innova SCIENCE JOURNAL ISSN:3091-1680

OM EDITORIAL

Artículo Científico

Atención geriátrica integral mediante vinculación universitaria.

Comprehensive Geriatric Care through University Community Engagement.

Zúñiga-Sosa, Evelin Alexandra[1].

[1] Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Esmeraldas; Ecuador, Esmeraldas, Grupo de Investigación SALUDCYT, Escuela de Salud y Bienestar, Carrera de Laboratorio Clínico; https://orcid.org/0000-0001-9342-3165; evelin.zuniga@pucese.edu.ec

[1] Autor Correspondencia

https://doi.org/10.63618/omd/isj/v4/n4/426

Cita: Zúñiga Sosa, E. A. (2026). Atención geriátrica integral mediante vinculación universitaria. *Innova Science Journal*, *4*(4), 348-361. https://doi.org/10.63618/omd/isj/v4/n4/426

Recibido: 26/03/2026
Aceptado: 01/08/2026
Publicado: 31/10/2026

Copyright: © 2026 por los autores. Este artículo es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos y condiciones de la **Licencia Creative Commons, Atribución-NoComercial 4.0 Internacional. (CC BY-NC)**.

(https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)

Resumen: Introducción: El envejecimiento poblacional representa un desafío creciente para los sistemas de salud, especialmente en contextos vulnerables, donde se requieren estrategias integrales de atención y promoción del autocuidado. Objetivo: Describir la prevalencia de enfermedades crónicas e infecciosas y evaluar el alcance de un programa educativo de autocuidado dirigido a adultos mayores institucionalizados en Esmeraldas, Ecuador. Materiales y métodos: Estudio cuantitativo, observacional, retrospectivo y transversal de alcance descriptivo. Se analizaron registros clínicos y educativos anonimizados de 346 adultos mayores de 65 años institucionalizados entre abril y septiembre de 2024. Las variables sociodemográficas y de morbilidad se analizaron mediante frecuencias absolutas y relativas. La cobertura de aprendizaje se evaluó mediante retroalimentación práctica y verbal inmediata. Resultados: Predominó el sexo femenino (60,12%; n=208). Se observó una alta carga de comorbilidades, destacándose la artritis reumatoide (26,58%) y la hipertensión arterial (18,78%). La prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 fue menor en los mayores de 80 años (0,28%) que en el grupo de 70 a 74 años (8,38%), lo que podría asociarse a un sesgo de supervivencia. En el componente educativo, el 80,63% alcanzó una cobertura efectiva de aprendizaje, aunque los hombres mostraron menor participación y adopción de prácticas de autocuidado. Conclusiones: La población estudiada presenta un perfil epidemiológico complejo. Los programas de vinculación comunitaria logran amplia cobertura educativa, pero requieren enfoques diferenciados por género para mejorar su efectividad.

Palabras clave: Salud del Anciano; Perfil de Salud; Educación en Salud; Cooperación Universitaria; Prevalencia.

Abstract: Population aging poses growing challenges for healthcare systems, particularly in vulnerable settings where comprehensive care and self-care promotion strategies are needed. Objective: To describe the prevalence of chronic and infectious diseases and assess the reach of a self-care educational program aimed at institutionalized older adults in Esmeraldas, Ecuador. Materials and Methods: A quantitative, observational, retrospective, cross-sectional descriptive study was conducted. Anonymized clinical and educational records from 346 institutionalized adults aged 65 years and older, collected between April and September 2024, were analyzed. Sociodemographic and morbidity variables were examined using absolute and relative frequencies. Learning coverage was evaluated through practical feedback and immediate verbal responses. Results: Females predominated in the sample (60.12%; n = 208). A high burden of comorbidities was identified, with rheumatoid arthritis (26.58%) and hypertension (18.78%) being the most prevalent conditions. The prevalence of type 2 diabetes mellitus was lower among individuals older than 80 years (0.28%) compared with those aged 70–74 years (8.38%), suggesting a possible survival bias. In the educational component, 80.63% of participants achieved effective learning coverage; however, men demonstrated lower participation and adoption of self-care practices than women. Conclusions: The institutionalized elderly population exhibited a complex epidemiological profile characterized by a high prevalence of comorbidities. Community engagement programs achieved broad educational coverage, although they should be redesigned using a gender-sensitive approach to improve effectiveness within local contexts.

Keywords: Health of the Elderly; Health Profile; Health Education; University Cooperation; Prevalence.

1. Introducción

El envejecimiento poblacional representa uno de los grandes retos globales y regionales del siglo XXI. La Década del Envejecimiento Saludable en las Américas 2021-2030 de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) promueve un envejecimiento activo mediante un enfoque centrado en todos los niveles de atención. Esto incluye la atención primaria, cuidados a largo plazo y atención institucional cuando sea necesaria. Es así como las Guías ICOPE (Integrated Care for Older People) establecen la estrategia para promover servicios que mantengan y potencien la capacidad funcional de los adultos mayores (AM), con la finalidad de garantizar un envejecimiento saludable (Organización Panamericana de la Salud, 2021; Pan American Healt Organization & World Healt Organization, 2022; World Health Organization, 2017).

En el Ecuador, El Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) ha impulsado durante los últimos años la estrategia de atención integral dirigida a las personas adultas mayores. Esta política está firmemente enfocada en la misión de garantizar sus derechos, bienestar y calidad de vida a través de una serie de servicios de cuidado, acompañamiento y protección, con especial énfasis y prioridad en aquellos individuos que se encuentran en situaciones de pobreza, vulnerabilidad o abandono mediante la implementación de los centros gerontológicos, tanto residenciales como diurnos, donde se ofrece atención especializada que abarca áreas como la salud, nutrición, recreación, terapia ocupacional y el servicio de atención domiciliaria, que permite proporcionar el cuidado necesario dentro del entorno familiar de la persona con la ayuda de profesionales (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2022).

Según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), en Ecuador residen aproximadamente 1.520.590 personas mayores de 65 años, lo que representa el 9% de la población total. De ellas, unas 18.000 superan los 95 años y al menos 2.738 tienen más de 100. Este crecimiento demográfico plantea desafíos importantes en términos de atención y protección social. Sin embargo, el marco jurídico establece una sólida base para la protección de los derechos de las personas adultas mayores. En este sentido, la Constitución de 2008 (Asamblea Nacional del Ecuador, 2008) que garantiza su derecho a recibir atención prioritaria y especializada, y obliga al Estado a asegurar servicios públicos y privados de alta calidad. Asimismo, la Asamblea Nacional ha reforzado el reconocimiento legal de las personas adultas mayores, con especial énfasis en el rol de los cuidadores, en su mayoría mujeres (Ley Orgánica de Las Personas Adultas Mayores, 2019).

Adicionalmente, se han fortalecido los centros gerontológicos, los mecanismos de supervisión y la corresponsabilidad entre el Estado y las familias. Estas acciones son especialmente relevantes considerando que cerca del 44% de esta población no percibe ingresos laborales ni pensión (Primicias, 2024). De igual forma, el marco normativo, se contempla con programas como la atención domiciliaria del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2022) para adultos mayores en situación de vulnerabilidad y medidas municipales que promueven la capacitación, participación y protección local de esta población.

En la provincia de Esmeraldas, en los centros gerontológicos, se atiende a una población vulnerable, quienes podrían estar en un mayor riesgo de infección debido a

múltiples factores, incluyendo el deterioro del sistema inmunológico y las condiciones higiénico-sanitarias del entorno. La estrategia implementada se apoyó en un estudio institucional reciente en el cual reveló que el 78 % de las personas adultas mayores institucionalizadas en centros geriátricos diurnos de la provincia de Esmeraldas resultaron positivas para la infección por Helicobacter pylori, con mayor prevalencia entre los hombres (83 %) que entre las mujeres (75 %) (E. A. Zúñiga-Sosa et al., 2024). Este hallazgo destacó la necesidad de mejorar las condiciones higiénico-sanitarias y el acceso al agua potable dentro de estos.

Con base en estos resultados, la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Esmeraldas (PUCESE), en el marco de su compromiso con la Responsabilidad Social Universitaria y Vinculación con la comunidad orientada al fortalecimiento de competencias técnicas en prevención y promoción de la salud, impulsa iniciativas y programas que buscan robustecer los sistemas sanitarios locales, mitigar factores de riesgo, frenar el progreso de enfermedades y aplicar estrategias de promoción adaptadas a las necesidades específicas del territorio, promoviendo la educación en salud como herramienta para que las personas gestionen activamente su bienestar, fomentando estilos de vida saludables y contribuyendo a la disminución de inequidades sociales (Sanmartin-Herrera et al., 2026; E. Zúñiga-Sosa, 2025). Bajo esta premisa, se diseñó una intervención enfocada en la salud integral del adulto mayor. La estrategia incluyó la realización de perfiles médicos detallados, atención clínica preventiva y curativa, y talleres educativos participativos orientados al autocuidado nutricional, la higiene de manos y el seguimiento periódico del estado de salud.

En este sentido, el modelo de cuidado integral se desarrolla en el marco de una alianza multiactor conformada por la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Esmeraldas y los centros geriátricos, lo que permite una sinergia estratégica entre el sector académico y los servicios de atención gerontológica para contribuir al bienestar de las personas adultas mayores institucionalizadas (Zúñiga Sosa & Mendoza Macías, 2024). En este contexto, la presente investigación tiene como objetivo evaluar la prevalencia de patologías crónicas en personas adultas mayores institucionalizadas en centros gerontológicos de atención diurna, mediante un enfoque de cuidado integral que incorpora evaluación médica periódica, valoración nutricional y educación para el autocuidado. Esta investigación busca generar evidencia contextualizada que contribuya al diseño de estrategias de intervención orientadas a fortalecer el bienestar físico, funcional y psicosocial de esta población.

2. Materiales y Métodos

2.1. Diseño y enfoque del estudio

Se realizó un estudio de naturaleza cuantitativa, con un diseño observacional, retrospectivo, de corte transversal y alcance estrictamente descriptivo. La investigación se basó en el análisis de fuentes de datos secundarias provenientes de los registros institucionales de la atención del programa de vinculación universitaria en centros gerontológicos durante el período comprendido entre abril y septiembre de 2024. Debido al carácter retrospectivo del estudio, el equipo investigador no realizó intervenciones clínicas o experimentales sobre los sujetos, limitándose a compilar y caracterizar la información clínica y educativa preexistente. El estudio fue concebido como parte de las actividades de vinculación con la sociedad de la universidad, con un propósito de

beneficio comunitario y educativo, orientado a la promoción de la salud y la mejora continua de la atención geriátrica.

2.2. Muestra y criterios de selección

La población objeto de estudio estuvo conformada por 346 adultos mayores de 65 años o más, de ambos sexos, inscritos en los centros gerontológicos bajo el convenio de vinculación en la provincia de Esmeraldas. Se incluyeron los registros de aquellos usuarios que recibieron atención médica integral y participaron activamente en las actividades educativas de vinculación. Se excluyeron los registros con información incompleta en las variables principales o fichas con omisiones en el perfil diagnóstico de asistencia.

2.3. Procedimiento de evaluación educativa

La cobertura educativa fue evaluada mediante las listas asistenciales y de participación en los talleres grupales desarrollados en los centros. Se consideró como “cobertura efectiva” a aquel adulto mayor que completó el ciclo de charlas y demostró comprensión de los conceptos mediante una técnica de retroalimentación al finalizar cada sesión. Para los temas prácticos como el lavado de manos se empleó una técnica de demostración guiada e inmediata, mientras que para las temáticas de prevención de la diabetes, hipertensión arterial, alimentación saludable y autocuidado se aplicó una técnica de retroalimentación basada en un cuestionario verbal estandarizado de tres preguntas clave al concluir cada taller.

2.4. Análisis estadístico

Los datos recuperados fueron anonimizados en una base de datos para garantizar la ausencia de identificación nominal, la privacidad y el secreto confidencial de la muestra (N=346). La información agregada fue procesada utilizando el software estadístico SPSS v.26. El análisis estadístico se circunscribió de forma exclusiva al nivel descriptivo, expresando las variables cualitativas y demográficas mediante frecuencias absolutas (n) y frecuencias relativas o porcentajes (%). La caracterización del perfil de morbilidad global se analizó mediante la distribución de la frecuencia acumulada de diagnósticos médicos para evidenciar la poli patología en la muestra, sin la aplicación de pruebas de inferencia estadística, estimación de valores p o criterios de asociación cruzada, garantizando una representación fiel, transparente y lineal de la carga epidemiológica de la población evaluada.

2.5. Consideraciones éticas

El estudio se adhirió estrictamente a los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki (Asociación Medical Mundial 2013), la Normativa Ecuatoriana para la Investigación en Seres Humanos emitida por el Ministerio de Salud Pública y la Normativa institucional de confidencialidad de datos. Al ser un análisis retrospectivo de información secundaria de registros anonimizados y no involucrar intervenciones experimentales ni procedimientos adicionales, el estudio no requirió la aprobación de un Comité de Ética en Investigación en Seres Humanos (CEISH), conforme a los lineamientos nacionales para estudios catalogados como "sin riesgo". Se garantizó la confidencialidad, el respeto y la protección de la dignidad de los adultos mayores

participantes en las actividades de atención y promoción de la salud (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2022).

3. Resultados

El análisis de los registros de 346 adultos mayores institucionalizados en los centros gerontológicos de la provincia de Esmeraldas se procedió a la sistematización de los datos clínicos, de laboratorio y de vinculación educativa. La muestra se caracterizó por una distribución etaria diversa, con una mayor concentración de individuos en los rangos de 65 a >80 años. A continuación, se presentan los hallazgos organizados en tres dimensiones: la distribución de los grupos etarios y el sexo, la caracterización del perfil de morbilidad mediante la identificación de patologías crónicas prevalentes y, finalmente, la evaluación del impacto de las estrategias de educación para el autocuidado.

Tabla 1.

Características sociodemográficas basales de los adultos mayores institucionalizados

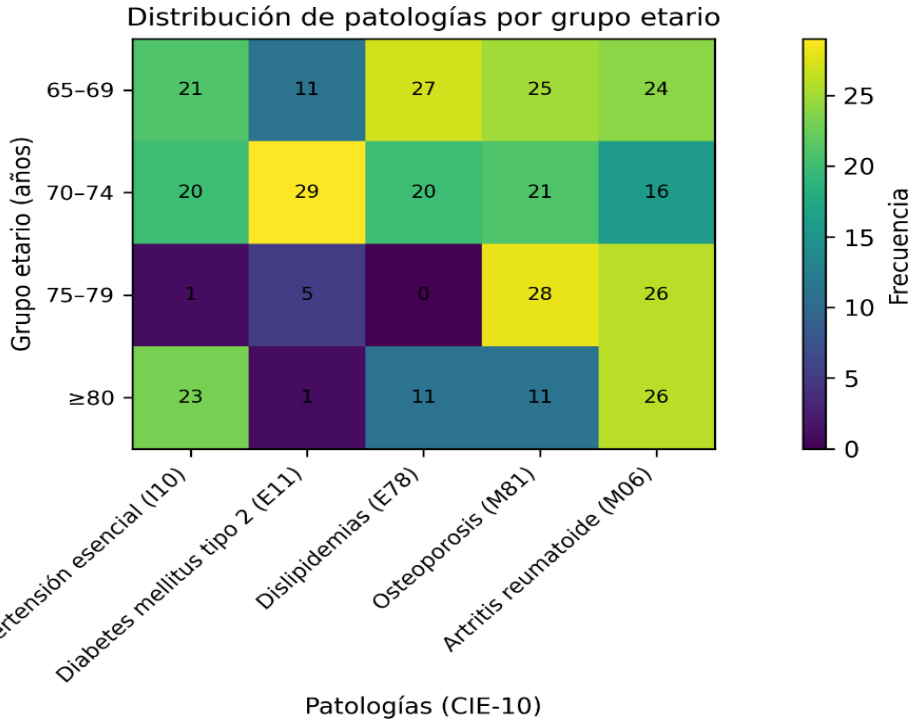
Variable / Característica	Mujeres (n=208)	% (respecto a N=346)	Hombres (n=138)	% (respecto a N=346)	Total General (N=346)	% (100%)
Grupos etarios						
65 – 69 años	56	16.18%	37	10.69%	93	26.88%
70 – 74 años	54	15.61%	36	10.40%	90	26.01%
75 – 79 años	48	13.87%	32	9.25%	80	23.12%
≥ 80 años	50	14.45%	33	9.54%	83	23.99%
Total por sexo	208	60.12%	138	39.88%	346	100.00%

Nota: Elaborado por los Autores

La población de estudio estuvo conformada por 346 adultos mayores institucionalizados. Se observó una distribución predominantemente femenina, representando el 60.12% (n = 208) del total evaluado, frente a un 39.88% (n = 138) de participantes de sexo masculino. Al estratificar la muestra por subgrupos etarios, el segmento de 65 a 69 años concentró la mayor proporción de individuos (26.88%), seguido de forma homogénea por los grupos de > 80 años (23.99%), 75 a 79 años (23.12%) y 70 a 74 años (26.01%). El desglose pormenorizado de las características basales de la muestra se presenta en la Tabla 1.

Figura 1.

Distribución de patologías crónicas según grupo etario en adultos mayores.



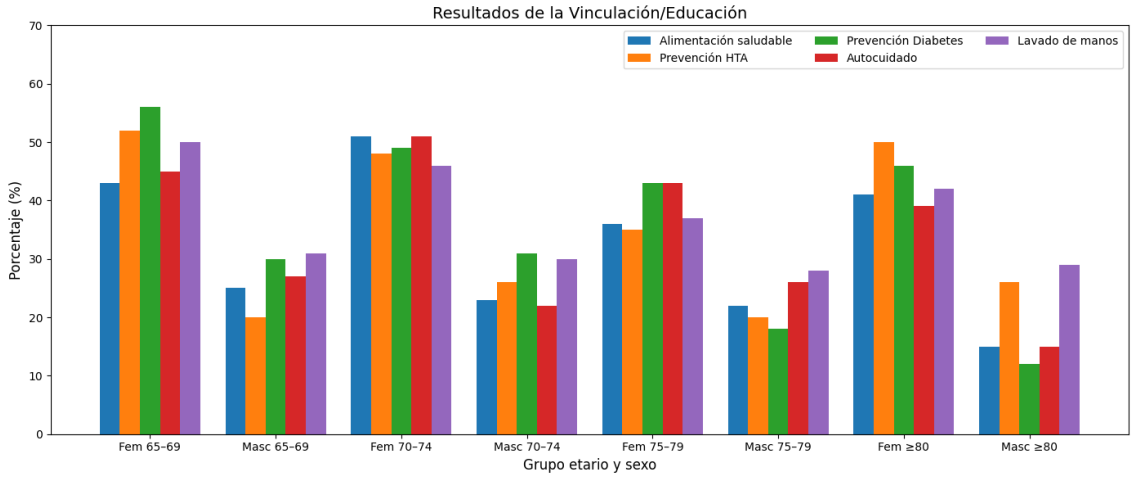
Nota: Elaborado por los Autores

La gráfica presenta la distribución de las principales patologías crónicas según grupo etario en adultos mayores (Figura 1), expresada en frecuencias absolutas, las cuales reflejan el número de diagnósticos y no el número de pacientes. Debido a la presencia de comorbilidades, un mismo adulto mayor puede estar representado en más de una categoría de patología.

En el grupo de 65–69 años se observan mayores valores en dislipidemias (27), osteoporosis (25) y artritis reumatoide (24), seguidas de hipertensión esencial (21) y diabetes mellitus tipo 2 (11). En el grupo de 70–74 años, la diabetes mellitus tipo 2 registra la mayor frecuencia (29), seguida de osteoporosis (21), hipertensión esencial (20) y dislipidemias (20), mientras que la artritis reumatoide presenta un menor número de casos (16). Los de 75–79 años, se evidencia una concentración de casos en osteoporosis (28) y artritis reumatoide (26). En contraste, las frecuencias de hipertensión esencial (1), diabetes mellitus tipo 2 (5) y dislipidemias (0) son notablemente menores y los de 80 años o más, la hipertensión esencial (23) y la artritis reumatoide (26) muestran las frecuencias más altas. La diabetes mellitus tipo 2 presenta una frecuencia mínima (1), mientras que las dislipidemias y la osteoporosis registran valores iguales (11).

Figura 2.

Resultados de las actividades de vinculación/educación en salud según grupo etario y sexo. Los valores se expresan como porcentaje de participantes que demostraron prácticas adecuadas de prevención y autocuidado.



Nota: Elaborado por los Autores

La gráfica presenta los resultados de las actividades de vinculación y educación en salud según sexo y grupo etario, expresados en porcentajes. En el grupo femenino de 65–69 años se observan valores más altos en prevención de diabetes (56 %), prevención de hipertensión arterial (52 %) y lavado de manos (50 %), mientras que la alimentación saludable (43 %) y el autocuidado (45 %) muestran porcentajes ligeramente menores. En el grupo masculino del mismo rango etario, los porcentajes son inferiores en todas las temáticas, con valores de 25 % en alimentación saludable, 20 % en prevención de hipertensión arterial, 30 % en prevención de diabetes, 27 % en autocuidado y 31 % en lavado de manos.

En el grupo de 70–74 años, las mujeres registran 51 % en alimentación saludable, 48 % en prevención de hipertensión arterial, 49 % en prevención de diabetes, 51 % en autocuidado y 46% en lavado de manos. Los hombres presentan 23 %, 26 %, 31 %, 22 % y 30 %, respectivamente. Para el grupo de 75–79 años, los valores en mujeres corresponden a 36% en alimentación saludable, 35% en prevención de hipertensión arterial, 43% en prevención de diabetes, 43% en autocuidado y 37 % en lavado de manos. En los hombres de este grupo, los porcentajes son 22 %, 20 %, 18 %, 26 % y 28 %.

El grupo de 80 años o más, las mujeres alcanzan 41 % en alimentación saludable, 50 % en prevención de hipertensión arterial, 46 % en prevención de diabetes, 39 % en autocuidado y 42 % en lavado de manos. En contraste, los hombres presentan los valores más bajos: 15 %, 26 %, 12 %, 15 % y 29 %, respectivamente. En todos los grupos etarios, las mujeres presentan mayores porcentajes que los hombres en las temáticas evaluadas, y se observa una variación de los valores conforme avanza la edad.

4. Discusión

Los resultados de esta intervención revelan patrones consistentes con la literatura sobre el envejecimiento, la carga de enfermedades crónicas y la participación en educación entre adultos mayores. En ese sentido, el uso del mapa de calor evidencia la carga de enfermedades crónicas no transmisibles, destacando la hipertensión esencial primaria (I10) como la condición más prevalente en todos los grupos estudiados, especialmente el rango de 70-79 años. Este resultado se alinea con datos de un estudio en Estados Unidos (Fryar et al., 2015), que muestran que la prevalencia de la Hipertensión aumenta significativamente con la edad: 63.1 % en adultos de 60 años o más.

En este contexto, Arellano-Navarro et. al. 2023 (Arellano-Navarro et al., 2023)en su estudio sobre la Hipertensión arterial sistémica en el paciente geriátrico, concluye que esta patología es altamente prevalente en la población geriátrica, por lo que su diagnóstico y tratamiento y que el control estricto de la presión arterial reduce las complicaciones cardiovasculares y efectos adversos, considerando adicionalmente que, para un tratamiento eficaz de la enfermedad y una mejora significativa en la calidad de vida de los pacientes, el abordaje debe ser integral. Esto confirma que la hipertensión es un desafío mayor en la atención geriátrica, lo cual subraya la necesidad de estrategias preventivas y de control específicas para este grupo etario, por tanto, es fundamental que se involucre al paciente junto con la familia o cuidadores y, en lo posible, al entorno tanto cercano como más amplio (Cruz-Aranda, 2021).

Asimismo, la tendencia ascendente de Diabetes mellitus (DM) tipo 2 (E11), observada en el estudio con una máxima expresión en pacientes > 75 años, concuerda con los mecanismos biológicos del envejecimiento, como la resistencia a la insulina y el deterioro funcional del páncreas, lo que genera deterioro en la calidad de vida, incrementa la demanda y el consumo de los servicios de salud, relacionado con el estudio descriptivo, observacional y transversal de 76 ancianos en un Policlínico Universitario en 2023, de los cuales el 64 % fueron diagnosticados con DM, patología predominante en geriátricos entre 70 y 74 años (González-Baños et al., 2024). Estos hallazgos concuerdan con la evidencia del análisis de la mortalidad por DM en Ecuador (2001-2016) la cual reveló un incremento general y estadísticamente significativo en las tasas para ambos sexos, siendo en hombres la tendencia a partir de los 30 años, con la única excepción de una disminución significativa observada en el grupo de 40-49 años y en mujeres con un patrón creciente en los grupos de 70-79 y >80 años, siendo el grupo de 50-59 años el único en registrar una tendencia de mortalidad decreciente (Núñez-González et al., 2020)

Un hallazgo notable es la reducción drástica de la prevalencia de Diabetes Mellitus tipo 2 en el grupo de > 80 años en comparación con el grupo de 70-74 años. Esta tendencia, podría no deberse a una curación de la patología, sino a un sesgo de supervivencia. Como indican estudios epidemiológicos regionales, los pacientes con complicaciones diabéticas graves suelen tener una menor esperanza de vida, lo que resulta en una prevalencia menor en los grupos de edad más avanzada dentro de centros de cuidado y no debe interpretarse como una reducción de la incidencia, sino probablemente como un reflejo del sesgo de supervivencia.

De igual forma, un estudio realizado en el Tena con reporte de datos del 2019, en población adulta mayor con una trascendencia de esta enfermedad particularmente

crítica en el contexto ecuatoriano, donde la DM ha sido identificada consistentemente como la segunda causa de mortalidad en mujeres y la tercera en hombres. Esta elevada morbilidad y mortalidad subraya la urgente necesidad de fortalecer y desarrollar estrategias efectivas enfocadas en la prevención de sus complicaciones (Mejía Álvarez et al., 2021), lo cual justifica plenamente los esfuerzos actuales en políticas y programas de salud, lo que refuerza la conclusión planteada por Herrera-Magallón et. al. 2025 quien establece que se requieren estudios dirigidos a la población > 70 años dada la alta prevalencia y los desafíos clínicos inherentes a la fragilidad y la comorbilidad, aunque se ha demostrado que las intervenciones integrales son las más efectivas.

La Dislipidemias (E78) presentaron una distribución intermedia, predominando en el grupo de 65-69 años y estabilizándose en los > 75 años. Esto podría sugerir que la detección temprana está siendo relativamente efectiva en la fase inicial del envejecimiento, pero que su progresión y/o su control se estabilizan en edades más avanzadas, aunque esta hipótesis requeriría más investigación específica, debido a que es fundamental para el control de la enfermedad cardiovascular (ECV) (Mejía Álvarez et al., 2021). Estas patologías representan un riesgo significativo para la salud, dada su asociación con el desarrollo de ECV en la población adulta mayor. Además, este riesgo se ve intrínsecamente ligado a otros factores biológicos y funcionales propios del envejecimiento, como la edad avanzada, la esperanza de vida y la capacidad funcional del individuo. En el contexto de la transformación demográfica del siglo XXI, donde el envejecimiento poblacional es una realidad social, esta situación se convierte en un fenómeno epidemiológico clave; esto significa que, la mayor proporción de adultos mayores incrementa, a su vez, la prevalencia de los factores de riesgo asociados a las enfermedades cardiovasculares (Chang Calderin et al., 2020).

4En relación con la Osteoporosis (M81), su predominancia en el grupo ≥80 años es esperable, dado el mayor desgaste óseo, descenso de la masa ósea y mayor riesgo de fracturas que acompañan el avance de los años. De hecho, la literatura afirma la estrecha asociación entre la osteoporosis, las fracturas osteoporóticas y el proceso de envejecimiento (Narváez-Montenegro et al., 2024). Un estudio realizado en Cuba permitió sistematizar que la aparición y desarrollo de esta patología es el resultado de la interacción de múltiples factores de riesgo. Por lo tanto, se vuelve imperativo promover el conocimiento de estos factores entre los adultos mayores, lo que facilitaría la implementación de estrategias preventivas eficaces desde el nivel de atención primaria de salud (Francis-Jarrosay et al.,2011; Guerrón Enriquez et al., 2021; Jordán et al., 2020).

Por último, la presencia de la Artritis reumatoide (M06), si bien menos prevalente, se resalta por su impacto en la limitación funcional y calidad de vida. Esto confirma que, en poblaciones geriátricas, la carga de enfermedades no sólo es cuantitativa sino cualitativa por el impacto a escala funcional. Autores afirman que es una afección común en la población adulta mayor, y su diagnóstico y manejo oportuno y adecuado son cruciales, dado que el pronóstico a largo plazo y la calidad de vida del paciente dependen directamente de ellos y es imperativo que los médicos de atención primaria dominen las manifestaciones clínicas y las características distintivas de la AR en este grupo etario. Este conocimiento garantizará una derivación pertinente y temprana al especialista y, su manejo interdisciplinario resulta fundamental para evitar o minimizar las secuelas

incapacitantes asociadas a la enfermedad (Camacho et al., 2019; Moreta Quispe et al., 2025).

Adicionalmente, se realizó el análisis de la vinculación y la cobertura educativa en el marco de la promocionar las estrategias de prevención en salud y bienestar en población adulta mayor, segmentada por grupos etarios y de género, debido a la necesidad implementar acciones integrales en las comunidades, lo que implica adoptar medidas específicas que atiendan las necesidades individuales, familiares y comunitarias a través de la creación de espacios saludables, consultas médicas preventivas anuales, y la detección temprana de factores de riesgo alineados directamente con los fundamentos de la Atención Primaria en Salud (APS), cuyo objetivo principal es garantizar la salud para todos mediante el enfoque en las necesidades poblacionales (E. Zúñiga-Sosa, 2025).

El análisis por temática reveló, de forma general, que las mujeres representan mayores porcentajes de interés que los hombres. En la educación de la prevención de la diabetes, hipertensión arterial y el lavado de manos presenta la mayor cobertura educativa sobre todo en el grupo femenino, ésta última podría atribuirse a campañas intensivas de salud pública recientes, como las relacionadas con la pandemia por COVID-19(Escobar-Escobar & García-García, 2020). De manera similar, se identificó que la adherencia a la higiene de manos en entornos hospitalarios mejoró notablemente tras la implementación de campañas basadas en los “5 momentos” de la OMS, lo que refleja el impacto de las políticas sanitarias en la conducta (Orberto et al., 2022) y finalmente un estudio longitudinal que señala que la pandemia constituyó un punto de inflexión en la evolución de la adhesión a esta práctica, consolidando el lavado de manos como hábito prioritario en la población general (Cañizares et al., 2025). En conjunto, estos hallazgos respaldan la hipótesis de que la alta cobertura educativa observada en el lavado de manos no es fortuita, sino resultado de estrategias globales y locales intensificadas durante la crisis sanitaria, que lograron modificar conductas de higiene en diversos grupos poblacionales, incluyendo adultos mayores.

En contraste, la educación en prevención de diabetes y autocuidado muestra los porcentajes más bajos, especialmente en hombres mayores, lo que representa un área crítica para reforzar desde el enfoque de prevención primaria. Existe un consenso claro en la literatura respecto a la efectividad de las intervenciones educativas en la salud; no obstante, múltiples estudios señalan que estas deben partir de un nivel basal muy bajo de conocimiento y autocuidado, particularmente en la población de adultos mayores. Mientras que la investigación sobre prevención de diabetes que analizamos resalta la brecha significativa en la educación preventiva, otros estudios confirman las deficiencias preexistentes en las prácticas de autocuidado antes de cualquier intervención. Este panorama respalda la necesidad crucial de fortalecer la educación como un área crítica de la salud pública, siendo esta una prioridad aún mayor en el grupo de hombres adultos mayores, en quienes históricamente se observa una menor participación en programas de salud (Cisneros-Zumba et al., 2024; Quemba Mesa et al., 2022; Quisphe et al., 2022).

La brecha de género identificada en la cobertura educativa, donde los hombres presentan una participación significativamente menor, lo cual coincide con lo reportado en un estudio de promoción del envejecimiento activo y saludable (Castañeda Vergara et al., 2024), quienes sugieren que los roles de género tradicionales en el contexto latinoamericano influyen en una menor búsqueda activa de cuidado preventivo por parte

de los varones. Este hallazgo es crítico, ya que la menor alfabetización en salud del grupo masculino podría explicar la persistencia de complicaciones crónicas en edades avanzadas, sugiriendo la necesidad de implementar estrategias de vinculación con enfoques de masculinidad y salud. Este hallazgo conecta directamente con la literatura sobre la alfabetización en salud (health literacy) en adultos mayores, que indica que los adultos mayores tienen barreras adicionales para comprender, procesar y utilizar información de salud (Coughlin et al.,2021).

Según Ortíz (2024) (37), las desigualdades en salud basadas en género no se explican únicamente por diferencias biológicas, sino también por roles sociales que asignan a las mujeres responsabilidades vinculadas al cuidado familiar y comunitario, lo que favorece su involucramiento en programas preventivos. De manera similar, investigaciones destacan que las mujeres presentan mayor disposición para adoptar conductas saludables y participar en intervenciones educativas, debido a normas culturales que refuerzan su papel como cuidadoras (Ortiz, 2024). Finalmente, el informe del Institute National of Healt confirman que el género, entendido como construcción social, influye en la búsqueda activa de información y en la práctica de autocuidado, siendo las mujeres más propensas a involucrarse en estrategias de prevención (National Institute of Healt, 2022).

Finalmente, es necesario reconocer las limitaciones del estudio, debido que, al tratarse de un estudio de corte retrospectivo basado en registros institucionales, existe la probabilidad de sesgos de información derivados de la calidad de los registros de las fichas institucionales durante el desarrollo de las actividades, así como que, al centrarse en una población institucionalizada, los resultados ofrecen una visión valiosa pero específica, que debe ser contrastada con estudios en adultos mayores no institucionalizados para una comprensión integral del fenómeno a escala nacional..

5. Conclusiones

Este estudio confirma la elevada carga de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) en la población adulta mayor, destacando la Hipertensión Esencial (I10) y la Diabetes Mellitus tipo 2 (E11) como las patologías más prevalentes, con una tendencia ascendente que alcanza su máxima expresión en el grupo de > 70 años. Esta realidad subraya la urgencia de implementar un abordaje geriátrico integral y multidisciplinario que trascienda el manejo farmacológico, integrando al paciente, la familia y el entorno.

De forma conjunta, todos estos hallazgos refuerzan la necesidad de diseñar estrategias educativas diferenciadas por edad y género a nivel de salud pública, priorizando las estrategias de prevención y promoción en salud de enfermedades crónicas no trasmisibles e incluso las trasmisibles en los grupos más vulnerables para fortalecer el enfoque de equidad en salud mediante intervenciones adaptadas a las características sociodemográficas de la población adulta mayor debido a una importante brecha en la cobertura de educación para la salud, la cual se acentúa con el aumento de la edad y es particularmente crítica en los hombres mayores.

A pesar de que la educación en salud es efectiva y la APS es la estrategia definida para garantizar la salud universal, las diferencias observadas por género y edad sugieren la necesidad de que los programas de vinculación y atención primaria locales rediseñen sus estrategias de captación, lo que requiere un diseño de intervenciones educativas

diferenciadas dirigidos específicamente a hombres mayores de 70 años con contenidos centrados, utilizando metodologías que superen las barreras de alfabetización en salud y adaptadas a los determinantes socioculturales, con el fin de mejorar la alfabetización en salud, el autocuidado y, en última instancia, el control de las patologías y la calidad de vida en el envejecimiento.

Referencias Bibliográficas

Arellano-Navarro, C. E., Pérez-García, C. C., Martínez-Gallardo, L., del Ángel, K. G. L., & Arriaga-García Rendón, J. P. (2023). Systemic high blood pressure in the geriatric patient. *Medicina Interna de México, 39*(1), 91–98. https://doi.org/10.24245/mim.v39i1.5214

Asamblea Nacional del Ecuador. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. https://jprf.gob.ec/wp-content/uploads/2023/03/1.-Constitucion-de-la-Republica-del-Ecuador-2.pdf

Asamblea Nacional del Ecuador. (2019). *Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores*. Registro Oficial Suplemento No. 484. https://www.gob.ec/sites/default/files/regulations/2020-09/Documento_Ley-Org%C3%A1nica-Del-Adulto-Mayor.pdf

Asociación Médica Mundial. (2013). *Declaración de Helsinki de la AMM: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/

Camacho, K., Martínez, T., Ortíz, L., & Urbina, K. (2019). Artritis reumatoide en el adulto mayor. *Revista Cubana de Reumatología, 21*.

Cañizares, A. S., López, M. J. H., Pérez, L. M., Verdú, P. C., & Méndez, S. H. (2025). Evolution of adherence to hand hygiene: The pandemic as a turning point. *Enfermería Global, 24*(1). https://doi.org/10.6018/eglobal.622131

Castañeda Vergara, A., Martínez Gómez, M., Guadarrama Muñoz, A., & Cruz Cruz, E. (2024). Promoción del envejecimiento activo y saludable: Desafíos y perspectivas. *Revista Latinoamericana de Investigación Social, 6*(3).

Chang Calderín, O., Figueredo Villa, K., & Murillo Pulgar, T. J. (2020). Hipercolesterolemia en el adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral, 36*(3). https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10012292

Cisneros-Zumba, N. B., Tumbaco-Galarza, A., Peralta-Palacios, B. M., & Avendaño-Valenzuela, L. G. (2024). Efectividad de la educación en salud para la prevención de diabetes en adultos mayores. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida, 8*(16), 99–107. https://doi.org/10.35381/s.v.v8i16.4146

Coughlin, S. S., Vernon, M., Hatzigeorgiou, C., & George, V. (2021). Health literacy, social determinants of health, and disease prevention and control. *Journal of Environment and Health Sciences, 7*(1), 1–7.

Cruz-Aranda, J. (2021). Manejo de la hipertensión arterial en el adulto mayor. *Medicina Interna de México, 35*(4).

Escobar-Escobar, M. B., & García-García, N. (2020). Knowledge of COVID-19 and hand washing. *Revista de Salud Pública, 22*(3), 1–7. https://doi.org/10.15446/rsap.v22n3.88152

Fryar, C. D., Ostchega, Y., Hales, C. M., Zhang, G., & Kruszon-Moran, D. (2017). *Hypertension prevalence and control among adults: United States, 2015–2016*

(NCHS Data Brief No. 289). National Center for Health Statistics. https://www.cdc.gov/nchs/products/databriefs/db289.htm

González-Baños, Y., Herrera-Horta, G. A., Gutiérrez-García, Z., & Ramírez-Guzmán, S. (2024). Quality of life in older adults with diabetes mellitus. *Revista de Ciencias Médicas, 28*.

Guerrón Enriquez, S. X., Pozo Isacás, L. V., & Narváez Jaramillo, M. E. (2021). Disminución de complicaciones en osteoporosis de adultos mayores: Asociación Marcelo Santa María, Carchi, 2020. *Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores*. https://doi.org/10.46377/dilemas.v8i.2740

Jordán Padrón, M., Blanco Pereira, M. E., Saavedra Jordán, L. M., Valenzuela Cordero, E., & Valenzuela Cordero, A. (2021). Osteoporosis, un problema de salud de estos tiempos. *Revista Médica Electrónica, 43*(2), 3192–3201.

Mejía Álvarez, E. T., Aveiga Hidalgo, M. V., & Villa Shagñay, E. T. (2021). Resultados de una investigación en personas adultas mayores con diabetes mellitus tipo II en el Centro Casa del Diabético de la ciudad de Tena, 2019. *Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores*. https://doi.org/10.46377/dilemas.v9i1.2901

Ministerio de Inclusión Económica y Social. (2022). *Atención a personas adultas mayores*. https://www.inclusion.gob.ec/atencion-a-personas-adultas-mayores/

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2022). *Reglamento sustitutivo del Reglamento para la aprobación y seguimiento de Comités de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEISH) y Comités de Ética Asistenciales para la Salud (CEAS) (Acuerdo Ministerial N.º 00005-2022).* Registro Oficial, Quinto Suplemento N.º 118. https://ceish.itsup.edu.ec/acuerdo.php

Moreta Quispe, M. N., Rueda Castillo, Y. M., & Núñez Hernández, E. T. (2025). Elaboración de un caso clínico de artritis reumatoide en adultos mayores y revisión de la literatura: Un enfoque clínico. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, 8*(6), 6210–6226. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i6.15317

Narváez Montenegro, V. D., Cossié Esteban, C., De Marco Romera, A., Clemente Marcuello, J., Bambó Pilarcés, L., & Martín Blasco, A. (2024, 20 de junio). Actualización de la osteoporosis. *Revista Sanitaria de Investigación*. https://m365.cloud.microsoft/chat/conversation/0be47c0f-5170-422e-b25e-19fe737508d8?fromcode=cmmyr718qsb&refOrigin=Login

National Institutes of Health. (2022). *Cómo el sexo y el género influyen sobre la salud y la enfermedad*. https://salud.nih.gov/sites/salud/files/2022-12/como-el-sexo-y-el-genero-influyen-sobre-la-salud-y-la-enfermedad.pdf

Núñez-González, S., Delgado-Ron, A., & Simancas-Racines, D. (2020). Tendencias y análisis espacio-temporal de la mortalidad por diabetes mellitus en Ecuador, 2001–2016. *Revista Cubana de Salud Pública, 46*(2), 1–17.

Orberto, M., Coluccini, M., & Sánchez, R. (2022). Conhecimento e prática da higienização das mãos no início e um ano após a pandemia COVID-19 na Argentina. *Revista de Salud Pública, 1*, 8–21. https://doi.org/10.31052/1853.1180

Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Década del Envejecimiento Saludable en las Américas (2021–2030). Área de acción III: Brindar atención integrada centrada en la persona y servicios de salud primaria que respondan a las personas mayores*. https://www.paho.org/es/decada-envejecimiento-saludable-americas-2021-2030/area-accion-iii

Ortiz Martinez, N., Rastrero, C. E., Figuer Enciso, I., Delgado Quintana, F., Royo Mar, E., & Saenz Trallero, D. (2024). Desigualdades de salud basadas en género: Una revisión bibliográfica. *Ocronos,* *7*(6), 56. https://revistamedica.com/desigualdades-salud-basadas-genero/

Pan American Health Organization, & World Health Organization. (2022). *Portfolio: Evidence-based programs for person-centered, integrated care for older people at the primary health-care level*. Pan American Health Organization. https://doi.org/10.37774/9789275125816

Primicias. (2024, 26 de diciembre). *Reconocimiento a cuidadores y corresponsabilidad familiar: Esto dice la Ley del Adulto Mayor*. https://www.primicias.ec/politica/asamblea-nacional-aprueba-reformas-ley-adulto-mayor-86326/

Quemba Mesa, M. P., Vega Padilla, J. D., & Rozó Ortiz, E. J. (2022). Intervención educativa de autocuidado en la prevención del pie diabético. *Avances en Enfermería, 40*(2), 296–306. https://doi.org/10.15446/av.enferm.v40n2.101311

Quishpe, C. S. M., Tixi, B. N. S., Quijosaca, C. L. A., et al. (2022). Intervención educativa en pacientes con diabetes mellitus tipo II. *Revista Cubana de Reumatología, 24*(1).

Sanmartin-Herrera, M. D., Vera-Villa, C. J., Rivera-Torres, F. M., & Zambrano-Ordoñez, D. K. (2026). Promoviendo el envejecimiento activo y saludable en el adulto mayor en un centro de acogida, 2025. *Innova Science Journal, 4*(1), 337–345. https://doi.org/10.63618/omd/isj/v4/n1/232

World Health Organization. (2017). *Integrated care for older people (ICOPE): Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity*. World Health Organization. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/258981/9789241550109-eng.pdf

Zúñiga Sosa, E. A., & Mendoza Macías, C. A. (2024). Public-private strategic alliances: A fundamental pillar for strengthening primary health care systems. *Seminars in Medical Writing and Education, 3*, Article 627. https://doi.org/10.56294/mw2024627

Zúñiga-Sosa, E. (2025). Prevention and health promotion: A strategy for linking academia with society. *AG Salud, 3*, Article 188. https://doi.org/10.62486/agsalud2025188

Zúñiga-Sosa, E. A., Chila-García, K. C., & Piguave-Reyes, J. M. (2024). Prevalencia de la infección por *Helicobacter pylori* en adultos mayores institucionalizados. *MQRInvestigar,* *8*(4), 3048–3059. https://doi.org/10.56048/MQR20225.8.4.2024.3048-3059

CONFLICTO DE INTERESES

“Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses”.