https://rei.esprint.tech
Vol. 5 N° Esp.2, Edición Especial 2026 (90-113) ISSN: 2960-8317
Salud y Ciencias de la Vida

Artículo de revisión

Intervenciones comunitarias para la promoción del envejecimiento saludable: una revisión sistemática

Community-Based interventions for the promotion of healthy aging: a systematic review

Luz Elizabeth Guamán Sánchez*
Universidad Nacional de Chimborazo
Riobamba - Ecuador
luz.guaman@unach.edu.ec
https://orcid.org/0000-0001-7638-8732

Luis Cristian Guamán Sánchez
Universidad Nacional de Chimborazo
Riobamba - Ecuador
luisc.guaman@unach.edu.ec
https://orcid.org/0009-0002-2386-7419

Gabriela Estefanía Espinoza Guacho
Universidad Nacional de Chimborazo
Riobamba - Ecuador
gabriela.espinoza@unach.edu.ec
https://orcid.org/0009-0009-1076-0154

Anahin Nahomi Cabezas Niama
Universidad Nacional de Chimborazo
Riobamba - Ecuador
nahomi.cabezas@unach.edu.ec
https://orcid.org/0009-0001-5528-3779

Mayra Elizabeth Moyota Cajo
Universidad Nacional de Chimborazo
Riobamba - Ecuador
mayra.moyota@unach.edu.ec
https://orcid.org/0009-0008-8527-1550

***Correspondencia:**
luz.guaman@unach.edu.ec

Cómo citar este artículo:
Guamán, L. E., Guamán, L. C., Espinoza, G., Cabezas, A., & Moyota, M. (2026). Intervenciones comunitarias para la promoción del envejecimiento saludable: una revisión sistemática. *Esprint Investigación, 5*(Esp.2), 90-113. https://doi.org/10.61347/ei.v5iEsp.2.359

Recibido: *25 de junio de 2026*
Aceptado: *28 de julio de 2026*
Publicado: *3 de agosto de 2026*

Copyright: Derechos de autor 2026 Luz Elizabeth Guamán Sánchez, Luis Cristian Guamán Sánchez, Gabriela Estefanía Espinoza Guacho, Anahin Nahomi Cabezas Niama, Mayra Elizabeth Moyota Cajo.

Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0.

Resumen: El envejecimiento poblacional representa uno de los principales desafíos demográficos y sanitarios del siglo XXI. Las intervenciones comunitarias constituyen estrategias relevantes para promover el envejecimiento activo, ámbito en el que enfermería puede desempeñar funciones de liderazgo, educación, coordinación y seguimiento. El objetivo de esta revisión fue analizar la evidencia científica sobre intervenciones comunitarias con participación explícita de enfermería orientadas a promover el envejecimiento activo en personas mayores, publicadas entre 2022 y 2026. Se realizó una revisión sistemática conforme a PRISMA 2020, mediante una búsqueda bibliográfica en bases de datos electrónicas y la verificación individual de las referencias recuperadas. Se incluyeron ocho estudios desarrollados en Corea del Sur, Etiopía, Hong Kong, Portugal, España, China e India. Las intervenciones se orientaron principalmente a la prevención de la fragilidad, el fortalecimiento del autocuidado y la adherencia terapéutica, la reducción del aislamiento social y la promoción de la participación mediante herramientas digitales. Las funciones de enfermería comprendieron la coordinación de programas, la valoración integral, la educación para la salud, la consejería individual, el seguimiento telefónico y las visitas domiciliarias. Los estudios reportaron resultados favorables en fragilidad, capacidad funcional, sintomatología depresiva, apoyo social, participación comunitaria y adherencia a la medicación. Se concluyó que la enfermería comunitaria desempeñó un papel relevante en la organización, implementación y seguimiento de los programas orientados al envejecimiento activo. Sin embargo, la evidencia disponible continuó siendo limitada y heterogénea, por lo que se requieren investigaciones con mayor rigor metodológico, seguimientos prolongados y una descripción precisa de la contribución específica de enfermería.

Palabras clave: Adulto mayor, atención primaria de salud, enfermería comunitaria, envejecimiento activo, intervenciones comunitarias, promoción de la salud.

Abstract: *Population aging represents one of the major demographic and health challenges of the twenty-first century. Community-based interventions are relevant strategies for promoting active aging, an area in which nurses can perform leadership, educational, coordination, and follow-up functions. This review aimed to analyze the scientific evidence on community-based interventions with explicit nursing participation designed to promote active aging among older adults and published between 2022 and 2026. A systematic review was conducted in accordance with the PRISMA 2020 guidelines through a bibliographic search of electronic databases and individual verification of the retrieved references. Eight studies conducted in South Korea, Ethiopia, Hong Kong, Portugal, Spain, China, and India were included. The interventions primarily focused on frailty prevention, strengthening self-care and medication adherence, reducing social isolation, and promoting participation through digital tools. Nursing functions included program coordination, comprehensive assessment, health education, individual counseling, telephone follow-up, and home visits. The studies reported favorable outcomes in frailty, functional capacity, depressive symptoms, social support, community participation, and medication adherence. It was concluded that community nursing played a relevant role in the organization, implementation, and follow-up of programs aimed at active aging. However, the available evidence remained limited and heterogeneous; therefore, further studies with greater methodological rigor, longer follow-up periods, and more precise descriptions of the specific contribution of nursing are required.*

Keywords: *Active aging, community nursing, community interventions, health promotion, older adults, primary health care.*

1. Introducción

El envejecimiento poblacional constituye una de las transformaciones demográficas más relevantes del siglo XXI. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2025), para 2050 la población mundial de personas de 60 años o más alcanzará los 2.100 millones y representará aproximadamente el 22 % de la población global. Este escenario plantea importantes desafíos para los sistemas sanitarios, la seguridad social y las estructuras comunitarias. El envejecimiento activo comprende la optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad para mejorar la calidad de vida durante la vejez. Este enfoque supera los modelos centrados exclusivamente en la ausencia de enfermedad, al considerar la influencia de factores físicos, psicológicos, sociales, económicos y ambientales sobre el bienestar.

Desde esta perspectiva, las intervenciones comunitarias deben favorecer la autonomía, la participación social, la capacidad funcional y la permanencia de las personas mayores en su entorno habitual. Su carácter integral permite responder a las necesidades individuales y colectivas mediante acciones preventivas, educativas, rehabilitadoras y de acompañamiento (Faria et al., 2023; Wang et al., 2024). El profesional de enfermería desempeña un papel relevante en la promoción del envejecimiento activo en el ámbito comunitario. Sus funciones comprenden la valoración integral, la detección de riesgos, la educación para la salud, el fortalecimiento del autocuidado, la coordinación de servicios y el seguimiento de las personas mayores.

Los programas liderados o coliderados por enfermería han integrado valoración geriátrica, educación sanitaria, ejercicio, apoyo social y seguimiento continuo. Estas intervenciones han mostrado resultados favorables en la prevención de la fragilidad, el mantenimiento de la capacidad funcional, la autonomía y el bienestar de las personas mayores (Kasa et al., 2024; Lee et al., 2026; Song & Boo, 2022). En los sistemas sanitarios latinoamericanos persisten dificultades relacionadas con la accesibilidad, la disponibilidad de recursos, la fragmentación de los servicios y la continuidad asistencial. En este contexto, el personal de enfermería representa un vínculo relevante entre las personas mayores, las familias, la comunidad y los servicios de atención primaria.

La práctica enfermera comunitaria trasciende la atención clínica e incorpora actividades de promoción, prevención, rehabilitación y educación. Estas acciones deben desarrollarse mediante un enfoque humanizado que reconozca la dignidad, las necesidades individuales y la participación de la persona mayor en las decisiones relacionadas con su cuidado (Guerrero et al., 2024). Entre las competencias de enfermería comunitaria se encuentran la valoración geriátrica integral, la prevención de riesgos, la educación sanitaria, la gestión de medicamentos, la coordinación interprofesional y el seguimiento del cuidado. La valoración holística incorpora dimensiones funcionales, cognitivas, sociales y ambientales, lo que favorece la planificación individualizada de las intervenciones (Kasa et al., 2024; Song & Boo, 2022).

La evidencia disponible indica que los programas multidimensionales obtienen resultados favorables cuando integran componentes físicos, educativos, conductuales y sociales. Estas intervenciones han contribuido a reducir la fragilidad, mejorar la funcionalidad, fortalecer la adherencia terapéutica y favorecer la autonomía en las actividades cotidianas (Faria et al., 2023; Kasa et al., 2024; Song & Boo, 2022; Yang et al., 2022). Los modelos que combinan el autocuidado, el apoyo de los cuidadores y la intervención sobre diferentes dimensiones de la fragilidad también pueden mejorar el estado funcional de las personas mayores residentes en la comunidad. Estos enfoques

resaltan la importancia de adaptar las acciones a las características y necesidades de cada participante (Baskaran et al., 2024).

Las intervenciones físicas multicomponentes constituyen una estrategia relevante para preservar la funcionalidad durante el envejecimiento. La combinación progresiva de ejercicios de fuerza, equilibrio, resistencia y movilidad ha mostrado efectos favorables sobre el rendimiento físico, la capacidad funcional, la motivación y la calidad de vida (Jofré-Saldía et al., 2023). Estos resultados coinciden con revisiones sistemáticas que señalan que el entrenamiento multicomponente puede mejorar el desempeño físico y las actividades de la vida diaria en personas mayores residentes en la comunidad (Kim et al., 2022; Labata-Lezaun et al., 2023). Los programas de fuerza adaptados también pueden producir mejoras neuromusculares y funcionales (Rodríguez-López et al., 2022).

Además de la dimensión física, el envejecimiento activo requiere intervenciones orientadas a fortalecer la participación social, reducir el aislamiento y consolidar las redes comunitarias. Los programas multicomponentes han mostrado resultados favorables en la disminución de la soledad y el aislamiento social (Hernández-Ascanio et al., 2023). Las herramientas digitales también pueden ampliar las oportunidades de participación y mantener la actividad física de las personas mayores. Las intervenciones educativas mediante aplicaciones de mensajería y los programas de ejercicio en línea han mostrado resultados favorables, aunque su aplicación depende del acceso tecnológico, la conectividad y la alfabetización digital (De la Vega-Cordero et al., 2023; Liang et al., 2023).

La educación para la salud ocupa un lugar central en las intervenciones comunitarias. Esta permite fortalecer los conocimientos, la capacidad para tomar decisiones y las conductas de autocuidado. Las intervenciones dirigidas a la autogestión de los medicamentos pueden mejorar la adherencia terapéutica en personas mayores con multimorbilidad (Yang et al., 2022). La alfabetización en salud también se relaciona con la capacidad para comprender información, administrar recursos personales y tomar decisiones vinculadas con el bienestar. En la vejez, estas competencias pueden contribuir al mantenimiento de la salud cognitiva y a una participación más activa en el proceso de cuidado (Wilson et al., 2017).

Las intervenciones comunitarias actuales incorporan actividad física, alimentación, educación sanitaria, participación social y prevención de la fragilidad. Los programas desarrollados en distintos contextos han producido mejoras en el conocimiento sanitario, las prácticas alimentarias, el establecimiento de objetivos personales y la actividad física (Lim et al., 2024). La evolución reciente de la enfermería comunitaria, junto con las consecuencias sociales y sanitarias de la pandemia de COVID-19, ha incrementado la necesidad de actualizar el conocimiento disponible. La expansión de las intervenciones digitales, la atención a la fragilidad y la incorporación del cuidado domiciliario han transformado las estrategias dirigidas a las personas mayores.

Las revisiones sistemáticas previas han examinado intervenciones relacionadas con ejercicio físico, funcionamiento cotidiano, participación comunitaria y envejecimiento activo (Kim et al., 2022; Labata-Lezaun et al., 2023; Wang et al., 2024). Sin embargo, gran parte de estas investigaciones se ha concentrado en la efectividad general de los programas. En consecuencia, persiste una brecha relacionada con la ausencia de síntesis que examinen específicamente la contribución de enfermería durante el diseño, la implementación, la coordinación, el seguimiento y la evaluación de las intervenciones comunitarias.

En este contexto, el objetivo de esta revisión fue analizar la evidencia científica disponible sobre intervenciones comunitarias con participación explícita de enfermería orientadas a promover el

envejecimiento activo en personas mayores, publicadas entre 2022 y 2026. Se identificaron las características de las intervenciones, las funciones y competencias de enfermería, así como los resultados obtenidos en las diferentes dimensiones del envejecimiento activo.

2. Metodología

Diseño del estudio

Se realizó una revisión sistemática conforme a las directrices de la declaración PRISMA 2020 (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) (Page et al., 2021). El protocolo se elaboró de acuerdo con recomendaciones internacionales para garantizar un proceso metodológico transparente, sistemático y reproducible. La búsqueda bibliográfica se efectuó en cinco bases de datos electrónicas: PubMed, Scopus, Web of Science, CINAHL y LILACS. Se emplearon términos controlados MeSH (*Medical Subject Headings*) y DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud), combinados con palabras clave de texto libre mediante operadores booleanos.

La estrategia de búsqueda se organizó en cuatro componentes temáticos. Los tres primeros se integraron en la ecuación principal, mientras que el cuarto se utilizó en búsquedas complementarias para ampliar la recuperación de investigaciones relacionadas con la participación de enfermería.

Componente 1. Intervenciones comunitarias: ("community intervention" OR "community-based program" OR "community health program" OR "community-based intervention" OR "community participation"). Componente 2. Envejecimiento activo: ("active aging" OR "active ageing" OR "healthy aging" OR "healthy ageing" OR "successful aging"). Componente 3. Población: ("older adults" OR "elderly" OR "seniors" OR "aged" OR "geriatric"). Componente 4. Enfermería: ("nursing" OR "community health nursing" OR "geriatric nursing" OR "nurse-led").

La estrategia principal fue: (Componente 1) AND (Componente 2) AND (Componente 3). Posteriormente, se realizaron búsquedas complementarias mediante la incorporación del componente de enfermería para identificar estudios en los que su participación estuviera descrita en el texto completo, pero no en el título o resumen. Los filtros comprendieron publicaciones realizadas entre el 1 de enero de 2022 y el 31 de diciembre de 2026, en español, inglés o portugués. Se limitaron los resultados a estudios originales con resultados de intervenciones comunitarias.

Criterios de selección

Se incluyeron estudios originales publicados entre enero de 2022 y diciembre de 2026. Se consideraron ensayos controlados aleatorizados, estudios cuasiexperimentales, investigaciones de cohorte, estudios cualitativos y diseños de metodología mixta. La población estuvo conformada por personas de 60 años o más. Las intervenciones debían desarrollarse en centros comunitarios, domicilios, espacios públicos u otros escenarios no hospitalarios, y contar con participación explícita y verificable de profesionales de enfermería.

También se incluyeron estudios que abordaron al menos una dimensión del envejecimiento activo, como salud física, salud mental, autonomía funcional, participación social, autocuidado o bienestar comunitario. Se consideraron publicaciones con texto completo disponible en español, inglés o portugués. Se excluyeron revisiones sistemáticas, metaanálisis, revisiones narrativas, editoriales, cartas al editor, comentarios, resúmenes de congresos y protocolos sin resultados. También se descartaron estudios que no informaron resultados derivados de una intervención. Además, se excluyeron

intervenciones desarrolladas exclusivamente en hospitales o instituciones de cuidado prolongado. Tampoco se consideraron investigaciones centradas únicamente en personas con enfermedades terminales.

Selección de los estudios

Los registros recuperados se exportaron a un gestor bibliográfico para organizar las referencias y eliminar los duplicados. Posteriormente, dos revisores independientes efectuaron el cribado inicial mediante la lectura de títulos y resúmenes. Ambos revisores eran docentes de enfermería con experiencia en enfermería comunitaria y atención a personas mayores. La evaluación se realizó de manera independiente y cegada respecto de las decisiones del otro revisor, con base en los criterios de elegibilidad establecidos.

Las discrepancias surgidas durante el cribado se resolvieron mediante discusión y consenso. Los artículos seleccionados fueron evaluados posteriormente mediante la lectura independiente del texto completo. Durante esta fase se verificó el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión. También se examinó la participación de enfermería en el diseño, implementación, coordinación, seguimiento o evaluación de las intervenciones.

Extracción de datos

La extracción se realizó mediante un formulario estandarizado diseñado específicamente para la revisión. El instrumento incorporó variables relacionadas con las características metodológicas, las intervenciones evaluadas y la participación del profesional de enfermería. Las variables generales incluyeron autor, año de publicación, país o región, diseño metodológico, tamaño de la muestra y características demográficas. También se registraron los escenarios comunitarios en los que se desarrollaron las intervenciones.

En relación con las intervenciones, se analizaron el tipo, la duración, la frecuencia, la intensidad, el marco teórico y la participación comunitaria en el diseño o implementación. Estas se clasificaron como físicas, nutricionales, educativas, sociales o multidimensionales. Respecto al rol de enfermería, se registraron la presencia de profesionales en los equipos, las funciones desempeñadas y las competencias movilizadas. También se identificó su participación como líderes, colíderes, educadores, coordinadores, evaluadores o responsables del seguimiento.

Los datos extraídos incluyeron variables primarias y secundarias, instrumentos de medición y hallazgos sobre la efectividad de las intervenciones. También se recopilaron los facilitadores, las barreras y las limitaciones informadas. La extracción fue realizada de manera independiente por dos revisores. Las discrepancias se resolvieron mediante revisión conjunta y consenso.

Evaluación de la calidad metodológica

La calidad metodológica se evaluó mediante herramientas específicas según el diseño de cada estudio. Para los ensayos controlados aleatorizados se utilizó RoB 2. Los estudios cualitativos se evaluaron mediante CASP y las investigaciones con metodología mixta mediante el *Mixed Methods Appraisal Tool* (MMAT). La evaluación fue realizada independientemente por dos revisores con formación en investigación en enfermería. Las diferencias entre las valoraciones se resolvieron mediante discusión y consenso. Los resultados de esta evaluación se consideraron durante la interpretación de la evidencia y se presentaron en una tabla de calidad metodológica.

Síntesis de la información

Debido a la heterogeneidad metodológica, clínica y temática de los estudios, se realizó una síntesis narrativa estructurada. Los datos se organizaron en tablas comparativas para facilitar el análisis de las características, intervenciones y resultados. También se efectuó un análisis temático centrado en el rol de enfermería. Este proceso permitió identificar patrones relacionados con las funciones desempeñadas, las competencias movilizadas y la contribución profesional en las intervenciones comunitarias.

Los resultados se agruparon según las dimensiones del envejecimiento activo, entre ellas la capacidad funcional, la salud física, el bienestar psicológico, la participación social, el autocuidado y la prevención de la fragilidad. No se realizó un metaanálisis debido a la heterogeneidad de los diseños, las intervenciones, los instrumentos de medición y los resultados evaluados.

3. Resultados

Selección de los estudios

La búsqueda se orientó a identificar estudios primarios sobre intervenciones comunitarias dirigidas a personas mayores, en los que la participación del profesional de enfermería estuviera descrita de manera explícita y verificable. Las referencias recuperadas se contrastaron mediante la revisión de la autoría, el año de publicación, la revista, el DOI y el contenido del texto completo.

Después de las fases de identificación, eliminación de duplicados, cribado y evaluación de elegibilidad, ocho estudios primarios cumplieron los criterios establecidos y fueron incluidos en la síntesis narrativa. La selección definitiva se fundamentó en la verificación independiente de los datos bibliográficos y metodológicos de cada publicación. El proceso de selección se presentó mediante el diagrama de flujo PRISMA 2020. En este se detallaron los registros identificados, los duplicados eliminados, los estudios examinados por título y resumen, los textos completos evaluados y las razones de exclusión.

Características de los estudios incluidos

Los ocho estudios incluidos se desarrollaron en diferentes contextos geográficos. Cuatro procedieron de Asia oriental: dos de Corea del Sur, uno de Hong Kong y uno de China; dos se realizaron en Europa, específicamente en Portugal y España; uno en Etiopía, África; y uno en India, Asia meridional. No se identificaron investigaciones procedentes de América Latina que cumplieran simultáneamente los criterios de elegibilidad y describieran una participación explícita y verificable de enfermería. Este resultado evidenció una limitada representación regional de la investigación sobre intervenciones comunitarias orientadas al envejecimiento activo.

En cuanto al diseño metodológico, cinco investigaciones correspondieron a estudios cuasiexperimentales y tres a ensayos controlados aleatorizados. Esta distribución permitió examinar intervenciones desarrolladas tanto en condiciones controladas como en escenarios comunitarios próximos a la práctica asistencial habitual. El tamaño muestral osciló entre 40 y 136 participantes en los estudios que informaron este dato. Cuando la cifra exacta no estuvo disponible, se registró como información no reportada en la tabla de evidencia, sin completar los datos mediante estimaciones.

La duración de las intervenciones varió entre 6 y 12 semanas en los estudios que proporcionaron esta información. Los programas incluyeron actividades individuales y grupales, educación sanitaria,

seguimiento telefónico, visitas domiciliarias y acciones dirigidas al fortalecimiento del autocuidado. Las intervenciones fueron principalmente multidimensionales y se orientaron a prevenir o disminuir la fragilidad. También se identificaron programas centrados en la adherencia a la medicación, la reducción del aislamiento social, la promoción de la participación comunitaria y el uso de herramientas digitales.

Participación y rol de enfermería en las intervenciones

Los ocho estudios incluidos describieron la participación de profesionales de enfermería en el equipo responsable de la intervención. Este resultado se relacionó con los criterios de elegibilidad, dado que la participación explícita y verificable de enfermería constituyó una condición para la inclusión. En dos investigaciones, las enfermeras asumieron funciones directas de liderazgo o coordinación del programa (Lee et al., 2026; Song & Boo, 2022). Sus responsabilidades comprendieron la organización de actividades, la valoración de los participantes, la planificación del cuidado y la supervisión del seguimiento.

La educación para la salud constituyó la función de enfermería identificada con mayor frecuencia. Las actividades educativas abordaron el autocuidado, el ejercicio físico, la prevención de la fragilidad, el manejo de medicamentos y la adopción de conductas favorables para la salud. El seguimiento telefónico de la adherencia terapéutica se documentó en la intervención desarrollada por Yang et al. (2022). Esta estrategia permitió acompañar a las personas mayores con multimorbilidad y reforzar las conductas relacionadas con el manejo autónomo y seguro de los medicamentos.

Las visitas domiciliarias individualizadas se identificaron en los estudios de Kasa et al. (2024) y Song y Boo (2022). Estas actividades facilitaron la valoración del entorno, la identificación de riesgos y la adaptación de las recomendaciones a las necesidades de cada participante. En conjunto, la participación de enfermería trascendió las actividades asistenciales convencionales e incorporó funciones de liderazgo, educación sanitaria, valoración integral, coordinación interdisciplinaria y seguimiento longitudinal. Estos hallazgos evidenciaron la amplitud del rol enfermero en las intervenciones comunitarias dirigidas a personas mayores.

Correspondencia con el objetivo de la revisión

Los resultados permitieron caracterizar las intervenciones comunitarias e identificar las funciones desempeñadas por enfermería durante su diseño, implementación y seguimiento. También se reconocieron competencias relacionadas con la valoración integral, la educación sanitaria, la coordinación del cuidado y la atención domiciliaria.

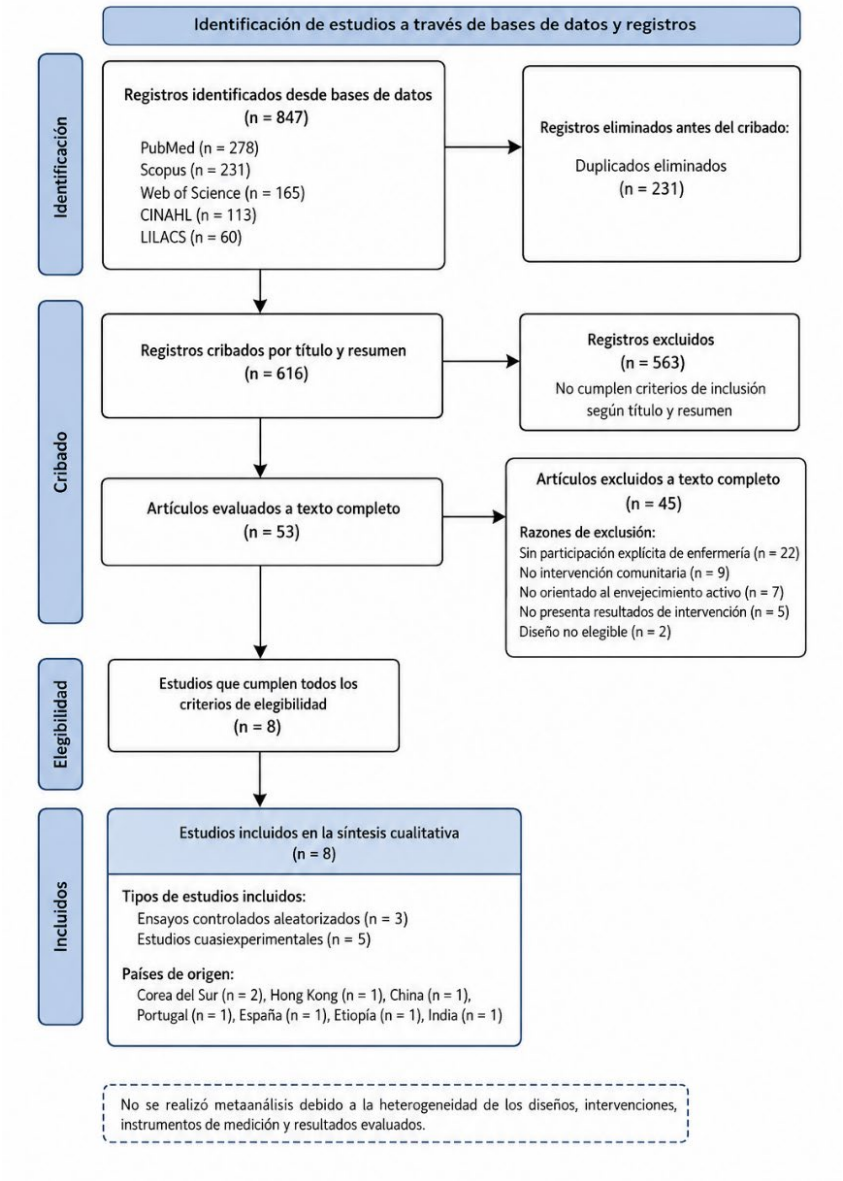
Los efectos de las intervenciones se analizaron según las dimensiones del envejecimiento activo evaluadas en los estudios. Estas comprendieron la fragilidad, la capacidad funcional, la adherencia terapéutica, la participación social, el aislamiento, el autocuidado y el bienestar psicológico. Los resultados se clasificaron según la dirección de los efectos reportados, diferenciando hallazgos favorables, resultados no concluyentes y variables sin cambios relevantes. Este análisis permitió relacionar las funciones de enfermería con los resultados observados en las distintas intervenciones.

La figura 1 presenta el proceso de selección de los estudios conforme a PRISMA 2020. Se identificaron 847 registros en cinco bases de datos, de los cuales 231 fueron eliminados por duplicidad; posteriormente, se cribaron 616 referencias, se evaluaron 53 artículos a texto completo y se excluyeron 45 por no cumplir los criterios de elegibilidad. Finalmente, se incluyeron ocho estudios en la síntesis

cualitativa: tres ensayos controlados aleatorizados y cinco estudios cuasiexperimentales. No se realizó metaanálisis debido a la heterogeneidad de los diseños, las intervenciones, los instrumentos de medición y los resultados evaluado.

Figura 1

Diagrama de flujo del proceso de selección de estudios conforme a PRISMA 2020



La tabla 1 presenta las características generales de los ocho estudios incluidos y describe la participación de enfermería en las intervenciones comunitarias dirigidas a personas mayores. Los estudios se desarrollaron en Asia, Europa y África, mediante diseños cuasiexperimentales, ensayos controlados aleatorizados y estudios de intervención. Predominaron los programas multidimensionales para la prevención de la fragilidad, junto con intervenciones de rehabilitación, adherencia terapéutica, reducción del aislamiento social y participación mediante herramientas digitales. El personal de enfermería desempeñó funciones de liderazgo, educación sanitaria, consejería, atención domiciliaria, seguimiento telefónico y coordinación de los programas.

Tabla 1

Características generales de los estudios incluidos y rol de enfermería (n=8)

Autor (año)	País	Diseño	*N*	Edad o características de los participantes	Tipo de intervención	Duración	Rol de enfermería
Song y Boo (2022)	Corea del Sur	Estudio cuasiexperimental	126 (62/64)	Personas de 65 años o más	Intervención multidimensional para la fragilidad	12 semanas	Enfermeras de salud pública y atención domiciliaria responsables de la implementación directa del programa.
Lee et al. (2026)	Corea del Sur	Estudio cuasiexperimental pragmático	40 (20/20)	Personas mayores en condición de prefragilidad	Intervención multidimensional para prevenir la fragilidad	12 semanas	Enfermeras comunitarias encargadas de la consejería, educación grupal y supervisión de caminatas.
Kasa et al. (2024)	Etiopía	Estudio cuasiexperimental	—	Personas mayores con fragilidad	Intervención multidimensional domiciliaria	12 semanas	Enfermeras responsables de proporcionar la intervención de forma individual y presencial en el domicilio.
Yang et al. (2022)	Hong Kong, China	Ensayo controlado aleatorizado	136 (67/69)	Personas mayores con multimorbilidad	Autocuidado y adherencia a la medicación	6 semanas, más seguimiento	Enfermeras comunitarias responsables de las sesiones educativas y del seguimiento telefónico.
Faria et al. (2023)	Portugal	Ensayo controlado aleatorizado	—	Personas mayores residentes en la comunidad	Programa de enfermería de rehabilitación	—	Profesionales de enfermería de rehabilitación responsables del diseño y liderazgo del programa *Active Aging-in-Place*.

Hernández-Ascanio et al. (2023)	España	Ensayo clínico aleatorizado	—	Personas mayores residentes en la comunidad	Intervención multicomponente para reducir el aislamiento social y la soledad	—	Profesionales de enfermería integrados en el equipo de atención primaria del estudio ASyS.
Liang et al. (2023)	China	Estudio piloto con métodos mixtos	—	Personas mayores residentes en la comunidad	Intervención educativa mediante WeChat para promover la participación social	—	Profesionales de enfermería responsables de facilitar la educación y la participación social mediante herramientas digitales.
Baskaran et al. (2024)	India	Estudio de intervención comunitaria	—	Personas mayores residentes en un entorno urbano	Modelo híbrido de atención para reducir la fragilidad	—	Personal de enfermería y salud comunitaria integrado en la implementación y seguimiento del modelo de atención.

Nota. N = tamaño de la muestra; 62/64 y 20/20 corresponden a la distribución de participantes entre los grupos de intervención y control, respectivamente; ASyS = *Acompañamiento para la Soledad y el Aislamiento Social*. El guion largo (—) indica información no especificada.

Tipos de intervenciones comunitarias y rol específico de enfermería

Las intervenciones identificadas se clasificaron en cuatro categorías, de acuerdo con sus características, objetivos y componentes. En cada categoría se examinó la participación específica del profesional de enfermería durante el diseño, la implementación, la educación, el seguimiento o la coordinación de las actividades.

Intervenciones multidimensionales (*n* = 5; 62,5 %)

Las intervenciones multidimensionales fueron las más frecuentes e integraron componentes orientados a prevenir o disminuir la fragilidad. Entre las actividades desarrolladas se incluyeron ejercicio físico, estimulación cognitiva, educación nutricional, consejería, rehabilitación y fortalecimiento del autocuidado (Baskaran et al., 2024; Faria et al., 2023; Kasa et al., 2024; Lee et al., 2026; Song & Boo, 2022). En estos programas, el personal de enfermería participó en la coordinación, la valoración integral, la educación sanitaria y el seguimiento de los participantes. En el estudio de Kasa et al. (2024), la intervención se proporcionó de manera individual y presencial en el domicilio, lo que permitió adaptar las acciones a las necesidades de cada persona mayor.

En la intervención de Lee et al. (2026), las enfermeras comunitarias recibieron capacitación previa para implementar el programa. Sus funciones comprendieron la consejería, la educación grupal, la

orientación sobre actividad física y el acompañamiento durante las caminatas programadas. Song y Boo (2022) describieron un programa liderado por enfermería dirigido a personas mayores frágiles que vivían solas. Por su parte, Faria et al. (2023) evaluaron un programa de enfermería de rehabilitación orientado a favorecer el envejecimiento activo y la permanencia de las personas mayores en su entorno habitual.

Autocuidado y adherencia a la medicación (*n* = 1; 12,5 %)

Esta categoría correspondió al estudio de Yang et al. (2022), en el cual se evaluó una intervención dirigida al autocuidado y la adherencia farmacológica en personas mayores con multimorbilidad. El programa combinó sesiones educativas individualizadas con seguimiento telefónico. El profesional de enfermería desempeñó funciones educativas y de acompañamiento, orientadas a mejorar el conocimiento sobre los medicamentos y reforzar las conductas de autocuidado. El seguimiento permitió valorar el cumplimiento de las recomendaciones y atender las dificultades identificadas durante la intervención.

Reducción del aislamiento social (*n* = 1; 12,5 %)

Esta categoría incluyó el ensayo desarrollado por Hernández-Ascanio et al. (2023), dirigido a reducir el aislamiento social y la soledad en personas mayores residentes en la comunidad. La intervención combinó diferentes actividades de acompañamiento, educación e integración social. El programa fue implementado por un equipo colaborativo de atención primaria en el que participaron profesionales de enfermería. Su intervención se relacionó con el acompañamiento, la educación sanitaria, la identificación de necesidades sociales y la coordinación con otros integrantes del equipo.

Participación social mediada por tecnología (*n* = 1; 12,5 %)

Esta categoría correspondió al estudio piloto de Liang et al. (2023), que evaluó una intervención educativa basada en WeChat para promover la participación social de las personas mayores. La estrategia utilizó recursos digitales para facilitar la comunicación, el aprendizaje y la interacción entre los participantes. La participación de enfermería se vinculó con la facilitación educativa y el acompañamiento de las actividades desarrolladas mediante la plataforma. Sin embargo, conviene verificar en el texto completo las funciones específicas desempeñadas por estos profesionales, ya que la publicación en una revista de enfermería no demuestra por sí sola su participación directa en la intervención.

La tabla 2 sintetiza los tipos de intervenciones comunitarias, las funciones principales de enfermería, las competencias movilizadas y la formación asociada. Predominaron las intervenciones multidimensionales para la fragilidad (*n* = 5), en las que enfermería asumió actividades de coordinación, valoración integral, educación sanitaria y atención domiciliaria. Las demás intervenciones se orientaron al autocuidado y la adherencia terapéutica, la reducción del aislamiento social y la participación mediada por tecnología. En conjunto, destacaron competencias relacionadas con la valoración geriátrica, la educación para la salud, la comunicación terapéutica, el trabajo interdisciplinario y la alfabetización digital.

Tabla 2

Rol de enfermería por tipo de intervención

Tipo de intervención	*n*	Rol principal de enfermería	Competencias movilizadas	Formación requerida
Multidimensional para la fragilidad	5	Coordinación general, valoración integral, educación sanitaria y atención domiciliaria.	Valoración geriátrica integral, educación para la salud, coordinación interdisciplinaria y liderazgo de programas.	Formación en enfermería comunitaria y gerontológica.
Autocuidado y adherencia a la medicación	1	Educación individual y seguimiento telefónico de la adherencia terapéutica.	Consejería, educación para la salud, comunicación terapéutica y seguimiento clínico.	Formación en enfermería comunitaria y conocimientos básicos de farmacología.
Reducción del aislamiento social	1	Participación en un equipo interdisciplinario de atención primaria.	Trabajo en equipo, valoración psicosocial, comunicación terapéutica y coordinación comunitaria.	Formación en enfermería comunitaria y salud mental.
Participación social mediada por tecnología	1	Facilitación educativa y acompañamiento de la participación grupal mediante WeChat.	Educación digital, dinamización de grupos, comunicación y acompañamiento comunitario.	Formación en enfermería comunitaria y alfabetización digital.

Nota. n = número de estudios.

Competencias de enfermería identificadas

El análisis transversal de los ocho estudios permitió identificar las competencias de enfermería comunitaria movilizadas durante la implementación de las intervenciones. Las más frecuentes fueron la valoración integral, la educación para la salud, la coordinación del cuidado, el trabajo comunitario y el seguimiento individualizado.

La valoración integral se identificó en cuatro estudios e incluyó la evaluación de la capacidad funcional, el estado cognitivo, la condición nutricional y el nivel de fragilidad de las personas mayores. Esta competencia facilitó la identificación de necesidades y la adaptación de las intervenciones a las condiciones individuales de los participantes (Faria et al., 2023; Kasa et al., 2024; Lee et al., 2026; Song & Boo, 2022). La educación para la salud constituyó la competencia descrita con mayor frecuencia. Se desarrolló mediante sesiones grupales, consejería individual, orientación domiciliaria, seguimiento telefónico y estrategias educativas apoyadas en herramientas digitales (Liang et al., 2023; Yang et al., 2022).

La coordinación del cuidado se documentó de manera explícita en los programas liderados por enfermería. Esta competencia comprendió la planificación de las actividades, la articulación con otros profesionales y servicios comunitarios, y la supervisión del cumplimiento de las acciones previstas (Lee et al., 2026; Song & Boo, 2022). El trabajo comunitario y la promoción de la participación social se identificaron en las intervenciones orientadas a disminuir el aislamiento y fortalecer la integración de las personas mayores. Estas actividades incluyeron acompañamiento, educación, interacción grupal y uso de medios digitales (Hernández-Ascanio et al., 2023; Liang et al., 2023).

La gestión de casos y el seguimiento individualizado se evidenciaron mediante llamadas telefónicas, visitas domiciliarias y acompañamiento continuado. Estas estrategias permitieron supervisar la adherencia, identificar dificultades y ajustar las recomendaciones a las necesidades de cada participante (Kasa et al., 2024; Yang et al., 2022). No se encontró evidencia explícita suficiente para confirmar el ejercicio de la abogacía o defensa de los derechos de las personas mayores como una competencia diferenciada. Aunque esta función pudo estar implícita en algunas intervenciones, no fue descrita de manera precisa en las fuentes analizadas.

Resultados en las dimensiones del envejecimiento activo

Salud física

La salud física fue una de las dimensiones evaluadas con mayor frecuencia. Las intervenciones multidimensionales mostraron resultados favorables en indicadores relacionados con fragilidad, capacidad funcional, movilidad y desempeño físico de las personas mayores (Kasa et al., 2024; Lee et al., 2026; Song & Boo, 2022). Estos resultados sugirieron que la combinación de valoración, ejercicio, educación y seguimiento pudo contribuir al mantenimiento de la autonomía funcional. Sin embargo, la heterogeneidad de los instrumentos y diseños impidió establecer una magnitud conjunta del efecto.

Salud mental

La salud mental fue evaluada principalmente mediante indicadores de sintomatología depresiva y bienestar emocional. Los estudios de Song y Boo (2022) y Kasa et al. (2024) reportaron mejoras después de la intervención, aunque los resultados variaron según el momento de evaluación y las características de los participantes. La incorporación de acompañamiento, educación y contacto continuado pudo favorecer el bienestar emocional de las personas mayores. No obstante, esta dimensión fue examinada en un número reducido de estudios, lo que limitó la generalización de los hallazgos.

Bienestar y participación social

El bienestar social fue analizado mediante variables relacionadas con apoyo social, actividad comunitaria, aislamiento, soledad y participación. Las intervenciones reportaron resultados favorables en estas dimensiones, particularmente cuando incorporaron actividades grupales, acompañamiento y recursos tecnológicos (Hernández-Ascanio et al., 2023; Liang et al., 2023; Song & Boo, 2022). Los hallazgos indicaron que las estrategias comunitarias pudieron fortalecer la interacción y la vinculación de las personas mayores con su entorno. La participación de enfermería se relacionó con la facilitación educativa, el seguimiento y la coordinación de las actividades.

Calidad de vida y adherencia terapéutica

La calidad de vida y la adherencia al tratamiento fueron evaluadas mediante instrumentos diferentes. Kasa et al. (2024) analizaron resultados vinculados con el bienestar y la funcionalidad, mientras que Yang et al. (2022) examinaron la adherencia a la medicación en personas mayores con multimorbilidad. Yang et al. (2022) reportaron mejoras en la adherencia a corto plazo, aunque los efectos sobre resultados globales de salud fueron más limitados. Esto indicó que las intervenciones centradas en un único componente pudieron ser insuficientes para modificar dimensiones amplias como la calidad de vida.

Adherencia y retención de los participantes

Los estudios incluidos informaron diferentes niveles de adherencia, permanencia y seguimiento. Sin embargo, la heterogeneidad de los criterios empleados para medir estas variables impidió realizar comparaciones directas entre las intervenciones. Tampoco fue posible establecer diferencias según la intensidad del rol de enfermería, debido a que todos los estudios fueron seleccionados por incluir participación explícita de estos profesionales. Por esta razón, los resultados se analizaron de forma descriptiva y no mediante comparaciones entre subgrupos.

Facilitadores y barreras de la práctica de enfermería

El análisis permitió identificar factores que favorecieron o limitaron la implementación de las intervenciones. Estos elementos se sintetizaron cualitativamente debido al reducido número de estudios y a la diversidad de los contextos, diseños y programas evaluados.

Facilitadores relacionados con enfermería

La formación especializada constituyó un facilitador relevante. En el estudio de Lee et al. (2026), las enfermeras comunitarias recibieron capacitación previa para implementar el programa, lo que favoreció la estandarización de las actividades educativas, de consejería y seguimiento. La autonomía profesional también facilitó la coordinación y la toma de decisiones. En los programas liderados directamente por enfermería, estos profesionales organizaron las actividades, valoraron a los participantes y supervisaron el desarrollo de la intervención (Lee et al., 2026; Song & Boo, 2022). Las metodologías participativas favorecieron la implicación de las personas mayores en su propio cuidado. La educación grupal, la consejería individual, las visitas domiciliarias y el acompañamiento facilitaron la comunicación y la adaptación de las acciones a las necesidades de los participantes.

Barreras relacionadas con enfermería

La sostenibilidad de los efectos constituyó una de las principales limitaciones identificadas. En Kasa et al. (2024), algunos beneficios variaron durante el seguimiento, lo que evidenció la necesidad de mantener acciones de refuerzo después de finalizar la intervención principal. El alcance limitado de las intervenciones centradas en un solo dominio también representó una barrera. Aunque Yang et al. (2022) encontraron mejoras en la adherencia a la medicación, los efectos sobre resultados generales de salud fueron menos consistentes.

La descripción insuficiente del rol de enfermería dificultó la interpretación de algunos estudios. En Liang et al. (2023) y Baskaran et al. (2024), la información disponible no permitió determinar con precisión qué funciones fueron ejecutadas exclusivamente por enfermería y cuáles correspondieron a otros integrantes del equipo. Esta limitación redujo la posibilidad de establecer asociaciones claras entre las competencias enfermeras y los resultados alcanzados. Por ello, futuras investigaciones deberían describir de forma detallada la formación, las funciones, el grado de liderazgo y el tiempo de participación del personal de enfermería.

La tabla 3 resume los principales facilitadores y barreras relacionados con la participación de enfermería en las intervenciones comunitarias. Entre los facilitadores destacaron la capacitación previa, el liderazgo profesional, la integración de los programas en servicios de atención primaria, el reconocimiento del rol enfermero y el uso de metodologías participativas. Las principales barreras

fueron la información insuficiente sobre formación, carga laboral y recursos, la descripción incompleta de las funciones de enfermería, la limitada visibilidad de su contribución, la variabilidad en la permanencia de los efectos y la ausencia de estudios desarrollados en América Latina

Tabla 3

Facilitadores y barreras específicos de la práctica de enfermería

Categoría	Facilitadores	Barreras
Formación profesional	Capacitación formal previa a la implementación del programa, lo que favoreció la estandarización de las actividades desarrolladas por enfermería (Lee et al., 2026).	Información insuficiente sobre la formación especializada en gerontología o enfermería comunitaria recibida por los profesionales participantes en varios estudios.
Condiciones profesionales	Liderazgo directo de enfermería en la planificación, coordinación e implementación de los programas (Lee et al., 2026; Song & Boo, 2022).	Limitada información sobre la carga laboral, la disponibilidad de tiempo y los recursos asignados al personal de enfermería para desarrollar actividades comunitarias.
Organización de los servicios	Integración de las intervenciones en centros de atención primaria, servicios de salud pública y programas de atención domiciliaria previamente establecidos (Song & Boo, 2022).	Descripción incompleta de las funciones de enfermería en comparación con las responsabilidades asumidas por otros profesionales del equipo (Baskaran et al., 2024; Liang et al., 2023).
Reconocimiento profesional	Diseño y liderazgo explícito de un programa de rehabilitación orientado al envejecimiento activo desde la práctica de enfermería (Faria et al., 2023).	Escasa visibilidad de la contribución específica de enfermería en los resúmenes y apartados metodológicos de algunos estudios.
Metodología de intervención	Aplicación de estrategias participativas, educación grupal, consejería individual y seguimiento adaptado a las necesidades de las personas mayores.	Variabilidad en la permanencia de los efectos después de finalizar las intervenciones y necesidad de acciones de refuerzo durante el seguimiento (Kasa et al., 2024).
Contexto de implementación	Participación de equipos interdisciplinarios de atención primaria en intervenciones destinadas a reducir la soledad y el aislamiento social (Hernández-Ascanio et al., 2023).	Ausencia de estudios latinoamericanos entre las investigaciones que cumplieron los criterios de elegibilidad de la revisión.

Nota. Los facilitadores y las barreras se sintetizaron a partir de la información reportada en los estudios incluidos.

Sostenibilidad de las intervenciones lideradas por enfermería

En los estudios en los que enfermería asumió funciones explícitas de liderazgo o coliderazgo, se identificaron procesos de capacitación previa e integración institucional que pudieron favorecer la continuidad de las intervenciones (Lee et al., 2026; Song & Boo, 2022). Estas estrategias se desarrollaron en centros de salud pública, servicios comunitarios y programas de atención domiciliaria previamente establecidos. Sin embargo, los estudios incluidos no compararon directamente la sostenibilidad de las intervenciones lideradas por enfermería con programas dirigidos por otros profesionales.

Kasa et al. (2024) evaluaron la persistencia de los resultados después de la intervención y observaron que algunos beneficios disminuyeron durante el seguimiento. Este hallazgo evidenció la necesidad de

incorporar sesiones de refuerzo y mecanismos de acompañamiento continuado. Entre los factores que pudieron favorecer la sostenibilidad se identificaron la integración de los programas en servicios de atención primaria existentes y la capacitación formal de las enfermeras responsables de su implementación (Lee et al., 2026; Song & Boo, 2022).

No obstante, la heterogeneidad de los periodos de seguimiento y la limitada información sobre recursos, costos y continuidad institucional impidieron establecer conclusiones definitivas sobre la sostenibilidad a largo plazo de las intervenciones.

Calidad metodológica

La calidad metodológica de los ocho estudios incluidos debía evaluarse mediante herramientas estandarizadas y acordes con cada diseño de investigación. Para los ensayos controlados aleatorizados correspondía emplear RoB 2, mientras que para los estudios no aleatorizados podía utilizarse ROBINS-I. La falta de acceso al texto completo de algunos artículos limitó la evaluación detallada del riesgo de sesgo. Sin embargo, esta limitación no debía atribuirse al reducido número de estudios, debido a que la cantidad de investigaciones incluidas no impedía aplicar los instrumentos de valoración metodológica.

En los estudios cuyo texto completo no estuvo disponible, la calidad metodológica no pudo establecerse únicamente a partir del resumen. Por esta razón, dichos casos debían registrarse como información insuficiente y considerarse al interpretar la solidez de los resultados. La evaluación debía realizarse de manera independiente por dos revisores, con resolución de discrepancias mediante consenso. Los resultados de esta valoración debían presentarse en una tabla específica y considerarse durante la síntesis y discusión de los hallazgos.

Reporte del rol de enfermería

El rol de enfermería se describió con mayor precisión en los estudios de Faria et al. (2023), Lee et al. (2026), Song y Boo (2022) y Yang et al. (2022). Estas investigaciones detallaron funciones relacionadas con liderazgo, educación sanitaria, seguimiento, rehabilitación y coordinación del cuidado. En contraste, Baskaran et al. (2024), Hernández-Ascanio et al. (2023) y Liang et al. (2023) presentaron una descripción más general de la participación de enfermería, principalmente como parte de equipos interdisciplinarios o modelos colaborativos de atención.

La información disponible en estos estudios no permitió diferenciar con precisión las actividades desarrolladas exclusivamente por enfermería de aquellas ejecutadas por otros integrantes del equipo. Esta limitación dificultó atribuir determinados resultados a la intervención enfermera. La variabilidad en el reporte evidenció la necesidad de que futuras investigaciones describieran la formación, las responsabilidades, el grado de liderazgo, la intensidad de participación y el tiempo destinado por enfermería a cada componente del programa.

4. Discusión

Esta revisión sistemática evidenció que la enfermería comunitaria participó en intervenciones orientadas al envejecimiento activo mediante funciones de coordinación, educación sanitaria, consejería, seguimiento telefónico y atención domiciliaria. Estos hallazgos mostraron que su contribución no se limitó a la ejecución de actividades, sino que abarcó la planificación, el acompañamiento y la continuidad del cuidado.

La mayoría de los estudios incluidos procedió de países asiáticos y, en menor proporción, de Europa y África. La ausencia de investigaciones latinoamericanas entre los estudios seleccionados evidenció una brecha geográfica que limita la transferencia directa de los resultados al contexto ecuatoriano y regional. El reducido número de estudios incluidos (n = 8), la heterogeneidad de las intervenciones y la diversidad de los contextos asistenciales impidieron formular conclusiones generalizables sobre la efectividad específica del liderazgo enfermero. Por ello, los resultados deben interpretarse como una síntesis descriptiva de las funciones y competencias identificadas.

Coordinación y liderazgo de los programas

La coordinación y el liderazgo constituyeron funciones relevantes en los programas de Song y Boo (2022) y Lee et al. (2026). En ambos estudios, las enfermeras comunitarias asumieron responsabilidades relacionadas con la organización, implementación y seguimiento de las intervenciones.

Este hallazgo sugiere que el liderazgo enfermero puede facilitar la integración de los componentes educativos, funcionales y sociales de los programas comunitarios. Sin embargo, ninguno de los estudios comparó directamente intervenciones lideradas por enfermería con aquellas dirigidas por otros profesionales. En consecuencia, no fue posible atribuir una mayor efectividad o sostenibilidad exclusivamente al liderazgo de enfermería. La evidencia disponible permitió reconocer su participación organizativa, pero no establecer relaciones causales entre el profesional responsable y los resultados alcanzados.

Valoración geriátrica integral

La valoración geriátrica integral se identificó en varios estudios e incluyó dimensiones funcionales, cognitivas, nutricionales y sociales. Esta evaluación constituyó la base para reconocer riesgos, determinar necesidades y planificar intervenciones adaptadas a las condiciones de cada persona mayor (Kasa et al., 2024; Lee et al., 2026; Song & Boo, 2022).

La incorporación de diferentes dimensiones permitió superar una visión exclusivamente biomédica del envejecimiento. Desde la práctica comunitaria, esta competencia favoreció la detección temprana de fragilidad, pérdida funcional y necesidades de apoyo familiar o social. No obstante, los estudios emplearon instrumentos distintos y no describieron con la misma precisión el proceso de valoración. Esta variabilidad dificultó comparar la profundidad, frecuencia y alcance de las evaluaciones realizadas por enfermería.

Educación para la salud

La educación para la salud fue una de las funciones más frecuentes en las intervenciones analizadas. Se desarrolló mediante sesiones grupales, consejería individual, orientación domiciliaria, seguimiento telefónico y estrategias digitales adaptadas a las características de los participantes.

La función educativa trascendió la transmisión de información, debido a que estuvo orientada al fortalecimiento del autocuidado, la adherencia terapéutica, la actividad física y la participación social. En Yang et al. (2022), el acompañamiento telefónico complementó las sesiones educativas sobre el manejo de la medicación. En Liang et al. (2023), la utilización de WeChat mostró el potencial de las tecnologías digitales para ampliar el alcance de la educación y la interacción social. Sin embargo, su implementación requirió acceso tecnológico, alfabetización digital y acompañamiento para evitar nuevas formas de exclusión.

Gestión de casos y continuidad del cuidado

La gestión individualizada se identificó principalmente en las intervenciones que incorporaron llamadas telefónicas y visitas domiciliarias. Estas estrategias permitieron realizar un seguimiento longitudinal de las personas mayores y atender dificultades relacionadas con fragilidad, multimorbilidad y adherencia terapéutica (Kasa et al., 2024; Yang et al., 2022).

La continuidad del cuidado representó un aporte distintivo de enfermería, al vincular la valoración inicial con el seguimiento posterior y la adaptación de las recomendaciones. Este enfoque resultó especialmente pertinente en intervenciones que requirieron cambios sostenidos en los comportamientos de salud. Sin embargo, los periodos de seguimiento fueron variables y, en algunos estudios, insuficientes para determinar la permanencia de los efectos. Por esta razón, la continuidad asistencial debe interpretarse como una función identificada y no como una garantía de sostenibilidad a largo plazo.

Enlace entre la comunidad y el sistema sanitario

La participación de enfermería como enlace entre los servicios sanitarios y la comunidad se evidenció en programas vinculados con atención primaria, salud pública y atención domiciliaria. Esta función permitió articular recursos institucionales, familiares y comunitarios.

La proximidad territorial del personal de enfermería pudo favorecer la identificación de necesidades y la derivación oportuna hacia otros servicios. También facilitó el acompañamiento de las personas mayores en espacios distintos del establecimiento sanitario. Pese a ello, algunos estudios describieron la intervención como parte de un equipo colaborativo sin precisar las responsabilidades de cada profesional. Esta limitación impidió diferenciar con exactitud las actividades exclusivas de enfermería de aquellas compartidas con otros integrantes del equipo.

Competencias distintivas de enfermería comunitaria

Las competencias identificadas reflejaron la contribución clínica, educativa y social de la enfermería comunitaria. Entre ellas destacaron la valoración holística, la educación para la salud, la continuidad del cuidado, la coordinación y el trabajo con grupos y redes comunitarias.

Valoración holística

La valoración holística incorporó dimensiones funcionales, cognitivas, nutricionales, sociales y ambientales. Esta integración permitió comprender las necesidades de las personas mayores desde una perspectiva amplia y orientar planes de cuidado individualizados (Kasa et al., 2024; Lee et al., 2026; Song & Boo, 2022).

Educación y comunicación terapéutica

La educación sanitaria se desarrolló mediante estrategias adaptadas a las capacidades cognitivas, sociales y culturales de las personas mayores. La personalización de los contenidos pudo favorecer la comprensión, la participación y la toma de decisiones relacionadas con la salud. Además, la comunicación terapéutica facilitó la identificación de dudas, barreras y necesidades individuales. Este componente fue especialmente relevante en intervenciones sobre medicación, prevención de la fragilidad, actividad física y participación social (Liang et al., 2023; Yang et al., 2022).

Trabajo comunitario

El trabajo comunitario permitió desarrollar intervenciones fuera del ámbito hospitalario, mediante actividades domiciliarias, grupales y digitales. Esta competencia facilitó la adaptación de las estrategias al entorno cotidiano de las personas mayores y favoreció su vinculación con redes sociales y sanitarias.

Implicaciones para la práctica de enfermería comunitaria

Los hallazgos respaldaron la ampliación del rol de enfermería en programas comunitarios de envejecimiento activo. Su participación puede comprender liderazgo, valoración geriátrica, educación sanitaria, seguimiento, coordinación interdisciplinaria y atención domiciliaria. Para consolidar estas funciones, las instituciones sanitarias deberían definir responsabilidades, competencias y mecanismos de coordinación. El reconocimiento formal del rol enfermero permitiría evitar que su contribución quedara reducida a actividades operativas o insuficientemente descrita.

La integración de los programas en servicios de atención primaria y salud pública podría facilitar su continuidad. Sin embargo, los estudios incluidos no aportaron información suficiente sobre costos, recursos humanos, financiamiento o institucionalización permanente de las intervenciones. Por tanto, no fue posible concluir que los modelos liderados por enfermería fueran más sostenibles que otras intervenciones. La discusión se limitó a señalar que la capacitación previa y la integración institucional constituyeron condiciones potencialmente favorables.

Rol de enfermería en la implementación y sostenibilidad

Los programas de Song y Boo (2022) y Lee et al. (2026) incorporaron liderazgo enfermero, capacitación e integración en estructuras comunitarias existentes. Estos componentes pudieron favorecer la implementación organizada y la continuidad operativa de las actividades.

Kasa et al. (2024) mostraron que algunos efectos variaron después de finalizar la intervención. Este resultado destacó la necesidad de incorporar sesiones de refuerzo, seguimiento prolongado y mecanismos de apoyo que favorezcan el mantenimiento de los cambios. La sostenibilidad futura debería evaluarse mediante indicadores de continuidad institucional, permanencia de los resultados, disponibilidad de personal, costos y aceptación comunitaria. Estos elementos no fueron analizados de forma homogénea en los estudios incluidos.

Barreras para la práctica efectiva de enfermería comunitaria

La implementación de intervenciones comunitarias estuvo condicionada por limitaciones metodológicas y organizativas. Entre ellas destacó la información insuficiente sobre la formación especializada, los recursos disponibles y la distribución de funciones dentro de los equipos.

La barrera mejor sustentada fue la descripción incompleta del rol profesional. En Baskaran et al. (2024), Hernández-Ascanio et al. (2023) y Liang et al. (2023), la información disponible no permitió diferenciar claramente las responsabilidades de enfermería frente a las de otros profesionales. Esta falta de precisión dificultó establecer asociaciones entre las competencias enfermeras y los resultados obtenidos. Por ello, futuras investigaciones deberían describir de manera detallada la formación, el grado de liderazgo, las funciones y el tiempo de participación del personal de enfermería.

Implicaciones para la formación en enfermería

Los hallazgos evidenciaron la necesidad de fortalecer la formación en valoración geriátrica, educación para la salud, gestión de casos, coordinación interdisciplinaria y uso de tecnologías. Estas competencias resultaron coherentes con las funciones observadas en los programas comunitarios.

Los programas de formación inicial y continua deberían incorporar contenidos sobre envejecimiento activo, fragilidad, multimorbilidad, salud mental, participación social y atención domiciliaria. También se requiere fortalecer habilidades de comunicación, liderazgo y trabajo con grupos. Las experiencias prácticas en contextos comunitarios podrían favorecer una comprensión más amplia de los determinantes sociales del envejecimiento. Esta preparación permitiría responder con mayor pertinencia a las necesidades de las personas mayores y de sus comunidades.

Investigación en enfermería y envejecimiento activo

La revisión identificó vacíos relacionados con la escasa descripción del rol de enfermería y la limitada representación de países latinoamericanos. También se observó una falta de evaluaciones económicas y de seguimientos prolongados. Futuros estudios deberían describir con precisión la formación, las funciones, el nivel de liderazgo y el tiempo de participación del personal de enfermería. Esta información permitiría establecer relaciones más claras entre las competencias movilizadas y los resultados obtenidos.

Los diseños cualitativos y mixtos podrían contribuir a comprender los procesos de implementación, las experiencias de los participantes y la construcción de vínculos terapéuticos. También sería pertinente evaluar la aceptabilidad, factibilidad y sostenibilidad de los programas. La incorporación de teorías de enfermería, como los modelos de Pender u Orem, podría fortalecer el diseño de futuras intervenciones y facilitar la comprensión de los mecanismos relacionados con el autocuidado y el cambio conductual.

Consideraciones metodológicas

La revisión presentó limitaciones asociadas con el reducido número de estudios, la heterogeneidad metodológica y la descripción insuficiente del rol de enfermería. Estas condiciones dificultaron comparar intervenciones y atribuir resultados específicos a la participación profesional. Ningún estudio comparó directamente la efectividad de una intervención según el profesional responsable de su implementación. Por tanto, no fue posible determinar si los resultados habrían sido diferentes bajo el liderazgo de enfermería u otros profesionales.

Los estudios tampoco evaluaron de manera diferenciada qué competencias enfermeras se asociaron con mejores resultados. En consecuencia, las contribuciones atribuidas a la valoración, educación, coordinación y seguimiento deben interpretarse como patrones descriptivos. La ausencia de estudios latinoamericanos limitó la aplicabilidad regional de los hallazgos. Se requieren investigaciones desarrolladas en Ecuador y otros países de América Latina que consideren las características de los sistemas sanitarios, las comunidades y los recursos disponibles.

5. Conclusiones

Esta revisión sistemática evidenció que las intervenciones comunitarias multidimensionales constituyeron el enfoque más frecuente para promover el envejecimiento activo en personas mayores. La participación de enfermería fue identificada en los ocho estudios incluidos, aunque con distintos niveles de responsabilidad, liderazgo y descripción de sus funciones. Los principales roles desempeñados por enfermería comprendieron la coordinación de programas, la valoración integral, la educación para la salud, la atención domiciliaria y el seguimiento terapéutico. Estas funciones reflejaron una contribución amplia al cuidado comunitario, al integrar componentes clínicos, educativos, funcionales y sociales (Kasa et al., 2024; Lee et al., 2026; Song & Boo, 2022; Yang et al., 2022).

La evidencia disponible no permitió establecer una relación causal entre una mayor participación de enfermería y mejores resultados, debido a que los estudios no compararon intervenciones según el profesional responsable ni evaluaron de manera diferenciada la intensidad del rol enfermero. Por tanto, los hallazgos deben interpretarse como una caracterización descriptiva de sus funciones y competencias. No obstante, los resultados destacaron el valor estratégico de la enfermería comunitaria en la planificación, implementación y seguimiento de intervenciones orientadas a la prevención de la fragilidad, el fortalecimiento del autocuidado, la participación social y la continuidad asistencial. Su integración en los servicios de atención primaria podría favorecer una respuesta más cercana e integral a las necesidades de las personas mayores.

En el ámbito formativo, los hallazgos evidenciaron la necesidad de fortalecer la preparación de los profesionales desde el pregrado y mediante procesos de formación continua. Se requiere desarrollar competencias en gerontología, valoración geriátrica, educación sanitaria, gestión de casos, liderazgo, alfabetización digital y trabajo comunitario. Desde la perspectiva de las políticas sanitarias, resulta necesario reconocer formalmente la contribución de enfermería en los programas de envejecimiento activo, definir sus responsabilidades y garantizar condiciones institucionales para el desarrollo de actividades preventivas, educativas y de seguimiento en el ámbito comunitario.

La ausencia de estudios procedentes de América Latina y Ecuador entre las investigaciones incluidas evidenció una brecha regional relevante. Se recomienda desarrollar estudios primarios liderados por enfermería comunitaria que evalúen la efectividad, sostenibilidad, factibilidad y costo-efectividad de estas intervenciones en contextos latinoamericanos. La enfermería comunitaria mostró una participación relevante en las intervenciones destinadas a promover el envejecimiento activo. Sin embargo, se requiere evidencia metodológicamente más sólida y con descripciones precisas del rol profesional para determinar su contribución específica a los resultados funcionales, psicológicos, sociales y asistenciales de las personas mayores.

Referencias

Baskaran, T., Raghav, P., & Naveen, K. (2024). Hybrid model of care for older persons for improvement of frailty index—A community-based interventional study in an urban setting. *BMC Geriatrics, 24*, Article 772. https://doi.org/10.1186/s12877-024-05351-0

De la Vega-Cordero, E., López-Teros, M., García-González, A., Rosas-Carrasco, O., & Castillo-Aragón, A. (2023). Effectiveness of an online multicomponent physical exercise intervention on the physical performance of community-dwelling older adults: A randomized controlled trial. *Geriatric Nursing, 54*, 83–93. https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2023.08.018

Faria, A., Martins, M., Ribeiro, O., Ventura-Silva, J., Fonseca, E., Ferreira, L., & Laredo-Aguilera, J. (2023). Effect of the Active Aging-in-Place–Rehabilitation Nursing Program: A randomized controlled trial. *Healthcare, 11*(2), Article 276. https://doi.org/10.3390/healthcare11020276

Guerrero, R., Aguilar, P., Acevedo, M., & Reyes, B. (2024). Acciones para fomentar el cuidado humanizado al adulto mayor: Relato de experiencia. *Revista Uruguaya de Enfermería, 19*(1). https://doi.org/10.33517/rue2024v19n1a11

Hernández-Ascanio, J., Perula-de Torres, L., Rich-Ruiz, M., González-Santos, J., Mielgo-Ayuso, J., González-Bernal, J., & ASyS Study Collaborative Group. (2023). Effectiveness of a multicomponent intervention to reduce social isolation and loneliness in community-dwelling elders: A randomized clinical trial. *Nursing Open, 10*(1), 48–60. https://doi.org/10.1002/nop2.1277

Jofré-Saldía, E., Villalobos-Gorigoitía, Á., Cofré-Bolados, C., Ferrari, G., & Gea-García, G. (2023). Multicomponent training in progressive phases improves functional capacity, physical capacity, quality of life, and exercise motivation in community-dwelling older adults: A randomized clinical trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 20*(3), Article 2755. https://doi.org/10.3390/ijerph20032755

Kasa, A., Traynor, V., & Drury, P. (2024). Measuring the effects of nurse-led frailty intervention on community-dwelling older people in Ethiopia: A quasi-experimental study. *BMC Geriatrics, 24*, Article 384. https://doi.org/10.1186/s12877-024-04909-2

Kim, M., Shin, E., Kim, S., & Sok, S. (2022). The effectiveness of multicomponent intervention on daily functioning among the community-dwelling elderly: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(12), Article 7483. https://doi.org/10.3390/ijerph19127483

Labata-Lezaun, N., González-Rueda, V., Llurda-Almuzara, L., López-de-Celis, C., Rodríguez-Sanz, J., Bosch, J., Vicente-Rodríguez, G., Gorczakowska, D., Araluze-Arizti, P., & Pérez-Bellmunt, A. (2023). Effectiveness of multicomponent training on physical performance in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 104*, Article 104838. https://doi.org/10.1016/j.archger.2022.104838

Lee, D., Choo, J., Noh, S., & Shin, Y. (2026). Effectiveness of a nurse-led, community-based frailty prevention program for prefrail older adults: A pragmatic quasi-experimental trial. *BMC Nursing, 25*, Article 62. https://doi.org/10.1186/s12912-025-04131-4

Liang, J., Liu, J., Mak, Y., & Sun, L. (2023). Preliminary effects of a WeChat-based educational intervention on social participation among older adults in a community. *International Journal of Older People Nursing, 18*(6), Article e12573. https://doi.org/10.1111/opn.12573

Lim, S., Chong, J., Chee, J., Lew, C., Lee, H., Chua, L., Lim, K., Koh, H., Sow, B., Wood, J., Gui, D., & Yap, A. (2024). Impact of a community-based health intervention on health knowledge, lifestyle goals, dietary practices, and physical activity in older adults: A multisite cohort study. *Healthcare, 12*(24), Article 2588. https://doi.org/10.3390/healthcare12242588

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2025, 1 de octubre). *Envejecimiento y salud*. https://n9.cl/retsd

Page, M., McKenzie, J., Bossuyt, P., Boutron, I., Hoffmann, T., Mulrow, C., Shamseer, L., Tetzlaff, J., Akl, E. A., Brennan, S., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J., Hróbjartsson, A., Lalu, M., Li, T., Loder, E., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., … Moher, D. (2021). Declaración PRISMA 2020: Una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista Española de Cardiología, 74*(9), 790–799. https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.06.016

Rodríguez-López, C., Alcázar, J., Sánchez-Martín, C., Baltasar-Fernández, I., Ara, I., Csapo, R., & Alegre, L. (2022). Neuromuscular adaptations after 12 weeks of light- vs. heavy-load power-oriented resistance training in older adults. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports, 32*(2), 324–337. https://doi.org/10.1111/sms.14073

Song, M., & Boo, S. (2022). Effects of a nurse-led multicomponent intervention for frail older adults living alone in a community: A quasi-experimental study. *BMC Nursing, 21*(1), Article 20. https://doi.org/10.1186/s12912-021-00801-1

Wang, G., Chang, F., Gu, Z., Kasraian, D., & van Wesemael, P. (2024). Co-designing community-level integral interventions for active ageing: A systematic review from the lens of community-based participatory research. *BMC Public Health, 24*, Article 649. https://doi.org/10.1186/s12889-024-18195-5

Wilson, R., Yu, L., James, B., Bennett, D., & Boyle, P. (2017). Association of financial and health literacy with cognitive health in old age. *Neuropsychology, Development, and Cognition. Section B: Aging, Neuropsychology and Cognition, 24*(2), 186–197. https://doi.org/10.1080/13825585.2016.1178210

Yang, C., Lee, D., Wang, X., & Chair, S. Y. (2022). Effects of a nurse-led medication self-management intervention on medication adherence and health outcomes in older people with multimorbidity: A randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies, 134*, Article 104314. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104314

CC BY NC

Transparencia

Conflicto de interés

Los autores declaran que no existen conflictos de interés de naturaleza alguna como parte de la presente investigación.

Fuente de financiamiento

Los autores financiaron completamente la investigación.

Contribución de autoría

Luz Elizabeth Guamán Sánchez: Conceptualización, metodología, software, validación, análisis formal, investigación, gestión de datos, visualización, redacción - preparación del borrador original, financiamiento.

Luis Cristian Guamán Sánchez: Conceptualización, metodología, software, validación, análisis formal, investigación, gestión de datos, visualización, redacción - preparación del borrador original, financiamiento.

Gabriela Estefanía Espinoza Guacho: Visualización, redacción - preparación del borrador original, redacción - revisión y edición, financiamiento, administración del proyecto, recursos, supervisión.

Anahin Nahomi Cabezas Niama: Visualización, redacción - preparación del borrador original, financiamiento, administración del proyecto, recursos, supervisión.

Mayra Elizabeth Moyota Cajo: Validación, investigación, gestión de datos, visualización, redacción - preparación del borrador original, redacción - revisión y edición, financiamiento, recursos.

Los autores contribuyeron activamente en el análisis de los resultados, revisión y aprobación del manuscrito final.