



MEDFAMYC

REVISTA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNIDAD
UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCIÓN

ISSN: 3105-9899 | Vol. 2 Núm. 2 | Julio-diciembre, 2025

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Determinantes del envejecimiento saludable y su abordaje desde la atención primaria

Jaqueline Cristina de Oliveira¹, Tatiana de Moraes Souza do Nascimento¹,
Willian Gabriel Pinheiro Batista¹, Gabriela de La Paz Medina Orué¹

¹Universidad Central del Paraguay, Ciudad del Este, Paraguay

DOI: [10.66476/mf.v2n2.7223](https://doi.org/10.66476/mf.v2n2.7223)



RESUMEN

Introducción: El envejecimiento de la población es uno de los procesos demográficos más relevantes del siglo XXI y plantea a los sistemas de salud el desafío de preservar la capacidad funcional y el bienestar en la vejez, más allá de la mera ausencia de enfermedad. Buena parte de la variabilidad en la salud de las personas mayores se explica por comportamientos y exposiciones acumuladas a lo largo de la vida, muchos de ellos modificables. El objetivo de esta revisión narrativa fue sintetizar la evidencia sobre los determinantes conductuales y sociales del envejecimiento saludable y sobre las intervenciones aplicables desde la atención primaria. **Materiales y métodos:** Revisión narrativa de la literatura publicada de manera preferente en la última década, priorizando revisiones sistemáticas, ensayos controlados aleatorizados y estudios de cohorte, junto con los documentos de referencia de la Organización Mundial de la Salud. **Resultados:** Los factores con respaldo más consistente son la actividad física regular, en una relación dosis-respuesta con la mortalidad; una alimentación de buena calidad, con patrones de tipo mediterráneo y evitación de la desnutrición; el mantenimiento de vínculos sociales y la participación comunitaria, cuyo déficit se asocia con mayor mortalidad; y la evitación del tabaco y del consumo nocivo de alcohol. Los programas estructurados de ejercicio multicomponente, las intervenciones comunitarias multidominio y el cribado de fragilidad han mostrado beneficios sobre la función física, la cognición y el aislamiento social. **Conclusión:** La atención primaria, por su continuidad y cercanía, es el ámbito idóneo para incorporar estos componentes de forma sostenida.

Palabras clave: envejecimiento saludable, estilo de vida, ejercicio, dieta saludable, participación social, atención primaria de salud.

Enviado: 3 de noviembre, 2025 | **Aceptado:** 17 de noviembre, 2025 | **Publicado:** 2 de diciembre, 2025

Correspondencia: Gabriela de La Paz Medina Orué. Universidad Central del Paraguay, Ciudad del Este, Paraguay.

Financiación: Los autores declaran que no recibieron fondos externos para la realización de este estudio.

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés financieros, personales, profesionales, institucionales ni de otra índole relacionados con este trabajo.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional es una de las transformaciones demográficas más importantes de nuestro tiempo. El aumento de la esperanza de vida y el descenso de la fecundidad han modificado la estructura por edades en casi todos los países, y se prevé que la proporción de personas mayores siga creciendo durante las próximas décadas (1,2). Este cambio obliga a reorganizar los servicios sanitarios y sociales en torno a las necesidades de una población longeva, en la que las enfermedades crónicas y la pérdida de funcionalidad concentran gran parte de la carga de enfermedad (1).

La Organización Mundial de la Salud define el envejecimiento saludable como el proceso de desarrollo y mantenimiento de la capacidad funcional que permite el bienestar en la edad avanzada (2,3). Esta definición desplaza el foco desde la presencia o ausencia de enfermedad hacia lo que la persona mayor puede hacer y ser: mantener la movilidad, las relaciones, la autonomía en las actividades cotidianas y la participación en la vida comunitaria (3). La edad cronológica, por sí sola, es un mal indicador del estado de salud, porque a una misma edad conviven trayectorias muy diversas, resultado de la acumulación de ventajas y desventajas a lo largo de la vida (3).

Buena parte de esa heterogeneidad es atribuible a factores potencialmente modificables. El estilo de vida —la alimentación, la actividad física, el descanso, el consumo de tabaco y de alcohol, y la vida de relación— condiciona de forma sustancial el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas evitables como la diabetes, la hipertensión arterial, la obesidad y la dislipidemia, así como el riesgo de fragilidad y dependencia (2,4). Estos determinantes actúan durante toda la vida, pero su abordaje sigue siendo pertinente también en la vejez, cuando aún es posible frenar o revertir parte del deterioro funcional (3,5).

Esta revisión narrativa tiene por objetivo sintetizar la evidencia disponible sobre los determinantes conductuales y sociales del envejecimiento saludable y sobre las intervenciones que pueden implementarse desde la atención primaria para promoverlos. Se organiza en torno a un marco conceptual de capacidad funcional, los hábitos individuales con mayor respaldo, el papel del entorno social y las estrategias estructuradas de intervención.

ENVEJECIMIENTO SALUDABLE Y CAPACIDAD FUNCIONAL

El marco de la capacidad funcional articula dos componentes: la capacidad intrínseca, entendida como el conjunto de capacidades físicas y mentales de la persona, y la

capacidad funcional, que resulta de la interacción entre esa capacidad intrínseca y los entornos físico y social (2,3). El objetivo de la promoción del envejecimiento saludable es preservar esa capacidad funcional durante el mayor tiempo posible, lo que exige tanto intervenir sobre la persona como adaptar los entornos (3).

La fragilidad es la expresión clínica más estudiada de la pérdida de reserva funcional. Se caracteriza por una vulnerabilidad aumentada frente a factores estresantes y por un declive progresivo en múltiples sistemas fisiológicos, y se asocia con mayor riesgo de caídas, hospitalización, discapacidad y mortalidad (4). Su prevalencia aumenta con la edad, pero el riesgo es sustancialmente mayor en presencia de comorbilidad, posición socioeconómica desfavorable, dieta de baja calidad y sedentarismo, todos ellos susceptibles de modificación mediante intervenciones específicas (4). El reconocimiento temprano de la fragilidad en la consulta permite orientar acciones preventivas antes de que la dependencia se establezca (4).

HÁBITOS INDIVIDUALES DETERMINANTES

Alimentación y estado nutricional

La calidad de la alimentación es uno de los determinantes nutricionales más consistentes del envejecimiento saludable. Los patrones que priorizan frutas, verduras, cereales integrales, legumbres, frutos secos, pescado y lácteos bajos en grasa, y que limitan los alimentos ultraprocesados, se asocian de forma inversa con la mortalidad y con el riesgo de fragilidad en personas mayores (6,7). El patrón mediterráneo, en particular, y una razón proteína/hidratos de carbono favorable se han vinculado con menor mortalidad cardiovascular y mayor esperanza de vida libre de discapacidad (7).

En el otro extremo del espectro nutricional, la desnutrición y el riesgo de desnutrición son frecuentes en la vejez y contribuyen a la pérdida de masa muscular, a la fragilidad y a peores desenlaces clínicos (6). La evidencia de intervención más sólida procede de estrategias que combinan el asesoramiento dietético con el ejercicio, un abordaje multidominio más eficaz que cualquiera de los componentes por separado (6). En la práctica, esto implica evaluar de manera sistemática el estado nutricional, identificar tanto el exceso como el déficit y acompañar las recomendaciones con educación alimentaria sostenida (6).

Actividad física

La actividad física es el factor con mayor respaldo para la prevención de enfermedades crónicas y la preservación de la funcionalidad en la vejez. Los metaanálisis de estu-

dios de cohorte con medición objetiva muestran una relación dosis-respuesta no lineal entre la actividad física de cualquier intensidad y la mortalidad por todas las causas: respecto del cuartil menos activo, el más activo presenta una reducción del riesgo cercana al 70 %, mientras que el tiempo sedentario prolongado se asocia con un riesgo progresivamente mayor (8). El beneficio aparece incluso con actividad de intensidad ligera, lo que resulta especialmente relevante para las personas mayores con limitaciones (8).

Las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para los adultos mayores incluyen entre 150 y 300 minutos semanales de actividad aeróbica de intensidad moderada —o entre 75 y 150 minutos de intensidad vigorosa—, actividades de fortalecimiento muscular al menos dos días por semana y, en quienes tienen riesgo de caídas, entrenamiento multicomponente que incorpore equilibrio y fuerza al menos tres días por semana (9). El mensaje central es que alguna actividad es siempre preferible a ninguna y que un aumento gradual aporta beneficios adicionales (9). Además de su efecto cardiometabólico y osteomuscular, el ejercicio regular mejora el estado de ánimo, reduce los síntomas de ansiedad y depresión y contribuye a preservar la función cognitiva (9).

Consumo de tabaco y alcohol

El consumo de tabaco y el consumo nocivo de alcohol figuran entre los factores de riesgo comunes a las principales enfermedades crónicas no transmisibles y a la fragilidad (4,5). El daño vascular y respiratorio del tabaquismo se acumula desde etapas tempranas de la vida, de modo que la prevención del inicio y el abandono del hábito tienen un valor preventivo mayor cuanto antes se producen; no obstante, la cesación sigue aportando beneficios en la edad avanzada. El consejo breve y el apoyo para dejar de fumar y para reducir el consumo de alcohol son intervenciones de bajo coste que la atención primaria puede ofrecer de manera oportunista en cada contacto (5).

ENTORNO SOCIAL Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

El entorno social es un determinante del envejecimiento saludable de magnitud comparable a la de los factores conductuales clásicos. En una revisión metaanalítica, el aislamiento social se asoció con un incremento del 29 % en la probabilidad de mortalidad, la soledad con un 26 % y vivir en soledad con un 32 %, sin diferencias apreciables entre las medidas objetivas y las subjetivas del aislamiento (10). La participación social, en cambio, favorece el sentido de pertenencia, amplía las redes de apoyo y fa-

cilita el acceso a recursos que sostienen un envejecimiento saludable (2,10).

Los programas comunitarios de envejecimiento activo traducen esta evidencia en práctica. Un estudio transversal multicéntrico realizado en Portugal con 304 personas de 55 años o más comparó a participantes y no participantes en programas de intervención comunitaria y halló una calidad de vida significativamente mayor en el dominio físico entre quienes participaban; la actividad física fue el componente más frecuentado, y quienes la practicaban en ese marco presentaban además mejores puntuaciones en los dominios psicológico, de relaciones sociales y de entorno (11). Una revisión de intervenciones sociales dirigidas al envejecimiento saludable coincidió en el potencial de estos programas, pero advirtió sobre la heterogeneidad metodológica y la necesidad de mejorar su diseño y evaluación (12).

INTERVENCIONES ESTRUCTURADAS Y ABORDAJE DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Varios ensayos han evaluado programas estructurados de ejercicio y de intervención multidominio en personas mayores. El programa Vivifrail, un entrenamiento multicomponente individualizado, se evaluó en un ensayo controlado aleatorizado multicéntrico en tres hospitales de España con 188 pacientes mayores de 75 años con deterioro cognitivo leve o demencia leve; el grupo de intervención mejoró en promedio 0,86 puntos en la Short Physical Performance Battery al mes y 1,40 puntos a los tres meses respecto del grupo de atención habitual, con beneficios adicionales en función cognitiva, función muscular y estado de ánimo (13). El ensayo REACT, pragmático y multicéntrico, mostró que un programa comunitario de actividad física y mantenimiento de la conducta durante doce meses atenuó el declive de la función física de las extremidades inferiores en adultos mayores con riesgo de limitación de la movilidad (14).

Las intervenciones que combinan ejercicio con otros componentes amplían el alcance de los beneficios. El programa AGA@4life, una adaptación del Otago Exercise Program, se aplicó a 34 usuarios de un centro de día en Portugal y mejoró la fuerza, el equilibrio y la autoeficacia frente al ejercicio en el grupo de intervención (15). El programa HAPPY, una intervención comunitaria de ejercicio de doble tarea conducida por pares en Singapur, incluyó a cientos de participantes con prefragilidad, fragilidad o deterioro cognitivo y mostró mejoras en la cognición, la función física y el estado de fragilidad, junto con una reducción del aislamiento social y de las caídas a los tres meses (16). En el plano de la prevención del deterioro

cognitivo, el ensayo FINGER asignó a 1260 personas de 60 a 77 años con riesgo vascular a una intervención de dos años que combinaba dieta, ejercicio, entrenamiento cognitivo y control de factores de riesgo vascular, o a consejo de salud general; la intervención multidominio se asoció con una mejor evolución del rendimiento cognitivo global (17).

Estos hallazgos convergen en un abordaje que la atención primaria está bien situada para liderar. Su continuidad asistencial permite incorporar de forma sostenida el consejo sobre alimentación y actividad física, el cribado de fragilidad y de riesgo nutricional, la detección del aislamiento social y la derivación a recursos comunitarios (2,4). La promoción del envejecimiento saludable no depende únicamente del equipo de enfermería o de la medicina, sino de un trabajo multiprofesional que articule nutrición, rehabilitación, salud mental y trabajo social, y que se coordine con las políticas locales de entornos amigables con las personas mayores (2,3).

DISCUSIÓN

La evidencia revisada dibuja un conjunto coherente de determinantes del envejecimiento saludable. La actividad física regular, una alimentación de buena calidad, el mantenimiento de los vínculos sociales y la evitación del tabaco y del consumo nocivo de alcohol se asocian de forma consistente con menor mortalidad, menor riesgo de fragilidad y mejor capacidad funcional (4,6,8,10). Ninguno de estos factores actúa de manera aislada: comparten mecanismos —inflamación de bajo grado, estrés oxidativo, regulación metabólica y vascular— y se potencian entre sí, lo que explica que las intervenciones multidominio tiendan a superar a las de un solo componente (6,17).

El marco de la capacidad funcional aporta un criterio de priorización útil para la práctica clínica. Más que perseguir la ausencia de enfermedad, que en la vejez es más la excepción que la regla, el objetivo es preservar lo que la persona puede hacer (2,3). Desde esta perspectiva, la fragilidad ocupa un lugar central como estado intermedio, potencialmente reversible, sobre el que conviene intervenir antes de que se instale la dependencia (4).

Los ensayos de intervención muestran que el beneficio es alcanzable incluso en personas mayores con deterioro cognitivo o riesgo de limitación de la movilidad. Los programas de ejercicio multicomponente mejoran la función

física y, en algunos estudios, también la cognición y el estado de ánimo (13,15,16). Las intervenciones comunitarias añaden un efecto sobre el aislamiento social y la calidad de vida que el ejercicio individual no captura por completo (11,16). La magnitud de los efectos es en general modesta, y varios estudios presentan limitaciones de diseño —muestras pequeñas, ausencia de aleatorización o seguimiento corto—, por lo que las estimaciones deben interpretarse con prudencia (12,15).

Para los sistemas de salud, el mensaje es que la promoción del envejecimiento saludable exige acciones que trasciendan la consulta individual e incluyan el entorno social y las políticas públicas (2,3). La distribución desigual de los recursos, el acceso limitado a alimentos nutritivos y a espacios seguros para la actividad física, y las barreras a la participación social configuran gradientes que las intervenciones puramente informativas no corrigen (5,10). Programas que faciliten el acceso a actividad física comunitaria, que aseguren disponibilidad de alimentos saludables y que integren a la familia en el cambio de hábitos son complementos necesarios del consejo clínico (11,16).

Esta revisión tiene limitaciones. Es una síntesis narrativa, no sistemática, por lo que no incluyó una búsqueda exhaustiva ni una evaluación formal del riesgo de sesgo de los estudios individuales, y la selección de fuentes pudo estar influida por la disponibilidad de literatura en acceso abierto y en español, portugués e inglés. La evidencia procede mayoritariamente de países de ingresos altos, y su transferibilidad a contextos como el paraguay, con estructuras sanitarias y redes de apoyo diferentes, requiere cautela. Como fortaleza, la revisión integra el marco conceptual de la Organización Mundial de la Salud con evidencia de intervención reciente y prioriza desenlaces funcionales relevantes para la práctica de la atención primaria.

En conclusión, el envejecimiento es inevitable, pero la trayectoria funcional que lo acompaña es en buena medida modificable. La actividad física regular, una alimentación adecuada, la vida social activa y la evitación de hábitos nocivos, sostenidas a lo largo de la vida y también en la vejez, se asocian con más años vividos con autonomía y menor sufrimiento. La atención primaria, por su cercanía y continuidad, es el ámbito idóneo para incorporar de forma sistemática el consejo sobre estos determinantes, el cribado de fragilidad y la articulación con los recursos comunitarios.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015.

2. Rudnicka E, Napierała P, Podfigurna A, Męczekalski B, Smolarczyk R, Grymowicz M. The World Health Organization (WHO) approach to healthy ageing. *Maturitas*. 2020;139:6-11. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2020.05.018>
3. Beard JR, Araujo de Carvalho I, Sumi Y, Officer A, Thiyagarajan JA. Healthy ageing: moving forward. *Bull World Health Organ*. 2017;95(11):730-730A. <https://doi.org/10.2471/BLT.17.203745>
4. Hoogendijk EO, Afilalo J, Ensrud KE, Kowal P, Onder G, Fried LP. Frailty: implications for clinical practice and public health. *Lancet*. 2019;394(10206):1365-75. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31786-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31786-6)
5. Organización Mundial de la Salud. Década del Envejecimiento Saludable 2021-2030. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020.
6. Ni Lochlainn M, Cox NJ, Wilson T, Hayhoe RPG, Ramsay SE, Granic A, et al. Nutrition and frailty: opportunities for prevention and treatment. *Nutrients*. 2021;13(7):2349. <https://doi.org/10.3390/nu13072349>
7. Capurso C. Whole-grain intake in the Mediterranean diet and a low protein to carbohydrates ratio can help to reduce mortality from cardiovascular disease, slow down the progression of aging, and to improve lifespan: a review. *Nutrients*. 2021;13(8):2540. <https://doi.org/10.3390/nu13082540>
8. Ekelund U, Tarp J, Steene-Johannessen J, Hansen BH, Jefferis B, Fagerland MW, et al. Dose-response associations between accelerometry measured physical activity and sedentary time and all cause mortality: systematic review and harmonised meta-analysis. *BMJ*. 2019;366:l4570. <https://doi.org/10.1136/bmj.l4570>
9. Bull FC, Al-Ansari SS, Biddle S, Borodulin K, Buman MP, Cardon G, et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *Br J Sports Med*. 2020;54(24):1451-62. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2020-102955>
10. Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T, Stephenson D. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspect Psychol Sci*. 2015;10(2):227-37. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>
11. Bastos A, Monteiro J, Faria C, Pimentel MH, Silva SL, Afonso C. Participation in community intervention programmes and quality of life: findings from a multicenter study in Portugal. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2020;23(6):e190017. <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.190017>
12. Borrego-Ruiz A, Bustillos A. Intervención social dirigida al envejecimiento saludable: revisión de estudios recientes. *Anál Modif Conducta*. 2024;50(182):21-38. <https://doi.org/10.33776/amc.v50i182.8099>
13. Casas-Herrero Á, Sáez de Asteasu ML, Antón-Rodrigo I, Sánchez-Sánchez JL, Montero-Odasso M, Marín-Epelde I, et al. Effects of Vivifrail multicomponent intervention on functional capacity: a multicentre, randomized controlled trial. *J Cachexia Sarcopenia Muscle*. 2022;13(2):884-93. <https://doi.org/10.1002/jcsm.12925>
14. Stathi A, Greaves CJ, Thompson JL, Withall J, Ladlow P, Taylor G, et al. Effect of a physical activity and behaviour maintenance programme on functional mobility decline in older adults: the REACT (Retirement in Action) randomised controlled trial. *Lancet Public Health*. 2022;7(4):e316-26. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00004-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00004-4)
15. Martins AC, Guia D, Saraiva M, Pereira T. Effects of a "modified" Otago Exercise Program on the functional abilities and social participation of older adults living in the community — the AGA@4life model. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(4):1258. <https://doi.org/10.3390/ijerph17041258>
16. Merchant RA, Tsoi CT, Tan WM, Lau W, Sandrasageran S, Arai H. Community-based peer-led intervention for healthy ageing and evaluation of the 'HAPPY' program. *J Nutr Health Aging*. 2021;25(4):520-7. <https://doi.org/10.1007/s12603-021-1606-6>
17. Ngandu T, Lehtisalo J, Solomon A, Levälahti E, Ahtiluoto S, Antikainen R, et al. A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): a randomised controlled trial. *Lancet*. 2015;385(9984):2255-63. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60461-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60461-5)