



Recibido: 2026-07-31

Aceptado: 2026-08-17

Publicado: 2026-09-07

**Bienestar en la Fragilidad Cognitiva: Los Cuidados de Enfermería
Personalizados según la Escala de Calidad de Vida en Pacientes Geriátricos**

**Well-Being in Cognitive Impairment: Personalized Nursing Care Based on the
Quality of Life Scale for Geriatric Patients**

Autor

Astrid B. Guadalupe Dueñas¹

Enfermería

<https://orcid.org/0009-0006-1322-4558>

guadalupeastrid947@gmail.com

Universidad Tecnológica Indoamérica

Quito – Ecuador



Resumen

El aumento sostenido de adultos mayores que residen en instituciones ha hecho que la calidad de vida se convierta en un elemento esencial dentro del cuidado geriátrico. En este contexto, la calidad de vida no solo representa un indicador clínico, sino el fundamento del cuidado centrado en la persona, especialmente cuando existe fragilidad cognitiva se conceptualiza como una manifestación clínica heterogénea caracterizada por la coexistencia de fragilidad física y deterioro cognitivo, en ausencia de demencia concomitante. Esta condición refleja una interacción entre las dimensiones física y cognitiva y puede incrementar la vulnerabilidad de la persona mayor ante diferentes factores estresores.

Se hizo una revisión sistemática cualitativa según la declaración PRISMA 2020. Se buscó en las bases de datos PubMed, BMC Geriatrics, Google Académico, Elsevier y Scielo durante enero del 2022 hasta el presente año. Para la identificación correcta de los estudios se utilizaron términos como ("Quality of Life" (MeSH) OR "quality of life") AND ("Aged"(MeSH) OR elderly OR "older adults") AND ("Nursing Care"(MeSH) OR "nursing intervention" OR "nursing practice") AND ("Caregivers"(MeSH) OR caregiver OR caregiving) AND (frailty OR "cognitive frailty" OR "cognitive impairment")

La búsqueda se limitó a artículos publicados entre 2022 y 2025, en idioma español e inglés.

La estrategia permitió obtener un número manejable de estudios (aproximadamente de 50 artículos), facilitando el proceso de selección, análisis y síntesis de la evidencia. Excluyendo estudios que evalúan a adultos medios, demencia, tratamientos farmacológicos, casos y estudios duplicados.

Esta escala ha demostrado ser útil y confiable para identificar el nivel de fragilidad y vulnerabilidad en los adultos mayores. Pero todavía existe una brecha entre la clasificación de la Clinical Frailty Scale y la forma en que se usa para planificar cuidados individualizados. Por eso, es necesario revisar la evidencia sobre el uso de la Clinical Frailty Scale y cómo combinarla con la valoración geriátrica integral y el cuidado centrado en la persona. En este contexto, el objetivo de esta revisión es analizar la utilidad de la Clinical Frailty Scale para detectar fragilidad en los adultos mayores y examinar cómo los resultados de la Clinical Frailty Scale guían la planificación de cuidados de enfermería personalizados. Esto ayuda a mantener la funcionalidad y a reducir la aparición de eventos adversos. En este escenario, la enfermería juega un papel muy importante. Toma la evidencia y la convierte en decisiones de cuidado que ayudan a mantener la autonomía, la dignidad y el bienestar general de los adultos mayores que viven en instituciones.

Palabras clave: Calidad de vida; Adulto mayor; Atención de enfermería; Cuidadores; Fragilidad; Disfunción cognitiva.



Abstract

The steady increase in the number of older adults living in long-term care facilities has made quality of life an essential element of geriatric care. In this context, quality of life is not only a clinical indicator but also the foundation of person-centered care, especially when cognitive frailty conceptualized as a heterogeneous clinical manifestation characterized by the coexistence of physical frailty and cognitive decline, in the absence of concomitant dementia is present. This condition reflects an interaction between the physical and cognitive dimensions and can increase older adults' vulnerability to various stressors.

A qualitative systematic review was conducted in accordance with the PRISMA 2020 statement. Databases including PubMed, BMC Geriatrics, Google Scholar, Elsevier, and Scielo were searched from January 2022 through the present. To correctly identify studies, the following search terms were used: ("Quality of Life" (MeSH) OR "quality of life") AND ("Aged" (MeSH) OR elderly OR "older adults") AND ("Nursing Care" (MeSH) OR "nursing intervention" OR "nursing practice") AND ("Caregivers" (MeSH) OR caregiver OR caregiving) AND (frailty OR "cognitive frailty" OR "cognitive impairment")

The search was limited to articles published between 2022 and 2025, in Spanish and English. This strategy resulted in a manageable number of studies (approximately 50 articles), facilitating the process of selecting, analyzing, and synthesizing the evidence. Studies evaluating middle-aged adults, dementia, pharmacological treatments, case reports, and duplicate studies were excluded.

This scale has proven to be useful and reliable for identifying the level of frailty and vulnerability in older adults. However, there remains a gap between the Clinical Frailty Scale classification and how it is used to plan individualized care. Therefore, it is necessary to review the evidence on the use of the Clinical Frailty Scale and how to integrate it with comprehensive geriatric assessment and person-centered care. In this context, the objective of this review is to analyze the utility of the Clinical Frailty Scale in detecting frailty in older adults and to examine how the results of the Clinical Frailty Scale guide the planning of personalized nursing care. This helps maintain functionality and reduce the occurrence of adverse events. In this scenario, nursing plays a very important role. Nurses take the evidence and translate it into care decisions that help maintain the autonomy, dignity, and overall well-being of older adults living in long-term care facilities.

Keywords: Quality of life; Older adult; Nursing care; Caregivers; Frailty; Cognitive dysfunction.

Introducción

El envejecimiento poblacional en la actualidad es uno de los principales desafíos para los sistemas sanitarios contemporáneos, debido a la prevalencia de síndromes geriátricos complejos como la fragilidad. En el contexto científico actual, se ha adquirido relevancia por la asociación a diversos eventos adversos incluyendo: discapacidad, hospitalización, institucionalización e incluso la mortalidad. Además, la evidencia muestra que con el pasar de los tiempos ha empeorado la fragilidad debido a la calidad de vida, lo que refuerza la necesidad de intervenciones oportunas y efectivas. (Kim & Rockwood, 2024)

Con el pasar de los años se han desarrollado distintos modelos para comprender y medir la fragilidad destacándose distintas características físicas y déficits. Estos enfoques han permitido avances significativos en la identificación de personas con riesgo. Asimismo, se han evaluado intervenciones, como la actividad física y valoración geriátrica integral la cual demuestra beneficios: movilidad, fuerza muscular, prevención de caídas entre otros indicadores funcionales. (Kim & Rockwood, 2024)

Sin embargo, muchos avances que forman parte del abordaje clínico de la fragilidad persisten vacíos en la evidencia. La utilidad de las intervenciones personalizadas no ha demostrado mejoras en la calidad de vida y resultados clínicos cuando se implementa a la práctica habitual fuera de entornos de investigación (Kim & Rockwood, 2024). Esta inconsistencia presenta dificultades en los modelos integrados de atención y en la evidencia científica a la práctica clínica.

Aunque la valoración geriátrica sea una herramienta clave para identificar déficits médicos, funcionales, psicológicos y sociales aún no está clara la estrategia efectiva para integrar hallazgos de cuidado verdaderamente personalizados que impacten de manera significativa al bienestar del paciente. Resulta que la fragilidad no es un estado estático sino dinámico y puede ser modificable. (Kim & Rockwood, 2024)

Es por lo que surge la necesidad de profundizar intervenciones centradas en la persona que no solo califique su fragilidad, sino que se transforme en cuidados personalizados orientados a preservar

la funcionalidad y mejora de calidad de vida. En esta situación, el presente artículo se basa en una revisión de la bibliografía para analizar evidencia científica sobre la relación entre la fragilidad cognitiva, la calidad de vida y los cuidados de enfermería personalizados. El objetivo es encontrar cómo usar las escalas de calidad de vida para crear intervenciones más humanas, seguras y que respeten la dignidad, el bienestar emocional y la seguridad funcional de los pacientes geriátricos.

Marco Teórico

Según (Chaparro et al., n.d.) El adulto mayor está ligado a la adultez tardía y se caracteriza por la necesidad de afrontar pérdidas personales y muerte inminente, así como buscar el significado de la vida. Su funcionalidad es considerada el indicador clave de la salud y calidad de vida. Los adultos mayores presentan una mayor vulnerabilidad biológica y funcional debido a la disminución de la reserva fisiológica, la presencia de multimorbilidad y factores psicosociales asociados al envejecimiento. Entre los síndromes geriátricos de mayor relevancia clínica destacan la fragilidad, el deterioro cognitivo, la dependencia funcional y la disminución de la calidad de vida, condiciones que afectan significativamente el bienestar y la autonomía del paciente.

La fragilidad es un problema de salud que hace que una persona sea más vulnerable a cosas que la estresan. Esto sucede porque su cuerpo va perdiendo su capacidad de funcionar bien con el tiempo. No solo se debe a la edad, sino a cómo está el cuerpo en general y cómo puede adaptarse a situaciones difíciles. Los adultos mayores que son frágiles tienen más probabilidades de sufrir problemas de salud graves. Esto incluye caídas, tener que ir al hospital, necesitar ayuda para cuidarse, tener discapacidades y hasta pueden morir. Cuando un adulto mayor frágil va al hospital, suele quedarse allí por más tiempo, tiene más probabilidades de tener complicaciones y no puede recuperar sus habilidades normales con facilidad. (Acosta-Benito & Martín-Lesende, 2022)

La idea de fragilidad cognitiva es algo que los médicos están empezando a entender mejor. Se trata de una condición que combina la fragilidad física con problemas leves de memoria y pensamiento, pero no es lo mismo que la demencia. Esta condición es un estado intermedio que aumenta el riesgo de que las cosas empeoren y la persona termine con demencia, discapacidad, tenga que ir a un

hogar de ancianos o incluso fallezca. La fragilidad cognitiva muestra cómo se relacionan los problemas en el cerebro, la inflamación, los cambios en los vasos sanguíneos, el estrés oxidativo y los cambios en el metabolismo que ocurren al envejecer. Los estudios científicos indican que la fragilidad física y el deterioro cognitivo están relacionados, es decir, uno puede empeorar al otro, y ambos afectan negativamente la salud general de los adultos mayores.

La calidad de vida es algo que abarca muchas áreas. Se trata de cómo una persona se siente con su salud, su independencia, sus amigos y familiares, y su entorno. También incluye lo que espera de la vida. En el caso de las personas mayores, la calidad de vida es muy importante. Los médicos la utilizan para ver si los tratamientos están funcionando bien, además de mirar solo números y estadísticas. Los adultos mayores con fragilidad y problemas de memoria suelen tener una vida más difícil. Sienten que su salud física, emocional y social es peor. Esto se debe a que pierden independencia, tienen limitaciones para hacer cosas y se sienten solos y dependientes de los demás. Varios estudios en centros de atención para adultos mayores han encontrado que, a medida que empeora la pérdida de memoria, también empeora la forma en que las personas ven su propia vida. (Amanda Marey Reyes López, 2025)

El cuidado de enfermería en adultos mayores ha cambiado. Ahora se centra en la persona. Esto significa que se tienen en cuenta las preferencias, valores y necesidades de cada paciente. Este enfoque considera la salud física, mental, emocional y social de la persona. Así se pueden crear planes de cuidado personalizados.

En pacientes con problemas de memoria, las enfermeras deben:

- Ayudar a mantener su independencia y movilidad.
- Estimular su mente.
- Prevenir la confusión y problemas durante la hospitalización.
- Asegurarse de que tomen sus medicamentos correctamente.
- Ofrecer apoyo emocional y a sus seres queridos.
- Involucrar a la familia o cuidadores en su atención.

Estudios muestran que cuidar a cada persona de manera individual mejora su satisfacción. También reduce los problemas y mejora su salud. (De Enfermería et al., n.d.)

La atención personalizada es muy importante para mejorar la calidad de vida de los pacientes mayores, especialmente aquellos con problemas complejos como la fragilidad cognitiva. Cuando se adaptan los tratamientos a las necesidades y habilidades del paciente, se puede preservar su independencia, fortalecer su estado emocional y ayudarlos a participar en las actividades cotidianas. Investigaciones recientes han mostrado que los programas de atención integral para personas mayores y los modelos de cuidado centrados en la persona pueden mejorar significativamente la calidad de vida, reducir la dependencia y frenar el deterioro físico. En este sentido, evaluar periódicamente la calidad de vida de los pacientes mediante escalas específicas permite medir el impacto de las intervenciones de enfermería y tomar decisiones informadas en la práctica clínica. (Del Milagro et al., n.d.)

Este estudio se basa en el modelo de envejecimiento que considera lo físico, lo psicológico y lo social. También se enfoca en la idea de que la fragilidad puede predecir problemas de salud y se centra en el cuidado que se adapta a cada persona. Al estudiar cómo la fragilidad afecta la mente y su relación con la calidad de vida, podemos encontrar áreas importantes en las que debemos actuar y demostrar cómo los cuidados personalizados mejoran la vida de los pacientes mayores. (Physiopedia, n.d.)

La escala describe nueve niveles que reflejan la progresión del estado funcional del adulto mayor. En los niveles iniciales se encuentran las personas muy activas y saludables, con buena capacidad física y participación regular en actividades. A medida que avanzan los niveles, aparecen enfermedades crónicas controladas, menor actividad física y una disminución progresiva de la reserva funcional. (Physiopedia, n.d.)

En los niveles intermedios, los pacientes comienzan a experimentar lentitud, fatiga y limitaciones en actividades más complejas, como el manejo del hogar, el transporte o las finanzas. Posteriormente, la fragilidad moderada implica la necesidad de ayuda para actividades fuera del domicilio y dificultades para desenvolverse de forma independiente dentro del hogar.

En los niveles más avanzados, la persona presenta dependencia significativa para las actividades básicas de la vida diaria. En los estadios finales, existe dependencia total, escasa capacidad de recuperación ante enfermedades menores y una condición clínica cercana al final de la vida. El último nivel corresponde a pacientes con enfermedad terminal y una expectativa de vida limitada. Cuando un paciente presenta características que corresponden a dos niveles, se recomienda asignar la categoría que refleje mayor dependencia, con el fin de evitar la subestimación del riesgo. (Physiopedia, n.d.)

La Clinical Frailty Scale también ha sido utilizada para valorar a pacientes con deterioro cognitivo, considerando que existe una estrecha relación entre el grado de compromiso cognitivo y el nivel de fragilidad. En etapas leves, el adulto mayor mantiene independencia en las actividades básicas, aunque puede requerir apoyo en tareas más complejas. En fases moderadas, necesita supervisión o preparación para el autocuidado, mientras que en estadios avanzados presenta dependencia progresiva y requiere asistencia directa. Esta relación respalda el concepto de fragilidad cognitiva, en el cual los cambios físicos y cognitivos interactúan y contribuyen al deterioro global del estado de salud. Por ello, resulta fundamental realizar una valoración integral que considere ambas dimensiones. (Physiopedia, n.d.)

Diversas investigaciones han demostrado que la Clinical Frailty Scale es un instrumento confiable y válido para la identificación de fragilidad en distintos contextos asistenciales, incluyendo servicios de urgencias, hospitalización y atención comunitaria. Su confiabilidad entre evaluadores es alta, aunque su aplicación requiere del juicio clínico del profesional, lo que puede generar cierta variabilidad, especialmente en personal con poca experiencia en su uso. (Physiopedia, n.d.)

Actualmente, la escala se utiliza ampliamente en áreas como geriatría, medicina interna, cuidados intensivos, cirugía y cardiología. Su principal fortaleza radica en que combina la valoración clínica global con indicadores funcionales fácilmente observables, lo que la convierte en una herramienta útil para la estratificación del riesgo, la toma de decisiones clínicas y la planificación de cuidados individualizados. (Physiopedia, n.d.)



Además, la información obtenida a través de la Clinical Frailty Scale puede contribuir al diseño de estrategias de atención y a la formulación de políticas de salud orientadas a mejorar la atención integral del adulto mayor.

Anexo 1. Clinical frailty scale- españa

CLINICAL FRAILTY SCALE-ESPAÑA		
	1 Muy en forma	Personas que están fuertes, activas, enérgicas y motivadas. Son personas que suelen practicar ejercicio con regularidad. Son los que más en forma están para su edad.
	2 En forma	Personas que no tienen síntomas de enfermedad activa, pero están menos en forma que las de la categoría 1. Suelen practicar ejercicio o son muy activas de forma esporádica. Por ejemplo, según la estación del año.
	3 En buen estado	Personas cuyos problemas médicos están bien controlados, pero que no practican actividad física de forma regular más allá de los paseos habituales.
	4 Vulnerable	Personas no dependientes para actividades de la vida diaria, pero a menudo los síntomas limitan algunas actividades. Suelen quejarse de "ser lento" y/o estar cansado durante el día.
	5 Fragilidad leve	Personas que a menudo tienen un enlentecimiento más evidente y necesitan ayuda en actividades instrumentales de la vida diaria (economía, transporte, labores domésticas que requieren esfuerzo, medicación). Por lo general, la fragilidad leve incapacita progresivamente para salir solos de compras o a pasear, hacer la comida y las tareas domésticas.
	6 Fragilidad moderada	Personas que necesitan ayuda en todas las actividades realizadas fuera de casa y las tareas domésticas. En casa, a menudo tienen dificultad con las escaleras, necesitan ayuda para bañarse y podrían necesitar asistencia mínima (estimulación, acompañamiento) para vestirse.
	7 Fragilidad grave	Personas completamente dependientes para el cuidado personal, por cualquier causa (física o cognitiva). Aun así, parecen estables y sin gran riesgo de fallecer en los siguientes 6 meses.
	8 Fragilidad muy grave	Personas totalmente dependientes y acercándose al final de la vida. En general, no podrían recuperarse ni de una enfermedad leve.
	9 Enfermo terminal	Llegando al final de la vida. Esta categoría es para personas con esperanza de vida menor de 6 meses, tengan o no tengan signos evidentes de fragilidad.

Puntuación de fragilidad en personas con demencia.
Todo paciente con demencia se considera un paciente frágil y el grado de fragilidad se corresponde con el grado de demencia.

- Demencia leve (5. fragilidad leve): síntomas comunes en demencia leve incluyen olvidar detalles de acontecimientos recientes, aunque recuerden el acontecimiento en sí, repetir la misma pregunta/historia y aislamiento social.
- Demencia moderada (6. fragilidad moderada): la memoria reciente está muy deteriorada, aunque parezca que recuerdan bien los acontecimientos del pasado. Con indicaciones, pueden realizar solos sus cuidados personales.
- Demencia grave (7. fragilidad grave): los cuidados personales no son posibles sin ayuda.

(Arias-Rivera et al., 2024)



Material y métodos

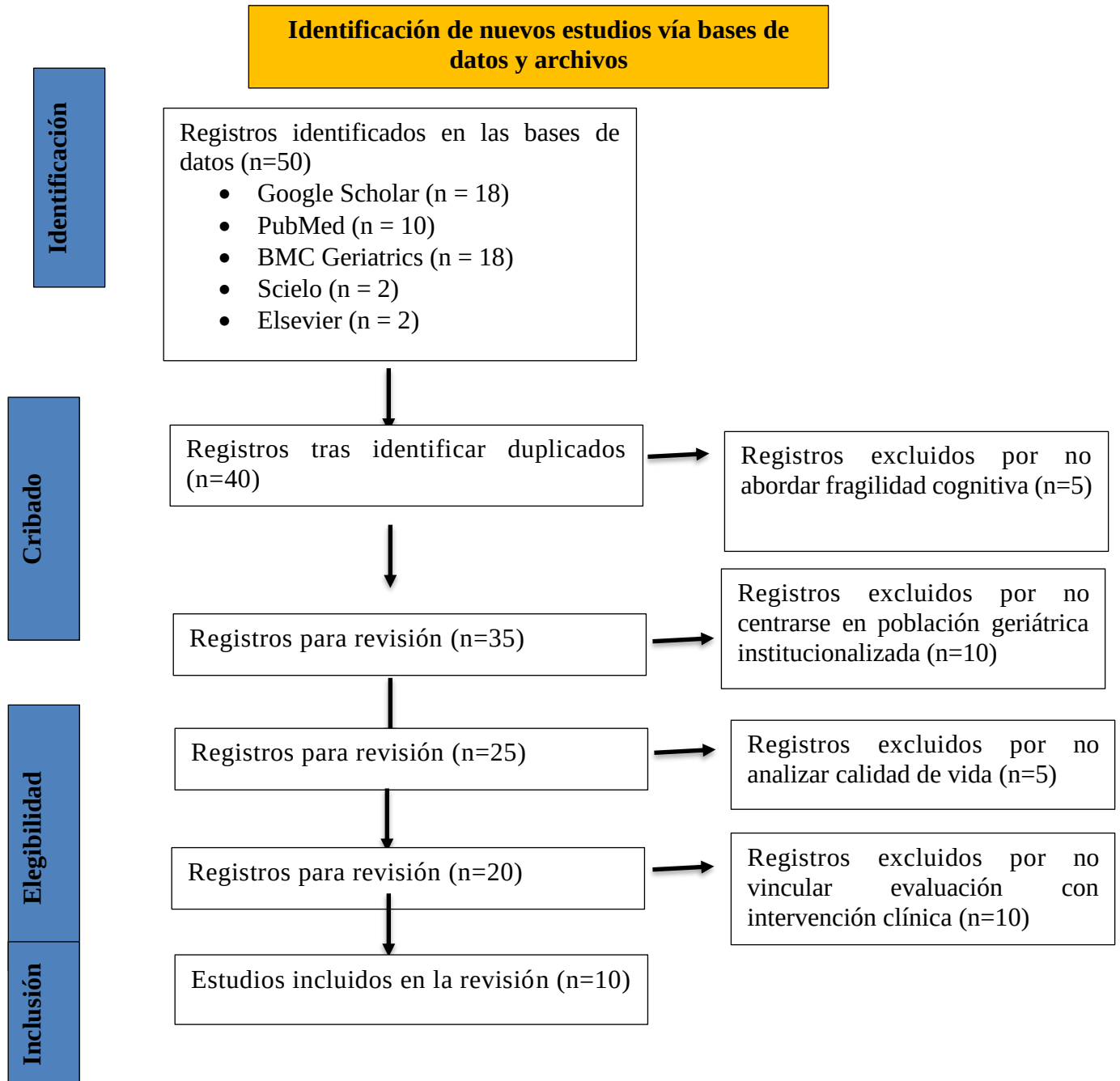
Mediante revisión sistemática de la literatura, se aplica enfoque cualitativo y descriptivo. A través de la recopilación, organizar de la evidencia científica disponible acerca de la experiencia de vida de los adultos mayores con demencia que se encuentran institucionalizados, así como la efectividad de los instrumentos utilizados para evaluar su calidad de vida.

Además de sintetizar la evidencia científica, el análisis se enfocó en reconocer las competencias profesionales fundamentales en enfermería. Se procuró identificar tanto las habilidades clínicas como las competencias humanísticas necesarias para ofrecer un cuidado integral, humanizado y centrado en el bienestar de las personas mayores con demencia en situación de vulnerabilidad.

Con el propósito de asegurar transparencia, rigor metodológico y posibilidad de reproducibilidad, el proceso se desarrolló siguiendo los lineamientos de la declaración PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses). La ecuación de búsqueda principal ("Quality of Life" (MeSH) OR "quality of life") AND ("Aged"(MeSH) OR elderly OR "older adults") AND ("Nursing Care"(MeSH) OR "nursing intervention" OR "nursing practice") AND ("Caregivers"(MeSH) OR caregiver OR caregiving) AND (frailty OR "cognitive frailty" OR "cognitive impairment") La búsqueda se limitó a artículos publicados entre 2022 y 2025, en idioma español e inglés. La estrategia permitió obtener un número manejable de estudios (aproximadamente de 50 artículos), facilitando el proceso de selección, análisis y síntesis de la evidencia. El procedimiento contempló las etapas de identificación, cribado, evaluación de elegibilidad e inclusión final de los estudios seleccionados.

Figura 1.

Diagrama de flujo PRISMA



Fuente: PRISMA 2020, Guadalupe 2026.

Resultados

Tabla 1. Síntesis de artículos

Nombre del Artículo	Estrategia / Enfoque	Resultados Principales	Rol de Enfermería
(Ingrid Luna Capdevila, 2025)	Cuantitativo comparativo / Estado emocional familiar.	La fragilidad cognitiva del paciente eleva drásticamente la sobrecarga y el "duelo anticipado" en la familia.	Brindar soporte psicológico y aplicar escalas de carga (CBS-FNH) para prevenir el colapso del cuidador.
(Torres Contreras & Vargas Romero, 2025)	Analítico / Calidad de Vida (QoL) institucional.	Las limitaciones motoras y cognitivas predicen baja QoL, pero el entorno social inclusivo actúa como protector.	Liderar la valoración geriátrica integral y promover la autonomía y derechos del residente.
(Diana Marcela Zambrano Torres, 2025)	Identificación de fragilidad (Escala de Fried).	La combinación de fragilidad física y deterioro cognitivo leve (DCL) aumenta el riesgo de dependencia total.	Detección precoz de riesgos funcionales y ejecución de planes de cuidados preventivos.
(LÓPEZ TASIGCHANA CRISTHIAN JAVIER, 2025)	Cualitativo / Calidad de vida laboral del profesional.	Barreras comunicativas con pacientes con demencia generan agotamiento y estrés en el personal de salud.	Implementar protocolos de comunicación asertiva y autocuidado para mejorar el entorno de atención.
(Broncano J., 2025)	Social-Comunitario / Soledad del adulto mayor.	La soledad es un factor de riesgo clínico que acelera la fragilidad y el deterioro cognitivo.	Actuar como gestor de casos, creando redes de apoyo mutuo y detectando soledad con la escala "Este I".
(Jamileth Rivera Montalván & Iribar Giorver, n.d.)	Guía educativa / Terapias no farmacológicas.	Actividad física, musicoterapia y terapia con mascotas reducen ansiedad y mejoran la movilidad.	Educar al paciente y familia en el uso de terapias complementarias para mejorar el bienestar físico.

(Lv et al., 2024)	Caso-control / Higiene del sueño e hipertensión.	La mala calidad del sueño está directamente asociada con el progreso del deterioro cognitivo en hipertensos.	Monitorizar el patrón de descanso y educar sobre higiene del sueño para preservar la reserva cognitiva.
(Ijaz et al., 2024)	Revisión contemporánea / Riesgo cardiovascular.	La fragilidad cognitiva puede ser reversible en etapas tempranas si se controlan factores metabólicos.	Control de signos vitales, gestión de factores de riesgo (diabetes/HTA) y promoción de estilos de vida saludables.
(Roh et al., 2021)	Análisis subjetivo / Factores de estrés.	El estrés percibido y la depresión influyen más que la edad en la autopercepción de falla de memoria.	Valorar la salud mental subjetiva y aplicar intervenciones para el manejo del estrés y la ansiedad.
(López-Ortiz & Espinoza-Anrubio, 2025)	Revisión científica / Medicina Familiar.	Necesidad de conectar la investigación académica con la utilidad clínica diaria en el entorno primario.	Traducir la evidencia científica en protocolos de cuidado diario que mejoren la calidad de vida del paciente.

Discusión

La evidencia analizada demuestra que el bienestar en la fragilidad cognitiva es un constructo multidimensional donde la intervención de enfermería personalizada marca la diferencia entre el declive funcional y la preservación de la calidad de vida. Al contrastar los estudios, se observa una coincidencia fundamental entre (Diana Marcela Zambrano Torres, 2025) (Ijaz et al., 2024): ambas identifican que la fragilidad no es solo un estado físico, sino un síndrome complejo donde el deterioro cognitivo actúa como un acelerador de la dependencia. Sin embargo, mientras Zambrano se enfoca en la medición funcional en el contexto colombiano, Ijaz aporta una visión fisiopatológica global vinculada al riesgo cardiovascular, sugiriendo que la reversibilidad del cuadro depende de una detección temprana.

Un punto crítico de discusión surge al analizar el entorno del cuidado. La tesis (Ingrid Luna Capdevila, 2025) en España revela que la institucionalización no alivia la carga emocional del



familiar, sino que la transforma en un "duelo anticipado". Este hallazgo se complementa de manera alarmante con el estudio de (LÓPEZ TASIGCHANA CRISTHIAN JAVIER, 2025) en Ecuador, quien demuestra que esta carga también afecta al profesional de salud debido a las barreras comunicativas. Esta "doble carga" sugiere que los protocolos de enfermería no deben centrarse únicamente en el paciente, sino en la tríada paciente-familia-profesional para garantizar un entorno de bienestar real.

En cuanto a las estrategias de intervención, existe una diferencia de enfoque interesante. Mientras autores como (Lv et al., 2024) y (Roh et al., 2021) enfatizan factores biológicos y psicológicos individuales (calidad del sueño, estrés y depresión), la investigadora (Broncano J., 2025), propone un enfoque sociocomunitario para combatir la soledad. Esta discrepancia resalta una limitación en la práctica actual: la tendencia a fragmentar el cuidado. La síntesis de la evidencia sugiere que una intervención de enfermería exitosa debe ser híbrida, combinando las terapias no farmacológicas propuestas por (Jamileth Rivera Montalván & Iribar Giorver, n.d.) con la gestión de determinantes sociales y biológicos.

Finalmente, la discusión sobre las herramientas de medición muestra un problema con los métodos que se utilizan. Según (Torres Contreras & Vargas Romero, 2025), los aspectos de "derechos" y "participación social" suelen ser descuidados. Esto confirma lo que (López-Ortiz & Espinoza-Anrubio, 2025) y otros investigadores dijeron en el año 2025: la ciencia debe ser de verdadera ayuda en la práctica clínica. Por lo tanto, el papel de las enfermeras debe cambiar para centrarse en la atención al paciente, convirtiendo la evidencia en una práctica diaria que priorice la dignidad, la capacidad para realizar actividades y el bienestar emocional de las personas mayores.

Conclusiones

- Se concluye que la evidencia analizada verifica la utilidad de la Clinical Frailty Scale para describir el nivel de fragilidad y vulnerabilidad en adultos mayores institucionalizados. Los estudios analizados muestran resultados favorables en relación con su medición y la aplicación conjunta a los instrumentos de valoración al deterioro



cognitivo para una mejor estratificación de las necesidades del adulto mayor. Estos resultados resaltan la importancia de integrar una valoración integral para orientar a un mejor cuidado al adulto mayor.

- El análisis de estudios previos permite concluir que las dimensiones de funcionalidad física, salud mental (ansiedad/depresión) y participación social son los parámetros de calidad de vida con mayor afectación en pacientes con deterioro cognitivo. Por lo tanto, la intervención de enfermería debe priorizar la mitigación del aislamiento social y el manejo del estrés percibido, ya que estos factores aceleran la percepción de pérdida de memoria y degradan el bienestar integral más que las comorbilidades clínicas por sí solas.
- Los lineamientos de cuidado más efectivos son aquellos que integran los dominios de la escala de fragilidad con la Atención Centrada en la Persona (ACP). La literatura reporta que el uso de terapias no farmacológicas (ejercicios adaptados, musicoterapia y control de higiene del sueño) orientadas según el grado de fragilidad, no solo promueve la autonomía residual del adulto mayor con demencia, sino que reduce significativamente la sobrecarga emocional y el duelo anticipado en el núcleo familiar, optimizando el bienestar del binomio paciente-cuidador.

Referencias bibliográficas

- Acosta-Benito, M. Á., & Martín-Lesende, I. (2022). Frailty in primary care: Diagnosis and multidisciplinary management. *Atencion Primaria*, 54(9). <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102395>
- Amanda Marey Reyes López. (2025). *Calidad de vida en el anciano con multimorbilidad en atencion primaria Una revision.*
- Arias-Rivera, S., Sánchez-Sánchez, M. M., Romero de-San-Pío, E., Gabriel Santana-Padilla, Y., Juncos-Gozalo, M., Via-Clavero, G., Moro-Tejedor, M. N., Raurell-Torredà, M., & Andreu-Vázquez, C. (2024). Predictive validity of the Clinical Frailty Scale-Spain on the increase in dependency after hospital discharge. *Enfermeria Intensiva*, 35(2), 79–88. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2023.07.003>
- Broncano J., K. M. ; C. T. , C. N. (2025). *Estrategias de enfermería para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores que viven en soledad.*



- Chaparro, M. O., Luc, A., Pel, V., Familiar, M., Asistente, P., Familiar, M., & Familiar, M. (n.d.). *Envejecimiento y familia*. 23(2), 1259–1274.
- De Enfermería, C., El, Y., De, N., & Del, S. (n.d.). *universidad nacional de cajamarca facultad ciencias de la salud escuela académico profesional de enfermería*.
- Del Milagro, M., Del, M., Benites, M. F., Ángel, F., Manuel, R., & Pacheco, G. (n.d.). *DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033 VERSIÓN: 01 FECHA: 08/11/2022 Firma de autor*. Retrieved <https://orcid.org/0000-0001-5426->
- Diana Marcela Zambrano Torres. (2025). *INDICE FRAGILIDAD ADULTO MAYOR DETERIORO COGNITIVO 2 Fragilidad en el Adulto Mayor con Deterioro Cognitivo Leve*.
- Ijaz, N., Jamil, Y., Brown, C. H., Krishnaswami, A., Orkaby, A., Stimmel, M. B., Gerstenblith, G., Nanna, M. G., & Damluji, A. A. (2024). Role of Cognitive Frailty in Older Adults With Cardiovascular Disease. In *Journal of the American Heart Association* (Vol. 13, Number 4). American Heart Association Inc. <https://doi.org/10.1161/JAHA.123.033594>
- Ingrid Luna Capdevila. (2025). *Estado emocional, estrés y calidad de vida en familiares de personas institucionalizadas en residencias*. www.url.edu
- Jamileth Rivera Montalván, G., & Iribar Giorver, P. (n.d.). *Trabajo de Investigación Previo Para la Obtención del Título de Licenciado en Enfermería Autora: Tutor*.
- Kim, D. H., & Rockwood, K. (2024). Frailty in Older Adults. *New England Journal of Medicine*, 391(6), 538–548. <https://doi.org/10.1056/nejmra2301292>
- López Tasigchana Cristhian Javier. (2025). *estudio de la calidad de vida en profesionales de la salud que atienden a pacientes con deterioro cognitivo en un centro geriátrico privado de la ciudad de quito en el año 2025*.
- López-Ortiz, G., & Espinoza-Anrubio, G. (2025). Segundas Jornadas de Investigación en Medicina Familiar: continuidad y consolidación de la cultura científica en el primer nivel de atención. *Atención Familiar*, 32(5e), 1–2. <https://doi.org/10.22201/fm.14058871p.2025.5e.93393>
- Lv, S., Jiao, H., Zhong, X., Qu, Y., Zhang, M., Wang, R., & Liu, D. (2024). Association between sleep quality and cognitive impairment in older adults hypertensive patients in China: a case–control study. *Frontiers in Public Health*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1446781>
- Physiopedia. (n.d.). *Clinical Frailty Scale*. https://doi.org/https://www.physio-pedia.com/Clinical_Frailty_Scale
- Roh, M., Dan, H., & Kim, O. (2021). Influencing factors of subjective cognitive impairment in middle-aged and older adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21). <https://doi.org/10.3390/ijerph182111488>
- Torres Contreras, C. C., & Vargas Romero, A. (2025). Quality of life and associated factors in institutionalized older adults: implications for gerontological nursing. Analytical study. *Revista Cuidarte*, 16(3). <https://doi.org/10.15649/cuidarte.5800>



Agradecimiento:

Quiero agradecer a Dios, a mi madre, a mis abuelos que siempre tienen la esperanza intacta en mi todo su apoyo ahora dio frutos es por eso que he llegado hasta aquí, mi familia es el impulso más grande que tuve para hacer este trabajo, quisiera dedicar este artículo a todos esos jóvenes que han dormido con la esperanza de llegar a este momento es por eso que Edison, todo esto es por ti.

Conflicto de intereses: El autor declara que no existe conflicto de interés