. Rol de la familia y la comunidad

La familia siempre ha sido la principal red de apoyo social para la vida de las personas mayores, por lo que sentirse útil y querido por toda la familia es fundamental para el bienestar físico y mental del adulto mayor. Apoyar el proceso para fortalecer las habilidades, competencias, destrezas y conocimientos del adulto mayor; crear ambientes afectivos que eliminen la violencia; satisfacer sus necesidades básicas: nutrición, salud, desarrollo físico, mental, psicomotor, emocional y afectivo; proteger al adulto mayor de todo acto que viola sus derechos; proporcionar al adulto mayores espacios de recreación, cultura y deporte; y satisfacer sus necesidades psicoafectivas, esté o no en el contexto familiar. Fortalecer capacidades, habilidades, destrezas y prácticas individuales y familiares para el cuidado, atención y pleno desarrollo de las personas mayores en el contexto familiar. (Navarrete, 2022).

Afirma también Pinargote, G; Alcívar, S (2020) en la vejez las redes sociales de apoyo son determinantes de la salud. Cuando por diversas causas se pierde

el nexo familiar o se tiene necesidades económicas, materiales y/o psicosociales por resolver, la familia puede tramitar el ingreso a ciertas instituciones tales como Hogares de Ancianos, Casas de Abuelos, o vincularlos a otras redes de apoyo comunitario. En las interacciones con familiares, amigos, compañeros. Diversas investigaciones confirman la utilidad de las redes de apoyo para los adultos mayores en la reducción de la morbilidad donde el anciano puede encontrar el soporte social tan necesario para su salud física y mental como la mortalidad.

Los adultos mayores que participan socialmente con otros integrantes de la comunidad están contribuyendo al bienestar social. Directamente, haciéndole sentir miembro de un grupo de personas que comparten entre sí lazos de solidaridad y responsabilidad mutua y con las que puede contar si lo necesita; e Indirectamente, atenuando o protegiendo de los efectos de las situaciones estresantes o incrementando su capacidad de respuesta ante las situaciones del día a día, por eso es por lo que el adulto mayor debe participar en las redes sociales y de apoyo de sus comunidades. (Hernández, Solano, & Ramírez, 2021).

1.10 Estrategias para mejorar la calidad de vida.

1.10.1. Promoción de la salud y prevención de enfermedades

Herrera (2022) define la promoción de la salud como un proceso político y social integral que no sólo busca fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también cambiar las condiciones sociales, ambientales y económicas, para reducir su impacto negativo en la salud pública e individual. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas fortalecer su

control sobre los factores que determinan su salud y, de este modo, mejorarla. La participación es fundamental para fortalecer la acción de promoción de la salud.

La promoción para la salud se puede trabajar en diversos escenarios. El nivel macrosocial, en los determinantes sociales, se debe de intervenir con políticas públicas que reduzcan la inequidad en esta etapa de la vida en donde se es más vulnerable. El contexto micro ambiental, los lugares en que viven los adultos mayores: hogares, barrios, municipios, se puede incidir a través de la concertación con gobiernos locales y otros actores de las comunidades en las que residen los adultos mayores. El ambiente personal se puede moldear a través de la motivación a estilos de vida saludables desde las consultas con los profesionales de la salud. El contexto interpersonal, siendo la familia la principal fuente de apoyo social y estilos de vida saludables, se puede intervenir en este nivel conociendo este contexto y utilizándolo para promover la salud. (Aliaga, Cuba, & Mar, 2016).

1.10.2 Actividad física adaptada para las personas de la tercera edad.

La actividad física es un determinante de salud en el adulto mayor afirma Posso, R (2024), ya que previene y trata enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) como enfermedades cardiovasculares, diabetes, sarcopenia, hipertensión, obesidad, artrosis y artritis. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 60% de las personas son sedentarias por causas como las máquinas que reemplazan la actividad física, la mala alimentación y el aumento del transporte. Este estilo de vida sedentario es un factor de riesgo para desarrollar ECNT.

Mosqueda, A (2015) manifiesta que la edad deteriora el cuerpo; esto se puede retardar si se tiene la costumbre de hacer ejercicio físico, claro, dependiendo del estado de salud y física de la persona. La actividad física la puede practicar cualquier persona sin ningún problema, ya que los principios del entrenamiento seguirán unos pasos y una metodología individualizada para conseguir unos mayores beneficios; las cargas de trabajo y los estímulos siempre serán apropiados a las personas que lo vayan a realizar; en este caso las actividades físicas se pueden adaptar a las personas mayores.

Diversos estudios confirman que el ejercicio físico mejora la circulación sanguínea cerebral y estimula la síntesis de neurotrofinas, sustancias que inducen la neurogénesis (creación de nuevas neuronas) en el cerebro. La sinaptogénesis, formación de las primeras sinapsis, tiene neurotrofinas con mensajeros químicos, aumentando la conectividad entre neuronas, por lo cual la Organización Mundial de la Salud reconoce al ejercicio físico regular como una medida para prevenir, revertir y/o atenuar muchas de las alteraciones o enfermedades frecuentemente asociadas al envejecimiento. (Mosqueda, 2015). La actividad física adaptada en el adulto mayor es un conjunto de ejercicios y prácticas diseñadas para satisfacer las capacidades, restricciones y necesidades de esta etapa de la vida, con el objetivo de conservar la salud integral y promover un envejecimiento activo y funcional. Esta rutina es importante porque mantiene o mejora la fuerza muscular, la flexibilidad de las articulaciones, la coordinación, el equilibrio y la resistencia cardiovascular.

Estos son factores que ayudan a evitar caídas, reducir el riesgo de enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión u osteoporosis y a mantener la independencia para las actividades diarias. Las formas más comunes incluyen

ejercicios aeróbicos de bajo impacto (caminar, nadar, bicicleta fija), ejercicios de fortalecimiento con bandas elásticas o pesas livianas, ejercicios de estiramiento para mantener la flexibilidad y ejercicios de equilibrio (yoga o tai chi modificados). Estas últimas prácticas aportan beneficios físicos y mentales, reduciendo la ansiedad y el estrés. Además, la actividad física adaptada se puede realizar en grupo, lo que fomenta la perseverancia, la interacción social y reduce el riesgo de aislamiento. Para garantizar la eficacia, seguridad y bienestar, todo programa debe ser escalado, individualizado y supervisado por un profesional, en función del estado de salud, historial médico y nivel funcional de cada persona. (Posso, 2024)

1.10.3. Alimentación balanceada y nutrición en la vejez

Asegura Álvarez, J; et.al (2024) que una alimentación saludable es importante para una buena salud a cualquier edad. Pero cuando se trata de personas mayores, una alimentación saludable más que una recomendación, es una obligación. Deben considerar la edad, las necesidades y el estado de salud de cada individuo para desarrollar una dieta. Generalmente, las personas que peor se alimentan son las de edad avanzada, ya que nadie les supervisa y están solos. Se vuelven más sedentarios, gastan menos energía y, en ocasiones, por el aislamiento, surge la depresión, la distimia y otras enfermedades asociadas a la soledad que disminuyen su apetito. Por eso, cuando se llega a la vejez se debe incrementar la ingesta de algunos alimentos.

Una nutrición equilibrada en la edad avanzada es esencial para el mantenimiento de la salud, la prevención de enfermedades y un envejecimiento activo y digno. En esta etapa se producen cambios fisiológicos como la pérdida de masa muscular, ósea, cambios en el metabolismo y en la absorción de n

utrientes, por lo que es necesaria una dieta rica en proteínas de buena calidad, calcio, vitamina D, fibra, antioxidantes y líquidos suficientes.

Figura N° 5
Redes de apoyo



Nota. Fuente: Imagen creada con IA

Una buena nutrición ayuda a prevenir enfermedades crónicas como la diabetes, la hipertensión o las enfermedades cardíacas, refuerza el sistema inmunológico, mejora la función cognitiva y mantiene la movilidad. Además, establecer horarios fijos de alimentación, consumir porciones pequeñas y preferir alimentos frescos sobre los ultras procesados será determinante para asegurar energía y vitalidad en el adulto mayor.

En conclusión, una nutrición adecuada influye no solo en el bienestar físico, sino también en el emocional y social, pues el hecho de compartir la comida favorece la convivencia, la autoestima y la calidad de vida. (Socarrás, 2015).

Existen alimentos que, además de ser saludables, son grandes aliados para aliviar ciertas molestias. Eso es lo que ocurre, por ejemplo, con ciertas comidas frente a la incontinencia urinaria en el anciano. Así, por ejemplo, se encuentran en el mercado frutas para controlar la incontinencia urinaria. Finalmente, las dietas para ancianos evitarán frutas y jugos ácidos, picantes, fritos, salados, ahumados o adobados. Por ejemplo, los arándanos (nutritivos y vitamínicos) o el aguacate (vitamina E). Las carnes deben ser suaves; si son verduras, cocidas; si son frutas, maduras; si son cereales y legumbres, cocidos, guisados o en puré. (Álvarez,J;et.al, 2024).

1.10.4 Estimulación cognitiva y aprendizaje continuo

La estimulación cognitiva en personas adultas mayores según Neuronup (2022) es una forma de reforzar su autonomía funcional y de ralentizar el deterioro cognitivo de las personas mayores con Alzheimer o Parkinson. Entre sus múltiples beneficios se encuentra: mejora la autonomía funcional para realizar actividades del día a día de manera independiente, detener el deterioro cognitivo en enfermedades como el Alzheimer o el Parkinson, refuerza y mejorar la autoestima de la persona; favorecer la interacción social y evitar que las personas se aíslen, también ayuda a prevenir situaciones de estrés y ansiedad provocadas por el deterioro cognitivo y definitivamente mejora la vida de la persona, su bienestar emocional-psicológico y su salud en general.

La estimulación cognitiva es fundamental para mantener la memoria en los adultos mayores, retrasando su deterioro y mejorando la capacidad para recordar y recuperar información. Ejercitar la memoria ayuda a mejorar la autonomía y la calidad de vida, a recordar nombres, fechas y actividades cotidianas. Para ello, hay juegos cognitivos para trabajar la memoria, de

distintos niveles para ajustarse a cada persona, integrar ejercicios de estimulación cognitiva en la rutina diaria puede ser muy beneficioso, sobre todo para las personas mayores. Estas actividades ejercitan la memoria, mejoran la concentración y refuerzan habilidades como el razonamiento, el lenguaje y la resolución de problemas. Además, son una forma de prevenir el deterioro cognitivo y promover la autonomía en las personas mayores. (García, Cuidum, 2025)

1.10.5. Integración social y actividades recreativas

Duran, D; et.al (2014) manifiesta que la interacción social es un elemento protector de la salud, ya que significa tener contactos con otros y mantenerse activo. Además, crea la participación social, el adulto mayor puede distribuir su tiempo, mejorando su calidad de vida. La socialización en esta etapa los pone en contacto con otros y desarrolla capacidades a partir de él; Además, crean acciones para mejorar la vida. Así mismo, la integración social se sostiene de las redes de apoyo con las que cuente el adulto mayor, siendo las relaciones significativas que establece en su día a día y a lo largo de su vida, específicamente con familiares más cercanos, amigos, compañeros de trabajo, pareja, entre otros. Se ha verificado que dichas redes son muy importantes en la edad adulta mayor, siendo el soporte emocional para superar muchas crisis e incluso para que los adultos mayores sean considerados personas, mejorando su autoestima, autopercepción, eficacia personal y, por lo tanto, su identidad.

La integración social abarca todas las acciones e intervenciones dirigidas a hacer posible que la persona desarrolle sus capacidades individuales y sociales, convirtiéndose en actor de su propio proceso de socialización. Estudios han evidenciado que existen diferencias personales que imposibilitan pensar la

integración social del jubilado como un proceso único, homogéneo acciones e igualitario para todos, sino como activas que permiten a las personas pensar en su situación como algo a planificar, en lo que van a influir diversos factores en la manera de vivir la jubilación. (Altamirano,S;et.al, 2023)

Afirma Jarque, L; Gómez, E; Ramírez, A (2022) que las actividades lúdicas y sociales son importantes porque permiten al adulto mayor ser creativo, sentirse útil, aumentar su autoestima, tener nuevos intereses, relacionarse con los demás, sentirse bien y satisfecho, mantener sus habilidades cognitivas y psicomotrices.

Estas actividades pueden ser un entrenamiento completo según Jácome, H (2025) ya que mejora la movilidad y la condición física independiente, y contribuya al bienestar emocional y social. Por fin, las actividades recreativas son un acto que una persona realiza para divertirse; las pueden realizar solo o en grupo sin tener la obligación de hacerlas; las actividades recreativas no solo se hacen para ejercitarse, sino que se hacen por placer y para relajarse en sus tiempos libres. Por ejemplo, las actividades al aire libre (caminar, correr, excursiones, acampar, etc.), las actividades artísticas (bailar, pintar, actuar), las actividades acuáticas, entre otras.

1.10.6. Uso de tecnologías para la inclusión

Para Álvarez, D; etal (2024) la inclusión digital es la capacidad de las personas de acceder y usar tecnologías digitales de manera efectiva y con sentido en su vida. Esta competencia tan necesaria en la sociedad actual no solo necesita acceso a aparatos y redes, sino también habilidades y confianza para usarlos de manera autónoma y segura. En el caso de las personas mayores, la inclusión

digital tiene un significado especial, ya que a través de la tecnología pueden mantener el contacto con familiares, acceder a información y servicios de salud o participar en actividades para sentirse bien.

El mundo actual vive sumergido en los medios digitales asegura Arroyave, P; et al (2020), extendiéndose a todos los ámbitos de la sociedad, aunque su mercado principal sean adolescentes y jóvenes, mientras que, a la par, se desarrolla un fenómeno antes no visto: el envejecimiento progresivo de su población. En este contexto favorable del envejecimiento es donde las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) brindan alternativas para que el adulto mayor se mantenga socialmente activo, comunicándose con familiares y amigos, entreteniéndose, informándose de las noticias, realizando trámites bancarios y laborales. Pero para que las alternativas tecnológicas se entrecrucen con el envejecimiento, se necesitan procesos de inclusión digital (diseñando, creando y ofreciendo para este grupo poblacional) que fortalezcan sus posibilidades y acciones.

Sobre todo, en las poblaciones adultas, la tecnología digital es una herramienta para mejorar el capital humano sano, al mejorar la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades asociadas al envejecimiento. Las herramientas como las apps móviles, las plataformas de telemedicina, los dispositivos de monitorización remota o los sistemas de recordatorio de medicación permiten a las personas mayores hacer un seguimiento continuo de su salud sin tener que desplazarse de casa. Además, las tecnologías digitales superan barreras geográficas y temporales, lo que beneficia a las personas que residen en áreas rurales o a los adultos mayores con restricciones de movilidad, ya que pueden recibir consultas médicas, programas de rehabilitación o

asesorías nutricionales en cualquier momento y lugar. Por lo tanto, la tecnología integrada en el día a día de las personas mayores no solo incrementa el uso de los servicios sanitarios, sino que mejora su calidad de vida al permitirle mantener. Asimismo, estas tecnologías refuerzan la autonomía, disminuyen la sensación de soledad y permiten la comunicación con profesionales sanitarios y familiares, mejorando el bienestar físico y mental. un estado de salud más estable y participar más en la sociedad. (Yan & Xingb, 2025)

1.11. Retos y perspectivas futuras

Se refiere a analizar las problemáticas actuales y futuras probables o tendencias futuras en un campo o situación específica.

1.11.1. El impacto del envejecimiento poblacional en las políticas públicas

El envejecimiento poblacional en Ecuador es un problema que cada vez preocupa más a las políticas públicas, ya que el número de personas mayores va en aumento, al disminuir la natalidad y aumentar la esperanza de vida. Y esto afecta directamente a la seguridad social, la salud, la protección social y el diseño de programas de inclusión. En salud, fortalecer un sistema integral de atención geriátrica y gerontológica especializada y de prevención de enfermedades crónicas y promoción del envejecimiento activo. En lo económico, el envejecimiento se suma a la tensión sobre el sistema de pensiones y exige desarrollar políticas sostenibles que garanticen ingresos dignos y eviten la precariedad en la vejez. Desde lo social, el Estado debe desarrollar políticas para prevenir la discriminación por edad, promover la participación comunitaria y garantizar entornos accesibles e inclusivos. En resumen, el envejecimiento poblacional exige el abordaje de políticas públicas

en Ecuador con enfoque intersectorial, para asegurar los derechos, la equidad y la calidad de vida de las personas mayores y preparar a la sociedad para afrontar de manera sostenible este cambio demográfico. (Rubinstein, 2024)

La protección social es una parte esencial de la Política pública para hacer efectivos los derechos sociales y económicos de las personas mayores. Hay que ir preparando medidas para asegurar a todo el mundo una vejez digna. Para ello se deben generar acciones concretas para las personas adultas mayores que hoy viven, en especial las que se encuentran en condiciones de pobreza y exclusión social, mejorando su calidad de vida. A su vez también se necesita una mirada anticipatoria, en el entendido de que para afrontar los desafíos del envejecimiento futuro se deben ir generando, desde ahora, acciones focalizadas en personas mayores (Rubinstein, 2024)

1.11.2. Innovaciones tecnológicas para el bienestar del adulto mayor

Aunque las personas mayores se van adaptando cada vez mejor a la tecnología, también existen el teletexto, los teléfonos con teclas grandes o las radios de toda la vida que les siguen sirviendo a aquellos que se sienten más cómodos con las herramientas de siempre. El incremento de la esperanza de vida hace que muchas de las nuevas tecnologías se orienten a mejorar la vida de las personas mayores. Y el mundo virtual está cada vez más al alcance de todos, incluso de los abuelitos. (Cuideo, 2024).

Baig, E (2024) menciona que cuando se le preguntó, el mismo Chat GPT dio algunas maneras en las que la IA puede ayudar a las personas mayores de 50 años, desde el hecho de que puede responder preguntas sobre casi cualquier cosa (finanzas, salud, tecnología, etc.) hasta el hecho de que puede

proporcionar información sobre cualquier tema. Los chats bots también pueden ser estimulantes mentales y compañeros, e incluso pueden llegar a ofrecer terapia a personas ansiosas, solas o deprimidas. Pero la IA no es infalible. Se equivoca en hechos y a veces produce resultados extraños que los tecnólogos llaman "alucinaciones".

La movilidad limitada o ausente es frecuente en el anciano. Entre los nuevos productos para mayores se encuentra una silla de ruedas inteligente, perfecta para que puedan desplazarse con total autonomía. Las sillas de ruedas inteligentes suelen tener unas placas de goma que se despliegan debajo de la silla para subir y bajar escalones. Otras llevan un ordenador e incluso se espera que puedan leer la mente para ser controladas con el pensamiento. (Cuideo, 2024)

El distanciamiento social durante lo peor de la pandemia hizo que las citas en persona con un médico fueran casi imposibles. Aunque estamos saliendo de nueva atención, todavía puedes hablar con un proveedor de atención médica en vivo en video en la mayoría de los casos. La telemedicina o telesalud (los términos se usan como sinónimos) no es una solución para todo. Pero para afecciones médicas de rutina, una consulta en línea puede ser justo lo que recibió el médico. Aún tendrás que buscar atención en persona en caso de una emergencia médica. Ya no tendrás que preocuparte por el transporte público, manejar o rogar que te lleven. (Baig, 2024)

1.11.3. Perspectiva de envejecimiento activo y saludable

El concepto de envejecimiento activo fue propuesto por la OMS a finales de los años 90, buscando ampliar la perspectiva de lo que hasta ese momento se

conoció como envejecimiento saludable, cuyo enfoque se centraba en los factores sociosanitarios y de salud. Por su parte, este concepto de envejecimiento activo considera otras variables y le otorga a la actividad un papel protagónico en las distintas formas de envejecer.

Figura N°6
Atención integral a adulto mayor



Nota. Fuente: Imagen creada con IA

El planteamiento del envejecimiento activo es un paradigma al investigar los aspectos positivos del envejecimiento. Está fundamentado en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas mayores y en los principios de las Naciones Unidas de: independencia, participación, dignidad, cuidado y autorrealización. (Ramos, García, & Mirada, 2016).

El objetivo del envejecimiento activo según Jácome, H (2025) es alargar la vida saludable con la mejor calidad para todas las personas mayores, incluso las más vulnerables, dependientes o con discapacidad". Los adultos mayores que

practican actividades recreativas son activos y fuertes y pueden mantener la movilidad necesaria para esta etapa. También señalan la importancia de las actividades recreativas en la tercera edad, ya que son parte esencial para contribuir a una vejez saludable. La no participación en estas actividades el adulto mayor va perdiendo sus capacidades físicas, cognitivas, se aísla socialmente; todas estas condiciones pueden generar enfermedades y, por consiguiente, una muerte temprana.

Cuando hablamos de envejecimiento activo, la integración social es un factor para considerar desde el inicio de la vida individual y colectiva. La integración social es un proceso dinámico y complejo que busca crear un tejido social inclusivo. El objetivo de este tipo de mirada es asegurar que toda persona, sin importar su procedencia, situación económica, religiosa, sexual o de cualquier otra índole, sea reconocida y pueda participar del bienestar común. (Duran,D;et.al, 2014).

CAPÍTULO II

TÉCNICAS DE LA VALORACIÓN NUTRICIONAL EN EL ADULTO MAYOR

2.1 Introducción

La valoración nutricional en el adulto mayor es fundamental para detectar precozmente alteraciones en su estado de salud y diseñar intervenciones adecuadas. Este proceso combina métodos subjetivos y objetivos, permitiendo una evaluación integral del estado nutricional, considerando las particularidades fisiológicas y patológicas de esta población (World Health Organization [WHO], 2019; Ministerio de Salud, 2018).

Las técnicas principales incluyen la valoración clínica, que evalúa signos físicos y síntomas relacionados con deficiencias nutricionales, y la valoración antropométrica, que mide parámetros como peso, estatura, circunferencia de la cintura y de la pantorrilla, y pliegues cutáneos. La medición de estos indicadores ayuda a detectar desnutrición, sarcopenia y obesidad, condiciones prevalentes en adultos mayores (Hernández et al., 2019; Sanitas, 2024).

Asimismo, la valoración bioquímica analiza niveles de hemoglobina, albúmina, prealbúmina y otros marcadores que reflejan el estado nutricional y la presencia de inflamación o enfermedades crónicas. La evaluación funcional, mediante pruebas de fuerza muscular y capacidad física, complementa la valoración, permitiendo identificar riesgos de discapacidad y caídas (Bhandari et al., 2019; Holick, 2019).

El uso de instrumentos estandarizados, como la Valoración Mínima Nutricional (VIM), facilita la detección rápida y confiable en diferentes entornos, incluyendo hospitales y centros de atención primaria. La integración de estos métodos permite una valoración multidimensional, esencial para planificar intervenciones nutricionales personalizadas (Ocronos, 2025; Elsevier, 2021).

Es importante destacar que la valoración debe realizarse periódicamente, al menos cada tres meses en pacientes hospitalizados, para monitorear cambios y ajustar las estrategias de intervención. La capacitación del personal en técnicas de medición y en interpretación de resultados es clave para garantizar la precisión y utilidad de la evaluación (Smith & Lee, 2020; Ministerio de Inclusión Económica y Social [MIES], 2023).

En conclusión, las técnicas de valoración nutricional en el adulto mayor deben ser integradas y adaptadas a las condiciones específicas de cada individuo, considerando factores fisiológicos, clínicos y sociales, con el fin de promover un envejecimiento saludable y prevenir complicaciones relacionadas con la malnutrición (Hernández et al., 2019; WHO, 2019).

2.2 Técnicas de la Valoración Nutricional en el Adulto Mayor

La valoración nutricional en el adulto mayor es un proceso fundamental para detectar precozmente alteraciones en su estado de salud relacionadas con la alimentación y el metabolismo. La población adulta mayor presenta cambios fisiológicos, patológicos y sociales que influyen en su estado nutricional, por lo que es necesario aplicar técnicas específicas y multidimensionales para evaluar su condición de manera integral (Ward

Health Organization [WHO], 2019; Ministerio de Salud, 2018). La correcta valoración permite diseñar intervenciones personalizadas que promuevan un envejecimiento saludable, previniendo complicaciones como la malnutrición, sarcopenia, obesidad o deficiencias de micronutrientes (Hernández et al., 2019; Smith & Lee, 2020).

Este capítulo revisa las principales técnicas de valoración nutricional en adultos mayores, incluyendo métodos subjetivos, antropométricos, bioquímicos, funcionales y de evaluación de hábitos alimenticios, con énfasis en las recomendaciones actuales y en la utilidad clínica de cada una (Elsevier, 2021; Ocronos, 2025).

Tabla 1. Técnicas de evaluación nutricional

Método	Parámetros Evaluados	Ventajas	Limitaciones en Adultos Mayores
Antropométrico	IMC, circunferencia de cintura, pliegues	Fácil, económico, no invasivo	Alteraciones en masa muscular y estatura
Bioquímico	Albúmina, hemoglobina, colesterol	Objetivo, útil en diagnóstico	Afectado por inflamación, hidratación
Clínico	Signos físicos, comorbilidades	Evaluación integral	Subjetivo, depende del examinador
Dietético	Recordatorio 24h, frecuencia alimentaria	Personalizado, identifica hábitos	Requiere buena memoria y colaboración

2.3 . Valoración clínica

2.3.1 Signos físicos y síntomas relacionados con la nutrición

La evaluación clínica consiste en la observación y exploración física para detectar signos que puedan indicar deficiencias o excesos nutricionales. En adultos mayores, signos como pérdida de masa muscular, piel seca, uñas quebradizas, anemia, edemas o alteraciones en la piel y mucosas son relevantes. La presencia de enfermedades crónicas, como diabetes, hipertensión o enfermedades cardiovasculares, también influye en el estado nutricional (Hernández et al., 2019; World Health Organization [WHO], 2019).

La evaluación clínica consiste en la observación y exploración física para detectar signos que puedan indicar deficiencias o excesos nutricionales. En adultos mayores, signos como la pérdida de peso involuntaria —que a menudo es el signo más evidente y preocupante—, la disminución de la masa muscular y la debilidad generalizada, son indicadores de alarma (Smith & Lee, 2020). La pérdida progresiva de masa muscular puede llevar a la sarcopenia, una condición caracterizada por la disminución de la masa y fuerza muscular, que aumenta el riesgo de caídas y fracturas, así como el deterioro funcional y la dependencia (Cruz-Jentoft et al., 2019; Cuideo, 2024).

2.3.2 Otros signos físicos incluyen

La **piel seca y agrietada** es un signo frecuente en adultos mayores y puede asociarse con deficiencias de vitaminas liposolubles, como A y E, así como de minerales esenciales. Estos cambios cutáneos reflejan tanto alteraciones

nutricionales como el proceso natural de envejecimiento, siendo fundamentales de evaluar en la exploración clínica (Hernández et al., 2019; Sanitas, 2024).

Las **uñas quebradizas** constituyen un signo que puede sugerir deficiencias de micronutrientes como hierro, zinc o biotina. Este indicador, aunque inespecífico, resulta útil cuando se analiza en conjunto con otros parámetros clínicos y dietéticos, ya que puede relacionarse con anemias nutricionales o estados de malabsorción (Smith & Lee, 2020; Cuideo, 2024).

La **anemia**, manifestada en palidez, fatiga y dificultades de concentración, suele relacionarse con deficiencia de hierro, vitamina B12 o ácido fólico. Este hallazgo clínico es relevante en geriatría, ya que impacta directamente en la capacidad funcional y la calidad de vida de los adultos mayores (Bhandari et al., 2019; WHO, 2019).

Los **edemas periféricos**, observados como hinchazón en extremidades, pueden indicar desequilibrio de proteínas plasmáticas y electrolitos. Son un signo de alerta que debe considerarse en el contexto de hipoalbuminemia, insuficiencia cardíaca o enfermedad renal, todas condiciones prevalentes en esta población (López et al., 2018; Elsevier, 2021).

Las **alteraciones en la piel y mucosas**, tales como lesiones en la boca, inflamación de encías o sequedad ocular, se asocian a deficiencias de vitaminas del complejo B, vitamina C y vitamina A. Estos signos, aunque

frecuentes, suelen ser subdiagnosticados en el adulto mayor (Hernández et al., 2019; Ministerio de Salud, 2018).

La **fatiga constante y la falta de energía** son manifestaciones clínicas de la desnutrición calórico-proteica. Estas condiciones reducen la capacidad para realizar actividades cotidianas y predisponen a mayor fragilidad física y deterioro funcional (Smith & Lee, 2020; Ocronos, 2025).

La **cicatrización lenta de heridas** refleja una regeneración celular comprometida por carencias proteicas, de vitamina C, zinc y otros micronutrientes esenciales. En adultos mayores, este signo puede complicar procesos postquirúrgicos y aumentar la morbilidad (Holick, 2019; Cuideo, 2024).

El **cabello quebradizo o la caída del cabello** puede indicar deficiencias nutricionales, particularmente de hierro, zinc, proteínas y vitaminas del complejo B. Aunque también puede relacionarse con factores hormonales y envejecimiento, su aparición persistente amerita valoración nutricional (Sanitas, 2024; Hernández et al., 2019).

La **disminución de la fuerza de agarre**, reflejada en la dificultad para abrir frascos o sostener objetos, se vincula con pérdida de masa muscular y sarcopenia. La dinamometría es una herramienta recomendada para su evaluación, ya que constituye un predictor de discapacidad y mortalidad (Cruz-Jentoft et al., 2019; Smith & Lee, 2020).

Finalmente, las **infecciones frecuentes** en adultos mayores pueden ser consecuencia de deficiencias nutricionales que disminuyen la respuesta

inmunitaria, en particular déficit de proteínas, vitamina D y zinc. Este hallazgo clínico subraya la importancia de una dieta balanceada para fortalecer la inmunidad en la vejez (WHO, 2019; Ministerio de Inclusión Económica y Social [MIES], 2023).

La presencia de **enfermedades crónicas**, como diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial o enfermedades cardiovasculares, influye significativamente en el estado nutricional del adulto mayor. Estas condiciones alteran el metabolismo de los nutrientes y aumentan las necesidades específicas de energía y micronutrientes. Por ejemplo, la diabetes requiere un control cuidadoso de la ingesta de carbohidratos para evitar descompensaciones glucémicas, mientras que las enfermedades cardiovasculares demandan dietas bajas en grasas saturadas, colesterol y sodio para reducir riesgos de complicaciones (American Diabetes Association [ADA], 2022; World Health Organization [WHO], 2019). Además, la **polifarmacia**, frecuente en adultos mayores con múltiples enfermedades crónicas, puede afectar el apetito, el gusto y la absorción de nutrientes, comprometiendo aún más el estado nutricional (Elsevier, 2021; López et al., 2018).

Es importante destacar que algunos **síntomas de deficiencias nutricionales** pueden ser sutiles y confundirse con los efectos naturales del envejecimiento, lo que dificulta su detección temprana. Por ello, una **evaluación clínica exhaustiva y periódica** es fundamental para identificar y abordar oportunamente cualquier problema nutricional (Smith & Lee, 2020; Hernández et al., 2019). Esta evaluación debe integrar la revisión de la historia clínica, la exploración de la ingesta dietética, la valoración antropométrica y el análisis de parámetros bioquímicos, con el

fin de obtener una visión integral del estado nutricional del adulto mayor (Ministerio de Salud, 2018; Ocronos, 2025).

2.4 Importancia de la historia clínica

La historia clínica nutricional es un pilar fundamental en la valoración integral del adulto mayor, ya que permite recopilar información sobre antecedentes médicos, medicación, hábitos alimenticios, nivel de actividad física, así como condiciones socioeconómicas y psicológicas. Este abordaje multidimensional facilita la identificación de factores que afectan la ingesta y absorción de nutrientes y, a su vez, permite detectar causas potenciales de malnutrición (Hernández et al., 2019; Ministerio de Salud, 2018).

Además, la recopilación de antecedentes médicos posibilita relacionar enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión, insuficiencia renal o trastornos gastrointestinales con alteraciones en la disponibilidad y utilización de nutrientes. A ello se suma la polifarmacia, habitual en la población geriátrica, que puede generar interacciones fármaco-nutriente y modificar el apetito o la absorción intestinal (Elsevier, 2021; López et al., 2018).

En el ámbito de los factores psicosociales, la historia clínica también permite evaluar aspectos como la depresión, el aislamiento social o la falta de recursos económicos, los cuales influyen directamente en la calidad de la dieta y en la adherencia a los planes de intervención nutricional. Estos determinantes sociales de la salud deben considerarse de manera prioritaria

para prevenir y tratar la malnutrición en adultos mayores (World Health Organization [WHO], 2019; Ocronos, 2025).

De esta manera, la historia clínica no solo funciona como una herramienta diagnóstica, sino también como una base para el diseño de intervenciones personalizadas, adaptadas a las condiciones médicas, sociales y emocionales de cada individuo, con el fin de optimizar su estado nutricional y promover un envejecimiento saludable (Smith & Lee, 2020; Ministerio de Inclusión Económica y Social [MIES], 2023).

2.5 Componentes clave de la historia clínica nutricional

1. Antecedentes médicos:

La recopilación de los antecedentes médicos constituye un aspecto esencial de la historia clínica nutricional del adulto mayor, ya que permite identificar enfermedades crónicas que impactan de manera significativa en su estado nutricional. Patologías como la diabetes mellitus tipo 2, la hipertensión arterial, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y la osteoporosis se asocian con alteraciones en el metabolismo de los nutrientes y con mayores requerimientos dietéticos (World Health Organization [WHO], 2019; Hernández et al., 2019).

En particular, la diabetes implica un control estricto de la ingesta de carbohidratos y una adecuada distribución de las comidas para mantener la estabilidad glucémica, mientras que la hipertensión y las enfermedades cardiovasculares requieren dietas bajas en sodio, grasas saturadas y azúcares simples (American Diabetes Association [ADA],

2022; Elsevier, 2021). De igual manera, el cáncer y la osteoporosis incrementan las necesidades de proteínas, calcio y vitamina D, nutrientes clave para preservar la masa muscular y la salud ósea en la vejez (Holick, 2019; Smith & Lee, 2020).

2.5.1 Problemas gastrointestinales

Los **trastornos gastrointestinales** son frecuentes en el adulto mayor y constituyen un factor determinante en la ingesta y absorción de nutrientes. Síntomas como la **disfagia** (dificultad para tragar), la **xerostomía** (sequedad bucal), las **náuseas**, los **vómitos**, la **diarrea** y el **estreñimiento** afectan directamente la capacidad de mantener una dieta equilibrada. Estas alteraciones pueden conducir a **déficits de macro y micronutrientes**, pérdida de peso involuntaria y mayor riesgo de malnutrición (Hernández et al., 2019; Smith & Lee, 2020). Asimismo, se asocian con enfermedades crónicas del aparato digestivo y con el uso prolongado de ciertos medicamentos que modifican la motilidad intestinal y la secreción gástrica (López et al., 2018; WHO, 2019).

2.5.2 Estado dental

El **estado de salud bucodental** representa otro componente esencial en la valoración clínica del adulto mayor. La pérdida de piezas dentarias, el uso de **prótesis dentales mal ajustadas** y otros problemas periodontales dificultan la **masticación** y limitan el consumo de alimentos con alta densidad nutricional, como carnes, frutas y verduras frescas. Esta condición puede ocasionar dietas poco variadas y con baja calidad nutricional, aumentando la prevalencia de **desnutrición, sarcopenia** y

fragilidad (Ministerio de Salud, 2018; Sanitas, 2024). Por ello, el examen odontológico debe formar parte de la evaluación integral, considerando que una adecuada salud oral es clave para garantizar la ingesta y la calidad de vida en la vejez (Ocronos, 2025; Elsevier, 2021).

Medicación

La polifarmacia es frecuente en adultos mayores, quienes suelen consumir múltiples medicamentos de manera simultánea debido a la coexistencia de enfermedades crónicas. Este fenómeno puede tener efectos adversos sobre el apetito, la absorción de nutrientes y el metabolismo energético. Además, algunos fármacos alteran el gusto y el olfato, reducen el apetito o interfieren con la absorción intestinal, generando un mayor riesgo de malnutrición (López et al., 2018; Elsevier, 2021).

Las interacciones fármaco-nutriente representan otro desafío clínico importante. Fármacos de uso común en geriatría, como los inhibidores de la bomba de protones, reducen la absorción de vitamina B12 y ácido fólico; los corticoides afectan la disponibilidad de vitamina D y calcio; y los diuréticos favorecen desequilibrios electrolíticos como hiponatremia, hipopotasemia e hipomagnesemia (Hernández et al., 2019; Smith & Lee, 2020).

Hábitos alimenticios

La **ingesta dietética** debe ser evaluada considerando la cantidad, calidad y frecuencia de consumo de alimentos. La valoración incluye el número de comidas diarias, la diversidad en la dieta y la adecuación en el aporte

de macro y micronutrientes, con el fin de detectar deficiencias o excesos (Ministerio de Salud, 2018; WHO, 2019).

Las preferencias y aversiones alimentarias del adulto mayor, junto con las restricciones dietéticas autoimpuestas o prescritas, influyen directamente en la adherencia al plan de alimentación y en la suficiencia nutricional (Ocronos, 2025; Cuideo, 2024). Asimismo, el registro de **alergias e intolerancias alimentarias** resulta esencial para evitar reacciones adversas y garantizar la seguridad nutricional (Sanitas, 2024).

2.5.3 Actividad física

El **nivel de actividad física** disminuye de manera significativa en la vejez, reduciendo el gasto energético y acelerando la pérdida de masa muscular, lo que incrementa el riesgo de sarcopenia y fragilidad (Cruz-Jentoft et al., 2019; WHO, 2019).

La capacidad funcional también debe evaluarse en términos de autonomía para realizar actividades básicas como cocinar, comprar alimentos y alimentarse por sí mismo. Su deterioro limita la posibilidad de mantener una dieta adecuada y aumenta la dependencia de terceros (Smith & Lee, 2020; Hernández et al., 2019).

Condiciones socioeconómicas

Los **ingresos económicos** insuficientes restringen el acceso a alimentos de calidad, lo que incrementa el riesgo de malnutrición en el adulto mayor (Ministerio de Inclusión Económica y Social [MIES], 2023; López et al., 2018).

El **acceso a alimentos** frescos y nutritivos depende de la disponibilidad local, las redes de distribución y el entorno social, factores que afectan la diversidad alimentaria en esta población (Ministerio de Salud, 2018; Ocronos, 2025).

El **apoyo social** es igualmente relevante, ya que la soledad y el aislamiento reducen el apetito y predisponen a una alimentación insuficiente, con impacto directo en el estado nutricional y en la calidad de vida (WHO, 2019; Sanitas, 2024).

2.5.4 Condiciones psicológicas

El **estado de ánimo** influye en la ingesta alimentaria: la depresión, la ansiedad y otros trastornos emocionales reducen el apetito y alteran la selección de alimentos, favoreciendo el riesgo de desnutrición (Ocronos, 2025; Hernández et al., 2019).

La **función cognitiva** deteriorada, asociada a demencia o déficit de memoria, afecta la capacidad del adulto mayor para recordar horarios de comidas, preparar alimentos y responder a las señales de hambre y saciedad, comprometiendo así su estado nutricional (Elsevier, 2021; Smith & Lee, 2020).

La **valoración antropométrica** constituye una herramienta esencial en la evaluación del estado nutricional de los adultos mayores. Esta técnica implica la medición de dimensiones corporales básicas que proporcionan información sobre la composición corporal y el estado de salud. Su importancia radica en que permite detectar tanto la desnutrición como el

exceso de peso, condiciones frecuentes en esta etapa de la vida y que aumentan el riesgo de complicaciones clínicas (Hernández et al., 2019; World Health Organization [WHO], 2019).

2.5.5 Importancia de la valoración antropométrica

La valoración antropométrica es fundamental por diversas razones. En primer lugar, posibilita la **identificación de la malnutrición**, tanto por déficit como por exceso, lo que resulta clave en la prevención de la sarcopenia y la obesidad, dos problemas prevalentes en la vejez (Cruz-Jentoft et al., 2019; Ocronos, 2025). En segundo lugar, permite el **monitoreo de cambios en la composición corporal** a lo largo del tiempo, ya que el envejecimiento se asocia con pérdida de masa muscular y redistribución de la grasa corporal. Finalmente, facilita la **evaluación del riesgo de enfermedades crónicas**, puesto que la acumulación de grasa abdominal se ha vinculado con mayor incidencia de diabetes tipo 2, hipertensión y enfermedades cardiovasculares (Elsevier, 2021; Sanitas, 2024).

2.6 Métodos de valoración antropométrica

Los métodos más utilizados en la práctica clínica y comunitaria incluyen:

- **Índice de Masa Corporal (IMC):**

Se calcula dividiendo el peso en kilogramos entre la estatura en metros al cuadrado ($IMC = \text{peso}/\text{altura}^2$). Valores inferiores a 18.5 indican **desnutrición**, mientras que cifras superiores a 30 reflejan **obesidad**. No obstante, en adultos mayores su interpretación presenta

limitaciones, ya que no distingue entre masa grasa y masa magra (Smith & Lee, 2020; WHO, 2019).

- **Circunferencia de la cintura:**

Este indicador estima la grasa abdominal, la cual se relaciona con riesgo metabólico. En hombres, una circunferencia de cintura mayor a 102 cm, y en mujeres superior a 88 cm, se asocia con mayor probabilidad de complicaciones cardiovasculares y metabólicas (Ministerio de Salud, 2018; Hernández et al., 2019).

- **Circunferencia de la cadera y relación cintura-cadera (RCC):**

La RCC se obtiene dividiendo la circunferencia de la cintura entre la de la cadera. Valores superiores a 0.90 en hombres y a 0.85 en mujeres indican mayor riesgo de obesidad abdominal y complicaciones asociadas (WHO, 2019; Ocronos, 2025).

- **Pliegues cutáneos:**

La medición del grosor del pliegue tricípital, subescapular u otros permite estimar el porcentaje de grasa corporal. Aunque es un método accesible y económico, requiere personal capacitado y presenta limitaciones en adultos mayores debido a cambios en la elasticidad de la piel (Smith & Lee, 2020; Elsevier, 2021).

- **Peso y altura:**

La medición de peso y talla sigue siendo fundamental en la práctica clínica. Permite calcular el IMC y evaluar la **pérdida de peso involuntaria**, considerada un signo de alerta de malnutrición en

adultos mayores. Sin embargo, la estatura puede estar subestimada por problemas posturales o por la presencia de osteoporosis (Hernández et al., 2019; Sanitas, 2024).

Consideraciones Específicas para Adultos Mayores

La valoración antropométrica en adultos mayores requiere tener en cuenta diversas limitaciones propias de esta etapa de la vida. En primer lugar, las **limitaciones físicas** como la dificultad para mantenerse de pie, los problemas de movilidad y las deformidades osteoarticulares dificultan la obtención de mediciones exactas de talla y peso. Por ello, se recomienda adaptar los procedimientos a las condiciones individuales, utilizando técnicas alternativas como la estimación de la talla a partir de la longitud de rodilla o de la envergadura (Hernández et al., 2019; Smith & Lee, 2020).

La **pérdida de masa muscular**, asociada a la sarcopenia, es otro aspecto crítico en la valoración nutricional. Esta condición, caracterizada por disminución de la fuerza y masa muscular, no siempre se refleja en parámetros como el índice de masa corporal (IMC), lo que puede llevar a diagnósticos erróneos si no se complementa con otras medidas (Cruz-Jentoft et al., 2019; Elsevier, 2021).

Asimismo, los **cambios en la hidratación corporal** influyen en el peso y en las mediciones antropométricas. La deshidratación, frecuente en la población geriátrica debido a una menor percepción de la sed, puede provocar una subestimación del peso corporal, mientras que la

retención de líquidos puede sobreestimarlos. Estas variaciones deben considerarse al interpretar los resultados (López et al., 2018; World Health Organization [WHO], 2019).

Finalmente, el **contexto cultural y socioeconómico** también condiciona el estado nutricional. Factores como las preferencias alimenticias, el acceso a alimentos frescos y nutritivos, así como el nivel de educación en nutrición, influyen directamente en la calidad de la dieta y, por ende, en los resultados de la valoración antropométrica (Ministerio de Inclusión Económica y Social [MIES], 2023; Ocronos, 2025).

Tabla 2: Técnicas de Evaluación de Composición Corporal

Técnica	Principio de Medición	Precisión	Accesibilidad	Consideraciones en Geriatría
DEXA	Absorciometría de rayos X	Muy alta	Baja	Costosa, requiere equipo especializado
BIA	Impedancia bioeléctrica	Media	Alta	Afectada por hidratación y edad
Tomografía	Imagen por secciones	Muy alta	Muy baja	Uso limitado por costo y exposición

Limitaciones y consideraciones

La **valoración antropométrica** en adultos mayores presenta limitaciones que deben reconocerse para evitar errores diagnósticos. La **pérdida de estatura**, causada por osteoporosis y deformidades óseas, es un fenómeno común en la vejez. Estas condiciones generan compresión vertebral y

postura encorvada, lo que dificulta la obtención precisa de la talla y puede comprometer la interpretación de los resultados (Hernández et al., 2019; World Health Organization [WHO], 2019).

Pérdida de estatura

La reducción de estatura relacionada con osteoporosis, artritis y otras deformidades de la columna tiene un **impacto directo en el cálculo del Índice de Masa Corporal (IMC)**. Una altura subestimada o sobrestimada puede alterar la clasificación nutricional, generando diagnósticos erróneos de desnutrición u obesidad (Elsevier, 2021; Smith & Lee, 2020).

Cambios en la composición corporal

La **sarcopenia**, entendida como pérdida progresiva de masa y fuerza muscular asociada al envejecimiento, afecta la interpretación de las mediciones antropométricas. En adultos mayores, una reducción significativa de masa muscular puede no reflejarse en el IMC, lo que ocasiona una falsa impresión de peso saludable (Cruz-Jentoft et al., 2019; Ocronos, 2025).

Al mismo tiempo, suele observarse un **aumento de la grasa visceral**, incluso en personas con peso normal. Esta redistribución de la composición corporal se asocia con mayor riesgo de enfermedades metabólicas y cardiovasculares, por lo que debe considerarse en la interpretación clínica de las medidas (Sanitas, 2024; Hernández et al., 2019).

Capacitación del personal: La precisión de las mediciones antropométricas depende de la competencia técnica del personal de salud. Estas evaluaciones deben ser realizadas por profesionales capacitados, como nutricionistas o enfermeros especializados, con experiencia en el uso de instrumentos y en la interpretación de resultados (Smith & Lee, 2020; Elsevier, 2021).

Además, se requiere una estandarización de procedimientos para garantizar la fiabilidad de los datos. Esto incluye la calibración regular de equipos, el control de las condiciones ambientales al momento de la medición y la repetición de registros cuando se detecten discrepancias (WHO, 2019; Ministerio de Salud, 2018).

Consideraciones ambientales y contextuales

El estado de hidratación es un factor crítico en la valoración antropométrica. La deshidratación, frecuente en adultos mayores debido a la disminución de la sensación de sed, puede dar lugar a una subestimación del peso corporal, mientras que la retención hídrica puede producir lo contrario (López et al., 2018; WHO, 2019).

Asimismo, las condiciones de salud agudas o crónicas influyen en el estado nutricional y en la validez de los parámetros antropométricos. Infecciones, hospitalizaciones o descompensaciones metabólicas pueden alterar temporalmente las mediciones y deben tenerse en cuenta en la interpretación (Elsevier, 2021; Ocronos, 2025).

2.6 Factores psicológicos y sociales

Los **factores psicológicos**, como la depresión y el aislamiento social, repercuten directamente en el apetito, la ingesta de alimentos y, en consecuencia, en el estado nutricional del adulto mayor. Estos determinantes no siempre se reflejan de manera inmediata en las mediciones antropométricas, pero afectan su interpretación (Ministerio de Inclusión Económica y Social [MIES], 2023; Cuideo, 2024).

Por otra parte, el **acceso a alimentos nutritivos** está condicionado por factores socioeconómicos y del entorno, lo que influye en la dieta y en los resultados de la valoración. La falta de recursos económicos o la escasa disponibilidad de alimentos frescos constituye un riesgo de malnutrición que debe considerarse junto con los indicadores físicos (Ministerio de Salud, 2018; Sanitas, 2024).

2.6.1 Valoración bioquímica

La **valoración bioquímica** constituye una herramienta complementaria para la evaluación nutricional del adulto mayor. Incluye el análisis de proteínas plasmáticas, hemoglobina, hematocrito, vitaminas y minerales, que permiten identificar alteraciones relacionadas con la nutrición y con procesos patológicos comunes en la vejez (Hernández et al., 2019; World Health Organization [WHO], 2019).

2.6.2 Marcadores de estado nutricional

Proteínas plasmáticas: La albúmina es producida por el hígado y cumple un papel fundamental en la regulación del volumen sanguíneo y la presión oncótica. Niveles inferiores a 3.5 g/dL se asocian con desnutrición, enfermedad hepática o inflamación. Sin embargo, la albúmina no siempre refleja de forma precisa el estado nutricional, ya que puede alterarse por procesos inflamatorios agudos o crónicos (Kalra et al., 2020).

La prealbúmina, con una vida media más corta (2–3 días), es un marcador más sensible para detectar cambios en el estado nutricional y para monitorear la eficacia de la intervención nutricional. Niveles por debajo de 15 mg/dL sugieren desnutrición moderada o grave (Elsevier, 2021).

Hemoglobina y hematocrito: La hemoglobina es la proteína encargada del transporte de oxígeno en la sangre. Valores inferiores a 13 g/dL en hombres y 12 g/dL en mujeres son indicativos de anemia, frecuentemente asociada a deficiencia de hierro, vitamina B12 o folato. La anemia en adultos mayores se relaciona con fatiga, debilidad y deterioro funcional (Bhandari et al., 2019).

El hematocrito, que mide el porcentaje de glóbulos rojos, puede encontrarse disminuido en anemias nutricionales y elevado en casos de deshidratación o enfermedades pulmonares (López et al., 2018).

Tabla:3 Requerimientos Diarios de Micronutrientes en Adultos Mayores (≥ 60 años)

Micronutriente	Hombres (≥ 60 años)	Mujeres (≥ 60 años)	Función Principal	Observaciones Clínicas
Vitamina A	900 μg	700 μg	Visión, inmunidad, piel	Evitar exceso: riesgo de toxicidad hepática
Vitamina D	800– 1000 IU	800– 1000 IU	Absorción de calcio, salud ósea	Suplementación frecuente por baja síntesis cutánea
Vitamina E	15 mg	15 mg	Antioxidante celular	Deficiencia rara, pero importante en neuro protección
Vitamina K	120 μg	90 μg	Coagulación sanguínea	Interacción con anticoagulantes como Warfarina
Vitamina C	90 mg	75 mg	Inmunidad, antioxidante	Aumentar en fumadores o con estrés oxidativo
Vitamina B12	2.4 μg	2.4 μg	Formación de glóbulos rojos, función neurológica	Absorción reducida por gastritis atrófica
Ácido fólico (B9)	400 μg	400 μg	Síntesis de ADN, prevención de anemia	Suplementar en casos de deficiencia
Calcio	1200 mg	1200 mg	Salud ósea, contracción muscular	Requiere vitamina D para absorción efectiva
Hierro	8 mg	8 mg	Transporte de oxígeno, prevención de anemia	Mujeres postmenopáusicas requieren menos
Zinc	11 mg	8 mg	Inmunidad, cicatrización	Deficiencia común en institucionalizados
Magnesio	420 mg	320 mg	Función muscular y nerviosa	Afectado por diuréticos
Selenio	55 μg	55 μg	Antioxidante, función tiroidea	Suplementación prudente

Vitaminas y minerales: La vitamina D desempeña un papel crucial en la salud ósea y en la función inmunológica. Valores menores a 20 ng/mL son comunes en adultos mayores y se asocian con mayor riesgo de caídas y fracturas (Holick, 2019).

El hierro, evaluado a través de parámetros como ferritina y capacidad total de fijación de hierro (TIBC), es fundamental para el diagnóstico de anemia ferropénica.

El zinc es esencial para la función inmunitaria y la cicatrización; su deficiencia aumenta el riesgo de infecciones y retrasa la recuperación de heridas (Smith & Lee, 2020).

Otros micronutrientes relevantes incluyen vitamina B12, ácido fólico, calcio y magnesio, todos ellos críticos para el mantenimiento de la salud metabólica, cognitiva y ósea en la vejez (WHO, 2019; Ministerio de Salud, 2018).

Notas importantes:

- Los requerimientos pueden variar según condiciones clínicas (diabetes, insuficiencia renal, osteoporosis).
- La biodisponibilidad de algunos micronutrientes disminuye con la edad.
- La suplementación debe ser individualizada y supervisada por profesionales de salud.

Limitaciones

A pesar de su utilidad, la **valoración bioquímica** presenta limitaciones que deben considerarse en la práctica clínica. En primer lugar, los niveles de marcadores bioquímicos pueden verse afectados por **factores no**

nutricionales, como infecciones, inflamación, enfermedades crónicas y uso de medicamentos. Por ejemplo, la inflamación aguda o crónica puede disminuir los niveles de albúmina, lo que no necesariamente refleja un estado de desnutrición (López et al., 2018; Elsevier, 2021).

La **variabilidad biológica interindividual** es otra limitación relevante, ya que la respuesta a la ingesta y la absorción de nutrientes difiere entre personas. Un ejemplo es la vitamina D, cuyos niveles pueden mantenerse adecuados a pesar de una baja ingesta dietética gracias a la síntesis cutánea por exposición solar (Holick, 2019; World Health Organization [WHO], 2019).

Finalmente, los resultados de las pruebas bioquímicas deben interpretarse siempre de manera **conjunta con otras técnicas de valoración**, como la antropometría y la evaluación dietética, para obtener un panorama integral del estado nutricional del adulto mayor (Hernández et al., 2019; Smith & Lee, 2020).

Evaluación funcional

Pruebas de fuerza muscular

La **evaluación funcional** constituye un pilar en la detección temprana de fragilidad y sarcopenia. La fuerza muscular puede medirse con la **dinamometría de mano**, considerada un método fiable y sencillo para estimar la masa muscular y la capacidad funcional (Cruz-Jentoft et al., 2019; Ocronos, 2025).

Asimismo, la **capacidad física** puede evaluarse mediante pruebas estandarizadas como la **marcha de 4 metros**, la **prueba de levantarse de una silla** y la **velocidad de la marcha**, las cuales permiten identificar limitaciones en la movilidad y predecir riesgo de caídas y discapacidad (Elsevier, 2021; Sanitas, 2024).

Importancia clínica

La pérdida de fuerza y movilidad en los adultos mayores se asocia con un mayor riesgo de **caídas, discapacidad y dependencia funcional**. La evaluación funcional no solo permite detectar sarcopenia, sino también orientar la planificación de **intervenciones personalizadas** que integren nutrición, ejercicio y rehabilitación para mejorar la calidad de vida (Smith & Lee, 2020; WHO, 2019).

Valoración de hábitos alimenticios y calidad de vida

Cuestionarios y entrevistas

La **valoración de hábitos alimenticios** en el adulto mayor se realiza mediante instrumentos validados como cuestionarios de frecuencia de consumo de frutas, verduras, líquidos y percepción del estado de salud. Estas herramientas permiten identificar patrones dietéticos y hábitos de vida asociados al riesgo de malnutrición (Ministerio de Salud, 2018; Cuideo, 2024).

Valoración de la ingesta

El registro de la **frecuencia y cantidad de consumo de grupos alimenticios** es fundamental para evaluar la adecuación de la dieta.

Factores como dificultades de masticación, problemas de deglución o preferencias individuales deben considerarse al analizar la ingesta, ya que influyen en la calidad nutricional de la dieta (Ocronos, 2025; Hernández et al., 2019).

2.7 Evaluación de la percepción y satisfacción

La **percepción del estado de salud** y la **satisfacción con la alimentación** tienen un papel clave en la adherencia a las recomendaciones nutricionales. Un adulto mayor que percibe su dieta como adecuada y placentera es más propenso a mantener hábitos saludables de manera sostenida (Smith & Lee, 2020; MIES, 2023).

Herramientas estandarizadas: Valoración Mínima Nutricional (VIM)

Tabla 4: Herramientas Estandarizadas de Evaluación Nutricional

Herramienta	Tipo de Evaluación	de	Tiempo de Aplicación	Sensibilidad	Recomendado para...
MNA	Cuestionario + antropometría		10–15 minutos	Alta	Adultos mayores en comunidad
NRS-2002	Riesgo nutricional clínico		5–10 minutos	Media	Pacientes hospitalizados
SNAQ	Apetito y pérdida de peso		<5 minutos	Baja	Tamizaje rápido

2.8 Valoración Mínima Nutricional (VIM)

2.8.1 Descripción y componentes

La Valoración Mínima Nutricional (VIM) es una herramienta sencilla y validada para la detección temprana de riesgo de malnutrición en adultos

mayores. Evalúa dimensiones clave como apetito, pérdida de peso, movilidad, enfermedades recientes, problemas neuropsicológicos, índice de masa corporal (IMC), independencia funcional, uso de medicamentos, presencia de lesiones cutáneas y hábitos alimenticios. Su carácter multidimensional la convierte en una de las pruebas más utilizadas en geriatría (Guigoz et al., 1996; Hernández et al., 2019).

2.8.2 Aplicación y frecuencia

Se recomienda aplicar la VIM con periodicidad trimestral en pacientes hospitalizados y al menos una vez al año en adultos mayores que residen en la comunidad. Esta frecuencia permite detectar cambios en el estado nutricional y ajustar las intervenciones de manera oportuna, favoreciendo un abordaje preventivo de la malnutrición (Vellas et al., 2006; WHO, 2019).

2.8.3 Técnicas complementarias

Evaluación de la ingesta calórica y de nutrientes

Los registros alimentarios, los recordatorios de 24 horas y los cuestionarios de frecuencia alimentaria son métodos ampliamente utilizados para cuantificar la ingesta y analizar la adecuación nutricional. Estos instrumentos permiten identificar déficits o excesos de macro y micronutrientes, así como patrones de alimentación asociados a riesgo de malnutrición (Smith & Lee, 2020; Ministerio de Salud, 2018).

Evaluación de la movilidad y funcionalidad

La valoración de la movilidad y funcionalidad incluye pruebas de equilibrio, resistencia y capacidad física, como la velocidad de la marcha, la prueba de levantarse de una silla o la marcha de 4 metros. Estas pruebas complementan la valoración nutricional, ya que la fuerza y la movilidad se encuentran estrechamente vinculadas con el estado nutricional (Cruz-Jentoft et al., 2019; Elsevier, 2021).

2.8.4 Consideraciones especiales en adultos mayores

En la vejez, múltiples factores condicionan la nutrición y deben considerarse en la valoración:

- Alteraciones dentales y deglución: limitan la ingesta de alimentos y pueden requerir adaptaciones en la textura o preparación de la dieta (Sanitas, 2024; Ocronos, 2025).
- Condiciones socioeconómicas y psicológicas: la depresión, el aislamiento social y las dificultades económicas afectan el acceso y la adherencia a una alimentación adecuada (MIES, 2023; Cuideo, 2024).
- Condiciones médicas: enfermedades crónicas, polifarmacia y discapacidades funcionales inciden directamente en las recomendaciones nutricionales y en la implementación de estrategias de intervención (Elsevier, 2021; WHO, 2019).

Importancia de la valoración periódica

La valoración nutricional periódica en adultos mayores es esencial para la prevención de complicaciones y el monitoreo de cambios en el estado nutricional. Se recomienda realizarla cada tres meses en hospitalizados y

al menos una vez al año en la comunidad. Esta práctica permite la detección temprana de la malnutrición y facilita la implementación de intervenciones oportunas que mejoren la calidad de vida (Hernández et al., 2019; Ministerio de Salud, 2018).

2.8.5 Cambios fisiológicos y nutricionales en la vejez

El envejecimiento conlleva modificaciones fisiológicas que impactan en la ingesta, digestión y absorción de nutrientes. Entre las más relevantes se incluyen:

- Disminución del apetito, relacionada con alteraciones hormonales y sensoriales, que puede llevar a ingestas insuficientes.
- Reducción de la masa muscular (sarcopenia), que limita la movilidad y aumenta el riesgo de caídas y fracturas (Cruz-Jentoft et al., 2019).
- Problemas dentales y digestivos, que dificultan la masticación y la tolerancia a ciertos alimentos (Sanitas, 2024).
- Alteración en la absorción de nutrientes, especialmente vitamina B12, calcio y hierro, lo que incrementa el riesgo de deficiencias nutricionales (Holick, 2019; WHO, 2019).
- Mayor riesgo de deshidratación, debido a la disminución en la percepción de la sed, lo que compromete la homeostasis hídrica (Elsevier, 2021).

2.8.6 Requerimientos Nutricionales Específicos

Los adultos mayores requieren ajustes en la ingesta de nutrientes para compensar los cambios fisiológicos y prevenir deficiencias. A continuación, se presentan los valores recomendados según guías internacionales:

Tabla 5: Micronutrientes Clave

Nutriente	Recomendación Diaria	Función Principal
Vitamina D	800–1000 IU	Absorción de calcio, salud ósea
Calcio	1200 mg	Fortalecimiento óseo, prevención de fracturas
Vitamina B12	2.4 µg	Función neurológica, formación de glóbulos rojos
Zinc	8–11 mg	Inmunidad, cicatrización
Vitamina C	75–90 mg	Antioxidante, protección celular
Ácido fólico	400 µg	Prevención de anemia, síntesis de ADN

Macronutrientes

- **Proteínas:** 1.0–1.2 g/kg/día para preservar la masa muscular.
- **Carbohidratos complejos:** Fuente principal de energía, preferentemente integrales.
- **Grasas saludables:** Priorizar ácidos grasos monoinsaturados y omega-3.
- **Fibra:** 25–30 g/día para mejorar la digestión y prevenir estreñimiento.
- **Agua:** ≥ 1.5 litros/día, incluso sin sensación de sed.

2.9 Estrategias prácticas para una alimentación saludable

La implementación de estrategias prácticas es esencial para garantizar una nutrición adecuada en el adulto mayor. Se recomienda **fraccionar la alimentación en comidas pequeñas y frecuentes**, lo que favorece la digestión y la absorción de nutrientes, evitando periodos prolongados de ayuno (Ministerio de Salud, 2018; WHO, 2019). Asimismo, es importante **adaptar la textura de los alimentos** a la capacidad masticatoria y deglutoria, utilizando técnicas de cocción y modificaciones dietéticas que prevengan atragantamientos y mejoren la aceptación de la dieta (Ocronos, 2025; Sanitas, 2024).

Otro aspecto clave es la inclusión de **alimentos frescos, variados y ricos en nutrientes**, priorizando frutas, verduras, legumbres, cereales integrales y fuentes de proteínas de alta calidad, para prevenir deficiencias nutricionales y mantener un equilibrio adecuado de macro y micronutrientes (Hernández et al., 2019; Smith & Lee, 2020). La **suplementación nutricional** debe considerarse únicamente cuando exista una indicación clínica, fundamentada en pruebas bioquímicas y en la valoración nutricional integral, para garantizar seguridad y eficacia (Elsevier, 2021; Holick, 2019).

Finalmente, se recomienda **fomentar la participación del adulto mayor en la planificación de su dieta**, respetando sus preferencias, hábitos culturales y necesidades individuales. Además, debe considerarse el **entorno social y emocional**, ya que la soledad, la depresión y el

aislamiento social afectan el apetito y reducen la motivación para mantener una alimentación saludable (MIES, 2023; Cuideo, 2024).

2.10 Promoción de un envejecimiento saludable

Una **valoración nutricional adecuada y oportuna** contribuye de manera significativa a un envejecimiento saludable. La nutrición óptima minimiza el riesgo de **enfermedades crónicas** como diabetes, hipertensión, osteoporosis y deterioro cognitivo, favoreciendo la prevención de la discapacidad y la dependencia (WHO, 2019; Cruz-Jentoft et al., 2019).

Asimismo, la **intervención nutricional personalizada** ayuda a mantener la independencia funcional, mejorar el bienestar físico y mental, y promover la **salud emocional**, factores esenciales para una mejor calidad de vida en la vejez (Elsevier, 2021; Hernández et al., 2019). Promover una alimentación equilibrada, combinada con actividad física regular y apoyo social, fomenta una **vida activa, plena y digna**, alineada con los principios del envejecimiento saludable definidos por organismos internacionales (Sanitas, 2024; Ocronos, 2025).

CAPITULO III

IMPORTANCIA DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR.

3.1. Introducción

La atención de enfermería es crucial para mejorar la calidad de vida del adulto mayor, abordando aspectos físicos, emocionales y sociales para promover un envejecimiento saludable y digno. Los enfermeros desempeñan un papel fundamental en la atención integral, la gestión de enfermedades crónicas, la promoción de la autonomía y el apoyo emocional, contribuyendo a un envejecimiento activo y satisfactorio.

Figura N° 8
Atención integral a adulto mayor



Nota. Fuente: Imagen creada con IA

Las necesidades de la población adulta mayor seguirán influyendo en la atención médica durante este siglo. El envejecimiento de la población de

la generación del baby boom, junto con el aumento de la esperanza de vida promedio de los estadounidenses, ha dado lugar a un mayor número de adultos mayores y se prevé que siga creciendo. La Oficina del Censo de EE. UU. proyecta que 1 de cada 5 estadounidenses tendrá más de 65 años para 2030, y para 2034, el número de personas mayores superará al de niños por primera vez en la historia de EE. UU (*Nursing Fundamentals - NCBI Bookshelf*, s. f.)

Por otra parte, la adherencia a un modelo conceptual proporciona las ventajas ya descritas, lo que enriquece al profesional de enfermería y la práctica de cuidados. En tanto se hace un llamado sobre qué nuevas teorías se necesitan para proporcionar cuidados de calidad. La posibilidad de contextualizar los modelos y teorías ya descritos es una variante que permite la adopción de un modelo ajustado a la práctica particular de un grupo profesional. Al tratar precisamente las diferentes respuestas humanas ante disímiles problemas de salud en contextos diferentes (Mastrapa et al., 2020)

La justificación de este tema radica en la necesidad de visibilizar y valorar la importancia del cuidado profesional y técnico de enfermería en la vida diaria del adulto mayor, puesto que sus intervenciones no solo reducen riesgos de complicaciones, como caídas, úlceras por presión o polimedicación, sino que también fortalecen la autonomía, el autocuidado y la integración social de los ancianos. Asimismo, la formación especializada en enfermería geriátrica y gerontológica representa una estrategia clave para enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y

responder de manera ética, eficiente y humanizada a las necesidades de este grupo etario.

La importancia de adoptar prácticas de autocuidado a lo largo del proceso de envejecimiento se enfoca en cómo el autocuidado abarca aspectos físicos, emocionales, sociales y cognitivos, factores que influyen en la salud y el bienestar general de los adultos mayores. Además, es necesario determinar consejos prácticos que contribuyan a mantener una alta calidad de vida y a enfrentar los desafíos asociados con el envejecimiento de manera positiva y empoderada (Capuz Andrea & Rojas Luis, 2025)

El envejecimiento poblacional es una realidad mundial que plantea importantes desafíos para los sistemas de salud y la sociedad en general. El incremento progresivo del número de adultos mayores exige repensar los modelos de atención, ya que este grupo etario se encuentra en mayor riesgo de presentar enfermedades crónicas, limitaciones funcionales, dependencia progresiva y problemas asociados al deterioro físico, mental y social. En este contexto, la calidad de vida del adulto mayor se convierte en un eje central para orientar intervenciones de salud que garanticen no solo la prolongación de los años de vida, sino también su vivencia con bienestar, autonomía y dignidad (Wu et al., 2025)

Dentro de este escenario, el rol de la enfermería resulta fundamental, pues constituye el personal que mantiene un contacto directo y continuo con el adulto mayor en diversos niveles de atención. Los cuidados de enfermería abarcan desde la prevención y promoción de la salud hasta la atención integral y humanizada, incluyendo la rehabilitación y los cuidados

paliativos, contribuyendo de manera decisiva a mejorar la calidad de vida de este grupo poblacional (Zin, 2025)

El propósito de este capítulo es analizar y resaltar la relevancia de los cuidados de enfermería en la mejora de la calidad de vida del adulto mayor, abordando los aspectos físicos, psicológicos y sociales que inciden en su bienestar. Asimismo, se busca identificar las principales intervenciones de enfermería, su impacto en la prevención de riesgos, la promoción de la autonomía y el autocuidado, así como su contribución al fortalecimiento del soporte familiar y social. De esta manera, el capítulo pretende proporcionar un marco teórico y práctico que sirva de guía para profesionales y técnicos de enfermería en la implementación de estrategias de cuidado integral, ético y humanizado dirigidas a este grupo etario.

3. 2. Envejecimiento y calidad de vida

3.2.1. Concepto de envejecimiento: cambios biológicos, psicológicos y sociales. En las últimas décadas, el interés científico en el tema del envejecimiento ha aumentado significativamente, también gracias al envejecimiento progresivo de la población. Algunos enfoques intentan estudiar el proceso de envejecimiento de la población adoptando un modelo biopsicosocial, que considera juntos los aspectos biológicos, psicológicos y sociales y la interrelación entre ellos; además, un número creciente de investigadores se centró en el punto de vista psicológico y ha desarrollado muchos modelos conceptuales diferentes del envejecimiento. Según estos enfoques e investigadores, el envejecimiento es un fenómeno complejo, con aspectos positivos y negativos, y también es una fase en la vida, la fase o fases más avanzadas.

Partiendo de esta posición teórica, y desde un punto de vista biopsicosocial, es muy importante obtener más conocimiento sobre lo que significa "envejecer bien" y obtener una definición compartida. Sin embargo, hoy en día todavía hay un debate abierto, y no está disponible una definición científica compartida del envejecimiento desde un punto de vista psicológico (Gaviano et al., 2024)

3.2.2. Definición de calidad de vida según la OMS y otros autores. La OMS define la calidad de vida como la percepción que tiene un individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones.

El proceso de envejecimiento es profundamente heterogéneo, con grandes variaciones en las experiencias vividas en los dominios de funcionamiento físico, social y psicológico de los individuos a lo largo del curso de la vida. Esforzarse por alcanzar altos niveles de funcionamiento en estos muchos dominios de la vida es un objetivo central del envejecimiento saludable (Vinaccia Alpi et al., 2021)

La percepción que tiene una persona sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones. Es un concepto de amplio alcance que está atravesado de forma compleja por la salud física de la persona, su estado fisiológico, el nivel de independencia, sus relaciones sociales y la relación que tiene con su entorno. (Bautista-Rodríguez, 2017)

La Calidad de Vida es un concepto utilizado cada vez con más frecuencia para evaluar la afectación de las enfermedades crónicas y la efectividad de los tratamientos médicos. Su abordaje en el campo de la salud suele realizarse a través de cuestionarios auto diligenciados, dada la alta instrumentalización actual del ejercicio clínico. Esos instrumentos tienen utilidad para los profesionales de la salud, al permitirles analizar el efecto de sus intervenciones. Igualmente, son relevantes para la salud pública, en tanto informan acerca de las condiciones de quienes presentan enfermedades cuya prevalencia va en aumento (Lopera-Vásquez, 2020)

Las investigaciones sobre calidad de vida se desarrollaron desde la década de los 70, si bien el antecedente en Europa sobre calidad de vida data de los años 30. En la actualidad, ha quedado establecido que la propuesta teórica del concepto alberga, como un paraguas, diferentes campos temáticos como el bienestar psicológico, la salud, la vida social, el desarrollo económico, la política pública; comprendiendo de dos dimensiones: una objetiva y otra subjetiva (Ramírez Coronel et al., 2020)

El proceso de envejecimiento genera cambios importantes en el estilo de vida de la población y tiene repercusiones significativas en el volumen y distribución de la carga social de la enfermedad y en la calidad de vida (Villasís-Keever et al., 2020)

3.2.3. Factores determinantes de la calidad de vida en el adulto mayor:

La demografía mundial muestra una tendencia creciente al envejecimiento de la población debido a una mejor atención médica, una mejor nutrición, tecnología sanitaria avanzada y una menor tasa de fertilidad. A pesar de estos avances, aún existe una brecha de conocimiento en la comprensión

de la asociación entre los determinantes del envejecimiento activo y la calidad de vida (CdV) en las personas mayores, especialmente en diversos contextos culturales, lo cual no se ha explorado adecuadamente en investigaciones previas. Por lo tanto, comprender la asociación entre los determinantes del envejecimiento activo y la CdV puede ayudar a los responsables de las políticas públicas a planificar intervenciones o programas tempranos para ayudar a las personas mayores en el futuro a envejecer activamente y optimizar su calidad de vida (CdV), ya que estos dos factores tienen una relación bidireccional (Hajek et al., 2023)

Salud física: La salud física constituye uno de los pilares fundamentales de la calidad de vida en el adulto mayor. Incluye el mantenimiento de la funcionalidad, la prevención de enfermedades crónicas, la movilidad adecuada, la nutrición balanceada y la gestión efectiva de síntomas relacionados con patologías preexistentes. Los cuidados de enfermería juegan un papel crucial en la monitorización de signos vitales, la administración segura de medicamentos, la prevención de caídas, úlceras por presión y otras complicaciones, contribuyendo así a preservar la salud y el bienestar físico del adulto mayor

Bienestar emocional: El bienestar emocional hace referencia al equilibrio psicológico del adulto mayor, su capacidad para manejar el estrés, la ansiedad y la depresión, así como el mantenimiento de una actitud positiva frente al envejecimiento. La enfermería interviene a través del acompañamiento, la escucha activa, la orientación psicológica básica y la detección temprana de trastornos emocionales, favoreciendo un entorno seguro y de apoyo que promueve la estabilidad emocional y la satisfacción personal.

Autonomía funcional: La autonomía funcional implica la capacidad del adulto mayor para realizar actividades de la vida diaria de manera independiente, incluyendo la higiene personal, la alimentación, la movilidad y la gestión de su entorno. Los cuidados de enfermería orientados a fomentar la independencia, el autocuidado y la rehabilitación física contribuyen a retrasar la dependencia, mejorar la autoestima y mantener la dignidad del adulto mayor, elementos esenciales para una buena calidad de vida (Toapaxi et al., 2020).

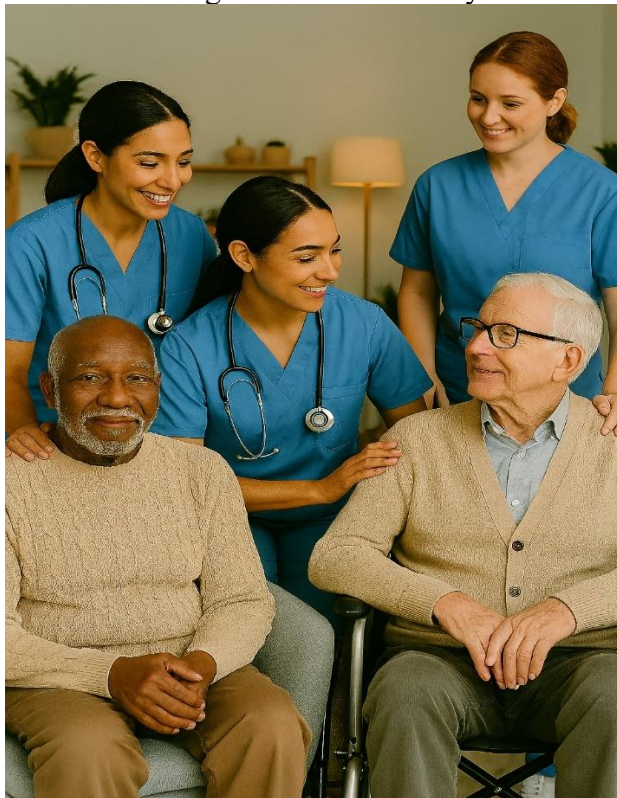
Redes de apoyo familiar y social: Las redes de apoyo familiar y social constituyen un factor determinante en la calidad de vida, ya que proporcionan soporte afectivo, compañía, asistencia en actividades cotidianas y estímulo para la participación social. La enfermería facilita la integración del adulto mayor en su entorno social mediante la educación de cuidadores y familiares, la promoción de actividades comunitarias y la coordinación con servicios de salud y programas de bienestar, fortaleciendo así la cohesión social y el soporte necesario para un envejecimiento saludable (Patients, 2022).

3.3. Rol de la enfermería en el cuidado del adulto mayor.

El rol del enfermero en el cuidado de adultos mayores es fundamental para asegurar la calidad de vida y bienestar. Los enfermeros desempeñan un papel crucial en la atención integral, la gestión de enfermedades crónicas, la promoción de la autonomía y apoyo emocional, contribuyendo al envejecimiento saludable y digno.

Las necesidades de la población adulta mayor seguirán influyendo en la atención médica durante este siglo. El envejecimiento de la población de la generación del baby boom, junto con el aumento de la esperanza de vida promedio de los estadounidenses, ha dado lugar a un mayor número de adultos mayores y se prevé que siga creciendo. En este siglo XXI el profesional de enfermería todavía carece de información y demuestra temor al asumir el rol en los cuidados paliativos al adulto mayor. Además, no están capacitados para intervenir frente a los cuidados especializados que requiere una persona con una enfermedad terminal (Fonseca et al., 2024).

Figura N° 9
Atención general al adulto mayor



Nota. Fuente: Imagen creada con IA

A medida que las enfermeras se desarrollan en su nivel profesional, el uso del conocimiento sustantivo para la enfermería, basada en la teoría, es una cualidad característica de su práctica. Este acuerdo de práctica basada en la teoría es beneficioso para los pacientes porque guía los cuidados de enfermería de forma sistemática y erudita. También sirve a la profesión, porque los profesionales de enfermería son reconocidos por sus contribuciones a la asistencia sanitaria de la sociedad (Mastrapa et al., 2020). En la actualidad, los cuidados gerontológicos y geriátricos ocupan un papel destacado, tanto en la formación, como en la actividad profesional, perteneciendo a una de las especialidades enfermeras (Mahanan Mohamed, 2022).

Para el año 2040, se estima que, a nivel mundial, 160 millones de personas padecerá de una enfermedad crónica. Situación que origina personas discapacitadas permanentes, que necesitan de largos periodos de cuidado y tratamientos paliativos, elevando así, la demanda de salud y al mismo tiempo el coste de la atención ofrecida.

3.3.1. En enfermería geriátrica y gerontológica, los cuidados se centran en atender las necesidades específicas de las personas mayores, promoviendo su salud, previniendo enfermedades, y proporcionando atención integral para mantener su calidad de vida. Esto incluye la evaluación de sus condiciones médicas, salud mental, capacidad funcional y circunstancias sociales, con un enfoque holístico y multidisciplinario. El envejecimiento de la población, con un número cada vez mayor de personas que viven con enfermedades crónicas y necesidades de atención complejas, desafía a los sistemas de salud, que necesitan una fuerza laboral

preparada para enfrentar estos desafíos. Los enfermeros gerontólogos y, en especial, los enfermeros gerontológicos de práctica avanzada (EGPA), necesitan oportunidades para abordar las necesidades específicas (y a menudo complejas) de los adultos mayores (Souza-talarico et al., 2022).

Enfermería Geriátrica: Es la especialidad de enfermería que se enfoca en el cuidado de personas mayores, reconociendo sus necesidades únicas y complejas asociadas al envejecimiento.

Objetivos:

Promover la salud: Mantener un estilo de vida saludable y prevenir enfermedades crónicas comunes en la vejez.

Prevenir enfermedades: Detectar enfermedades crónicas tempranamente y reducir complicaciones.

Proporcionar atención integral: Considerar aspectos físicos, mentales y sociales para un cuidado completo.

Rehabilitar y mantener la funcionalidad: Ayudar a los adultos mayores a mantener su independencia y capacidad funcional.

Mejorar la calidad de vida: Aliviar síntomas, mantener la comodidad y asegurar una buena calidad de vida.

- **Enfoque:**

Enfermería geriátrica a menudo requiere un enfoque multidisciplinario, trabajando con otros profesionales de la salud y cuidadores.

- **Rol de la enfermera:**

- Realizar evaluaciones geriátricas integrales para identificar necesidades específicas.

- Brindar cuidados basados en la evidencia y adaptados a las necesidades individuales.
- Establecer una relación terapéutica con el paciente y su familia.
- Educar sobre salud y prevención de enfermedades.
- Coordinar la atención con otros profesionales y recursos comunitarios.

Enfermería Gerontológica: Es un campo más amplio que la enfermería geriátrica, que también se ocupa del estudio del envejecimiento en sus aspectos sociales, culturales y de asistencia.

Objetivos:

Además de los objetivos de la enfermería geriátrica, la gerontología busca entender el envejecimiento en su totalidad y promover un envejecimiento saludable desde una perspectiva social y comunitaria.

• **Enfoque:**

La gerontología se enfoca en el contexto social y cultural del envejecimiento, promoviendo la adaptación positiva a esta etapa de la vida.

• **Rol de la enfermera:**

- Diseñar e implementar programas de atención integral al adulto mayor en la comunidad.
- Promover la inclusión social de los adultos mayores y combatir el edadismo.

- Desarrollar y evaluar intervenciones de salud pública culturalmente apropiadas.
- Trabajar con la comunidad para crear entornos favorables para el envejecimiento.

3.3.2. Principales funciones del personal de enfermería

Se centran en el manejo de los síntomas, la discusión sobre el tratamiento y las decisiones de atención, la organización de la red y el apoyo a la familia. Como parte del proceso de planificación anticipada de la atención (PAA), el personal de enfermería en el ámbito de cuidados agudos suele participar en todas las áreas mencionadas

Promoción de la salud: El personal de enfermería desarrolla actividades educativas dirigidas a individuos, familias y comunidades con el fin de fomentar estilos de vida saludables, fortalecer el autocuidado y generar conciencia sobre la importancia de la prevención y el bienestar integral.

Prevención de enfermedades: Implementan acciones preventivas como campañas de vacunación, tamizajes, controles periódicos, consejería y educación sanitaria para reducir riesgos y evitar complicaciones en la salud de la población.

Atención integral y humanizada: Brindan cuidados de calidad que abarcan aspectos físicos, emocionales y sociales del paciente, respetando su dignidad, cultura y valores. Esta atención está orientada a la satisfacción de necesidades básicas y a mantener la calidad de vida en cualquier etapa del ciclo vital.

Rehabilitación y cuidados paliativos: Acompañan a los pacientes en procesos de recuperación funcional, ayudando en la reintegración a su vida diaria. Asimismo, proporcionan cuidados paliativos a personas con enfermedades crónicas o en etapa terminal, ofreciendo alivio del dolor, apoyo emocional y acompañamiento a la familia.

3.3.3. Competencias necesarias para el cuidado del adulto mayor.

La evaluación geriátrica integral (EGI) se ha convertido en una piedra angular en la prestación de atención de alta calidad centrada en el paciente para este grupo demográfico. La EGI es un proceso multidimensional y multidisciplinario utilizado para evaluar las capacidades médicas, psicológicas y funcionales de una persona mayor, con el objetivo de crear un plan de salud coordinado e integrado y un seguimiento. Un enfoque holístico e individualizado es el principio central de las EGI, que generalmente se realizan en el hogar o en entornos ambulatorios y hospitalarios, menos en atención primaria debido a los recursos limitados (Dimitriadou et al., 2025).

La atención primaria de salud es el primer punto de contacto para los pacientes que buscan servicios de salud. Según la Organización Mundial de la Salud (2020), las competencias de las enfermeras de atención primaria incluyen la expansión y coordinación proactiva de la atención para los pacientes y sus familias, con el objetivo de influir positivamente en su bienestar físico, mental y social. Las competencias de enfermería requeridas para completar las ECA difieren debido a los diferentes entornos y modelos utilizados. Existen 11 competencias descritas previamente por Britten et al. (2018) para las enfermeras de atención

primaria para realizar ECA, incluyendo “maximizar los resultados de salud”, “facilitar las transiciones en la atención”, “colaborar con los miembros de la familia” y “facilitar las decisiones dentro de los marcos legales y éticos” (Garrard et al., 2020)

3.4. Cuidados de enfermería e impacto en la calidad de vida

La calidad de vida (CdV) está estrechamente relacionada con el estado de salud del individuo. A su vez, el estado de salud depende en gran medida del estilo de vida. El comportamiento de salud, que se define como las acciones y actitudes de una persona que afectan su salud física y mental, es uno de los muchos componentes del estilo de vida. Las necesidades de la población adulta mayor seguirán influyendo en la atención médica durante este siglo. El envejecimiento de la población de la generación del baby boom, junto con el aumento de la esperanza de vida promedio de los estadounidenses, ha dado lugar a un mayor número de adultos mayores y se prevé que siga creciendo, cada persona envejece a su manera, y la salud física, psicosocial y cognitiva de las personas mayores varía considerablemente.

Debido a este amplio espectro de problemas de salud y enfermedad en la población que envejece, brindar atención de enfermería que satisfaga las necesidades de cada adulto mayor puede ser un desafío. Además, aunque existen cambios fisiológicos comunes con el envejecimiento, muchas personas ignoran los síntomas atribuyéndolos erróneamente al proceso de envejecimiento (Puma-Quito et al., 2021)

3.4.1. Intervenciones en la prevención de riesgos (caídas, úlceras por presión, desnutrición, polifarmacia)

La prevención de riesgos en el adulto mayor constituye una de las principales funciones del personal de enfermería. Entre los riesgos más frecuentes se encuentran las caídas, las úlceras por presión, la desnutrición y la polifarmacia. Para reducirlos, el profesional de enfermería implementa medidas como la evaluación periódica de la movilidad y el equilibrio, el uso de dispositivos de apoyo, la inspección diaria de la piel, la promoción de una alimentación balanceada y el monitoreo de la administración segura de medicamentos. Estas acciones permiten evitar complicaciones que deterioren la salud y la calidad de vida del adulto mayor.

3.4.2. Educación en autocuidado y estilos de vida saludables

La educación en salud dirigida al adulto mayor promueve su autonomía y fomenta la adopción de hábitos de vida saludables. El personal de enfermería desempeña un papel clave en la enseñanza de técnicas de autocuidado, como la correcta higiene personal, la adherencia al tratamiento, la realización de actividad física adaptada y la práctica de una alimentación equilibrada. Asimismo, se fomenta la importancia del descanso, la socialización y el manejo del estrés, factores determinantes en el bienestar integral.

3.4.3. Cuidados domiciliarios y hospitalarios

Los cuidados de enfermería deben adaptarse tanto al contexto domiciliario como al hospitalario. En el hogar, las intervenciones buscan preservar la independencia del adulto mayor y facilitar un entorno seguro, mediante la orientación a la familia y la supervisión periódica. En el hospital, la

enfermería prioriza la atención integral, humanizada y personalizada, garantizando el control de signos vitales, la administración adecuada de terapias y la prevención de complicaciones durante la hospitalización. En ambos espacios, la continuidad de los cuidados es esencial para mantener la estabilidad de la salud.

Figura N° 10

Atención general al adulto mayor



Nota. Fuente: Imagen creada con IA

3.4.4. Apoyo psicosocial y acompañamiento

El adulto mayor no solo requiere cuidados físicos, sino también un acompañamiento emocional y social. La enfermería brinda apoyo psicosocial a través de la escucha activa, la empatía y la promoción de redes de apoyo familiar y comunitario. Estas acciones permiten reducir sentimientos de soledad, ansiedad o depresión, contribuyendo a un envejecimiento más positivo y satisfactorio. El acompañamiento cercano favorece la confianza y refuerza la dignidad de la persona en esta etapa de la vida.

3.4.5. Evidencia de impacto positivo en la autonomía y el bienestar del adulto mayor

Diversos estudios han demostrado que las intervenciones de enfermería en prevención de riesgos, educación en salud, cuidados integrales y apoyo psicosocial tienen un impacto positivo en la autonomía funcional y en el bienestar del adulto mayor. La implementación de programas estructurados de cuidado contribuye a reducir la dependencia, mejorar la calidad de vida y prolongar la esperanza de vida saludable. Así, la enfermería se posiciona como un pilar fundamental en la promoción del envejecimiento activo y en la garantía de una atención centrada en la persona.

3.5. Modelos y teorías de enfermería aplicadas

Actualmente enfermería presenta un corpulento marco teórico que describe fenómenos, explica relaciones, predice consecuencias y ayuda a prescribir cuidados de enfermería. Desde una perspectiva histórica, los primeros marcos teóricos de enfermería datan de 1952, con el trabajo de Peplau, posteriormente se han gestado una cuantiosa y variada cantidad de ellos, sin embargo, pese al corpulento marco teórico que sustenta y orienta el quehacer de enfermería, estos presentan una importancia relegada en el quehacer profesional

3.5.1. Teoría de las Necesidades Humanas de Virginia Henderson

La Teoría de las Necesidades Humanas, propuesta por Virginia Henderson, sostiene que la enfermería tiene como objetivo principal ayudar al individuo, ya sea sano o enfermo, a realizar aquellas actividades que contribuyen a su salud, recuperación o bienestar, o a tener una muerte digna y tranquila. Henderson enfatiza que la enfermería interviene cuando

la persona carece de la fuerza, voluntad o conocimiento necesarios para realizar por sí misma estas actividades, actuando como **sustituta**, colaboradora o compañera según las necesidades del paciente.

El modelo de Henderson se fundamenta en 14 necesidades humanas fundamentales, que abarcan aspectos fisiológicos, psicológicos, sociales y espirituales. Estas necesidades incluyen: respirar normalmente, comer y beber adecuadamente, eliminar desechos corporales, moverse y mantener posturas correctas, dormir y descansar, vestirse y desvestirse, mantener la temperatura corporal adecuada, mantener la higiene y la integridad de la piel, evitar peligros, comunicarse, practicar la religión o espiritualidad, trabajar y realizar actividades recreativas, aprender y descubrir, y participar en la vida comunitaria y social.

Según Henderson, el rol de la enfermería consiste en valorar y cubrir las necesidades no satisfechas del paciente, promoviendo su **independencia progresiva**. De esta manera, el profesional de enfermería no solo realiza cuidados directos, sino que también enseña, orienta y acompaña al **paciente** para que pueda recuperar o mantener su autonomía. Esto implica una evaluación constante de las capacidades del individuo y la planificación de intervenciones adaptadas a cada situación clínica, considerando factores como la edad, el estado de salud, las limitaciones físicas y las condiciones psicosociales.

La teoría de Henderson destaca la importancia de atender al paciente de manera integral, abordando no solo sus necesidades físicas, sino también sus aspectos emocionales, sociales y espirituales. Por ejemplo, en el cuidado del adulto mayor, la enfermera puede intervenir ayudando a

satisfacer necesidades básicas como la alimentación y la movilidad, al mismo tiempo que fomenta la interacción social, el autocuidado y la participación en actividades significativas, promoviendo así **su** bienestar global y calidad de vida (Nilasari & Hariyati, 2021).

Puedo concluir que la Teoría de las Necesidades Humanas proporciona un marco conceptual sólido para la práctica de enfermería, permitiendo identificar carencias en la atención, diseñar intervenciones individualizadas y evaluar los resultados del cuidado. Esta teoría enfatiza que el cuidado de enfermería **trasciende la asistencia física**, enfocándose en la promoción de la independencia, la dignidad y la autonomía del paciente, adaptándose a las características y necesidades de cada individuo.

3.5.2. Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem

La **Teoría del Autocuidado**, propuesta por Dorothea Orem, sostiene que los seres humanos poseen **la** capacidad innata para cuidarse a sí mismos con el fin de mantener la vida, la salud y el bienestar. El autocuidado incluye actividades dirigidas a satisfacer necesidades básicas, como alimentación adecuada, higiene personal, movilidad, descanso, prevención de riesgos y manejo de la salud física y emocional. Esta teoría enfatiza que el cuidado de enfermería no solo cubre necesidades inmediatas, sino que también busca promover la independencia y la autogestión del paciente.

Un concepto central en esta teoría es el déficit de autocuidado, que se presenta cuando la persona no puede satisfacer por sí misma sus necesidades debido a enfermedad, discapacidad, limitaciones cognitivas o

edad avanzada. En estos casos, la intervención de enfermería es esencial para suplir las necesidades insatisfechas, prevenir complicaciones y garantizar la seguridad del paciente. Asimismo, la enfermería desempeña un papel educativo y motivador, fortaleciendo las capacidades del adulto mayor para realizar sus cuidados de manera autónoma.

Orem describe tres **sistemas de enfermería**, los cuales se aplican según el nivel de dependencia del paciente:

Sistema totalmente compensador. La enfermera realiza todas las actividades de cuidado, pues el paciente es completamente dependiente.

Ejemplo: Un adulto mayor con fractura de cadera que requiere asistencia completa para alimentarse, movilizarse y mantener la higiene personal.

Sistema parcialmente compensador. La enfermera y el paciente colaboran en el cuidado, promoviendo la participación del paciente en aquellas tareas que puede realizar. **Ejemplo:** Un adulto mayor con movilidad limitada que necesita apoyo para bañarse, pero puede vestirse y alimentarse por sí mismo con orientación de enfermería.

Sistema de apoyo-educativo: La enfermera actúa como guía y educadora, mientras el paciente realiza la mayoría de sus actividades de autocuidado de manera independiente. **Ejemplo:** Un adulto mayor con hipertensión que aprende a monitorear su presión arterial y seguir una dieta saludable bajo la supervisión y asesoría de enfermería.

La aplicación de la teoría de Orem en adultos mayores permite diseñar planes de cuidado individualizados, enfocados en prevenir

complicaciones, fomentar la autonomía, mejorar la calidad de vida y mantener la funcionalidad. Además, es particularmente útil en entornos de atención primaria, geriátrica y comunitaria, donde los programas de enfermería pueden incluir talleres de autocuidado, ejercicios físicos adaptados, educación nutricional y apoyo psicosocial, promoviendo la participación activa del adulto mayor en su propio cuidado (Naranjo, 2019).

Podemos concluir que la Teoría del Autocuidado no solo proporciona un marco conceptual para la práctica de enfermería, sino que también **potencia la independencia progresiva del paciente**, fortaleciendo su capacidad para gestionar su salud y mejorar su bienestar integral.

3.5.3. Teoría del Confort de Katharine Kolcaba

La Teoría del Confort, propuesta por Katharine Kolcaba, plantea que el confort es una experiencia inmediata de bienestar, alcanzada a través de la satisfacción de necesidades físicas, psicoemocionales y sociales del paciente. Kolcaba define el confort como un estado en el que la persona se siente fortalecida y apoyada, experimentando alivio, tranquilidad y trascendencia frente a situaciones de salud, enfermedad o cuidado. Esta teoría resalta que el confort no es solo un resultado final del cuidado, sino un proceso dinámico que influye en la recuperación, la motivación y la calidad de vida del paciente.

Kolcaba distingue tres **tipos de confort**, que guían la planificación de los cuidados de enfermería:

Confort por alivio: Se refiere a la **satisfacción inmediata de una necesidad**, como el control del dolor, la administración de medicación efectiva o la atención a necesidades básicas de higiene, alimentación y descanso. Este tipo de confort busca eliminar molestias físicas o psicológicas y generar un estado inicial de bienestar.

Confort por tranquilidad: Corresponde a un **estado de calma, paz y satisfacción**, donde el paciente percibe seguridad y confianza en la atención recibida. Incluye aspectos emocionales y psicoespirituales, como la reducción de la ansiedad, la sensación de acompañamiento y el apoyo emocional.

1. **Confort por trascendencia:** Este tipo de confort implica **la capacidad del paciente para superar dificultades, encontrar significado en la experiencia de enfermedad y crecer a través de ella**. La trascendencia se relaciona con el desarrollo personal, la resiliencia y la capacidad de adaptación a los desafíos de salud.

Kolcaba también identifica **cuatro ámbitos del confort**, los cuales deben considerarse al diseñar los cuidados de enfermería:

- **Físico:** Incluye el alivio del dolor, la fatiga, la incomodidad o cualquier alteración corporal que afecte al paciente.
- **Psicoespiritual:** Se relaciona con las emociones, la ansiedad, la depresión, la espiritualidad y la búsqueda de significado durante la enfermedad.

- **Social:** Se refiere al apoyo social, las relaciones interpersonales, la interacción con la familia y la comunidad, así como la sensación de pertenencia y aceptación.
- **Ambiental:** Incluye factores externos como el entorno hospitalario, la limpieza, el confort de la habitación, la iluminación, el ruido y la privacidad, que pueden influir en la percepción de bienestar del paciente.

La teoría de Kolcaba enfatiza que los cuidados de enfermería deben diseñarse de manera integral, considerando estos tipos y ámbitos de confort, para mejorar significativamente la experiencia del paciente y su **calidad de vida**. Por ejemplo, un adulto mayor hospitalizado puede experimentar confort físico mediante el manejo del dolor, confort psicoespiritual mediante actividades de relajación y acompañamiento emocional, confort social mediante la interacción con familiares, y confort ambiental mediante un entorno seguro y adecuado (Martins et al., 2022).

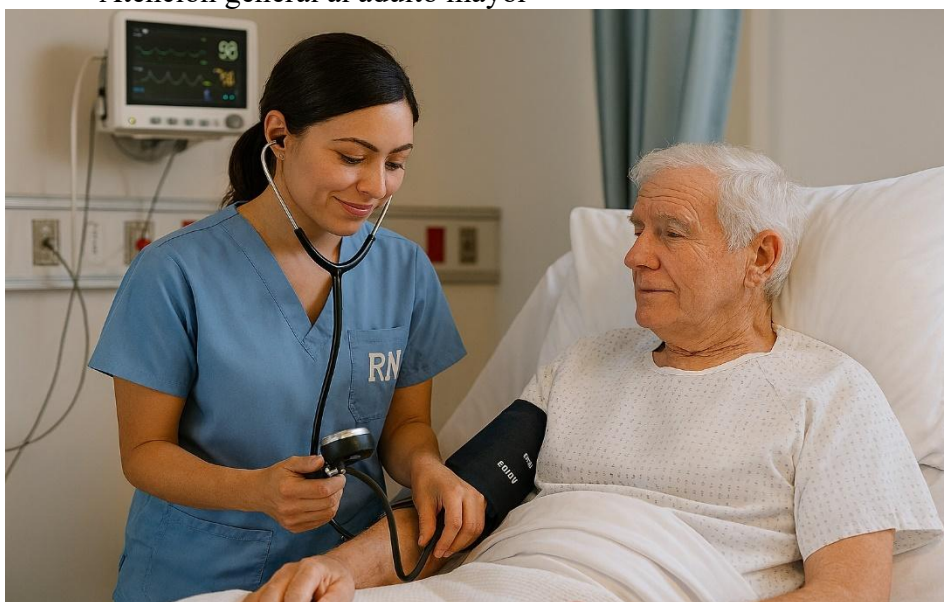
Podemos concluir que la Teoría del Confort proporciona un marco conceptual para que la enfermería identifique necesidades específicas, planifique intervenciones individualizadas y evalúe los resultados del cuidado, fomentando el bienestar integral y fortaleciendo la relación terapéutica entre el profesional y el paciente. La aplicación de esta teoría permite no solo aliviar el malestar físico, sino también promover la tranquilidad y la trascendencia, aspectos fundamentales para la recuperación y la mejora de la calidad de vida.

3.6. Retos y perspectivas del cuidado de enfermería

Los retos y perspectivas del cuidado de enfermería se enfocan en la evolución del rol de enfermería, la adaptación a nuevas tecnologías como la inteligencia artificial, y la necesidad de un enfoque más humanizado y holístico en la atención al paciente. La formación continua, la investigación y el liderazgo son áreas clave para abordar estos desafíos.

Figura N° 11

Atención general al adulto mayor



Nota. Fuente: Imagen creada con IA

La gestión de los servicios de salud cuenta con un equipo humano para llevar a cabo la acción de prevención y cuidado, en conjunto con el talento humano que se encuentran en los centros hospitalarios, y en la atención primaria de salud, es decir, los médicos, enfermería, administrativos, mantenimiento, entre otros; los cuales permiten el buen funcionamiento de los centros dispensadores de salud. En este orden de ideas, la enfermería

juega un rol de suma importancia. Por ende, los avances de la profesión deben estar enfocados, desde lo educativo hasta la práctica, apoyada en las tecnologías y estrategias que permitan romper los viejos esquemas, facilitando las herramientas para enfrentar los desafíos que se avecinan. Actualmente, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), está desarrollando un plan de trabajo para apoyar la expansión y profesionalización de la enfermería de práctica avanzada, a través del cual establecerá objetivos relacionados con el alcance educativo, legislativo y práctico del rol de la enfermería de práctica avanzada (Andrade-pizarro & Noboa-mora, 2023).

Retos del cuidado de enfermería.

Sobrecarga laboral y déficit de personal. La escasez de profesionales de enfermería genera jornadas extensas y afecta la calidad del cuidado.

Avances tecnológicos. La incorporación de nuevas tecnologías exige capacitación continua para su uso seguro y eficiente.

Atención centrada en el paciente. Adaptar el cuidado a la diversidad cultural, social y etaria de los pacientes es un desafío permanente.

Envejecimiento poblacional. El aumento de personas adultas mayores con enfermedades crónicas demanda cuidados prolongados y especializados.

Salud mental del personal de enfermería. El estrés, el burnout y el distrés moral afectan el bienestar y desempeño del profesional.

Ética y bioética en el cuidado. La toma de decisiones en situaciones críticas requiere una sólida formación ética y respaldo institucional.

Perspectivas del cuidado de enfermería.

Humanización del cuidado. Promover un trato digno, empático y personalizado, priorizando el bienestar integral del paciente.

Educación continua y profesionalización. El acceso a formación especializada y posgrados fortalecerá la calidad de los cuidados.

Interdisciplinariedad. Trabajar en equipos colaborativos con médicos, terapeutas y otros profesionales para un abordaje integral.

Empoderamiento de la enfermería. Mayor reconocimiento social y autonomía en la toma de decisiones dentro del sistema de salud.

Investigación y evidencia científica. Fomentar la práctica basada en la evidencia para garantizar intervenciones seguras y eficaces.

Figura N° 12

Atención general al adulto mayor



Nota. Fuente: Imagen creada con IA

Uso de tecnologías emergentes. La tele enfermería, inteligencia artificial y sistemas digitales mejorarán la accesibilidad y el monitoreo del paciente.

La enfermería enfrenta retos relacionados con la sobrecarga, la innovación tecnológica, el envejecimiento poblacional y la salud mental del personal; sin embargo, sus perspectivas se orientan hacia la humanización, la investigación, el liderazgo profesional y el aprovechamiento de las nuevas tecnologías para brindar un cuidado más integral y seguro.

3.6.1. Desafíos ante el envejecimiento poblacional

El incremento progresivo de la población adulta mayor plantea la necesidad de cuidados prolongados, especializados y adaptados a las múltiples enfermedades crónicas y a la fragilidad asociada al envejecimiento.

3.6.2. Limitaciones en los sistemas de salud y recursos disponibles

La insuficiencia de infraestructura, personal capacitado y acceso equitativo a servicios de calidad constituye una de las principales barreras para brindar una atención integral a este grupo etario.

3.6.3. Necesidad de formación especializada en enfermería geriátrica

La creciente demanda de cuidados gerontológicos exige fortalecer la preparación profesional en áreas como prevención, rehabilitación, cuidados paliativos y manejo de la dependencia funcional.

3.6.4. Perspectivas éticas y humanización de la atención

El cuidado de los adultos mayores requiere garantizar el respeto a la dignidad, la autonomía y los derechos, fomentando una atención humanizada que valore la individualidad y promueva el bienestar integral.

3.7 Conclusiones

El capítulo evidencia que las intervenciones de enfermería centradas en el adulto mayor, incluyendo cuidado integral, promoción de la actividad física, educación en autocuidado y apoyo psicosocial, contribuyen significativamente a mejorar su bienestar físico, emocional y social. Asimismo, se destaca la importancia de aplicar estrategias basadas en evidencia que permitan prevenir complicaciones de salud y favorecer la autonomía funcional de esta población.

El personal de enfermería desempeña un papel esencial como facilitador de cuidados individualizados y coordinador de recursos sociosanitarios, promoviendo la salud, la prevención de riesgos y el envejecimiento activo. Su intervención no solo mejora indicadores de salud física, sino también el bienestar psicológico y la integración social de los

Se recomienda fortalecer programas de enfermería dirigidos al envejecimiento saludable, integrando actividades físicas, educación en salud y apoyo social. Además, se sugiere desarrollar investigaciones futuras que evalúen de manera integral el impacto de las intervenciones de enfermería sobre la autonomía, bienestar emocional y calidad de vida, así como explorar estrategias innovadoras adaptadas a contextos culturales y sociales específicos.

CAPÍTULO IV

TECNOLOGIAS EN PROCESOS QUE FAVORECEN LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR.

4.1 Valoración Nutricional en el Adulto Mayor

La evaluación nutricional en el adulto mayor es un pilar en el cuidado geriátrico, porque una buena nutrición es uno de los mayores predictores de salud, autonomía y calidad de vida en la vejez. El envejecimiento trae consigo cambios fisiológicos, metabólicos y sociales que pueden alterar el estado nutricional, como la disminución del apetito, la pérdida de masa muscular, la absorción de micronutrientes o la presencia de enfermedades crónicas como la diabetes o la hipertensión. En este contexto, Wanden-Berghe (2022) indica que es considerado relevante contar con varios procesos sistemáticos y organizados que permitan identificar de manera temprana las distintas situaciones de riesgo existentes en los pacientes que permitan orientar la intervención clínica y favoreces un envejecimiento saludable. La importancia de la valoración nutricional radica en que está limitada a la detección de la malnutrición, sino que también se constituye como una herramienta preventiva y predictiva del bienestar integral del adulto mayor.

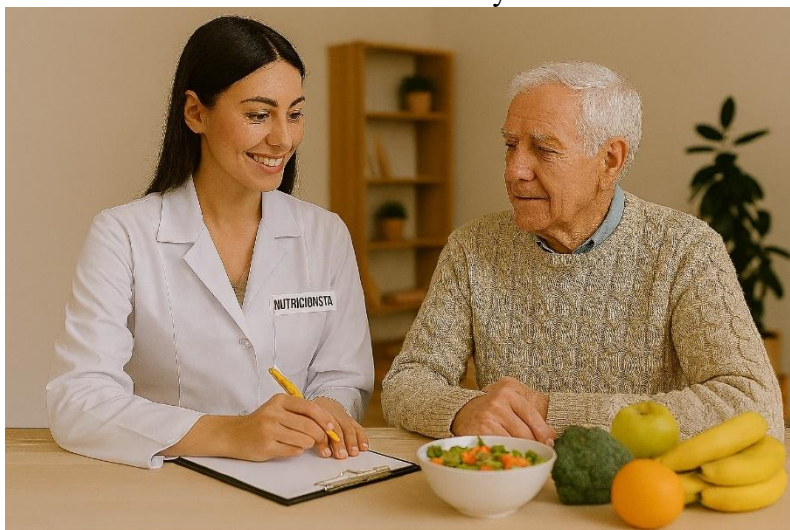
4.1.1 Definición y objetivos de la valoración nutricional

La evaluación nutricional es definida como el conjunto de métodos clínicos, antropométricos y bioquímicos que son realizados con la finalidad de establecer el estado nutricional de una persona, esto tiene varias finalidades, sin embargo, generalmente se realiza con el propósito

de prevenir, diagnosticar y tratar alteraciones nutricionales por deficiencia o por exceso (Guigoz, 2021). En el caso del adulto mayor, la evaluación se vuelve especialmente importante, dado que es una población vulnerable a la desnutrición, sarcopenia y complicaciones de enfermedades crónicas. La literatura demuestra que un estado nutricional inadecuado en esta población puede ser el causante de una mayor tasa de hospitalización, mortalidad y reducción significativa en la calidad de vida.

Figura N° 13

Valoración nutricional del adulto mayor



Nota. Fuente: Imagen creada con IA

Según Kang et al. (2023) los objetivos de la evaluación nutricional en el adulto mayor son diversos y van desde la prevención hasta la intervención. Sin embargo, la detección y prevención temprana del riesgo nutricional es considerado el objetivo primordial, y con ello se logra anticipar a complicaciones provenientes de deficiencias energéticas y micronutrientes que de no ser tratados podrían aumentar la dependencia y los costos de

atención del paciente. Además, también tiene el objetivo de mejorar la respuesta clínica en los distintos grupos de pacientes hospitalizados para promover la recuperación y reducir la morbilidad. Según Aiello (2025) los pacientes mayores con adecuado cuidado nutricional son los que obtienen mejores resultados postquirúrgicos, disminuyendo el tiempo de recuperación y las complicaciones infecciosas, por lo que considera a la nutrición como parte inseparable de la medicina preventiva y rehabilitadora.

De igual manera, la valoración nutricional también tiene el objetivo de promover la autonomía y la calidad de vida del adulto mayor. Díaz (2017) menciona que una dieta equilibrada y ajustada a las necesidades individuales de cada paciente es fundamental en el tratamiento debido a que favorece la capacidad funcional y puede reducir la dependencia de terceros contribuyendo al bienestar emocional. Con este contexto, los objetivos de la valoración nutricional son considerados muy relevantes puesto que trascienden lo fisiológico para superponerse en la esfera psicológica y social del envejecimiento, en donde la alimentación juega un papel importante convirtiéndose en un factor de dignidad, identidad cultural y placer cotidiano. Por último, la valoración nutricional constituye un apoyo para la toma de decisiones clínicas. Domínguez (2024) demuestra que los adultos mayores con un adecuado cuidado nutricional proyectan mayor individualidad, lo que conviene indicar que poseen más energía, movilidad y fuerza muscular, esto disminuye el riesgo de caídas, fracturas y deterioro cognitivo.

Para alcanzar estos objetivos, se han desarrollado instrumentos estandarizados como el Mini Nutritional Assessment (MNA), el mismo que ha demostrado ser de gran utilidad para la práctica clínica debido a que combina preguntas relacionadas a la ingesta, antropometría y condiciones generales con la finalidad de ofrecer un diagnóstico rápido y validado de manera internacional. La adopción de estos métodos permitió trascender el enfoque descriptivo para posicionar a la nutrición como un factor de gran relevancia para predecir el pronóstico clínico y funcional de los adultos mayores.

4.1.2 Métodos tradicionales de evaluación: anamnesis, antropometría, bioquímica

La valoración nutricional del adulto mayor, en su evolución histórica, ha dependido de tres grandes ejes metodológicos que son la anamnesis, la antropometría y los análisis bioquímicos. Según Ravasco (2010) estos métodos son la base de la práctica clínica y se han aplicado en hospitales, consultas externas y programas comunitarios para obtener una visión general del estado nutricional a través de indicadores objetivos y subjetivos. A pesar de sus limitaciones, continúan siendo instrumentos de referencia para una primera evaluación y orientación de las intervenciones dietéticas y médicas.

4.1.3 Anamnesis y las encuestas dietéticas.

La anamnesis nutricional es referida como la recopilación sistemática de información del paciente como hábitos alimentarios, estilo de vida y antecedentes clínicos. En un adulto mayor, esta herramienta es considera

relevante debido a que existe factores como la soledad, dificultades económicas o pérdida de distintos sentidos que pueden influir de gran manera en la ingesta de alimentos. Entre los instrumentos más utilizados destacan el recordatorio de 24 horas, los cuestionarios de frecuencia de consumo y los diarios alimentarios, los cuales aportan datos sobre la calidad y cantidad de la dieta (Álvarez-Hernandes y otros, 2022). Según González (2014) la anamnesis tiene varias ventajas, sin embargo, destaca su bajo costo y la posibilidad de ser adaptada a diferentes contextos, sin embargo, es totalmente dependiente de la memoria del adulto mayor lo que podría causar la existencia de sesgos en personas con deterioro cognitivo.

La antropometría como medida del estado corporal: Las mediciones antropométricas, como la circunferencia de cintura, el índice de masa corporal o la relación entre la cintura y cadera, son indicadores para valorar el estado nutricional de un individuo, ya que nos dan información sobre la composición corporal en términos de grasa y músculo. Estas mediciones son muy útiles en el campo de la nutrición para detectar riesgos para la salud y diseñar intervenciones nutricionales personalizadas. El índice de masa corporal (IMC) es uno de los indicadores más utilizados en el campo de la salud y la nutrición. Sin embargo, hay que considerar que en el caso del adulto mayor este indicador suele presentar varias limitaciones. Esto se debe a que con el tiempo se pueden generar cambios en la estatura por cambios en la estructura de la columna, lo cual va a alterar la exactitud del IMC. Además, en esta etapa se pueden producir cambios en la composición corporal, como el porcentaje de grasa y masa magra, lo que también afecta la interpretación del IMC (Ramírez-Vélez, 2008).

Ramírez-Vélez indica que es recomendable acompañar el IMC con otras medidas antropométricas, como la circunferencia braquial, la circunferencia de pantorrilla o los pliegues cutáneos, que nos informan sobre las reservas de tejido muscular y adiposo. Estas mediciones, por su rapidez y por no ser invasivas en los individuos, son muy utilizadas en programas de salud comunitaria y atención primaria, aunque se debe tener un buen entrenamiento para asegurar la precisión y fiabilidad de los datos recogidos.

Los análisis bioquímicos como indicadores internos

El tercer método clásico de valoración nutricional corresponde a los análisis de laboratorio, los mismo que permiten obtener una visión más precisa del estado nutricional y metabólico del paciente. Dentro de los parámetros analizados más utilizados se encuentran las proteínas séricas (albúmina y prealbúmina) las mismas que actúan como indicadores indirectos de la ingesta proteica. De igual manera, se utilizan marcadores específicos de micronutrientes esenciales en adultos mayores como el hierro, vitamina B12 y ácido fólico. Según Wanden-Berghe (2022), estos resultan especialmente relevantes debido a la presencia de anemias carenciales. Si bien, este método ofrece datos objetivos y cuantificables, se requiere tener especial cautela con las interpretaciones realizadas, debido a la existencia de diversos factores como los procesos inflamatorios o enfermedades renales que pueden llegar a alterar sus valores.

Estos tres métodos descritos anteriormente, constituyen el núcleo de la valoración nutricional tradicional, que incluyendo información complementaria sobre la ingesta, composición corporal y estado

metabólico del adulto mayor permite al profesional de la salud establecer un diagnóstico inicial y orientar futuras intervenciones dietéticas y medicas pertinentes. Sin embargo, su dependencia a la memoria del paciente en ciertos métodos, la necesidad de personal entrenado y el costo adicional en los análisis de laboratorio sirvieron como motivación para la búsqueda de nuevas herramientas. Este escenario indica precisamente el punto en donde el desarrollo de software especializado emerge como una herramienta adicional innovadora con el fin de mejorar la precisión, reducir errores y facilitar el seguimiento del paciente.

4.1.4 Limitaciones de los métodos manuales

Aunque durante décadas, la anamnesis, la antropometría y los análisis bioquímicos han sido considerados como la base de la valoración nutricional, esto es alterado cuando se presentan en el contexto del adulto mayor debido a que se muestran varias limitaciones que deben considerarse. La primera de ellas es que al tratarse de métodos manuales tiende a depender mucho del factor humano, tanto del profesional que realiza la medición como del paciente que aporta la información. En el caso de la anamnesis, (González, 2014) indica que la fiabilidad de la información depende mucho de la memoria y la capacidad cognitiva del adulto mayor, lo que puede introducir sesgos en personas con deterioro cognitivo o dificultades de comunicación. También es necesario indicar que el uso de encuestas dietéticas podría exigir un nivel de alfabetización y comprensión que no siempre está presente, especialmente en el contexto nacional o en poblaciones vulnerables.

En cuanto a la antropometría, aunque destaca por tratarse de técnicas rápidas y accesibles para cualquier paciente, su precisión puede ser comprometida por la variabilidad Inter observador además de la falta de estandarización en los diversos procedimientos. Varias medidas como los pliegues cutáneos requieren experiencia y destreza técnica debido a que la inadecuada capacitación del personal e implementación puede conducir a errores de interpretación (Ramírez-Vélez, 2008). Además, Ramírez-Vélez revela que los indicadores ampliamente utilizados en la antropometría como el índice de masa corporal (IMC) están comprometidos a perder su valor en el caso del diagnóstico en adultos mayores, esto generalmente debido a los cambios fisiológicos propios del envejecimiento, como la disminución de la talla y la redistribución de la composición corporal.

En cambio, el análisis bioquímico, aunque parece ser el método perfecto para la valoración nutricional debido a que ofrece una visión más amplia y sobre todo objetiva, no está exento de limitaciones. Para el análisis bioquímico es necesario poseer de infraestructura tecnológica y laboratorios especializados, que en primer lugar incrementa los costos de aplicación, además de que restringe su aplicación en entornos rurales o de bajos recursos. Además, Wanden-Berghe (2022) menciona que existen varios biomarcadores como la albúmina sérica que pueden llegar a verse alterados por factores ajenos al estado nutricional lo que reduce su fiabilidad como único criterio de valoración.

Domínguez (2024) hace mención que estas limitaciones técnicas también están vinculadas a una diversidad de factores externos de tipo logístico y organizacional. Como es el caso de diversos programas comunitarios o de atención primaria en donde se dificulta la aplicación sistemática de estas técnicas debido a que exigen tiempo y una variedad de recursos humanos y financieros que no siempre están disponibles. Además, indica varios problemas como la fragmentación en los registros clínicos, la falta de continuidad en el seguimiento de los pacientes y la ausencia de bases de datos centralizadas dificultan la interpretación de los resultados y reducen la eficacia de las intervenciones nutricionales.

4.2 Importancia del software en la valoración nutricional:

En los últimos años, las tecnologías de la información y comunicación han jugado un papel muy importante en la innovación en diversas áreas, incluyendo el campo de la salud y la nutrición. El software de valoración nutricional es actualmente una herramienta estratégica que acompaña los métodos convencionales, ofreciendo velocidad, objetividad y la posibilidad de integrar grandes cantidades de datos. En el cuidado del anciano, estas características son aún más importantes, ya que es una población susceptible a la desnutrición y en la que es necesario realizar controles periódicos para evitar complicaciones (Wanden-Berghe, 2022). De esta manera, es importante mencionar que la digitalización no es el reemplazo para el juicio clínico, sino que sirve como un refuerzo para mejorar el diagnóstico y proporcionar información confiable para el tratamiento nutricional.

4.3 Automatización del diagnóstico nutricional: reducción de errores humanos.

El software especializado viene con varias ventajas, una de las mayores ventajas es la automatización de procesos manuales que anteriormente eran realizados por personal humano. Por ejemplo, LoBuono (2023) indica que el cálculo del IMC, la corrección de calorías según el gasto energético o la estimación de necesidades de micronutrientes se pueden obtener de manera precisa e instantánea mediante el uso de software con algoritmos incorporados, lo que reduce los errores por cansancio, sobrecarga laboral o desactualización de tablas nutricionales.

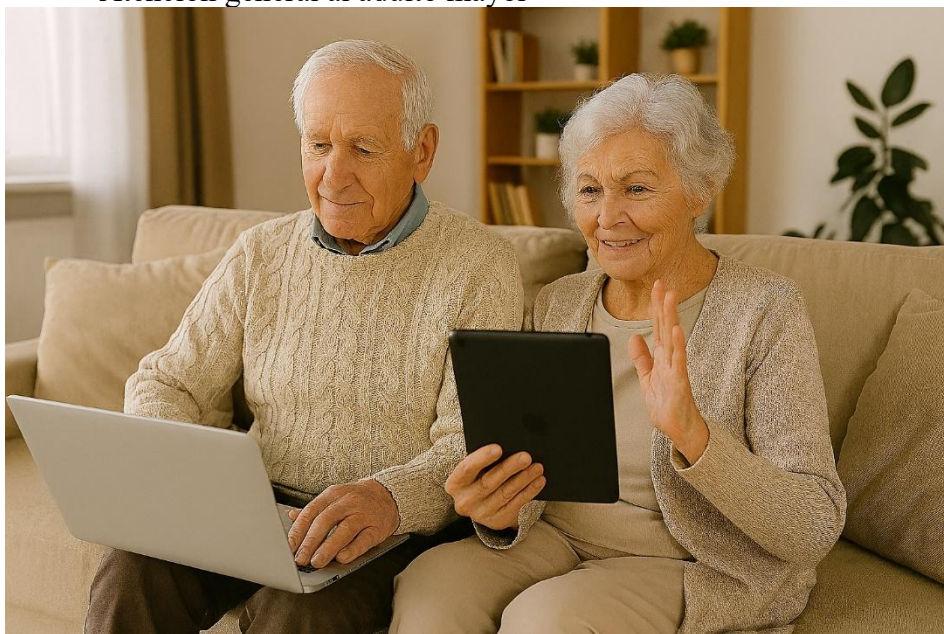
Wanden-Berghe (2022) menciona la efectividad del software especializado en la actualidad, muestra que, en hospitales españoles, el uso de programas informáticos para calcular las necesidades energéticas disminuyó alrededor del 35% los errores en comparación con el cálculo manual, esto es un indicativo para ver la evolución y adaptación del software especializado. Estos hallazgos son de gran importancia en el contexto de un adulto mayor, donde cualquier cambio mínimo en el aporte calórico o proteico puede alterar el curso clínico. la automatización tiene la capacidad de generar informes personalizados de cada paciente que sirve como una herramienta para la toma de decisiones médicas, acelerando la práctica clínica y asegurando mayor uniformidad en los criterios de valoración.

4.4 Acceso a base de datos actualizadas: tablas de composición de alimentos, necesidades nutricionales específicas para adultos mayores.

Una característica importante del software especializado de evaluación nutricional es la posibilidad de conectarse con bases de datos nacionales e internacionales, con ello, garantiza que la información presentada sea confiable, especialmente en datos que requieren un análisis tales como la composición de alimentos, densidad energética y micronutrientes. Este acceso resulta vital en el caso del adulto mayor, debido a que varios necesitan regímenes alimentarios específicos, como bajos en sodio, ricos en proteínas de alto valor biológico o adaptados a ciertas enfermedades como insuficiencia renal o diabetes.

Figura N° 14

Atención general al adulto mayor



Nota. Fuente: Imagen creada con IA

Las tablas de composición de alimentos pueden ser consideradas una base a tomar en cuenta para el tratamiento nutricional, un ejemplo son las tablas de composición de alimentos de la FAO o las bases regionales como las del Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP) (2012), que actualmente se encuentran digitalizadas y abierto para cualquier persona. El software puede integrar esta información recopilada y adaptarlos a la realidad cultural y gastronómica de cada país. Todo esto, con la finalidad de que la recomendación nutricional deje de ser estandarizada a nivel global y se ajusta a los alimentos disponibles y costumbres locales.

De igual manera, la digitalización de dichas bases de datos permite su actualización permanente a diferencia de los manuales escritos, que se vuelven obsoletos con el paso de los años. Según LoBuono (2023), los sistemas informáticos son los que más partido sacan a esta digitalización, ya que pueden incorporar nuevas bases de datos e investigaciones para modificar sus recomendaciones y actualizarlas a las nuevas tendencias de nutrición geriátrica, como pueden ser los suplementos nutricionales funcionales o los alimentos enriquecidos.

4.5 Monitoreo continuo: registro y seguimiento del estado nutricional en el tiempo.

Un aporte clave del software especializado en la práctica clínica es la posibilidad de realizar un seguimiento longitudinal del estado nutricional. En el caso de los registros manuales, estos por lo general se dispersan y pueden llegar a perderse, lo que impide analizar tendencias de salud del adulto mayor. En comparación, las herramientas digitales tienen la

capacidad de guardar la información de manera organizada en una base de datos que posteriormente puede ser recolectada en el transcurso de las consultas de manera inmediata debido a la accesibilidad y facilidad. Además, con la información almacenada se puede crear gráficos de tendencia que sirvan de alerta para los profesionales médicos sobre un riesgo. Un ejemplo de lo mencionado anteriormente, un gráfico de tendencia que muestra una caída escalonada del IMC o de alguna medida antropométrica puede ser detectada automáticamente por el software y notificada al profesional con alertas. De esta manera, se promueve un enfoque preventivo que resulta útil para evitar complicaciones mayores como la caquexia o la sarcopenia (Díaz, 2017).

Según Domínguez Gallardo (2024) actualmente existen varios geriátricos que implementan los sistemas electrónicos de seguimiento de una manera total brindando una atención en relación con los dispositivos, con ello, tienden a tener cambios positivos que facilitan la interpretación de los resultados que permite al equipo trabajar con información en tiempo real y anticiparse a cualquier problema mejorando la continuidad de la atención.

Además, cabe mencionar que el control digital con ayuda al dispositivo permite la investigación clínica, creando bases de datos longitudinales con el historial recopilado de los diversos pacientes que posteriormente pueden ser analizados o incluso servir como datos para el entrenamiento de modelos de inteligencia artificial con el fin de predecir patrones de riesgo y desarrollar mejores intervenciones.

4.6 Personalización de dietas: planes adaptados a patologías frecuentes (diabetes, hipertensión, dislipidemias).

La adaptación de dietas es otra de las grandes ventajas del software nutricional. Mediante la introducción de datos clínicos (niveles de glucosa, tensión arterial, perfil lipídico, etc.), los programas son capaces de elaborar planes de alimentación personalizados para el paciente. Para Ramírez-Vélez (2008), esto se vuelve importante en el adulto mayor, en quien las comorbilidades son comunes y una dieta estandarizada a menudo es insuficiente para lograr un buen control de las enfermedades crónicas. Entre los beneficios de los sistemas digitales, destaca la posibilidad de crear los planes rápidamente sin depender totalmente de un profesional humano, en base a datos clínicos objetivos y en las preferencias culturales y económicas del paciente, lo que mejora la adherencia al tratamiento.

Con esta característica del software, se pueden elaborar dietas hipoglucemiantes para pacientes diabéticos, y según el paciente, podría elaborar dietas que no impliquen sólo la restricción de azúcares simples, sino el fomento del consumo de fibra y alimentos de bajo índice glucémico y de manera automática e inmediata. Así mismo, en pacientes hipertensos, el software puede sugerir menús siguiendo el modelo DASH (Dietary Approaches to Stop Hipertensión), científicamente reconocido para el control de la tensión arterial (Challa, 2023).

4.7 Integración con dispositivos móviles y wearables: control de peso, gasto energético, actividad física.

Finalmente, una de las mayores innovaciones tecnológicas para el ámbito de la salud es la integración del software con aplicaciones móviles y

wearables. Los conocidos Smart Watch, las balanzas inteligentes y las aplicaciones de seguimiento dietético son herramientas que involucran más al adulto mayor en el cuidado de su salud, además son herramientas en un mercado creciente donde cada año que pasa cada vez más de estos dispositivos son adquiridos. Según Veeramreddy (2024) estas aplicaciones pueden monitorizar el peso corporal, el gasto energético, la actividad física o incluso datos biomédicos, como la frecuencia cardíaca o la glucemia, al sincronizarse con sensores específicos.

Existen varios beneficios en el uso de los dispositivos, sin embargo, el que destaca principalmente esta integración es la recopilación de los datos en tiempo real, los mismos que pueden enviarse de manera automática a bases de datos o plataformas clínicas, permitiendo ajustar los planes nutricionales y recomendaciones en tiempo real o incluso facilitando y potenciando la telemedicina mediante la interacción de la información. Wanden-Berghe (2022) menciona que España ha desarrollado programas piloto en donde los adultos mayores hacen uso de tabletas y otros wearables para registrar lo que comen y hacen a diario, consiguiendo mayor adherencia a las recomendaciones dietéticas y mayor sensación de autonomía. Esta forma de integración con dispositivos de uso cotidiano no solo fomenta la adherencia al programa, sino que también mejora la educación nutricional, al permitir al adulto mayor recibir retroalimentación inmediata y visual sobre el efecto de sus hábitos en su salud.

4.8 Impacto del software en la calidad de vida del adulto mayor

El uso de software orientado al bienestar nutricional agiliza procesos clínicos y tiene impacto en el bienestar del adulto mayor. Para Zager

Kocjan (2023) en el contexto del adulto mayor, la tecnología puede ser un instrumento invaluable para mejorar la autonomía, los hábitos saludables, reforzar la seguridad y la conexión con los profesionales de la salud, todos esto para garantizar un envejecimiento digno y activo. De esta manera, se podría considera al software como una herramienta que no solo evalúa, sino que transforma el proceso de envejecimiento, mejorando el bienestar físico, mental y social.

4.9 Promoción de la autonomía: herramientas fáciles de usar que permiten autogestión en la alimentación.

La autonomía y la autogestión son considerados relevantes dentro del envejecimiento digno. Sin embargo, muchos de los adultos mayores no pueden gozar de estos privilegios, por ende, el software surge como una solución a este problema debido a que uno de los beneficios más destacables de implementar en la valoración nutricional es fomentar la autonomía y la capacidad de autogestión.

El surgimiento de nuevas plataformas y aplicaciones tratan de solventar la problemática de la autonomía, por lo que implementan características con la finalidad de mejorar la accesibilidad permitiendo que los propios usuarios o sus cuidadores registren su ingesta, peso corporal y actividad física. En varios casos, incluso algunos sistemas alertan ante cambios preocupantes, posibilitando intervenciones tempranas sin depender del profesional sanitario. Para Zager Kocjan (2023) esto es fundamental debido a que refuerza la sensación de control sobre la propia salud y refuerza la dignidad personal.

Informes como los estudios sobre tecnologías de apoyo demuestran que al incentivar y mejorar la forma en la que el adulto mayor se desenvuelve e interactúa con su entorno, también favorece su independencia funcional en la comunidad, disminuyendo la dependencia y favoreciendo su participación en las actividades diarias (Zager Kocjan & Spes, 2023).

4.10 Prevención de enfermedades crónicas: detección temprana de riesgos asociados a la mal nutrición.

La malnutrición tanto en déficit como en exceso es un factor que contribuye a la aparición y desarrollo de varias enfermedades crónicas en el adulto mayor, tales como diabetes, hipertensión y osteoartritis. Es necesario tener en cuenta que la malnutrición no solo deteriora la salud física, sino también los aspectos funcionales, emocionales y sociales que conforman la calidad de vida. Debido a esto, se recomienda una nutrición equilibrada junto al software de seguimiento debido a que permite detectar cambios nutricionales de manera temprana antes de conducir a problemas mayores.

Un estudio reciente, denominado PORI75 realizado por Kunvik et al. (2024) demuestra que los adultos mayores que poseían mejores indicadores nutricionales también tienden a demostrar una mejor calidad de vida relacionada con la salud sin importar el entorno. Si bien, es necesario mencionar que esta investigación no está centrada en el software, pero es considerada como evidencia del impacto del estado nutricional en el bienestar físico, mental y social.

Es necesario mencionar que la literatura que aborda la nutrición y la calidad de vida de los adultos mayores que viven en comunidad muestra que, a pesar de su relevancia, aún es un campo poco explorado que tiene la necesidad de investigar el impacto de factores externos. La revisión muestra la importancia de incorporar medidas estandarizadas de calidad de vida en estudios relacionados a la nutrición en adultos mayores con la finalidad de crear o fortalecer programas preventivos integrales existentes. El uso de software estandarizado y certificado por sistemas validados puede llenar ese vacío, permitiendo la comparabilidad y la evaluación longitudinal. (Arensberg et al., 2023)

En definitiva, el software permite controlar en tiempo real el estado nutricional y transformarlo en alertas clínicas. La identificación temprana de desequilibrios energéticos o nutricionales puede evitar la progresión de enfermedades crónicas y mantener la funcionalidad, la independencia y el bienestar del adulto mayor.

4.11 Mejora del bienestar físico y mental: software que integra nutrición con rutinas de ejercicio y seguimiento médico.

La creciente aparición de plataformas digitales que integren nutrición, ejercicio y seguimiento de la salud resulta ser un gran paso para estandarizar el cuidado personal sobre el bienestar físico y mental, especialmente en adultos mayores. Estas plataformas y aplicaciones no solo rastrean datos importantes tales como peso, calorías quemadas, actividad diaria, sino que también sirven como un guía para el usuario que provee con planes personalizados, recordatorios motivacionales y retroalimentación en tiempo real.

El estudio realizado por (Gomez et al., 2022) actualmente considerado el estudio más grande en la región sobre el tema, encontró que al aplicar un programa nutricional simple y personalizado junto con educación y suplementos nutricionales diarios durante 60 días, tiene como resultado la mejora de varios indicadores referentes a la salud física, función psicológica y calidad de vida en general de los adultos mayores hospitalizados o con enfermedades crónicas. Además, la educación nutricional combinada con ejercicio físico personalizado no siempre mediado por software ha mejorado la adherencia a la dieta mediterránea, disminuido el estrés y aumentado la satisfacción personal en personas mayores. Estas intervenciones combinadas son un modelo para crear programas digitales que integren todos estos elementos.

4.12 Conexión con profesionales de la salud: telemedicina y consultas en línea basadas en datos fiables.

La combinación del software nutricional con la telemedicina ha revolucionado el acceso a la atención de un profesional, especialmente para adultos mayores con movilidad limitada o que tienen dificultades para desplazarse. A través de plataformas adaptadas que permiten hacer teleconsultas en las que el paciente comparte información como registros dietéticos, peso corporal o niveles de actividad, y recibe consejos personalizados de un nutricionista desde la comodidad de su hogar. Esta forma ha sido especialmente útil en tiempos de aislamiento o pandemia, cuando las consultas en persona son más difíciles.

Un metaanálisis realizado por Marx, et al. (2019) encontró que las intervenciones de telemedicina para adultos mayores con desnutrición

mejoraron la ingesta de proteínas y la calidad de vida en comparación con la atención habitual o ninguna intervención. Los resultados revelaron una mejoría en la ingesta proteica y en la calidad de vida. Estos hallazgos demuestran que las consultas remotas tienen potencial clínico en la actualidad.

A nivel práctico, surge TELEA, que consiste en un proyecto aplicado en residencias de adultos mayores que permitieron monitorizar el soporte nutricional de personas institucionalizadas. Lago-Rivero, et al. (2022) concluye que la aplicación de estos sistemas constituye una mejora en los procedimientos, dado que sustituye informes en papel por registros electrónicos, además de crear alertas y permitir la comunicación entre el centro residencial y el hospital con la finalidad de mejorar la asistencia continua.

Dado a que actualmente existe varios dispositivos y aplicaciones que están orientadas al monitoreo continuo y registro de datos del usuario, se obtiene un claro panorama del futuro en la telemedicina y la fiabilidad de los datos extraídos de los distintos softwares especializados, en donde, los profesionales de las distintas áreas de la salud que provean servicios en telemedicina y consultas en línea puedan dar un diagnóstico confiable basados en datos registrados en tiempo real.

4.11 Educación nutricional: programas interactivos que fomenta hábitos saludables.

La educación nutricional es una herramienta con el objetivo de promover hábitos saludables en la población. Las herramientas utilizadas para este

fin también han ido evolucionando; hoy en día el software es una manera innovadora para enseñar nutrición de una forma accesible, atractiva e interactiva. A diferencia de los métodos más tradicionales (charlas, folletos, libros, etc.), los programas informáticos se pueden adaptar constantemente dependiendo la alfabetización digital y cognitiva del usuario, o utilizando distintas técnicas como videos explicativos, cuestionarios interactivos, recordatorios personalizados.

La literatura presenta diversos estudios que han demostrado la eficacia de las intervenciones digitales en nutrición, todo esto con el objetivo de mejorar la adherencia a dietas saludables y lograr cambios sostenibles en el tiempo. Ali, et al. (2012) señala que la alfabetización digital en adultos mayores puede ser una barrera para usar las tecnologías, sin embargo, concluye que estas herramientas tecnológicas tienen la capacidad de adaptarse a cualquier contexto.

Por otro lado, el software educativo en nutrición puede servir como una herramienta de apoyo para cuidadores y profesionales de la salud, con módulos de educación continua y materiales pedagógicos actualizados. Esto hace que los mensajes de alimentación saludable sean consistentes y basados en evidencia científica, y evita la dispersión de información incorrecta que suele encontrarse en medios digitales.

4.12 Ejemplos de software y aplicaciones relevantes

En la actualidad, distintas plataformas digitales juegan un papel importante en la valoración nutricional y de bienestar del adulto mayor. Aunque, varias de estas aplicaciones están especializadas en base a necesidades

concretas (seguimiento individualizado, atención clínica integrada, enfoque geriátrico, entre otros), todas tienen en común que mejoran la exactitud, la eficiencia y la accesibilidad de los procesos.

Uno de los ejemplos más concretos es MyFitnessPal, la cual se trata de una de las aplicaciones más utilizadas para llevar un registro de calorías, macronutrientes y ejercicio en adultos. Evenepoel, et al. (2020) demuestra mediante su estudio de validación sobre MyFitnessPal que la aplicación proporciona un análisis exacto para energía, macronutrientes, azúcar y fibra, sin embargo, tiende a subestimar el consumo de sodio y colesterol especialmente con altas correlaciones en muchos factores nutricionales.

En el caso concreto de adultos mayores, existen programas híbridos que combinan nutrición, actividad física, educación y monitoreo remoto, además que cada vez son más frecuentes. Un ejemplo es el programa Fitness and Nutrition Program for Seniors (FANS) desarrollado por Li, et al. (2025), en donde el estudio demostró que una intervención híbrida mejora significativamente las funciones físicas en adultos mayores. En el ámbito clínico, se menciona nuevamente a TELEA, que se trata de una plataforma especializada para geriatría y telemedicina financiado por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional de la Unión Europea.

4.13 Retos y limitaciones

Si bien el software es una herramienta útil para realizar una valoración nutricional y contribuir al bienestar del adulto mayor, existen algunos obstáculos que deben considerarse. Varios de estos obstáculos involucran aspectos inherentes de la población usuaria, otros obstáculos están

presentes en las mismas soluciones digitales, en términos técnicos y éticos. Al reconocer estas limitaciones no significa que la tecnología y su función pierdan valor, sino que significa reconocer que su efecto depende de cómo se diseñe, implemente y evalúe en el mundo real.

Brecha digital en adultos mayores.

Uno de los principales desafíos que se puede presentar en el contexto actual es la brecha digital, que se refiere a la diferencia en el acceso y uso de tecnologías entre diferentes grupos de personas. Friemel (2016) señala que en personas mayores se encuentran barreras como analfabetismo digital, desconfianza en la tecnología y falta de capacitación que restringen la correcta adopción del software especializado. Cabe mencionar, que esta barrera no sólo restringe el acceso a información nutricional, sino también a programas de telemedicina o aplicaciones móviles que demandan autogestión.

Figura N° 15

Atención general al adulto mayor



Nota. Fuente: Imagen creada con IA

4.14 Accesibilidad y usabilidad de los programas.

Incluso cuando se logra sortear la barrera de acceso, existen problemas de usabilidad. He, et al. (2025) indica que muchas aplicaciones de salud no consideran las restricciones sensoriales, cognitivas o motoras de los adultos mayores. Para He, el tamaño reducido de las letras, las interfaces sobrecargadas o los procesos de registro complejos son barreras de usabilidad. Para corregir este problema, resulta importante adaptar el software para aplicar los principios de diseño inclusivo tales como fuentes grandes, navegación simple y opciones de accesibilidad, todo esto dirigido para diversos grupos de usuarios con capacidades funcionales diferentes.

4.15 Confidencialidad y seguridad de los datos.

Un aspecto crítico que se tiene que tomar en cuenta es la protección de datos personales, especialmente de datos sensibles en el ámbito de la salud. El uso de aplicaciones que almacenan información nutricional, clínica y antropométrica implica riesgos asociados a ciberseguridad, filtración de datos o uso indebido de la información por terceros. Martínez-Pérez, et al. (2015) señala que gran parte de las aplicaciones de salud actuales no cumplen plenamente con estándares de protección como el Reglamento General de Protección de Datos o diversas normativas. Esto causa que la confianza en estas aplicaciones dependa únicamente de la transparencia con la que las plataformas gestionan la privacidad.

4.15.1 Necesidad de validación clínica de los algoritmos.

Una gran limitación presente en las diferentes aplicaciones y plataformas es la falta de rigurosidad en la validación clínica de muchos algoritmos. Si bien, existen numerosas aplicaciones que muestran excelentes resultados

en la fase previa al lanzamiento, aún existen sesgos y escasa evidencia sobre su eficacia a largo plazo especialmente en un grupo vulnerable como la de los adultos mayores. Alruwaili, et al. (2023) subraya en su estudio que, si bien los resultados iniciales de intervenciones digitales en la salud son alentadores, la falta concreta de ensayos clínicos amplios y rigurosos en la población objetivo impide confirmar su verdadero impacto en la salud de un adulto mayor.

4.15.2 Perspectivas futuras

La transformación digital pretende alcanzar todas las áreas que requieren optimización e innovación de los procesos, sin dejar de lado la nutrición, actualmente, la valoración nutricional y su relación con el software podría considerarse aún en sus primeras etapas de desarrollo, si bien, el software resulta ser muy útil utilizado alrededor del mundo en temas relacionados al deporte, salud, nutrición y bienestar personal, aún quedan varias áreas sin explorar del que pueden surgir innovaciones.

4.16 Inteligencia artificial y Big Data en la predicción de riesgos nutricionales.

Con el auge de la inteligencia artificial y su incorporación en todas las áreas posibles, es inevitable pensar que no tardará en integrarse junto al Big Data en el área de la salud. En el contexto de nutrición geriátrica, la implementación de estas tecnologías pretende ser una de las revoluciones más esperanzadoras en el cuidado de las personas mayores. A diferencia del software actual, el cual se limita a registrar y analizar datos dietéticos o antropométricos, los diversos modelos de IA podrían predecir el riesgo

de desnutrición, fragilidad y deterioro funcional antes de que se haga evidente clínicamente.

El Big Data tiende a ser esencial en este contexto, una de las mayores contribuciones es la habilidad de combinar y analizar grandes cantidades de datos de diversas fuentes como registros médicos electrónicos, bases de datos nutricionales, datos antropométricos, biomarcadores y los datos recolectados por aplicaciones móviles y wearables. Según Coeff (2025) esta capacidad permite descubrir una diversidad de patrones que no son evidentes para el ojo clínico y con ello desarrollar modelos predictivos para guiar las decisiones de prevención y tratamiento.

La Inteligencia Artificial tiene la capacidad de ayudar a diagnosticar de manera temprana enfermedades asociadas a la nutrición a través de algoritmos de aprendizaje automático y aprendizaje profundo. Estudios recientes como el presentado por Di Martino, et al. (2023) indican que estos algoritmos podrían predecir varios riesgos integrando datos de laboratorio, información dietética y medidas funcionales, sin embargo, estos algoritmos no buscan reemplazar el juicio clínico, sino se pretende que proporcione un soporte hacia el profesional basado en evidencia numérica que disminuya la incertidumbre y mejore la certeza en la identificación de problemas nutricionales.

Una de las aplicaciones más esperadas de la IA en este contexto es la creación de sistemas de recomendación personalizados, estos sistemas personalizados ya existen dentro de los distintos softwares actuales, sin embargo, la diferencia radica en que los programas convencionales

adaptan dietas según tablas predefinidas. La IA generativa o IA basada en modelos predictivos tienen la capacidad de generar planes personalizados que se ajusten al estado clínico en tiempo real. La inteligencia artificial también podría actuar como un agente que está monitoreando constantemente los diversos parámetros del paciente en tiempo real con la finalidad de crear alertas y enviarlas al profesional de la salud en caso de detectar desviaciones significativas (Coeff, 2025).

La combinación de la IA y el Big Data junto a otras áreas será inevitable, en el caso de la nutrición podríamos considerar que será fundamental en la nutrición geriátrica del futuro ya que no solo permitirá identificar de forma temprana problemas nutricionales, sino que también será capaz de abrir la puerta a intervenciones más preventivas y personalizadas basadas en evidencia científica y en una gran cantidad de datos con la finalidad de asegurar un envejecimiento activo y saludable.

4.17 Realidad aumentada para educación nutricional en adultos mayores.

La realidad aumentada (RA) es considerada una de las tecnologías emergentes con mayor campo de aplicación en diferentes áreas, compitiendo con la inteligencia artificial, la realidad aumentada muestra un gran potencial en el ámbito de la educación nutricional. A diferencia de las herramientas convencionales como materiales impresos o sesiones presenciales, la realidad aumentada es capaz de desarrollar entornos interactivos en donde el usuario puede visualizar, manipular y comprender la información nutricional de forma inmersiva. En el contexto de los adultos mayores, esta inmersión es especialmente importante dadas las

dificultades para entender conceptos abstractos y las limitaciones cognitivas pueden hacer que los métodos tradicionales sean menos efectivos.

Akhtar, et al. (2024) indica que el uso de herramientas interactivas apoyadas en RA y RV mejoran el aprendizaje y el cumplimiento de hábitos saludables, al permitir una experiencia práctica y lúdica de aprendizaje. Por ende, se determina que el uso de la realidad aumentada en la educación mejora la adherencia a cualquier tipo de programa. La realidad aumentada, más allá de su uso pedagógico tiene la capacidad de ser un canal útil para superar la brecha digital entre los distintos grupos de usuarios dado que proporciona una interfaz intuitiva que no requiere de mucha lectura o navegación. La realidad aumentada, al ser una tecnología principalmente visual, disminuye en gran medida las barreras de alfabetización digital y permite personas mayores con baja alfabetización o con deterioro cognitivo puedan interactuar con el material.

Figura N° 16

Atención general al adulto mayor



Nota. Fuente: Imagen creada con IA

4.18 Integración con programas de políticas públicas en salud.

La incorporación del software en la valoración nutricional del adulto mayor no debería limitarse únicamente al nivel clínico individual, sino que su impacto se logrará cuando se integre con las políticas públicas de salud. Al momento que este tipo de tecnología se integre con los distintos programas nacionales, se podrá asegurar su acceso universal y su regulación, de modo que se pueda disminuir sesos e inequidades para fortalecer un modelo de atención preventiva y sostenible.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) actualmente considera a la salud digital como una de las líneas estratégicas para el futuro y menciona que los sistemas tecnológicos son clave para reforzar la cobertura universal y mejorar la calidad de los servicios de salud. La OMS (2021), destaca en su estrategia global sobre salud digital la gran relevancia de desarrollar plataformas interoperables útiles para el intercambio de información entre los distintos niveles de atención y la toma de decisiones basada en evidencia.

En el campo de la nutrición geriátrica, resulta inevitable que el uso de software en políticas públicas podría resultar en la creación de programas nacionales de detección temprana de malnutrición centradas en la vigilancia comunitaria y telemedicina, enfocándose en áreas rurales o con limitaciones de acceso a hospitales.

4.19 Desarrollo de interfaces inclusivas y amigables.

El futuro del software en nutrición geriátrica se ve frustrada por varios desafíos, uno de los mayores retos es el desarrollo de interfaces inclusivas

que se adapten a las diferentes necesidades físicas, cognitivas y emocionales de los diversos grupos de usuarios especialmente en los adultos mayores. La efectividad de una herramienta informática no sólo depende de su funcionamiento, sino también de la manera en que el usuario interactúa con ella, debido a que, si la plataforma carece de accesibilidad y es poco intuitiva, su uso será escaso independientemente de los beneficios clínicos que ofrezca.

El diseño inclusivo propone que las aplicaciones se desarrollen pensando en la diversidad de capacidades de los usuarios. En el caso de los adultos mayores, esto significa adaptar las interfaces, para He (2025), esto consiste en realizar adaptaciones en características cosas como el tamaño de la letra, el contraste de color, simplificar los menús y añadir elementos multimodales dado que determinó en su estudio que los adultos mayores prefieren interfaces limpias, lineales y con poca carga cognitiva.

Más allá de la accesibilidad visual o cognitiva, se han dado pasos en tecnologías de apoyo, como el reconocimiento de voz o los chatbots conversacionales, mismos que pueden ser implementados como opciones de accesibilidad dentro de las aplicaciones o plataformas dado que permiten interactuar sin necesidad de saber leer y escribir digitalmente, esto posibilita que adultos con discapacidad visual o motora registren su alimentación o consulten su plan nutricional de forma independiente.

4.20 Conclusiones

La revisión de este capítulo muestra que las herramientas digitales en la valoración nutricional es una realidad irreversible en el campo de la

geriatría y la salud pública. Indica que el software no viene a sustituir a los métodos convencionales, sino a complementarlos y a superar muchas de sus limitaciones, en términos de eficiencia, continuidad y visión de conjunto en el abordaje del envejecimiento saludable.

El software constituye una herramienta esencial para mejorar la valoración nutricional. Hoy en día es el encargado de la generación de informes, automatización de cálculos, monitorización e integración con bases de datos actualizadas, entre otros, que disminuyen la carga laboral de los profesionales y minimizan los errores humanos. Esto permite un diagnóstico más rápido y objetivo, especialmente en poblaciones vulnerables como los adultos mayores o grupos en donde un pequeño desequilibrio nutricional puede tener consecuencias clínicas importantes.

También, se concluye que las plataformas digitales son un beneficio en la calidad de vida debido a la posibilidad que tiene de prevenir, diagnosticar y dar seguimiento a los pacientes. El seguimiento de datos a lo largo del tiempo y el análisis de tendencias tienen la finalidad de analizar patrones para prever riesgos de desnutrición, identificar de manera temprana complicaciones de enfermedades crónicas y elaborar planes de alimentación personalizados. De este modo, el software no sólo viene a ser un elemento de control clínico, sino un elemento de promoción de la salud, al permitir realizar intervenciones preventivas que influyen directamente en la funcionalidad y el bienestar de las personas mayores.

De igual manera, estas tecnologías buscan promover la autonomía, seguridad y bienestar del adulto mayor. Con el paso del tiempo, varias

aplicaciones apuntan a ser desarrolladas con interfaces cada vez más intuitivas e integradas en los distintos dispositivos móviles y wearables lo que permite la autogestión de la alimentación y capacitan al individuo para tomar buenas decisiones sobre su salud. Estas herramientas tecnológicas también garantizar un seguimiento continuo y de confianza que favorecen el bienestar integral al integrar la nutrición con otros cuidados necesarios como el ejercicio, la telemedicina o la educación para la salud.

En conclusión, el software aplicado a la valoración nutricional no debe ser considerado únicamente como un cambio más en la creciente innovación tecnológica, sino como un instrumento estratégico ya establecido para enfrentar los desafíos del envejecimiento poblacional. Su capacidad está en combinar la eficiencia clínica junto con la intervención humana para ofrecer soluciones que previenen, diagnostican y acompañan. Para el futuro, su éxito e implementación dependerá totalmente de la capacidad de integrar estas herramientas en políticas públicas para así garantizar su accesibilidad y validación científica.

BIBLIOGRAFIA

Aiello, A., Calabro, A., Zarcone, R., Caruso, C., & al., e. (2025). Refining Nutritional Assessment Methods for Older Adults: A Pilot Study on Sicilian Long-Living Individuals. *Nutrients*.
<https://doi.org/https://doi.org/10.3390/nu17111873>

Akhtar, M., Anderson, M., & Cochrane, T. (2024). Implementing Augmented Reality and Virtual Reality for authentic healthcare education. *Pacific Journal of Technology Enhanced Learning*, 6.
<https://doi.org/https://doi.org/10.24135/pjtel.v6i1.177>

Ali, N., Shahar, S., Lee, Y., Rezha, A., & Mohd, S. (2012). Design of an interactive digital nutritional education package for elderly people. *Informatics for Health and Social Care*, 37(4).
<https://doi.org/10.3109/17538157.2012.654843>

Alruwaili, M., Shaban, M., & Elsayed, O. (2023). Digital Health Interventions for Promoting Healthy Aging: A Systematic Review of Adoption Patterns, Efficacy, and User Experience. *Sustainability*, 15(23).
<https://doi.org/10.3390/su152316503>

Álvarez-Hernandes, J., López, J., & López, M. (2022). Valoración morfofuncional del estado nutricional y vinculación con Atención Primaria. *Nutrición Hospitalaria*.
<https://doi.org/https://dx.doi.org/10.20960/nh.04065>

Arensberg, A., Gahche, J., Clapes, R., Kerr, K., Merkel, J., & Dwyer, J. (2023). Research is still limited on nutrition and quality of life among older adults. *Frontiers*.
<https://doi.org/https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1225689>

Challa, H. (2023). *DASH Diet To Stop Hypertension*. Treasure Islands: StatPearls Publishing.

Coeff, H. (2025). Artificial Intelligence in geriatric healthcare: managing age-related disorders through predictive analytics. *Inkwell Press*.

Di Martino, F., Delmastro, F., & Dolciotti, C. (2023). Explainable AI for Malnutrition Risk Prediction from m-Health and Clinical Data. *Smart Health*. <https://doi.org/10.48550/arXiv.2305.19636>

Díaz, B. (2017). Estudio de la situación nutricional de pacientes mayores de 65 años incluidos en el programa de atención domiciliaria de una población urbana. *Aten Primaria*, 88-95. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.02.006>

Dominguez, L., Frutos, M., & Sobarzo, P. (2024). Valoración del estado nutricional en personas mayores institucionalizadas en Asunción, Paraguay. *Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna*. <https://doi.org/https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2024.e11122414>

Evenepoel, C., Clevers, E., Deroover, L., Van Loo, W., Matthys, C., & Verbeke, K. (2020). Accuracy of Nutrient Calculations Using the Consumer-Focused Online App MyFitnessPal: Validation Study. *Journal of Medical Internet Research*, 22. <https://doi.org/10.2196/18237>

Friemel, T. (2016). The digital divide has grown old: Determinants of a digital divide among seniors. *New Media & Society*, 18(2), 313-331. <https://doi.org/10.1177/1461444814538648>

Gomez, G., Botero-Rodriguez, F., Misas, J., García, E., Sulo, S., Brunton, C., . . . Cano, C. (2022). A nutritionally focused program for community-living older adults resulted in improved health and well-being. *Clinical*

Nutrition, 41(7), 1549-1556.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.clnu.2022.05.003>

González, M. (2014). Importancia de la anamnesis. En V. Acosta, & F. Cabello, *Logopedia: Evolución transformación y futuro* (pág. 519). Asociacion Española de Logopedia, Foniatria y Audiologia.

Guigoz, Y. (2021). Nutritional Assessment in Older Adults : MNA® 25 years of a Screening Tool and a Reference Standard for Care and Research; What Next? *J Nutr Health Aging*, 528-583. <https://doi.org/10.1007/s12603-021-1601-y>

He, H., Raja, R., & Abdul, S. (2025). A Systematic Review of the Usability of Telemedicine Interface Design for Older Adults. *Applied Sciences*, 15(10). <https://doi.org/10.3390/app15105458>

Instituto de nutrición de Centroamérica (INCAP). (Febrero de 2012). *Tabla de Composición de alimentos de Centroamérica*. <https://www.sennutricion.org/media/tablas/INCAP.pdf>

Kang, M.-G., & al., e. (2023). Impact of malnutrition evaluated by the mini nutritional assessment on the prognosis of acute hospitalized older adults. *Frontiers Nutrition*.

<https://doi.org/https://doi.org/10.3389/fnut.2022.1046985>

Kunvik, S., Kanninen, J., Holm, A., Suominen, M., Kautiainen, H., & Puustinen, J. (2024). Nutritional Status and Health-Related Quality of Life among Home-Dwelling Older Adults Aged 75 Years: The PORI75 Study. *Nutrients*. <https://doi.org/https://doi.org/10.3390/nu16111713>

Lago-Rivero, N., Otero-Millán, L., Castro-Nuñez, I., Mantiñán-Gil, B., Simón-Valero, D., Rey-Gómez, I., . . . Martínez-López, N. (2022). Aplicación informática de Telemedicina para la vigilancia del soporte nutricional de personas institucionalizadas en residencias de ancianos

desde un servicio de farmacia hospitalaria. *Farmacia Hospitalaria*, 46, 31-35. <https://doi.org/10.7399/fh.13251>

Li, P., Hsieh, C., Miao, N., Tsai, C., Liu, C., & Lin, H. (2025). Application of the Fitness and Nutrition Program for Seniors (FANS) to improve Physical Activity and Kinanthropometric Measures among Community-Dwelling Older Adults living with Frailty: a Quasi-experimental Study. *BMC Geriatr*. <https://doi.org/10.1186/s12877-025-06171-6>

LoBuono, D., & Milovich, M. (2023). A Scoping Review of Nutrition Health for Older Adults: Does Technology Help? *Nutrients*. <https://doi.org/10.3390/nu15204402>

Martínez-Pérez, B., Torre-Díez, I., & López-Coronado, M. (2015). Privacy and security in mobile health apps: a review and recommendations. *Journal of Medical Systems*. <https://doi.org/10.1007/s10916-014-0181-3>

Marx, W., Kelly, J., Crichton, M., Craven, D., Collins, J., Mackay, H., . . . Marshall, S. (2019). Telehealth improves quality of life and protein intake in malnourished older adults: A meta-analysis. *Nutrition and Dietetics*, 76, 56-57. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/1747-0080.12567>

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Estrategia Global en Salud Digital 2020-2025*. <https://www.who.int/docs/default-source/documents/gd4dhdaa2a9f352b0445bafbc79ca799dce4d.pdf>

Ramirez-Vélez, R. (2008). Calidad de vida y condiciones de salud en adultos mayores no institucionalizados en Cali, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 529-536.

Ravasco, P., Anderson, H., & Mardones, F. (2010). Métodos de valoración del estado nutricional. *Nutrición Hospitalaria*.

UNFPA. (25 de Junio de 2024). *UNFPA*.
<https://ecuador.unfpa.org/es/news/pacto-social-por-un-ecuador-con-cero-embarazos-en-adolescentes>

UNFPA America Latina y el Caribe. (2024).
<https://lac.unfpa.org/es/topics/embarazo-en-adolescentes>

Veeramreddy, M., Ghanta, S., Rachackonda, L., & Pradhan, A. (2024). NUTRIVISION: A System for Automatic Diet Management in Smart Healthcare. *Computer Vision and Pattern Recognition*.

Wanden-Berghe, C. (2022). Evaluación nutricional en mayores. *Hospital a Domicilio*.

<https://doi.org/https://dx.doi.org/10.22585/hospdomic.v6i3.171>

Zager Kocjan, G., & Spes, T. (2023). Assistive digital technology to promote quality of life and independent living for older adults through improved self-regulation: a scoping review. *Behaviour & Information Technology*.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1080/0144929X.2022.2149423>

Bhandari, S., Bhandari, M., & Shrestha, R. (2019). Nutritional anemia in the elderly: Clinical implications. *Journal of Geriatric Medicine and Gerontology*, 5(3), 42–48. <https://doi.org/10.23937/2469-5858/1510042>

Cruz-Jentoft, A. J., Bahat, G., Bauer, J., Boirie, Y., Bruyère, O., Cederholm, T., Cooper, C., ... & Writing Group for the European Working Group on Sarcopenia in Older People 2 (EWGSOP2). (2019). Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age and Ageing*, 48(1), 16–31. <https://doi.org/10.1093/ageing/afy169>

Cuideo. (2024). *Desnutrición en adultos mayores: signos de alerta y riesgos*. <https://cuideo.com/blog/desnutricion-personas-mayores/>

Elsevier. (2021). Valoración del estado nutricional en Geriátría: declaración de consenso del Grupo de Nutrición de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 56(3), 145–152. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2021.02.003>

Guigoz, Y., Vellas, B., & Garry, P. J. (1996). Assessing the nutritional status of the elderly: The Mini Nutritional Assessment as part of the geriatric evaluation. *Nutrition Reviews*, 54(1 Pt 2), S59–S65. <https://doi.org/10.1111/j.1753-4887.1996.tb03793.x>

Hernández, M., López, P., & Morales, F. (2019). Evaluación del estado nutricional en adultos mayores: técnicas y aplicaciones. *Revista de Gerontología*, 35(2), 45–60.

Holick, M. (2019). Vitamin D deficiency in older adults. *New England Journal of Medicine*, 381(3), 203–212.

Kalra, S., Chawla, A., & Kumar, A. (2020). Clinical applications of prealbumin as a nutritional biomarker in geriatrics. *Journal of Clinical Nutrition*, 39(4), 211–219.

López, P., García, R., & Morales, F. (2018). Limitaciones de los marcadores bioquímicos en la evaluación nutricional. *Nutrición Clínica*, 22(1), 34–41.

Ministerio de Inclusión Económica y Social. (2023). *Guía de alimentación, nutrición e hidratación en adultos mayores*. Gobierno del Ecuador.

Ministerio de Salud. (2018). *Guía de alimentación para adultos mayores*. Gobierno del Ecuador.

Ocronos. (2025). Alimentación y nutrición en adultos mayores: artículo monográfico. *Revista Médica Ocronos*.

Sanitas. (2024). *Síntomas de malnutrición en adultos mayores*. <https://www.sanitas.es/biblioteca-de-salud/tercera-edad/alimentacion/signos-malnutricion>

Smith, J., & Lee, A. (2020). Nutritional assessment techniques in geriatric populations. *Journal of Nutrition and Aging*, 24(3), 123–135.

Vellas, B., Guigoz, Y., Garry, P. J., Nourhashemi, F., Bennahum, D., Lauque, S., & Albarede, J. L. (2006). The Mini Nutritional Assessment (MNA) and its use in grading the nutritional state of elderly patients. *Nutrition*, 12(2), 116–122. [https://doi.org/10.1016/0899-9007\(96\)80291-3](https://doi.org/10.1016/0899-9007(96)80291-3)

World Health Organization. (2019). *Guidelines on nutrition assessment in older adults*. WHO Publications.

ANEXO 1

Revisión de pares ciegos

M. S.

SERVICIOS EDITORIALES

Av. Ernest Rutherford y John Dalton. Tlf: 593 960677758

Ambato – Ecuador

INFORME DE EVALUACIÓN DE REVISORES “PAR-CIEGO”

Datos de la obra	
Nombre de la Obra	Evaluación Nutricional, Cuidados De Enfermería y Software para la calidad de vida del adulto mayor
Fecha de Evaluación	Septiembre 29/2025

Datos del revisor			
Nombre	Andrea Soledad		
Apellidos	Martínez Quinteros	Cédula: 1804217113	
Grado académico	Maestría X	Doctorado	
Título pregrado	Médico		
Area de posgrado	Máster en Docencia Universitaria (UNIR)		

Rúbrica de evaluación del libro					
Nº	Criterios a evaluar	Valoración			
		Excelente 4	Muy bien 3	Regular 2	Mal 1
1	El libro tiene el título relacionado directamente con el contenido del mismo	X			
2	Se tiene: portada, índice, prólogo y dispone de por lo menos 3 capítulos.	X			
3	El contenido del libro esta referenciado adecuadamente (APA o según el caso).	X			
4	La gran mayoría de la bibliografía está producida en los últimos 5 años.	X			
5	El libro puede constituirse en un elemento de apoyo académico, tecnológico o investigativo	X			

Dictamen			
Descripción	Sí	No	Observaciones
Publicable	X		Mayor o igual a 15
Publicar con correcciones			Mayor o igual a 9 y menor a 15
No publicar			Menor a 9

Atentamente,



Andrea Soledad
Martínez Quinteros

Time Stamping
Security Data

Med. Andrea Martínez Q. Mag.
Revisora

M. S.

SERVICIOS EDITORIALES

Av. Ernest Rutherford y John Dalton. Tlf: 593 960677758

Ambato – Ecuador

INFORME DE EVALUACIÓN DE REVISORES “PAR-CIEGO”

Datos de la obra	
Nombre de la Obra	Evaluación Nutricional, Cuidados De Enfermería y Software para la calidad de vida del adulto mayor
Fecha de Evaluación	Septiembre 29/2025

Datos del revisor			
Nombre	Sandra Paulina		
Apellidos	Fernández Paredes	Cédula: 1802973725	
Grado académico	Maestría X	Doctorado	
Título pregrado	Licenciada en Trabajo Social		
Area de posgrado	Máster universitario en Intervención y Mediación con menores en situación de desprotección y conflicto social.		

Rúbrica de evaluación del libro					
N°	Criterios a evaluar	Valoración			
		Excelente 4	Muy bien 3	Regular 2	Mal 1
1	El libro tiene el título relacionado directamente con el contenido del mismo	X			
2	Se tiene: portada, índice, prólogo y dispone de por lo menos 3 capítulos.	X			
3	El contenido del libro esta referenciado adecuadamente (APA o según el caso).	X			
4	La gran mayoría de la bibliografía está producida en los últimos 5 años.	X			
5	El libro puede constituirse en un elemento de apoyo académico, tecnológico o investigativo	X			

Dictamen			
Descripción	Sí	No	Observaciones
Publicable	X		Mayor o igual a 15
Publicar con correcciones			Mayor o igual a 9 y menor a 15
No publicar			Menor a 9

Atentamente,



SANDRA PAULINA
FERNÁNDEZ PAREDES

Validar documento con Firador

Lcda. Sandra Fernández P. Mag.

Revisora

Página No 143

ANEXO 2

Revisión anti plagio.



Detector de plagio

Parafrasear textos

Corrector ortográfico

Detector de IA

Detector de plagio

Humanizador de IA

Chat IA

More

Tr nutrición-enfermería softwareadultomayor

CAPÍTULO I

CONCEPTOS GENERALES SOBRE EL ADULTO MAYOR Y SU CALIDAD DE VIDA.

- 1. Definición y conceptualización del adulto mayor

El adulto mayor es el individuo que ha llegado a los 60 años o más; esta edad representa el comienzo de una fase de vida llamada vejez o tercera edad, la cual se distingue por un proceso de envejecimiento que es natural, gradual y multidimensional. Este proceso no es homogéneo ni igual para todos, porque está determinado por factores genéticos, el modo de vida, la salud, el contexto social y cultural, y las posibilidades de acceder a servicios y derechos durante toda la vida. (Quintero, 2011).

Miranda, J (2015) Indica que, en líneas generales, se considera adulto mayor a cualquier individuo que tenga más de 60 o 65 años. Sin embargo, no hay un momento biológico preciso que determine cuándo comienza la vejez. Debido a enfermedades o a la exposición durante mucho tiempo a condiciones de vida no favorables, algunas personas pueden mostrar signos de envejecimiento funcional en edades más tempranas. Por lo tanto, el envejecimiento está fuertemente afectado por aspectos económicos y socioculturales. Tanto a nivel físico como socioeconómico, los adultos mayores son uno de los grupos poblacionales más vulnerables. Por lo tanto, enfrentan una serie de problemas que impactan directamente su bienestar.

- 1. Concepto de adulto mayor según la OMS y diferentes organismos

Para la Organización Mundial de la Salud OMS (2024) Desde el punto de vista biológico, se considera que el envejecimiento es el resultado de la acumulación gradual de diversos daños a nivel celular y molecular durante un periodo de tiempo. Esto provoca que las funciones cognitivas y físicas se reduzcan de un poco, que la susceptibilidad ante enfermedades aumente y, por último, la muerte. Estos cambios no suceden de forma lineal ni uniforme, y su conexión con la edad cronológica es

Opciones limitadas de edición de texto

Exportar a Word

Nuevo análisis Descargar informe Análisis anteriores

5% Plagio

Resultados (45)

90% signadh.sedh.gob.hn

86% cuideo.com

83% www.defensoria.gob.pe

81% investigacion.unirioja.es

78% www.merckmanuals.com

78% centroculturalcentenario.org

77% www.publico.es