



SOCIEDAD DE LA LONGEVIDAD:

Salud, Bienestar y Ética para un
Futuro Inclusivo



Reservados todos los derechos.

No está permitida la reproducción total o parcial de este libro ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, por registro u otros medios, sin el permiso y por escrito de los titulares del Copyright.

Las opiniones y contenidos de los capítulos incluidos en este libro son de responsabilidad exclusiva de los/as autores/as; asimismo, estos/as se responsabilizarán de obtener el permiso correspondiente para incluir material publicado en otro lugar.

PRIMERA EDICIÓN: Abril 2026

EDITA:

SOCIEDADE GALEGA DE XERONTOLOXÍA E XERIATRÍA

Colexio Oficial de Médicos de A Coruña

Rúa San Pedro de Mezonzo, 39

15701 Santiago de Compostela (A Coruña)

Web: <https://sgxx.org/es/>

EDITORES:

M^a Elena Mosquera Losada

Javier Pérez Martín

María D. Dapía Conde

Vanesa López Miguens

José M^a Failde Garrido

ISBN:

978-84-09-82433-5

DISEÑO Y MAQUETACIÓN:

Innovación Ágil

SOCIEDAD DE LA LONGEVIDAD:

**SALUD, BIENESTAR Y ÉTICA PARA UN FUTURO
INCLUSIVO**

Prólogo

Hablar hoy de envejecimiento es hablar de uno de los grandes retos y oportunidades de nuestro tiempo. Vivimos en una sociedad marcada por el aumento sostenido de la esperanza de vida y por transformaciones profundas en la estructura demográfica y en los estilos de vida. Este fenómeno, que algunos autores denominan sociedad de la longevidad, nos interpela como profesionales, como ciudadanos y como comunidad. Nos obliga a repensar los sistemas sanitarios, las políticas públicas y las formas de convivencia, pero también nos invita a reconocer la longevidad como un patrimonio colectivo que merece ser vivido con salud, participación y sentido.

Desde la Sociedade Galega de Xerontoloxía e Xeriatría defendemos que este desafío no puede abordarse desde una única perspectiva. Requiere diálogo entre disciplinas, integración de saberes y compromiso ético. Con esa convicción nace *Sociedad de la Longevidad: Salud, Bienestar y Ética para un Futuro Inclusivo*, una obra que reúne voces diversas y experiencias complementarias para ofrecer una mirada amplia y rigurosa sobre el envejecimiento en el contexto actual.

El libro se articula en cinco grandes partes que se complementan y enriquecen mutuamente. La primera reflexiona sobre la longevidad y sus implicaciones sociales, políticas y económicas, invitándonos a pensar en cómo construir entornos que favorezcan la equidad y los derechos en todas las edades. La segunda se centra en la atención clínica y la rehabilitación, abordando los retos asistenciales y las estrategias para preservar la funcionalidad y la autonomía. La tercera parte nos lleva al terreno del bienestar emocional, la cognición y la salud mental, dimensiones esenciales para comprender el envejecimiento más allá de lo biológico. La cuarta explora la conexión social, la cultura y la tecnología, poniendo el foco en la importancia de los vínculos, la participación y la innovación para combatir la soledad y promover la inclusión. Finalmente, la quinta parte nos sitúa ante cuestiones éticas y de intervención, recordándonos que toda acción en este ámbito debe estar guiada por principios de justicia, respeto y protección frente a riesgos como la desinformación.

Este libro colectivo es, en definitiva, una invitación a comprender el envejecimiento como un proceso complejo y diverso, en el que ciencia, cuidados y conexión social se entrelazan para hacer posible que más personas lleguen a edades avanzadas con salud, dignidad y vínculos significativos. Espero que sus páginas inspiren reflexión, diálogo y acción, y que contribuyan a construir sociedades más inclusivas, justas y solidarias con todas las generaciones.

Santiago de Compostela, 26 de marzo de 2026

José María Faílde Garrido

Presidente de la SGXX

ÍNDICE

BLOQUE TEMÁTICO I: LONGEVIDAD Y SOCIEDAD: RETOS Y OPORTUNIDADES

1. De una sociedad que envejece a una economía de la longevidad.

Juan Martín.

2. La equidad en salud, modelo biologicista y modelo Biopsicosocial frente a la longevidad, dependencia y discapacidad.

Miriam Fortes Posada, M. Isabel Sánchez Fernández.

3. Políticas públicas enfocadas a los retos de la longevidad: nuevo paradigma en la sociedad gallega ante la atención a personas dependientes y/o con discapacidad.

Miriam Fortes Posada, Romina Sarmiento Boullosa.

4. Nuevo escenario de longevidad: actuación transfronteriza de entidades de iniciativa social (LONGSOCIAL).

Inês Durão Hipólito, Paula Alexandra Esteves Afonso, José María Failde Garrido, Rosa Poveda Alfonso, Ángel Rodríguez Sío.

5. Tendencias y desafíos en el perfil de las plazas concertadas en un centro sociosanitario gallego: un estudio longitudinal de la realidad geriátrica lucense.

Romina Mouriz Corbelle, Marta López Piñeiro, Cristina Seoane Seoane.

BLOQUE TEMÁTICO II. ATENCIÓN CLÍNICA Y REHABILITACIÓN

6. El día a día en la atención clínica especializada en el paciente mayor.

Vanessa Álvarez Vidal.

7. Rehabilitación Cardíaca en el Paciente Adulto Mayor.

Antonio Chamorro Comesaña.

8. La fragilidad: un síndrome geriátrico reversible. La realidad asistencial de la atención a la persona mayor en consulta, domicilio y residencias.

Francisco Javier Formigo Couceiro.

9. La intervención en FRAGILIDAD comienza conociendo y detectando adecuadamente este síndrome geriátrico.

Iñaki Martín Lesende.

10. Desarrollo y validación de un Índice de Fragilidad en ancianos residentes de centros de SANITAS Mayores.

Elena Barranco Justicia, Juan Luis González Pascual, María Caballero Galilea.

11. Mitigación de la inflamación relacionada con la diarrea en adultos mayores frágiles con una solución de rehidratación oral mejorada con posbióticos.

Julian Andres Mateus Rodríguez, Patricia Rodríguez Sanz, Edgar Kostandyan, Rubén Palacios Sánchez, María Luz Pino Roque, Patricia Chaves Vásquez, Jesús M. Ruiz Idiago.

12. Fisioterapia en el paciente con riesgo de fractura: de especializada a la comunidad.

María Jesús Martínez Martínez, Paula Quintana Fariña.

BLOQUE TEMÁTICO III: BIENESTAR EMOCIONAL, COGNICIÓN Y SALUD MENTAL

13. Factores asociados al estrés en adultos mayores institucionalizados: el papel del sueño, el estado emocional y las variables moduladoras.

María Antonia Parra-Rizo, Igor Cigarroa, Catarina Pereira, Jesús González-Moreno.

14. Factores psicosociales asociados a la satisfacción con la vida en la vejez: el papel de la resiliencia y del apoyo social.

Patricia Mesa-Gresa, Aranzazu Duque, Lorena González-García, Mireia Molins, Francisco Molins, Rosa Redolat, Marta Aliño.

15. Variables asociadas a la satisfacción vital en población general: diferencias en función del grupo de edad.

Ariadna de la Vega Castelo, Ana João Santos, María del Sequeros Pedroso Chaparro.

16. Rendimiento cognitivo y calidad del sueño en adultos mayores sanos: una perspectiva de género.

Marta Aliño Costa, Mireia Molins, Francisco Molins, Lorena González-García, Aranzazu Duque, Rosa Redolat Iborra, Patricia Mesa-Gresa.

17. ¿Quién acude a psicoterapia en la vejez? Un análisis sociodemográfico. España 2020.

M.^a del Carmen Mosquera Losada, Silvia María Díaz Prado, Juan M. Vilar Fernández, Javier Pérez Martín, M.^a Elena Mosquera Losada.

18. Asociaciones entre malestar emocional e ideación suicida: diferencias según la edad.

María del Sequeros Pedroso-Chaparro, Ariadna de la Vega-Castelo, Giovanna Caprara, Jorge Leocadio-Baño, Rosa Romero-Moreno, Carlos Vara-García.

19. Relación entre edadismo, satisfacción vital y percepción de la vejez en personas mayores en ámbito residencial.

Laura Steegmann, Rosa Ruiz-Aragoneses, David Almaraz, Pablo Posse, José Carlos Bermejo.

20. Efectos de la musicoterapia neurológica en el grado de bienestar y motivación de las personas con demencia leve-moderada.

Sergí Muñiz Fortuny, Lourdes Forn Villanova.

21. Programa de psicoestimulación en enfermos mayores con deterioro cognitivo.

Asociación Alzheimer Ourense (AFAOR), Carmen Pérez González.

22. Neuroeducación y envejecimiento activo y saludable.

Yolanda González González.

BLOQUE TEMÁTICO IV: CONEXIÓN SOCIAL, CULTURA Y TECNOLOGÍA

23. A Soidade non desexada: un reto sociosanitario desde a Atención Primaria.

María Jesús Lago Vilaboa, Ana María Fernández Soto, Amador Pajares Domínguez.

24. La soledad en la vejez como determinante clínico: formación profesional para un abordaje integral.

María Antonia Parra-Rizo, Igor Cigarroa, Catarina Pereira, Sergio Hernández-Sánchez, Jesús González-Moreno.

25. Memoria, teatro e envelhecimento: experiencias de animación teatral con persoas maiores.

Lucía Hernández y Fernández.

26. Intergeracionalidade como Pilar na Avaliação de Impacto do Projeto DigiSaúde: A Perspetiva dos Técnicos das Instituições Comunitárias.

Rita Barros, Neide Feijó, José Luís Sousa, Celestino Magalhães, Ana Ribas, Inês Pereira.

27. Análise do impacto de um projeto de literacia digital em saúde: a relevância das relações intergeracionais nas perspetivas dos idosos.

Neide Feijó, Rita Barros, José Luís Sousa, Celestino Magalhães, Ana Ribas, Inês Pereira.

28. Serenia: Design of an Artificial Intelligence Conversational Assistant to Alleviate Solitude of Older Adults.

Daniel Rodríguez Silva, Francisco Javier González-Castaño, Francisco de Arriba-Pérez, Silvia García-Méndez, Ernest Companys Bertrán.

29. Evaluación de la influencia de la realización de Fútbol a pé ® en la calidad de vida de las personas mayores en Cangas do Morrazo (Pontevedra).

José Antonio Fornos Pérez, José María Rial Chapela, Javier Chantada Alba, Nicanor Floro Andrés, Miguel Rodríguez, Nieves Leirós, Marta Fornos Rodríguez.

BLOQUE TEMÁTICO V: ÉTICA E INTERVENCIÓN

30. Sujeciones en Geriatría: Retos Éticos y Alternativas Innovadoras. Visión general del marco normativo.

José Pascual Bueno.

31. Sujeciones en Geriatría: retos éticos y alternativas innovadoras. Experiencia práctica: Implantación del “programa para el cuidado libre de sujeciones” en residencias de Castilla y León.

Ester Mico Albiach.

32. Validación de una intervención para la mejora de las competencias actitudinales y habilidades del profesional sanitario para el trabajo con población mayor.

Ariadna de la Vega Castelo, Javier López Martínez, M^a Giovanna Caprara, María del Sequeros Pedroso Chaparro.

33. Protegiendo la salud y calidad de vida de los adultos mayores frente a la desinformación: una experiencia de intervención desde atención primaria y universidad.

María Sanabria Barba, Isabel González Melgosa, María Luisa Barba Munguía.

34. Fake News. Decálogo para entenderlas y confrontarlas. Técnicas de desinformación dirigidas a adultos mayores.

Isabel González Melgosa, María Sanabria Barba, María Luisa Barba Munguía.

35. Ponte en su piel: proyecto de sensibilización a la sociedad sobre las personas mayores.

Cristina Méndez García, María Pombal Souto, Emma Varela Álvarez, Lorena López Rodríguez.

Bloque temático I:

Longevidad y sociedad:
retos y oportunidades

Capítulo 1

De una sociedad que envejece a una economía de la longevidad.

Juan Martín¹

¹Director del CENIE.

RESUMEN

Una reflexión profunda sobre el cambio demográfico en curso y la necesidad de transformar nuestra manera de entender la longevidad.

Vivimos más que nunca, pero el verdadero desafío no es solo la cantidad de años ganados, sino cómo dotarlos de sentido, bienestar y valor social. La esperanza de vida ha crecido como resultado de conquistas médicas y sociales, pero la respuesta institucional, económica y cultural sigue anclada en modelos del pasado.

La narrativa dominante asocia el envejecimiento con carga y dependencia, y es necesario un giro hacia una economía de la longevidad, donde los años extra se convierten en oportunidades de contribución personal, social y económica. Los datos evidencian el papel fundamental de las personas mayores en el consumo, el empleo y la cohesión social, y, ello, cuestiona el desperdicio de talento sénior por prejuicios o estructuras laborales obsoletas.

Es preciso abogar por una transformación de las políticas públicas, las dinámicas empresariales y los sistemas de salud. Frente a un modelo sanitario reactivo, hemos de reclamar una arquitectura preventiva que promueva la salud desde edades tempranas, potencie la detección precoz y fomente el bienestar integral. Se defiende que prevenir no es un gasto, sino una inversión estratégica y humana.

Por último, debe subrayarse que el cambio necesario no es solo técnico, sino cultural: pasar de ver la edad como límite a entenderla como capital. Solo así se construirá una sociedad verdaderamente longeva, que reconozca el valor de cada etapa de la vida y haga de la longevidad un logro compartido.

INTRODUCCIÓN

Empecemos con una pequeña provocación.

¿Les gustaría tener más tiempo?

¿Qué me dirían si hoy les regalara una hora extra?

¿Y si les propusiera alargar el año hasta tener trece meses?

Parece un juego, una licencia retórica. Pero, en realidad, eso ya ha ocurrido. Gracias a los avances médicos, tecnológicos y sociales de las últimas décadas, ese "tiempo extra" ya forma parte de nuestras vidas. Es una conquista silenciosa que apenas advertimos.

Si tradujésemos el aumento de esperanza de vida desde 1950 —cuando era de 62 años— a la escala de un solo día, habríamos pasado de días de 24 horas a días de 32 horas. Ocho horas más por jornada. Un turno completo, regalado por el progreso. Ocho horas que, simbólicamente, nos obligan a repensar cómo vivimos, cómo trabajamos, cómo cuidamos y cómo soñamos.

La pregunta entonces es inevitable: ¿qué vamos a hacer con ese tiempo? ¿Vamos a rellenarlo como si fuera una prórroga, un tiempo añadido que simplemente extendiera lo anterior? ¿O vamos a reconfigurarlo con nuevos sentidos, nuevas etapas, nuevas formas de estar y de contribuir?

Vivimos más que nunca, sí. Pero lo importante ya no es solo cuánto vivimos, sino cómo vivimos esos años de más. Cómo organizamos nuestra vida. Cómo damos sentido a ese nuevo tiempo que nos ha sido concedido. Porque, como bien sabemos, más años no equivalen automáticamente a más vida. Y es ahí donde comienza el verdadero desafío colectivo de la longevidad.

DESARROLLO: DE LA EVIDENCIA AL CAMBIO NECESARIO

Por primera vez en la historia, hay más personas mayores de 65 años que niños menores de cinco. Esta cifra, aparentemente técnica, tiene implicaciones profundas. No es un simple cambio estadístico. Es el aviso de que hemos entrado en una era completamente nueva, donde las pirámides demográficas han comenzado a invertirse y donde los esquemas tradicionales ya no bastan para explicar lo que está ocurriendo.

Lo llamamos “revolución silenciosa” porque avanza sin estridencias, sin titulares escandalosos, pero con una fuerza imparable. Está transformando todos los pilares de la sociedad: la economía, porque cambia los patrones de consumo y ahorro; el empleo, porque desafía las ideas de productividad asociadas a la edad; la salud, porque exige una nueva organización de los cuidados; y la educación, porque nos obliga a aprender durante toda la vida, no solo en la infancia y la juventud.

Y sin embargo, a pesar de esta magnitud, seguimos abordando el envejecimiento como si fuera una amenaza. Como si cada año ganado fuera una carga. Como si la longevidad debiera vivirse con resignación. Se habla del envejecimiento como si fuera una crisis. Y en cada debate público se repite el mismo marco mental: el colapso de las pensiones, el incremento del gasto sanitario, la soledad no deseada.

Todo eso existe, sí. Pero es solo una parte de la historia. Lo cierto es que estamos desaprovechando una gran oportunidad. Porque el envejecimiento no es una cuestión individual. Es un fenómeno estructural, colectivo. Y lo que está en juego no es cuántos años viviremos, sino cómo lograremos que esos años sean plenos, activos y valiosos. A eso nos referimos cuando hablamos de “economía de la longevidad”: no es solo vivir más, sino crear valor con esos años ganados. Valor personal, social y económico.

¿Estamos preparados para ello? ¿O seguimos atrapados en lógicas del siglo pasado, que asociaban vejez con pasividad, jubilación con retiro total, y edad con caducidad? Porque si no actuamos, el mayor logro de la humanidad —la extensión de la vida— puede convertirse en su mayor oportunidad perdida. Y añadido algo más: si seguimos interpretando el envejecimiento solo en términos de gasto, dependencia o carga, si seguimos vinculando la vejez exclusivamente a la pérdida, estaremos empobreciendo nuestra mirada como sociedad. Y eso también excluye: niega el valor de millones de trayectorias de vida.

Para el año 2050, casi la mitad de la población española tendrá más de 50 años. No estamos ante un escenario futurista ni una proyección lejana: es una transformación en curso, que ya está modificando la estructura productiva, el sistema de pensiones, las políticas públicas, las dinámicas sociales y también la manera en que atribuimos valor a las personas. Porque este cambio no solo cuestiona lo cuantitativo, sino también lo simbólico. ¿Cómo nos relacionamos con la edad? ¿Por qué seguimos entendiendo la productividad como una prerrogativa de la juventud? ¿Y por qué asumimos que envejecer significa automáticamente perder valor?

Durante la Gran Recesión de 2008, las empresas españolas con mayor proporción de trabajadores sénior demostraron algo que a menudo olvidamos: que la experiencia cuenta. Que la estabilidad emocional, la capacidad de adaptación, el conocimiento tácito acumulado, pueden marcar la diferencia en tiempos de incertidumbre. Estas empresas no solo sobrevivieron mejor: mantuvieron más empleo, aumentaron ventas y mejoraron su productividad.

Hablemos claro: en España, los hogares encabezados por personas mayores de 50 años generan el 60% del consumo nacional. Solo en 2019, su actividad supuso un 26% del PIB y sostuvo 4.400.000 empleos. El turismo senior que nos visitó, en ese año, aportó más de 35.000 millones de euros al PIB y creó 600.000 empleos. ¿Cómo podemos entonces seguir ignorando el potencial económico y social de quienes precisamente sustentan gran parte del país? Otros países ya han interiorizado esta lógica:

- En Alemania, el 73% de las empresas han implementado estrategias para retener el talento de los mayores de 55 años.
- En Corea del Sur, se han creado programas públicos de recualificación que mantienen activa a la población sénior, alcanzando tasas de empleo superiores al 70%.
- En Dinamarca, la edad efectiva de jubilación ha aumentado no por obligación, sino porque los entornos laborales permiten trabajar más años con calidad.

Y en España, aunque la edad media de la fuerza laboral ha crecido —pasando de 38 a más de 43 años entre 2005 y 2020—, seguimos desaprovechando nuestro capital humano.

Hoy, 40 de cada 100 personas entre 55 y 65 años no tienen un empleo remunerado. Frente a 25 en Alemania o 21 en Japón. Son cifras que duelen, pero que también deben hacernos pensar. ¿Cuántas vidas con potencial seguimos dejando al margen? ¿Cuánta sabiduría y talento estamos desperdiciando por inercia o prejuicio? Porque esto no se trata solo de economía. Se trata de autoestima, de dignidad, de inclusión.

Cuando una sociedad excluye laboralmente a sus mayores, no solo pierde productividad. Pierde cohesión, pierde diversidad, pierde memoria. Y eso tiene un coste: social, económico y emocional.

No se trata de mantener a todos en activo. Hablamos de derecho a elegir. De que nadie se vea empujado a salir del sistema por falta de oportunidades. De que el tiempo ganado se traduzca también en derecho a contribuir, si se desea. Para que eso ocurra, no basta con cambiar la mirada. Hace falta transformar las reglas del juego. Cambiar el cómo, el cuándo y el dónde de nuestras trayectorias vitales y profesionales.

La solución, como veremos, pasa por un cambio profundo. No podemos hacer frente a una sociedad longeva

con herramientas diseñadas para una sociedad con menor expectativa de vida. Necesitamos transformar la arquitectura misma de nuestras instituciones, nuestras políticas y, sobre todo, nuestras mentalidades.

- En primer lugar, hace falta un compromiso político sostenido. Necesitamos políticas públicas valientes que incentiven la participación laboral sénior, eliminen la discriminación por edad y promuevan una cultura del aprendizaje a lo largo de toda la vida. No es ideología, es estrategia. En una sociedad en la que se vive más, quien no invierte en formación continua y en inclusión generacional se está condenando a perder competitividad y cohesión. Hace unos meses, conocí a Javier, un ingeniero industrial con más de treinta años de experiencia. A los 58 le prejubilaron. No por falta de competencia, ni de ganas, ni de salud. Simplemente, porque la empresa quería rejuvenecer la plantilla. Javier me dijo algo que no olvido: “No me dolió dejar de trabajar. Me dolió que dejaran de contar conmigo”. Como él, miles de personas sienten que la puerta se les cierra cuando aún podrían aportar —y mucho. ¿De verdad podemos permitirnos ese desperdicio de saber, de compromiso, de vida activa?
- En segundo lugar, las empresas tienen un papel crucial. Requieren una nueva mentalidad empresarial que entienda que un equipo multigeneracional no solo es más justo, sino más productivo. La experiencia no resta agilidad: la complementa. La edad no resta innovación: le da profundidad. Y cuando se conjugan la vitalidad de la juventud y la sabiduría de los años, el resultado es una organización más resiliente, más diversa y, en última instancia, más preparada para los desafíos de nuestro tiempo.

Pero también hace falta voluntad institucional para reorganizar los tiempos de la vida. El modelo clásico — educación, trabajo, jubilación— ya no responde a la realidad de millones de personas.

Una persona de 50 años hoy tiene por delante, en promedio, tres décadas más de vida. ¿Qué sentido tiene considerarla al final de su trayecto profesional? Debemos transitar hacia un modelo más flexible, donde sea posible alternar formación, trabajo y descanso a lo largo de la vida. Donde jubilarse sea una transición elegida, no una puerta única de salida. Y donde seguir contribuyendo sea una opción valorada, no una rareza mal entendida. Y, sobre todo, debemos dejar de señalar a quienes envejecen como el problema. No podemos seguir empujando a millones de personas a una jubilación anticipada forzada mientras repetimos que el sistema de pensiones no es sostenible. No es razonable ni justo.

La pregunta no es si la longevidad es sostenible. La pregunta es si nuestros modelos lo son. Quizá ha llegado el momento de admitir que lo insostenible no es vivir más, sino seguir pensando igual. Y si hablamos de longevidad... tenemos que hablar de salud. Porque hablar de vivir más es, necesariamente, hablar de vivir mejor. Y eso nos lleva a una verdad fundamental: sin salud, la longevidad se desvanece. Y sin prevención, no hay salud que aguante. Durante mucho tiempo, los sistemas sanitarios han estado diseñados bajo una lógica reactiva: actuar cuando aparece la enfermedad, intervenir cuando ya hay síntomas, derivar cuando ya es tarde. Pero este modelo, que puede haber funcionado en otro tiempo, hoy se revela insuficiente frente a los desafíos de una población que envejece a gran escala y a gran velocidad. Hoy, el 70% del gasto sanitario en los países desarrollados se destina a tratar enfermedades crónicas. Patologías muchas veces asociadas al envejecimiento, sí, pero no inevitables. Muchas de ellas podrían prevenirse con cambios en los estilos de vida, con intervenciones precoces, con un enfoque más integral y proactivo de la salud.

No olvidemos, además, que la salud no se limita a lo físico: la soledad y la desconexión social son tan perjudiciales como fumar 15 cigarrillos al día, según estudios de la Universidad de Harvard.

Esto significa que prevenir también pasa por fomentar vínculos sociales sólidos, redes de apoyo comunitarias y políticas que combatan activamente el aislamiento. Y la evidencia es clara. Solo con retrasar cinco años la aparición de la fragilidad en una persona, se reduce drásticamente su riesgo de dependencia, hospitalización y deterioro funcional. Es decir, ganar tiempo no solo en términos cronológicos, sino en términos de funcionalidad, de calidad y de autonomía. La Organización Mundial de la Salud ha estimado que posponer la discapacidad tan solo un año podría reducir hasta un 15% la demanda de cuidados a largo plazo. Es un margen inmenso, si lo pensamos en términos sociales, familiares, económicos y emocionales. Y los ejemplos concretos lo demuestran.

En Dinamarca, un enfoque preventivo desde la atención primaria ha conseguido reducir en un 30% las hospitalizaciones evitables en personas mayores de 65 años. ¿Cómo? Reforzando la atención domiciliaria, priorizando el seguimiento activo, capacitando a los equipos para intervenir antes de que aparezca el daño. La prevención no es una opción. Es una necesidad. Una inversión inteligente. Una apuesta por una longevidad con sentido. Porque prevenir significa proteger el bienestar, no solo tratar la enfermedad. Significa poner a la persona en el centro antes de que aparezca la urgencia. Significa convertir cada etapa de la vida en una oportunidad para cuidar y cuidarse.

Imaginemos por un momento una consulta médica en 2040, año en que las proyecciones indican que España será el país más longevo del mundo. No hay tensiómetro a la vista. En su lugar, una conversación serena, una tabla de hábitos, una evaluación de redes sociales de apoyo. El profesional no pregunta solo qué duele, sino qué motiva, qué falta, qué alegría. ¿Utopía? No. Es el futuro posible de un sistema de salud verdaderamente preventivo.

En una sociedad con más años por vivir, no es suficiente que los sistemas de salud sigan basados en los 2 pilares tradicionales:

- Atención primaria > Para tratar síntomas iniciales.
- Y Atención hospitalaria > Para tratar enfermedades avanzadas.

Hay un vacío enorme en el sistema: la prevención. Si queremos hablar con propiedad de envejecimiento saludable, debemos desarrollar un tercer pilar: la atención preventiva. Y, añadido, la atención preventiva debe ser el primer pilar. No como un eslogan, sino como una política sostenida, transversal y evaluable. Como un compromiso compartido entre ciudadanía, profesionales, instituciones y comunidades. Pero para que esta visión preventiva no quede limitada a la voluntad individual o a buenas prácticas aisladas, necesitamos algo más: una apuesta estructural, sostenida y compartida. Porque si de verdad queremos una sociedad longeva y saludable, la prevención no puede ser una recomendación. Tiene que convertirse en política de Estado.

Necesitamos actuar en varios planos al mismo tiempo, combinando visión estratégica, políticas públicas y acción comunitaria. La atención preventiva no puede seguir siendo un apéndice del sistema sanitario, algo marginal o voluntarista. Debe convertirse en un pilar estructural del modelo de bienestar. Porque solo así podremos anticiparnos a los retos, en lugar de limitarnos a responder a las crisis:

- En primer lugar, necesitamos promover el envejecimiento saludable desde edades tempranas.
 - La longevidad no comienza a los 65 años:
 - se construye desde la infancia, se fortalece en la juventud, se consolida en la madurez.
 - Incorporar hábitos saludables, generar entornos que favorezcan el bienestar físico, mental y emocional, e integrar la educación para la salud en los currículos escolares y laborales debe ser una prioridad.
- En segundo lugar, hace falta mejorar la capacidad de detección precoz.
 - No basta con esperar a que aparezca la enfermedad.
 - Debemos desarrollar herramientas que nos permitan identificar riesgos antes de que se traduzcan en deterioro.
 - Evaluaciones geriátricas integrales, cribados sistemáticos, seguimiento personalizado.
 - Todo ello debe formar parte de una estrategia de salud pública que no vea la edad como un problema, sino como un parámetro de personalización.
- Y en tercer lugar, debemos fomentar programas de ejercicio adaptado, nutrición adecuada y bienestar emocional.

En Japón, por ejemplo, los “entrenamientos de longevidad” han logrado reducir hasta en un 50% el riesgo de caídas y fracturas. Estos programas combinan actividad física moderada con trabajo de equilibrio, acompañamiento profesional y una dimensión social que es fundamental para la adherencia. Y aquí, permítanme detenerme un momento para hablar de Iberlongeva. Desde el CENIE, junto con las universidades de Salamanca y Vigo, y el Instituto Politécnico de Bragança, estamos impulsando un modelo pionero de acción preventiva que busca precisamente eso: intervenir antes de que la fragilidad se instale. Anticiparnos. Aprender a leer los primeros signos. Crear intervenciones comunitarias y personalizadas que prolonguen la autonomía y la calidad de vida. Queremos reducir el riesgo de dependencia. Queremos evitar hospitalizaciones innecesarias. Queremos liberar presión sobre los sistemas sanitarios y, sobre todo, sobre las personas y sus familias.

Vosotros sabéis mejor que nadie que esta acción temprana integral es posible. Vosotros lo veis cada día. Porque la prevención no es un gasto. Es una inversión. Una inversión en bienestar, en equidad, en sostenibilidad. Y, en última instancia, en libertad: la libertad de envejecer con plenitud, con propósito y con dignidad. Pero la acción preventiva, por sí sola, no construye una sociedad longeva.

Necesitamos una visión más amplia. Una nueva narrativa que nos permita diseñar no solo mejores políticas, sino un futuro común. Un futuro donde cada año ganado sea un año vivido con propósito.

Podemos seguir viendo la longevidad como una carga... o reconocerla como lo que realmente es: un motor de desarrollo.

No estamos hablando de una utopía, sino de una posibilidad concreta, real, alcanzable si somos capaces de adaptar nuestras estructuras, nuestros relatos y nuestras prioridades al siglo en el que vivimos. Una sociedad longeva no es una sociedad envejecida, pasiva o enferma. Es una sociedad que ha conquistado tiempo... y que sabe qué hacer con él. Que lo transforma en oportunidades de aprendizaje, de participación, de innovación. Que reconoce el valor de cada etapa de la vida como parte de un continuo vital. Que deja de segmentar a las personas por décadas y empieza a tejer generaciones desde la colaboración y no desde la jerarquía de edades. Pero nada de esto ocurrirá por inercia. El tiempo ganado no basta si no va acompañado de un proyecto compartido. Necesitamos visión, necesitamos política, necesitamos ciencia, ..., pero también necesitamos afecto, vínculo y comunidad. Necesitamos pasar del discurso de la carga al de la contribución.

Y eso exige un cambio cultural profundo, que ya ha comenzado, pero que aún necesita consolidarse.

Y ahí es donde entráis vosotros. Los profesionales que trabajáis en la intersección entre ciencia y humanidad. Vosotros que venís de la geriatría, de la gerontología, de la investigación, de la atención directa. Vosotros que sabéis que el envejecimiento no se gestiona solo con algoritmos ni con cifras, sino con cercanía, con escucha, con compromiso cotidiano. Sois pieza clave para diseñar ese nuevo contrato intergeneracional que España necesita. Porque España no puede permitirse ignorar el valor de su longevidad. No podemos seguir dejando fuera del relato a quienes han construido el país que hoy disfrutamos. No podemos avanzar como sociedad sin dar espacio a quienes aún tienen tanto que aportar.

Envejecer no debe significar retirarse. Debe significar reinventarse. Y hoy, más que nunca, tenemos la posibilidad —y la responsabilidad— de cambiar el relato. De pasar de una cultura del déficit a una cultura del potencial. De construir una sociedad en la que cada año de vida adicional sea un año con sentido, con propósito y con bienestar. Donde crecer no sea solo una cuestión biológica, sino una posibilidad vital para todos, durante toda la vida.

CONCLUSIÓN

¿Queremos ser espectadores del cambio... o protagonistas de una nueva era? Porque lo que está en juego no es solo cómo envejecemos, sino cómo vivimos.

No es solo una cuestión de edad, sino de ambición colectiva. Tenemos la oportunidad de transformar la historia: de pasar de un modelo de cuidados tardíos a una cultura del bienestar duradero; de una sociedad que se resiste al tiempo, a otra que lo abraza como una conquista común.

El futuro no está escrito. Pero sí está en nuestras manos. Y no hay mejor momento que este —este instante, esta generación, este país— para atreverse a pensar en grande, para atreverse a imaginar una España que no tema la longevidad, sino que la lidere.

No hagamos de los años un peso. Hagamos de ellos una potencia. No usemos la edad como excusa. Convirtámosla en ventaja. Hagamos que la longevidad sea nuestro mayor logro compartido. El legado más lúcido que podamos dejar.

Y recordemos, como escribió León Felipe, que «no es lo que importa llegar solo y el primero, sino con todos y a tiempo».

Capítulo 2

La equidad en salud; modelo biologicista y modelo Biopsicosocial frente a la longevidad, dependencia y discapacidad.

Miriam Fortes Posada¹, M Isabel Sanchez Fernandez¹

¹Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo, España.

RESUMEN

La longevidad nos presenta nuevos retos que abordar en sociedad poniendo de manifiesto la necesidad de invertir en políticas públicas que garanticen la justicia social.

En el presente estudio se pretende visibilizar como la equidad sanitaria está condicionada por los determinantes sociales y cómo estos influyen en el acceso y evolución de la salud de la ciudadanía. Para ello hemos realizado un análisis bibliográfico centrado en los modelos actuales de atención a personas dependientes y/o con algún tipo de discapacidad en la CCAA de Galicia en el ámbito socio-sanitario frente a la normativa que los regula y los derechos de los ciudadanos.

Se han establecido cuatro objetivos relacionados con el impacto de los determinantes sociales en salud, el modelo biologicista y biopsicosocial, la intervención comunitaria en salud y la equidad vs igualdad sanitaria.

En cuanto a los resultados, el modelo biopsicosocial se posiciona, como avala la OMS desde el año 2000, como garante de derechos y justicia social teniendo en cuenta los determinantes sociales con el fin de garantizar la equidad sanitaria y alejándose de modelos puramente asistencialistas, centrados en una parte concreta del individuo sin tener en cuenta su totalidad y su interacción con el medio que lo rodea.

Por todo ello, comprendemos que los servicios públicos deben garantizar la universalidad, accesibilidad y calidad que establecen las normas reduciendo las desigualdades sociales y fomentando la equidad social.

Equidad, Salud, Determinantes sociales, Biologicismo, Autodeterminación.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación parte de la necesidad de visibilizar cómo los determinantes sociales influyen en la salud de la ciudadanía, teniendo en cuenta las desigualdades sociales y los factores estructurales que condicionan el acceso y evolución de la salud de las personas. La equidad en la asistencia sanitaria implica una organización justa del sistema y de los recursos, que preste atención a los determinantes sociales, garantizando la universalidad, accesibilidad, calidad y adaptación a las diferentes necesidades, etapas vitales y circunstancias personales. En este contexto, analizamos el Servicio Gallego de Salud, algunos de sus recursos propios y externos y cómo estos influyen en los ciudadanos gallegos en la actualidad.

EL IMPACTO DE LOS DETERMINANTES SOCIALES EN LA SALUD:

Llamamos determinantes sociales de la salud a aquellas circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Y como estos están configuradas por un conjunto más amplio de fuerzas económicas, ambientales, sociales, culturales y políticas.

El peso relativo que ejercen en la salud determinantes estructurales como: dónde vivimos, nuestro nivel educativo, las relaciones sociales, el tipo de trabajo que desempeñamos, el nivel de ingresos, el acceso a los servicios, las políticas, la cultura, el género, el racismo o las leyes de mercado, es mucho menor que el peso del propio sistema sanitario.

Estos determinantes no influyen directamente sobre la salud, pero sí generan desigualdades en salud a través de los determinantes intermedios. Los grupos peor situados en la escala social viven en circunstancias materiales y psicosociales menos favorables, por lo que pueden tener más limitaciones para acceder a recursos que pueden mejorar la salud, en comparación con las personas mejor situadas en la escala social.

No debemos obviar que la Organización Mundial de la Salud (OMS) advierte que los determinantes sociales tienen tanto o más peso que el código genético a la hora de explicar el estado de salud de la población.

Por ello, el/la Trabajador/a Social Sanitario/a aporta una perspectiva esencial en el abordaje integral de la salud, especialmente en lo referente a los determinantes sociales de la salud como son las condiciones de vida, entorno social comunitario, red de apoyo, acceso a recursos, vivienda, educación, situación económica, entre otros, y teniendo como principios básicos la dignidad (persona humana, única e inviolable), libertad (realización actos sin coacción) e igualdad (garantizar mismos derechos y deberes).

El Trabajo Social Sanitario es una realidad consolidada en la práctica, pero pendiente de reconocimiento formal. La Ley General de Sanidad de 1986 ya contemplaba la figura de/la Trabajador/a Social Sanitario/a como parte de los equipos de atención primaria.

Se trata de una profesión vinculada desde sus orígenes, de la mano de Mary Richmond y el libro titulado “¿Qué es el trabajo social de casos” (1922), a la ciencia médica y al ámbito sanitario, utilizando el modelo sistémico y el psicoanálisis?

PASO DEL MODELO BIOLOGICISTA AL MODELO BIOPSIICOSOCIAL.

La OMS adopta en el año 2000 el modelo Biopsicosocial con el reconocimiento de las interacciones biológicas, psicológicas y sociales en el tratamiento de la enfermedad. Se trata de un modelo médico holístico, promulgado por Engel en 1977, y pasando del modelo tradicional reduccionista y mecanicista somático a un modelo que permite un abordaje integral de la salud.

El modelo biopsicosocial entiende la necesidad de:

- Incorporar en la atención la prevención y la promoción de la salud.
- Generar una relación profesional/paciente basada en el cuidado, la confianza y la apertura.
- Tratar de comprender a el/la paciente en su globalidad y dentro de su contexto.

- Tener en consideración las variables psicosociales a la hora de determinar la gravedad y curso de la enfermedad, así como la aceptación del/la paciente.
- Llegar a un acuerdo con el/la paciente sobre su problema y el abordaje indicado, teniendo en cuenta su red de apoyo y contexto.

Contemplar la red de apoyo resulta especialmente relevante en culturas familiaristas donde la toma de decisiones y las dinámicas de cuidados están colectivizadas. El proceso salud-enfermedad-atención y cuidado puede iniciarse mucho antes del encuentro con los servicios socio-sanitarios e implicar a muchos más agentes de salud, como son redes de cuidado mutuo, Servicios Sociales, Tercer Sector, etc.

Para llevar a cabo una eficiente atención biopsicosocial, es necesario un equipo interdisciplinar coordinado en el cual cada profesión marque sus tiempos de intervención con el fin de programar un Planteamiento global que tenga en cuenta todos los factores que conciernen al individuo.

En 2005, la OMS creó la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud con el fin de recabar datos científicos sobre posibles medidas e intervenciones en favor de la equidad en salud y promover un movimiento internacional para alcanzar ese objetivo.

El informe resultante está estructurado a partir de tres principios básicos de acción:

1. Mejorar las condiciones de vida, es decir, las circunstancias en que la población nace, crece, vive, trabaja y envejece.
2. Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, esto es, los factores estructurales de los que dependen las condiciones de vida, a nivel mundial, nacional y local.
3. Medir la magnitud del problema, evaluar las intervenciones, ampliar la base de conocimientos, dotarse de personal capacitado en materia de determinantes sociales de la salud y sensibilizar a la opinión pública a ese respecto.

A día de hoy continuamos trabajando para que dichos principios básicos de acción establecidos por la OMS se apliquen y aporten beneficios a la sociedad. La estrategia 2030 también habla de ellos en sus 17 objetivos de desarrollo sostenible.

Los factores estructurales dividen a la ciudadanía en diferentes gradientes marcados por unos determinantes sociales que lejos de conseguir la justicia social perpetúan las desigualdades.

LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA EN SALUD:

En los puntos anteriores se ponen de manifiesto diferentes posiciones en la intervención en salud y cómo ésta se ve influenciada por los/las participantes y en concreto por los determinantes sociales.

Se necesita una implicación coordinada de diferentes profesionales de atención primaria, así como de las estructuras directivas y de la ciudadanía.

Por estos motivos, la función de los/las trabajadores/as sociales y la orientación comunitaria es clave en la equidad en la atención sanitaria y fundamental para abordar los determinantes y desigualdades sociales en salud.

El nivel individual y familiar en la intervención comunitaria es la práctica profesional habitual en las consultas. Se da importancia a los contextos, a las historias personales y familiares, a las relaciones y a los entornos, con un enfoque sensible a los determinantes sociales de la salud.

La metodología empleada se basa en el modelo familiar y comunitario clásico: se utiliza un abordaje biopsicosocial individual y familiar y un modelo de cuidados y atención centrado en las personas y su contexto.

Existen numerosas herramientas para trabajar la intervención comunitaria en este nivel: el uso de los códigos Z, los modelos de cuidados, los genogramas, la exploración de redes de apoyo individual, la entrevista, las escalas, la educación para la salud desde un modelo de aprendizaje significativo, la derivación a recursos comunitarios, la coordinación entre instituciones, entre otras.

Un elemento fundamental de este nivel es el trabajo integrado del equipo de atención primaria, con circuitos de coordinación y de reflexión conjunta entre los/las diferentes profesionales (trabajo social, enfermería, medicina, fisioterapia...) no siendo estos posibles en todos los centros de salud de la CCAA por la falta plazas de dichos profesionales.

Por otro lado, en el nivel grupal se trabaja con grupos reducidos en los que se pueden realizar acciones educativas y grupales enfocadas no solo al síntoma (somática), sino también a la reflexión y la discusión sobre las causas de los problemas de las personas y los determinantes sociales de la salud. Se puede incorporar una perspectiva de equidad, buscando el fortalecimiento de los recursos personales a través de la acción grupal por medio del trabajo entre iguales.

Y como tercer nivel, el colectivo en acción comunitaria debe tener un carácter intersectorial e interdisciplinario, contando con los diferentes actores y sectores que existen en el territorio local y que tienen un papel relevante para mejorar el bienestar de la comunidad. Se puede enfocar, impulsar y dinamizar la intervención desde los centros de salud, pero también es posible la participación y acompañamiento de procesos comunitarios que ya estén en marcha aprovechando los recursos de la comunidad y evitando duplicar intervenciones con el fin de optimizar los recursos.

LA EQUIDAD VS LA IGUALDAD SANITARIA:

La intervención comunitaria pone el foco en la necesidad de acercar a el/la profesional y el servicio a el/la paciente, haciéndolo/a partícipe de su propio cambio y fomentando sus habilidades personales para la consecución de los objetivos marcados. Pero cuando hablamos de equidad en salud, conviene recordar que también existe la Ley de cuidados inversos (Hart,1971) que refleja la inequidad en la asistencia sanitaria y según la cual "la disponibilidad de una buena asistencia médica suele variar de forma inversa a la necesidad de la población atendida".

LAS INEQUIDADES EN LA ASISTENCIA SANITARIA APUNTAN ASÍ A DOS ASPECTOS A TRABAJAR:

LA EQUIDAD EN LA PROVISIÓN DE SERVICIOS.

Dependerá de que los servicios sanitarios estén disponibles, sean accesibles y aceptables para todas las personas, con independencia de su posición social.

Algunas de las principales barreras de acceso a la atención sanitaria en el mundo son: coste de medicamentos, consultas médicas y exámenes, temor o vergüenza a ser atendido en un servicio de salud, desconfianza en los equipos de salud y en el tratamiento prescrito, estigma social, creencias y mitos. Las barreras son sistemáticamente mayores en personas situadas en la parte baja de la jerarquía social con criterios de género, etnia o posición socioeconómica (Hirmas et al, 2013).

LA EQUIDAD EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS.

A nivel de la interacción profesional-paciente también hay algunos elementos que intervienen en la aparición de inequidades en la asistencia sanitaria.

En función del gradiente social encontramos como la comunicación médico/a - paciente está condicionada por una intervención con menor información sobre diagnóstico y tratamiento, mayor jerarquización, mirada biologicista con poca predisposición a conocer el contexto socioeconómico de la persona, dificultades ante competencias digitales y evaluación cortoplacista de los cambios en los comportamientos de salud sin conocer las capacidades personales para llevarlos a cabo.

OBJETIVOS

- Reconocer las diferencias entre equidad e igualdad sanitaria.
- Analizar la importancia de la intervención comunitaria en salud.
- Identificar las diferencias entre modelo biologicista y biopsicosocial.
- Visibilizar el impacto de los determinantes sociales en la salud.

METODOLOGÍA

El estudio es de naturaleza cualitativa y descriptiva. Se realiza un análisis del contexto social y de la influencia de los modelos de atención biologicista y biopsicosocial en la ciudadanía, teniendo en consideración cómo los recursos sanitarios y sociales interactúan e influyen en la población más vulnerable. Empleamos como base la experiencia profesional directa en el sistema público de salud y el análisis técnico bibliográfico en la materia a tratar.

RESULTADOS

El análisis de los determinantes sociales en salud muestra la necesidad de aplicar el modelo biopsicosocial en el ámbito sanitario en las intervenciones con la ciudadanía:

- El reconocimiento de la necesidad de adaptar los servicios a la diversidad humana con el fin de evitar inequidades dada la existencia de desigualdades que requiere que los sistemas de salud respondan de forma proporcional a las necesidades.
- La orientación comunitaria desde el trabajo social es fundamental, trabajando en la prevención socioeducativa de la salud a nivel individual, familiar, grupal y colectivo.
- El regreso al modelo biologicista, también llamado modelo biomédico, aleja al profesional del paciente centrándose exclusivamente en la enfermedad. La importancia de aplicar el modelo biopsicosocial nos acerca al paciente, explorando la enfermedad, su vivencia, el contexto, la red de apoyo y su interacción en la comunidad.
- Se señala la necesidad de unos recursos sanitarios y sociales públicos, que cubran las necesidades de la población más vulnerable evitando la institucionalización prematura, teniendo en cuenta la autodeterminación y atendiendo a las necesidades de las personas para garantizar su calidad de vida, siguiendo el principio de equidad y justicia social.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos permiten responder directamente a los objetivos planteados con un enfoque biopsicosocial, centrado en la persona, su autodeterminación y la búsqueda de la equidad social en relación al ámbito socio-sanitario

Referencias bibliográficas

- Bermeo, J. (2024). *Desigualdades en salud y equidad en la utilización y financiación de los servicios sanitarios*. Universidad Internacional de Valencia, Máster Universitario en Bioética.
- BOE (1986). *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad*. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499>
- Consejo General del Trabajo Social. (2025, 9 de abril). *El Consejo General se reúne con la Dirección General de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad*. <https://www.cgtrabajosocial.es/noticias/el-consejo-general-se-reune-con-la-direccion-general-de-ordenacion-profesional-del-ministerio-de-sanidad/13428/view>.
- Estrategia 2030 (2022). *Plan de acción para la implementación de la Agenda 2030*. <https://estrategia2030.es/>.
- Hart, J.T. (1971) *The Inverse care law*. ScienceDirect. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014067367192410X>.
- Hernán, F. (2025, 28 de marzo). *Centros de cuidados: gestión pública, privada ou "social"* Praza Pública. <https://praza.gal/opinion/centros-de-cuidados-gestion-publica-privada-ou-social>.
- Hirmas, M. et al (2013). *Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa*. scielosp.org/article/ssm/content/raw/resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v33n3/a09v33n3.pdf.
- INE - Instituto Nacional de Estadística. *INEbase / Demografía y población / Fenómenos demográficos / Indicadora demográficos básicos*. <https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/>.
- Subdirección General de Promoción de la Salud y Vigilancia en Salud Pública, Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. (2025). *Equidad en salud: Aprendiendo con el pueblo Gitano*.
- World Health Organization: WHO. (2025). *Determinantes sociales de la salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/social-determinants-of-health>.

Capítulo 3

Políticas públicas enfocadas a los retos de la longevidad: nuevo paradigma en la sociedad gallega ante la atención a personas dependientes y/o con discapacidad.

Miriam Fortes Posada¹, Romina Sarmiento Boullosa²

¹Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo, España.

²Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo, España.

RESUMEN

La longevidad y esperanza de vida pone de manifiesto la necesidad de organizar unos cuidados de calidad que garanticen una atención digna a las personas dependientes y/o con discapacidad, facilitando un final de vida que respete a la persona, sus deseos y preferencias.

En el presente estudio se pretende visibilizar cómo las políticas públicas, tienen efectos que trascienden generaciones e impactan en la estructura social: abuelos, padres, hijos, nietos, vecinos.

Un cambio normativo puede modificar profundamente la dinámica familiar de cuidados, la calidad de vida, las relaciones sociales, y promover modelos de atención no profesionalizados.

Se han establecido tres objetivos relacionados con el impacto social y profesional de los cambios normativos, cómo las reformas afectan a la calidad de los cuidados, la dinámica familiar y el modelo de gestión de recursos públicos y cuáles son los elementos que favorecen la privatización y los cuidados no profesionalizados en el entorno familiar en la CCAA de Galicia.

En cuanto a los resultados, se visibilizan algunos de los cambios y las consecuencias de la reciente modificación normativa impulsada por la Xunta de Galicia en la Ley 5/2024 de medidas de los presupuestos de Galicia para 2025 que afecta a la Ley 13/2008 de Servicios Sociales de Galicia.

Se concluye visibilizando la necesidad de una reconfiguración del modelo de atención a las personas dependientes y/o con discapacidad que garantice servicios públicos y de calidad, partiendo de la base de que los Servicios Sociales son el cuarto pilar del Estado de Bienestar junto a la Educación, la Sanidad y la Seguridad Social.

Palabras clave: Dependencia, Discapacidad, Recursos públicos, Privatización, Cuidados.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación parte de la necesidad de visibilizar como España, y en este caso Galicia, lleva años asumiendo la atención a personas dependientes y/o con discapacidad con un modelo familista que pone de manifiesto una realidad de cuidados no profesionales, focalizados en su mayoría en el género femenino.

La sociedad actual está cambiando a pasos agigantados. La pirámide poblacional en España presenta un descenso continuo en las tasas de natalidad (INE, 2024) y la movilidad geográfica por motivos laborales, entre otros, rompe con los modelos tradicionales de familias extensas que vivían todas en el mismo domicilio o zonas limítrofes.

Es necesario centrar el foco en la situación actual, la necesidad real de cuidados de calidad para los nuevos retos de la longevidad y las precarias políticas públicas centradas en la privatización del sistema de servicios sociales y la atención socio-sanitaria.

El impacto social y profesional de las modificaciones recientes en la normativa gallega sobre dependencia y discapacidad.

El reciente cambio en la Ley 13/2008 de Servicios Sociales de Galicia asociado a la modificación normativa impulsada por la Xunta de Galicia en la Ley 5/2024 de medidas de los presupuestos de Galicia para 2025 presenta un nuevo paradigma en la atención a las personas dependientes sumado a la falta de recursos públicos y las largas listas de espera ya existentes.

Algunos de los puntos a destacar con el reciente cambio son el prescindir, junto a la solicitud de dependencia, del informe social de los servicios sociales de base/atención primaria (elaborados por las/os trabajadoras/es sociales de referencia para la población), la unificación de los trámites de solicitud de la discapacidad y la dependencia y la equiparación del grado de dependencia a un porcentaje de discapacidad.

Los cambios que entraron en vigor el 3 de enero de 2025 fueron aprobados sin tener en cuenta las alegaciones del Colegio Oficial de Trabajo Social de Galicia y dejando a las/os profesionales de atención directa de SS.SS. de Ayuntamientos y Centros de salud con la incerteza sobre cómo aplicar estas medidas en el ejercicio diario.

La eliminación del Informe Social Unificado (ISU), instrumento técnico de valoración elaborado exclusivamente por las/os profesionales del Trabajo Social, formado por 14 páginas, se reduce, con el cambio en la normativa, al uso únicamente para los trámites de emergencia social y/o en los casos en los que la Consellería de Política Social e Igualdad considere que la información de la solicitud realizada por la persona dependiente es insuficiente.

La supresión de la valoración técnica y del ISU compromete la calidad de los servicios y reduce las garantías para la ciudadanía y la población más vulnerable.

Se trata de una medida con tinte sensacionalista al anunciar en medios públicos el cambio en la solicitud de dependencia y discapacidad y la unificación de ambos como una reducción de la burocratización siendo, sin embargo, un nuevo instrumento más burocratizado reducido a una simple solicitud administrativa sin la necesidad de un acompañamiento técnico y eliminando la especialización necesaria para cada caso.

Alejándose de la coordinación interadministrativa, las nuevas políticas abogan por un modelo mecanicista y clasificador, con la intención declarada de agilizar trámites, que encasilla a las personas como números y datos, alejándose de la valoración integral, personalizada y Biopsicosocial.

Reformas que afectan a la calidad de los cuidados, la dinámica familiar y el modelo de gestión de los recursos públicos.

Desde la aprobación de la Ley de Promoción de la Autonomía y Atención a las Personas en situación de Dependencia, también conocida como Ley de dependencia 39/2006, la cual prioriza los servicios públicos frente a las prestaciones económicas, se aprecia como cada CCAA, con sus competencias delegadas en materia de atención a las personas dependientes, organiza el criterio servicios/ prestaciones con un trasfondo puramente económico. En el caso de la CCAA gallega, el sistema evoluciona cara un modelo de beneficencia de bajo coste, de calidad cuestionable y de prestaciones económicas, llamadas libranzas, que fomentan la privatización frente a la falta de servicios públicos.

Las llamadas libranzas vinculadas a un servicio no son más que prestaciones económicas concedidas a la persona dependiente para que contrate servicios privados sin ser cubierto su coste al 100% y tratándose de un sistema perverso de transferencia de las rentas y ahorros de las familias cara servicios prestados por empresas privadas dedicadas al cuidado.

La libranza por cuidados en el entorno, prestación económica excepcional según la ley, ganó peso en los últimos años asociada a la falta de servicios públicos (servicio a domicilio, centro de día o residencia pública), las largas listas de espera, los elevados precios de las empresas privadas dedicadas al cuidado y el deterioro de la calidad de vida. Se trata de una prestación económica de aproximadamente 400€ al mes, concedida a toda persona dependiente "cuidada en el entorno", sin influir su grado de dependencia, renta, ni capacidad económica, y sin necesidad de justificar el gasto de dicha prestación.

Nos encontramos ante la deriva de la privatización del sistema de atención a la dependencia que garantiza prestaciones económicas frente a la falta de servicios públicos y el fomento de unos cuidados en el entorno familiar que perversamente no son profesionalizados y en su mayoría realizados por mujeres, en ocasiones bajo el paraguas de la economía sumergida.

Elementos que favorecen la privatización y los cuidados no profesionalizados en el entorno domiciliario.

El estado de bienestar en España está formado por cuatro pilares básicos que son la Educación, la Sanidad, la Seguridad Social y los Servicios Sociales. La inversión en Servicios Sociales en la actualidad no cubre las necesidades de la población asumiendo de forma generalizada la privatización del sistema y en el mejor de los casos el acceso a los copagos en servicios públicos, como por ejemplo servicio a domicilio, centro de día o residencia, disponibles para unos/unas pocos/as siempre que se cumplan unos requisitos asociados a la precariedad económica y grado de dependencia (a mayor grado y menor renta mayor probabilidad de acceso a servicios públicos), regresando al modelo caritativo de beneficencia.

Siendo necesaria la redistribución de la riqueza, cabe destacar que el cuarto pilar del Estado de Bienestar no cubre las necesidades de la población y las personas se ven obligadas a costear por privado los servicios que necesitan para atender su situación de dependencia y/o discapacidad contratándolos a empresas privadas mientras no tengan opción a acceder a un servicio público con copago más económico que el precio del mercado, lo que es lo mismo, posiciona a la población media en una situación comprometida al ver condicionados sus ingresos y ahorros vitales al pago de unos servicios de cuidados prestados por empresas privadas (servicios a domicilio, centro de día o Residencia) lo que provoca un empobrecimiento de la clase media que tendrá graves consecuencias a lo largo de su vida.

El libre mercado en el sector de los cuidados presenta unos altos precios difícil de asumir por las economías familiares. Este factor, asociado a la anteriormente nombrada libranza por cuidados en el entorno, comienza a

evidenciar la vuelta de los cuidados de personas dependientes y/o con discapacidad en el domicilio, realizados por cuidadores/as no profesionalizados/as, en su mayoría mujeres de la red familiar y un significativo aumento de la economía sumergida, siendo también destacable el perfil de cuidadora mujer, mediana edad, migrante.

En definitiva, se generaliza el reconocimiento de prestaciones económicas ante la insuficiencia de recursos públicos lo que promueve indirectamente la privatización del sistema y se dota de mayor cuantía de prestación económica a los cuidados en el entorno familiar, sin apoyo técnico, fomentando el modelo familista que continúa atribuyendo la carga del cuidado a las mujeres.

OBJETIVOS

- Visibilizar el impacto social y profesional de las modificaciones recientes en la normativa gallega sobre dependencia y discapacidad.
- Analizar cómo estas reformas afectan a la calidad de los cuidados, la dinámica familiar y el modelo de gestión de los recursos públicos.
- Identificar los elementos que favorecen la privatización y los cuidados no profesionalizados en el entorno domiciliario.

METODOLOGÍA

El estudio es de naturaleza cualitativa y descriptiva. Se realiza un análisis del contexto normativo y de la modificación normativa impulsada por la Xunta de Galicia en la Ley 5/2024 de medidas de los presupuestos de Galicia para 2025 que afecta a la Ley 13/2008 de Servicios Sociales de Galicia, con especial atención a cómo dicha reforma incide en la organización de los cuidados, la atención a las personas dependientes y la calidad de los servicios. Se emplea como base la experiencia profesional directa en el sistema público de salud gallego, además del análisis técnico de los documentos legislativos y administrativos implicados en la reforma.

RESULTADOS

El análisis de la nueva normativa muestra varios elementos de transformación profunda en la gestión de la dependencia y la discapacidad en Galicia:

- Se suprime la obligatoriedad del informe social, documento técnico elaborado por profesionales del trabajo social como parte del procedimiento de valoración social e idoneidad del recurso, eliminando así una visión técnica integral de las necesidades familiares.
- La elección entre servicios públicos o prestaciones económicas queda a criterio exclusivo de la persona solicitante o sus familiares, cubriendo una simple solicitud administrativa.

- Se prioriza el reconocimiento de prestaciones económicas vinculadas, conocidas como libranzas, ante la insuficiencia de recursos públicos, lo que promueve indirectamente la privatización del sistema.
- Se fomenta el retorno de los cuidados al entorno familiar, con una prestación económica (libranza), sin apoyo técnico ni profesional, lo que reproduce modelos asistenciales basados en el género, trasladando la carga del cuidado en el domicilio, de nuevo, a las mujeres.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos permiten responder directamente a los objetivos planteados:

- Las recientes reformas normativas en Galicia suponen una reconfiguración del modelo de atención, que debilita el rol profesional y público en la gestión de la dependencia y discapacidad.
- Se observa un retroceso hacia los cuidados domiciliarios no profesionalizados, que impacta directamente en las dinámicas familiares y que siguen siendo desarrollados por las mujeres de la red familiar.
- Las decisiones políticas actuales están favoreciendo un modelo privatizador, donde los servicios públicos insuficientes se convierten en prestaciones económicas.
- Conceder prestaciones económicas como norma por la falta de recursos públicos y sin tener en cuenta el grado de dependencia de las personas ni su capacidad económica rompe todo criterio de equidad.

Referencias bibliográficas

- Bermeo, J. (2024). *Desigualdades en salud y equidad en la utilización y financiación de los servicios sanitarios*. Universidad Internacional de Valencia, Máster Universitario en Bioética.
- Consejo General del Trabajo Social. (2025, 9 de abril). *El Consejo General se reúne con la Dirección General de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad*. <https://www.cgtrabajosocial.es/noticias/el-consejo-general-se-reune-con-la-direccion-general-de-ordenacion-profesional-del-ministerio-de-sanidad/13428/view>.
- Domingo, A. (2025, 5 de abril). «*La nueva vejez no quiere residencias, sino cuidados personalizados*». *Somos Comarca*. <https://www.somoscomarca.es/articulo/obardo/nueva-vejez-quiere-residencias-cuidados-personalizados/20250404195330193720.amp.html>.
- Hermida, M. (2025, 4 de febrero). *Pepe y Delia, de 92 y 87 años, esperan juntos y viviendo solos por la dependencia: "Cando morramos, xa non fai falta"*. *La Voz de Galicia*. <https://www.lavozdegalicia.es/noticia/pontevedra/cuntis/2025/01/31/pepe-delia-92-87-anos-esperan-juntos-viviendo-solos-dependencia-cando-morramos-xa-non-faifalta/00031738328589935523878.htm>.
- Hernán, F. (2025, 28 de marzo). *Centros de cuidados: xestión pública, privada ou "social"*. *Praza Pública*. <https://praza.gal/opinion/centros-de-coidados-xestion-publica-privada-ou-social>.
- INE - Instituto Nacional de Estadística. *INEbase / Demografía y población / Fenómenos demográficos / Indicadora demográficos básicos*. <https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?cid=1254736177003&menu=ultiDatos&idp=1254735573002>.
- Insua, R. B. (2025, 9 de abril). *La residencia de Becerreá que pasó de pública a privada sigue cerrada: «En estas condiciones es mejor que no abra»*. *GaliciaPress*. <https://www.galiciapress.es/articulo/movimientos/2025-04-09/5248515-residencia-becerreapaso-publica-privada-sigue-cerrada-estascondiciones-mejor-no-abra>.
- Ley 13/2008, de 3 de diciembre, de servicios sociales de Galicia. (2009, 17 de enero). *Boletín Oficial del Estado* (BOE), (15). <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2009-807>.
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. (2006, 15 de diciembre). *Boletín Oficial del Estado* (BOE), (299). <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990>.
- Nuñez, V. (2025, 6 de abril). *La falta de personal tensiona el servicio más demandado por los dependientes gallegos*. *Galiciae*. <https://www.galiciae.com/articulo/galicia/faltapersonal-tensa-servicio-mas-demandado-dependientes/20250406153326102005.html>.
- Pardo, L. (2025a, 2 de marzo). *Cuando los hospitales se convierten en albergues: ingresos de más de dos meses a la espera de una residencia en Galicia*. *ElDiario.es*. https://www.eldiario.es/galicia/hospitales-convierten-albergues-ingresos-meses-esperaresidencia-galicia_1_12062462.html.

- Pardo, L. (2025b, 1 de febrero). *Los trabajadores sociales ven «perverso» el plan de la Xunta que agiliza trámites a dependientes por «privatizar el sistema»*. ElDiario.es. https://www.eldiario.es/galicia/trabajadores-sociales-ven-perverso-plan-xunta-agilizatramites-dependientes-privatizar-sistema_1_12009004.html.
- Pérez, P. (2025, 4 de febrero). *La Xunta dará más de 150 euros al mes a los técnicos por agilizar la dependencia*. Faro de Vigo. <https://www.farodevigo.es/galicia/2025/02/04/xunta-dependencia-incentivos-agilizar-plus-113970079.html>.
- Redacción. (2025, 10 de febrero). *Protesta en Galicia contra la reforma de la dependencia: "Es dejar a la gente abandonada a su suerte por 400 euros"*. Noticias Obreras. <https://noticiasobreras.es/2025/02/protesta-en-galicia-contra-la-reforma-de-la-dependencia-es-dejar-a-la-gente-abandonada-a-su-suerte-por-400-euros/>.
- Subdirección General de Promoción de la Salud y Vigilancia en Salud Pública, Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. (2025). *Equidad en salud: Aprendiendo con el pueblo Gitano*.
- Vizoso, F. L. V. (2025, 9 de abril). *Tres características actuais do sistema galego de dependencia*. Nós Diario. <https://www.nosdiario.gal/articulo/social/tres-caracteristicas-actuais-do-sistema-galego-dependencia/20250409205411220091.html>.

Capítulo 4

Nuevo escenario de longevidad: actuación transfronteriza de entidades de iniciativa social (LONGSOCIAL).

Inês Durão Hipólito¹, Paula Alexandra Esteves Afonso², Jose María Failde Garrido³, Rosa Poveda Alfonso⁴, Ángel Rodríguez Sío⁵.

¹*Santa Casa da Misericórdia de Melgaço (SCMM), Melgaço, Portugal.*

²*Centro Interparoquial e Social do Alto Mouro, (CISAM), Parada do Monte, Portugal.*

³*Sociedade Galega de Xerontoloxía e Xeriatría (SGXX), Santiago de Compostela, España.*

⁴*Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras Demencias de Galicia (AFAGA ALZHÉIMER), Vigo, España.*

⁵*Asistencia técnica en proyecto LongSocial, Mos, España.*

RESUMEN

El envejecimiento de la población es común en el área transfronteriza y ello conlleva el reto de atender las necesidades de este segmento de la población. Esta realidad se hace peculiarmente más compleja en el rural, lo cual va a requerir de un componente de creatividad y generosidad para tratar de definir soluciones plausibles.

El proyecto LongSocial, cofinanciado por la Unión Europea a través del Programa Interreg VI-A España Portugal (POCTEP) 2021 2027, trata de reunir actores relevantes para la oferta de servicios sociales en unas condiciones muy concretas, así como aunar conocimiento y experiencia a ambos lados de la frontera con el fin de intentar perfilar posibles soluciones.

En concreto, el proyecto LongSocial trata de abordar el reto del envejecimiento mediante la ampliación de conocimiento especializado y el desarrollo de capacidades de entidades de iniciativa social con ámbito de intervención local.

El objetivo es que el esfuerzo redunde en la mejora de la atención a los mayores del rural. Para ello, se ejecutan diferentes actividades que buscan favorecer la intervención transfronteriza de las entidades beneficiarias del proyecto, posibilitando así la oferta de servicios, independientemente del lado de la frontera. También se ejecutan acciones que pretenden contribuir a la mejora de la sostenibilidad de estas entidades de iniciativa social del área transfronteriza.

Palabras clave: Cooperación transfronteriza, rural, dependientes, tercer sector, intervención social.

INTRODUCCIÓN

El área transfronteriza Galicia-Norte de Portugal, caracterizada por el envejecimiento de su población, particularmente dependiente, concentra los esfuerzos del proyecto LongSocial.

Este proyecto aporta al tercer sector un papel protagonista, considerándolo un actor clave para afrontar los retos que se avecinan para el sector. Ello se denota en la conformación del partenariado del proyecto, el cual aúna experiencia en la intervención directa sobre mayores dependientes a ambos lados de la frontera, con el fin de poder definir y proporcionar soluciones a problemas del día a día.

Este partenariado está compuesto por los siguientes beneficiarios:

- Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras Demencias de Galicia (Afaga Alzheimer), Vigo, España.
- Centro Interparroquial e Social do Alto Mouro, (CISAM), Parada do Monte, Portugal.
- Santa Casa da Misericórdia de Melgaço (SCMM), Melgaço, Portugal.
- Sociedade Galega de Xerontoloxía e Xeriatría (SGXX), A Coruña, España.

CONTEXTO Y NECESIDADES

El proyecto LongSocial enfoca sus esfuerzos en un área de intervención rural fundamentalmente, en la cual las personas viven para el trabajo y la familia. El tiempo libre de los mayores consiste en ir a la iglesia, visitas familiares y a vecinos. La red de soporte son los vecinos, pero claramente es insuficiente ya que muchas veces son las personas mayores quienes cuidan de las personas mayores. Además, en un ámbito rural, la dispersión geográfica y la falta de jóvenes, debilita la red de soporte al no haber vecinos o los que hay son también mayores. Pues recordemos que acudir a propósito al pueblo, suele ser por motivos de salud, de servicios públicos, pero no de ocio.

Descrito el contexto, hacer mención que las entidades portuguesas que conforman el partenariado del proyecto LongSocial intervienen en el rural de montaña de Melgaço. Los mayores dependientes intervenidos demandan profesionales de la entidad; sin embargo, estos profesionales indican que no saben identificar cuándo estos mayores empezaban a sufrir Alzheimer, mostrando interés por conocer los síntomas de la detección temprana del deterioro cognitivo.

Además, las entidades portuguesas de intervención social tienen la obligación de realizar 40 horas al año de formación a sus plantillas, pero esta formación debe ser certificada en Portugal. Afaga Alzheimer cuenta con el conocimiento y por ende la formación, sin embargo, la entidad española no estaba certificada como entidad formadora en Portugal.

También surgió el interés por aprovechar y hacer accesible el conocimiento surgido de eventos profesionales, normalmente celebrados en entornos urbanos y no siempre accesibles para actores que operan en el rural.

Por otra parte, en materia de sostenibilidad, el sector en general opera con una escasez continúa de recursos, lo cual condiciona el nivel de servicio que pueden ofrecer. Las perspectivas a futuro parece que es de aumento de la demanda, aunque con limitada capacidad adquisitiva de los usuarios. En consecuencia, cualquier medida que favorezca la mejora de la sostenibilidad del sector será prioritaria. Posibilitar la intervención transfronteriza va en línea con ello. Un beneficiario portugués traslada su interés en intervenir en Arbo, siendo consciente de su ventaja en costes. Un beneficiario español, en cambio, traslada su interés en intervenir en Valença, aprovechando sus instalaciones de Tui. A pesar del interés, ambos tenían dudas sobre sus posibilidades para intervenir al otro lado de la frontera, siendo destacable la barrera que supone el río Miño en materia de intervención social transfronteriza.

Por tanto, las necesidades identificadas se pueden resumir en incremento de conocimiento, mejora de capacidades internas, intervención transfronteriza y mejora de la sostenibilidad.

DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA INCLUYENDO OBJETIVOS

El objetivo general del proyecto es contribuir a la mejora de calidad de vida de las personas mayores del rural.

El proyecto trata de abordar el reto del envejecimiento mediante la ampliación de conocimiento especializado y el desarrollo de capacidades de entidades de iniciativa social con ámbito de intervención local, demostrando que allá donde no llega la Administración Pública o el sector privado, llega el tercer sector.

Se propone abordar esta mejora de capacidades desde diferentes ámbitos:

- Aprovechar la experiencia de los beneficiarios del proyecto, identificando buenas prácticas de aquellos procesos en lo que cuentan con mayor destreza.
- Superar barreras administrativas que dificultan la intervención transfronteriza.
- Certificar a Afaga como entidad formadora en Portugal e impartir formación certificada en materia de Alzheimer a las entidades portuguesas beneficiarias del proyecto.
- Favorecer la sostenibilidad mediante el análisis de modelos de negocio que imperan en el sector.

EVALUACIÓN DE LA EXPERIENCIA

La experiencia consiguió resultados con alto impacto en la operativa diaria de intervención social, motivado por el hecho de que fueron las propias entidades que intervienen de forma directa con los mayores quienes identificaron las necesidades en las que enfocar esfuerzos. Es el caso, por ejemplo, de la necesidad de identificar los primeros síntomas de padecimiento del Alzheimer. Las entidades portuguesas no sólo contarán con documentos con conocimiento especializado que surgieron de jornadas profesionales de Alzheimer, sino también con buenas prácticas de estimulación cognitiva y con formación de Afaga Alzheimer certificada en Portugal.

RESULTADOS OBTENIDOS

1. CONOCIMIENTO

Se ha conseguido paquetizar conocimiento extraído de eventos profesionales del sector de intervención social, pudiendo acceder a los siguientes documentos en la web de Afaga Alzheimer.

- Herramientas para detectar soledad no deseada
- Soledad: Impactos en la salud y la longevidad
- Factores asociados a la longevidad extrema en la población gallega
- Longevidad y demencias: perspectivas de futuro. Extracto ponencia “Alzheimer en primera persona”

- Longevidad y demencias: perspectivas de futuro. Extracto ponencia “La realidad virtual como intervención terapéutica innovadora”
- Investigación, internacionalización e innovación. Extracto ponencia “Acompañamiento en el duelo anticipado”
- Investigación, internacionalización e innovación. Extracto ponencia “Testamento vital: documento de voluntades anticipadas”
- Análisis de las necesidades de mayor dependiente, desde la perspectiva de las entidades de intervención social que conforman el partenariado del proyecto.

2. BUENAS PRÁCTICAS

Se ha elaborado un manual de buenas prácticas del sector de intervención social transfronterizo, que recoge metodología de los beneficiarios del proyecto en materia de gestión de rutas, intergeneracionalidad y estimulación cognitiva y funcional.

Acto seguido, entidades beneficiarias del proyecto han escogido una de las buenas prácticas identificada en el manual y la han implementado en su entidad.

3. INTERVENCIÓN SOCIAL Y SOSTENIBILIDAD:

Se ha identificado el proceso de intervención al otro lado de la frontera España-Portugal. Acto seguido, las entidades beneficiarias han presentado el proyecto al otro lado de la frontera y trasladado su interés en intervenir transfronterizamente. De hecho, Afaga ya ha realizado un taller en Valença, a este respecto. También se ha realizado un análisis de tres modelos de intervención social sostenibles del área transfronteriza España-Portugal (Santa Casa da Misericórdia, IPSS y asociación sin ánimo de lucro).

Se han fortalecido las relaciones con entidades clave al otro lado de la frontera Formación:

Afaga ha conseguido certificarse como entidad formadora en Portugal. Acto seguido se ha formado en materia de Alzheimer, a las entidades portuguesas beneficiarias del proyecto,

CONCLUSIONES

- Tercer sector como actor clave para dar solución a los retos sociales.
- Necesidad e interés en la intervención social al otro lado de la frontera España-Portugal.
- Contribución a la mejora de capacidades y sostenibilidad de modelos de negocio que imperan actualmente en el sector de intervención social.

Referencias bibliográficas

Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras Demencias de Galicia (AFAGA ALZHÉIMER) (2025). *Proyecto Longsocial*. <https://afaga.com/es/que-hacemos/longsocial/>.

Centro Interparoquial e Social do Alto Mouro (CISAM): *Web corporativa*. <http://www.cisam.pt/>.

Direção-Geral do Emprego e das Relações de Trabalho (DGERT): *Entidades formadoras certificadas*. <https://www.dgert.gov.pt/entidades-formadoras-certificadas>.

Programa Interreg VI-A España Portugal (POCTEP) 2021 2027. *Web del programa Poctep*. <https://2007-2020.poctep.eu/es>

Santa Casa da Misericórdia de Melgaço (SCMM): *Web corporativa*. <https://scmmelgaco.pt/>.

Sociedad Gallega de Gerontología y Geriatria (SGXX): *Web corporativa*. <https://sgxx.org/es/>.

Capítulo 5

Tendencias y desafíos en el perfil de las plazas concertadas en un centro sociosanitario gallego: un estudio longitudinal de la realidad geriátrica lucense.

Romina Mouriz Corbelle¹, Marta López Piñeiro², Cristina Seoane Seoane³.

¹Psicóloga y Directora del Complejo Terapéutico Xerontolóxico Serge A Veiga.

²Trabajadora Social del Complejo Terapéutico Xerontolóxico Serge A Veiga.

³Terapeuta Ocupacional del Complejo Terapéutico Xerontolóxico Serge A Veiga.

RESUMEN

Este estudio pretendió determinar la evolución y características de los/as usuarios/as de plazas concertadas en un periodo de tiempo de 5 años, con el fin de conocer las necesidades de los centros residenciales, así como exponer si existe una diferenciación de características entre el tipo de plazas ofertadas. Asimismo, se observó una procedencia de los/las usuarios/as desigual en cuanto a provincias de origen de las personas usuarias, lo que permitió identificar posibles desequilibrios territoriales en el acceso a estos servicios.

Palabras clave: plazas concertadas, desigualdad, perfil, usuarios/as, dependencia.

INTRODUCCIÓN

El presente estudio analizó el perfil de los/las usuarios/as de plazas concertadas en un centro geriátrico ubicado en Puebla de San Julián (Láncara), una zona rural de la provincia de Lugo, entre el 1 de enero de 2020 y el 31 de marzo de 2025. La investigación se centró en diversas variables, tales como la edad, el sexo, la procedencia geográfica, el tipo de plaza (ordinaria o de emergencia), y las patologías de los/las usuarios/as. La finalidad fue conocer mejor las características demográficas y las necesidades de los/las usuarios/as que acceden a los servicios de este centro.

Para conseguir este objetivo, se describió el perfil sociodemográfico y clínico de los/las usuarios/as de plazas concertadas, distinguiendo entre los tipos de patologías (físicas, cognitivas y psiquiátricas) y el origen geográfico. Además, se buscó identificar tendencias a lo largo del tiempo y las características de los/las usuarios/as que accedieron a plazas de emergencia social.

Conviene destacar que el envejecimiento poblacional en la provincia de Lugo es uno de los más acusados de Galicia, con tasas de sobreenviejeamiento (personas mayores de 85 años) superiores a las de otras provincias. En comparación, A Coruña, aunque también presenta un envejecimiento avanzado, mantiene una estructura poblacional relativamente más equilibrada gracias a la concentración urbana y a una mayor tasa de reposición generacional en áreas metropolitanas como la ciudad de A Coruña o Santiago de Compostela. Este contexto demográfico influye directamente en la demanda de plazas residenciales, al generar presiones desiguales en cada provincia.

METODOLOGÍA

Se realizó un análisis descriptivo de los registros de ingreso de los/las usuarios/as, diferenciando las variables de sexo, edad, procedencia (provincias gallegas), tipo de plaza (ordinaria o emergencia) y patologías (físicas, cognitivas o psiquiátricas). Los datos analizados abarcaron el periodo comprendido entre enero de 2020 y marzo de 2025, y fueron procesados mediante técnicas estadísticas básicas para identificar patrones y tendencias en la demanda de plazas concertadas.

Además, se compararon los resultados con la realidad demográfica de las provincias de Lugo y A Coruña, con el objetivo de valorar si la distribución de los usuarios/as en el centro estaba relacionada con diferencias estructurales en la población o si respondía, más bien, a desequilibrios en la oferta de plazas residenciales.

RESULTADOS

Durante el período analizado, se atendió a un total de 209 usuarios/as. La distribución por sexo fue relativamente equilibrada, con 109 mujeres (52,2%) y 100 hombres (47,8%). La edad media de los/las usuarios/as mostró variabilidad, con una tendencia a una mayor edad en las mujeres. La mayoría de los/las usuarios/as presentaban trastornos físicos (163 usuarios/as), seguidos de trastornos cognitivos (123 usuarios/as) y trastornos psiquiátricos (75 usuarios/as). Además, se observó una alta demanda de plazas de emergencia social en los primeros años, especialmente en 2020, con 80 plazas de emergencia frente a 129 ordinarias.

En términos de sexo, se observó una ligera mayoría de mujeres en todos los años, con una proporción significativa de usuarios masculinos en 2023. En cuanto a la edad, se encontró que, aunque los/las usuarios/as más jóvenes comenzaron a ingresar en años recientes, también se registró un aumento en la longevidad de los/as residentes. Este fenómeno contrasta con la expectativa de un envejecimiento progresivo de los/las usuarios/as, resultando en una edad media estable a lo largo de los años debido a la combinación de estos dos factores.

El perfil de los/las usuarios/as mostró una alta prevalencia de personas provenientes de A Coruña (37,4%), lo que resalta una posible falta de plazas o recursos en esa provincia. De todas formas, y como cabe esperar, la mayoría de los/las usuarios/as provenían de la provincia de Lugo (47,84%).

Este desplazamiento interprovincial no está exento de inconvenientes. Cuando un/a usuario/a de A Coruña debe trasladarse a Lugo, no solo se enfrenta a la distancia física, sino también a cambios en la continuidad asistencial. Estos movimientos implican la asignación de nuevos equipos médicos, la repetición de pruebas diagnósticas en algunos casos, y la necesidad de generar nuevas citas con especialistas. Todo ello retrasa procesos clínicos y administrativos, afectando tanto a los/las usuarios/as como a sus familias, que deben adaptarse a una red de atención distinta.

Además, en relación a la edad, se observan las siguientes tendencias.

1. Ingreso de usuarios/as más jóvenes: A pesar de la tendencia general hacia un aumento en la longevidad y la prevalencia de enfermedades crónicas, los/las usuarios/as que ingresan al centro muestran una disminución en la edad promedio de los hombres, especialmente en los años 2021 y 2023. Este fenómeno podría explicarse por un incremento en los casos de enfermedades físicas y/o psiquiátricas que requieren ingreso geriátrico a edades más tempranas.

2. Incremento en la longevidad de los usuarios/as: Por otro lado, ha aumentado la edad de los/las usuarios/as más longevos, lo que ha sido particularmente evidente en las mujeres, cuyas medias de edad suben significativamente en los últimos años. Este fenómeno puede estar relacionado con la mayor esperanza de vida de las mujeres en comparación con los hombres.
3. Estabilidad de la media global: A pesar de estos cambios, la edad media de los/las usuarios/as en general muestra variaciones mínimas, ya que el aumento en la entrada de usuarios/as más jóvenes se compensa con el ingreso de personas más longevas. Como resultado, las fluctuaciones en la edad media anual no reflejan una tendencia clara de rejuvenecimiento o envejecimiento progresivo. Esto sugiere que, si bien la población de ingreso está experimentando un cambio, los efectos de la mayor longevidad y la prevalencia de trastornos crónicos siguen equilibrando las fluctuaciones de edad.

Los datos evidencian que el ingreso a centros geriátricos no está determinado exclusivamente por la edad de los/las usuarios/as, sino que está condicionado por una combinación de factores. La disminución de la edad promedio en ciertos años refleja el ingreso de individuos más jóvenes debido a patologías graves o emergentes, mientras que el aumento de la longevidad refleja la capacidad de los centros de atender a personas de edades más avanzadas. Este fenómeno de doble tendencia (por un lado, el ingreso de individuos más jóvenes y, por otro, la longevidad de los/las usuarios/as) provoca una estabilidad relativa en la edad media, lo que dificulta la identificación de una tendencia unidireccional.

DISCUSIÓN

Aunque los datos permiten detectar ciertas tendencias claras (predominancia femenina, alta prevalencia de patologías físicas, y la considerable presencia de usuarios/as de A Coruña), no permiten hacer conclusiones definitivas sobre ciertos temas sin un análisis más detallado. Sin embargo, estas tendencias pueden ser muy útiles para la planificación de recursos y la optimización de los servicios geriátricos en la zona rural de Lugo y para abordar las posibles desigualdades en la distribución de plazas en la provincia de A Coruña.

En este sentido, cabe señalar que Lugo presenta una de las poblaciones más envejecidas de Galicia y de España, con una densidad baja y una dispersión geográfica significativa, lo que condiciona tanto la oferta como el acceso a los servicios. Por el contrario, A Coruña, aunque también tiene una demanda creciente de plazas residenciales, dispone de un contexto urbano que facilita la concentración de recursos, pero no necesariamente su suficiencia. El hecho de que tantos usuarios/as de A Coruña recurran a centros en Lugo puede interpretarse como un indicador de la tensión existente en el sistema, que no responde de manera homogénea a las necesidades de cada territorio.

La cuestión logística es igualmente relevante. Para las familias, los desplazamientos largos suponen una carga añadida, tanto en términos económicos como emocionales. Las visitas frecuentes se complican, especialmente en áreas rurales mal comunicadas, y esto repercute directamente en el bienestar de los residentes. Además, los traslados entre provincias rompen, en muchos casos, la continuidad de la atención médica, lo que conlleva un esfuerzo adicional de coordinación entre equipos de diferentes áreas sanitarias.

CONCLUSIONES

Los resultados sugieren una alta demanda de plazas geriátricas en A Coruña, lo que obliga a los/las residentes a desplazarse a Lugo. El impacto logístico y emocional para los/las usuarios/as desplazados/as y sus familias debe ser considerado, ya que estar alejados de su entorno familiar y de su provincia podría afectar negativamente a su bienestar psicosocial. Además, la accesibilidad geográfica y las dificultades en el transporte pueden complicar las visitas de familiares y la continuidad de la atención médica.

Otro de los hallazgos destacados en este estudio es la considerable demanda de plazas geriátricas de usuarios/as provenientes de A Coruña (37.4% del total), a pesar de que el centro se encuentra en Lugo. Este fenómeno sugiere un desajuste entre la oferta y demanda de plazas en A Coruña, lo que podría estar obligando a los/las usuarios/as, y a la propia Administración, a buscar alternativas en Lugo. Es probable que factores como la falta de plazas disponibles en A Coruña, junto con posibles políticas de derivación por parte de los servicios de salud, estén contribuyendo a este desplazamiento.

En conclusión, la investigación pone de relieve no solo la evolución del perfil de los/las usuarios/as en plazas concertadas, sino también la importancia de considerar las desigualdades territoriales en la oferta de recursos geriátricos. Las particularidades demográficas de Lugo, con un envejecimiento más acusado, contrastan con la realidad de A Coruña, donde la demanda supera claramente la capacidad instalada.

Abordar estas diferencias y reducir los problemas derivados de los traslados interprovinciales es un reto urgente para garantizar un modelo de atención más equitativo, accesible y centrado en la persona.

Por su parte, la edad de los/las usuarios/as refleja una tendencia mixta: por un lado, el ingreso de usuarios/as más jóvenes, y por otro, un aumento de la longevidad, lo que estabiliza la edad media global, aunque cada vez más polarizada. Asimismo, esta polarización debe ser considerada a la hora de crear un entorno y forma de trabajo dedicado a la individualización y el Modelo de Atención Centrada en la Persona.

Referencias bibliográficas

- Abellán García, A., Aceituno Nieto, P., & Ramiro Fariñas, D. (2022). *Un perfil de las personas mayores en España, 2022. Indicadores estadísticos básicos*. Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC).
- Fernández-Ballesteros, R. (2019). *Envejecimiento en el siglo XXI: Una perspectiva global*. Ediciones Pirámide.
- Instituto Galego de Estatística. (2024). *Proxeccións demográficas de Galicia 2021-2040*. Xunta de Galicia. <https://www.ige.gal>.
- Instituto Nacional de Estadística. (2023). *Indicadores de envejecimiento poblacional por provincias*. Instituto Nacional de Estadística. <https://www.ine.es>.
- López Doblas, J., & Díaz Conde, M. P. (2020). El impacto de la dispersión territorial en la provisión de servicios sociales en Galicia. *Revista de Estudios Sociales y Políticos*, 12(4), 45–63.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Global strategy and action plan on ageing and health 2016–2020*. World Health Organization. <https://www.who.int>.
- Rodríguez Rodríguez, V. (2021). La atención centrada en la persona en el ámbito residencial: Retos y oportunidades. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 56(3), 145–152. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.12.002>.
- Xunta de Galicia, Consellería de Política Social e Xuventude. (2022). *Plan estratéxico de servizos sociais de Galicia 2021-2025*. Xunta de Galicia. <https://politicassocial.xunta.gal>.

Bloque temático II:
**Atención clínica y
rehabilitación**

Capítulo 6

El día a día en la atención clínica especializada en el paciente mayor.

Vanessa Álvarez Vidal¹

¹Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo, España.

RESUMEN

El envejecimiento de la población es una realidad demográfica incuestionable y especialmente acusada en Galicia, una de las regiones europeas con mayor índice de envejecimiento. Este cambio conlleva un incremento de la complejidad clínica y de las necesidades sanitarias y sociales, lo que exige un modelo asistencial diferente. La geriatría, como disciplina médica centrada en la persona mayor, ofrece un abordaje integral orientado a preservar la funcionalidad, la autonomía y la calidad de vida, más allá de la mera supervivencia.

El presente capítulo describe la experiencia del Servicio de Geriatría del Hospital Universitario Lucus Augusti (HULA) de Lugo como modelo de referencia, detallando su organización, unidades asistenciales y la aplicación sistemática de la valoración geriátrica integral. Asimismo, se reflexiona sobre la necesidad urgente de extender servicios de geriatría a todos los hospitales gallegos, aumentar la formación de nuevos especialistas y sensibilizar a la sociedad acerca de la importancia de garantizar una atención equitativa, sostenible y de calidad para las personas mayores.

Palabras clave: geriatría, envejecimiento poblacional, unidades asistenciales, formación.

INTRODUCCIÓN

Galicia se enfrenta a un proceso de envejecimiento acelerado. Con uno de los índices de envejecimiento más altos de España, nuestra comunidad autónoma está experimentando una transformación en su estructura demográfica que impacta directamente en el sistema sanitario. A medida que aumenta la esperanza de vida y se reduce la natalidad, la pirámide poblacional se invierte, generando una demanda creciente de atención sanitaria especializada en el paciente mayor.

Además, se ha producido también un marcado cambio en los patrones de enfermedad, de modo que las enfermedades infecciosas han sido sustituidas por las enfermedades crónicas no transmisibles como las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades pulmonares crónicas o el cáncer, como causas principales de muerte. Unido a ello, los pacientes que sufren principalmente estas condiciones crónicas son personas mayores, lo que ha generado una mayor prevalencia de estas enfermedades y, en consecuencia, un aumento de las necesidades sanitarias y sociales.

Así, como consecuencia de estas transiciones demográficas y epidemiológicas, ha emergido un tipo de paciente que precisa una asistencia sanitaria diferente y específica, haciendo evidente que debe cambiar el modelo tradicional de abordaje médico. Nos encontramos actualmente con un paciente mayor complejo, con una carga importante de comorbilidades (hasta ocho diagnósticos de media en sujetos de 80 años o más), con menor reserva fisiológica, más vulnerable y con mayor riesgo de discapacidad.

Frente a este escenario, resulta imprescindible que el sistema de salud gallego se adapte a esta nueva realidad mediante la incorporación y refuerzo de servicios de geriatría en todos los hospitales. Actualmente, solo dos centros hospitalarios cuentan con un servicio completo de geriatría en Galicia: el Hospital Universitario Lucus Augusti (HULA) de Lugo y el Hospital Meixoeiro de Vigo, a los que se suma la unidad de ortogeriatría del Hospital Álvaro Cunqueiro en Vigo. Esta situación resulta claramente insuficiente para cubrir las necesidades de una población cada vez más envejecida, como es el caso paradigmático de la provincia de Ourense.

El Servicio de Geriatría del HULA se presenta como un referente regional y nacional en la atención especializada del paciente mayor. A través de una organización eficiente, un equipo multidisciplinar y una visión centrada en la funcionalidad, la autonomía y el bienestar de la persona, este servicio demuestra que es posible ofrecer una atención de valor que responda a los retos del indudable envejecimiento poblacional.

DESARROLLO

El Servicio de Geriatría del Hospital Universitario Lucus Augusti (HULA) constituye un referente en la atención especializada a personas mayores, articulando su actividad clínica, docente e investigadora en torno a un modelo asistencial centrado en la persona. Este enfoque responde a los principios de la atención geriátrica moderna, que reconoce la heterogeneidad del envejecimiento y la necesidad de una intervención multidimensional.

El equipo está formado por nueve médicos adjuntos y cuenta actualmente con un programa docente activo, con dos residentes de geriatría vía MIR y dos enfermeras especialistas en formación por año. Su organización se estructura en torno a diversas unidades asistenciales, que abordan de forma integral la complejidad del paciente mayor mediante un modelo asistencial centrado en la persona y aplicando sistemáticamente la valoración geriátrica integral (VGI) como herramienta diagnóstica y de planificación terapéutica. A continuación, se explican las unidades asistenciales del Servicio de Geriatría del HULA:

- Unidad de Agudos

Esta unidad está orientada al manejo de patologías prevalentes en geriatría, como infecciones respiratorias, insuficiencia cardíaca, procesos oncológicos y descompensaciones de enfermedades crónicas. Se define como una unidad hospitalaria atendida por un equipo multidisciplinar especializado en geriatría y dirigida a la atención del paciente mayor con patología aguda o reagudización de enfermedades crónicas. Con una capacidad de hasta 80 camas, se prioriza la atención clínica intensiva con énfasis en la prevención del deterioro funcional, la recuperación global y la minimización de eventos adversos hospitalarios. Durante la pandemia de la COVID-19, su papel fue crucial en la implementación de circuitos seguros y protocolos adaptados a la vulnerabilidad de los pacientes mayores.

- Unidad de Media Estancia (UME)

La UME representa un dispositivo de rehabilitación orientado a la recuperación funcional y la reintegración del paciente a su entorno habitual. Su abordaje individualizado permite reducir el riesgo de institucionalización y fomentar la autonomía personal.

Esta unidad acoge sobre todo a pacientes mayores que, tras superar la fase aguda de su enfermedad, presentan un deterioro funcional significativo, pero conservan suficiente reserva fisiológica para beneficiarse de un programa de rehabilitación. Habitualmente ingresan personas tras un ictus, fractura

de cadera, polineuropatía del paciente crítico u otras descompensaciones de enfermedades crónicas, una vez estabilizadas las complicaciones agudas. La selección se fundamenta en la función y el estado basal previos al ingreso, identificando a aquellos pacientes con mayor potencial de recuperación y mayor probabilidad de reincorporarse a su entorno. Además de la rehabilitación funcional, la UME proporciona cuidados especializados para situaciones complejas, como el manejo de heridas postquirúrgicas y úlceras por presión, asegurando la estabilización clínica necesaria para la reincorporación al entorno habitual.

Esta unidad responde perfectamente a la necesidad de evitar la “cascada de dependencia” que puede derivarse de ingresos hospitalarios prolongados.

- Unidad de Interconsultas

En esta unidad asistencial, el geriatra actúa como consultor transversal en otros servicios hospitalarios, interviniendo en el manejo de pacientes quirúrgicos, médicos y críticos. Esta colaboración facilita la toma de decisiones diagnóstico-terapéuticas ajustadas a la situación global del paciente mayor, optimizando recursos y resultados clínicos. El rol del geriatra en esta unidad resulta esencial para garantizar la seguridad clínica y la adecuación de medidas en contextos de alta complejidad, sirviendo de apoyo a otras especialidades.

- Hospital de Día de Geriatría

Esta unidad asistencial es un recurso ambulatorio de alta resolución que permite realizar consultas especializadas (incluidas valoraciones de fragilidad, cardiogeriatría y oncogeriatría) y administrar tratamientos agudos sin necesidad de ingreso hospitalario. Integra el proyecto ARTAI, una red de coordinación clínica con 45 residencias, liderada por una enfermera gestora, que contribuye a evitar descompensaciones y reingresos innecesarios. Durante la pandemia de la COVID-19, el hospital de día de geriatría desempeñó un papel clave como dispositivo de apoyo, contribuyendo a evitar hospitalizaciones innecesarias y ofreciendo un seguimiento fundamental para el control de los pacientes institucionalizados en residencias.

- Consultas Externas

Las consultas externas constituyen un espacio fundamental para promover del envejecimiento activo y saludable. En éstas se realizan valoraciones mentales, funcionales y sociales, favoreciendo intervenciones preventivas, detección precoz de fragilidad y reducción de la polifarmacia.

Además, el Servicio de Geriatría del HULA destaca por su implicación en la docencia y la investigación, acogiendo desde años a estudiantes y residentes de distintas especialidades y colaborando activamente con sus planes de formación. Asimismo, en los últimos años, se han desarrollado líneas de investigación sobre fragilidad, centenarios y modelos cognitivos, alineadas con los retos demográficos y asistenciales del siglo XXI.

Sin geriatría, no hay futuro sostenible para la medicina en Galicia. La geriatría no es solo una especialidad médica, es la respuesta ética y eficiente a la nueva realidad demográfica. En una sociedad donde el envejecimiento avanza de forma imparable, su aportación es decisiva: prevenir la discapacidad, retrasar la

dependencia y mejorar la calidad de vida de las personas mayores, más allá de la mera supervivencia. En Galicia, con uno de los índices de envejecimiento más altos de Europa, la ausencia de servicios de geriatría en todos los hospitales constituye una brecha asistencial que margina a una parte creciente de la población. Así, implementar la atención geriátrica especializada significa adaptar el sistema sanitario a las necesidades de su principal usuario: el paciente mayor, garantizando equidad y sostenibilidad.

Pero no basta con mantener el modelo clásico, centrado solo en unidades hospitalarias. La nueva geriatría exige visión integral y acción proactiva: intervenir en urgencias, residencias y domicilios, coordinarse con atención primaria y servicios sociales, y acompañar al paciente a lo largo de todo el proceso asistencial. Esta forma de trabajar, basada en la valoración geriátrica integral y en equipos multidisciplinares, ha demostrado ser eficaz, eficiente y generadora de verdadero valor en salud. No se trata de gastar menos, sino de invertir mejor: evitar hospitalizaciones evitables, reducir complicaciones y devolver funcionalidad y calidad de vida. En un momento en que la medicina se enfrenta a un modelo agotado, la geriatría no solo dignifica la atención a los mayores, sino que puede convertirse en el motor que salve a todo el sistema sanitario.

CONCLUSIONES

El envejecimiento poblacional constituye uno de los principales desafíos del sistema sanitario gallego y exige una transformación profunda de sus estructuras y prioridades. La geriatría se ha consolidado como la especialidad que mejor responde a esta realidad, al ofrecer una atención integral centrada en la funcionalidad, la autonomía y la calidad de vida de los mayores.

La experiencia del Servicio de Geriatría del Hospital Universitario Lucus Augusti demuestra que un modelo asistencial basado en la valoración geriátrica integral, la coordinación interdisciplinar y la integración con otros niveles de atención puede reducir complicaciones, evitar hospitalizaciones innecesarias y aportar verdadero valor en salud.

Resulta imprescindible, por tanto, avanzar hacia la implantación generalizada de servicios de geriatría en todos los hospitales gallegos, aumentar la formación de especialistas y reforzar la coordinación con atención primaria y residencias. Solo con este compromiso se podrá garantizar un sistema sanitario sostenible, equitativo y preparado para atender de forma digna y eficiente a una población que envejece rápidamente. La geriatría no es una opción, es una necesidad estratégica y una oportunidad para liderar el cambio hacia un modelo de salud más humano y centrado en las personas.

Referencias bibliográficas

- Abizanda, P., Romero, L., Sánchez-Jurado, P. M., Martínez-Reig, M., & Rodríguez-Mañas, L. (2020). *Fragilidad y envejecimiento: Nuevos retos en la atención geriátrica*. Editorial Médica Panamericana.
- Baztán, J. J., Suárez-García, F. M., López-Arrieta, J., Rodríguez-Mañas, L., & Rodríguez-Artalejo, F. (2009). Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: Meta-analysis. *BMJ*, *338*, b50. <https://doi.org/10.1136/bmj.b50>.
- Ellis, G., Gardner, M., Tsiachristas, A., Langhorne, P., Burke, O., Harwood, R. H., Conroy, S. P., Kircher, T., Somme, D., Saltvedt, I., Wald, H., O'Neill, D., Robinson, D., Shepperd, S., & Stuck, A. E. (2017). Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *2017*(9), CD006211. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006211.pub3>.
- Fernández Fernández, M., & Solano Jaurrieta, J. J. (2010). Niveles asistenciales en geriatría. En *Tratado de Geriatría para residentes* (pp. 83–87). Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG).
- García Navarro, J. A. (2013). La geriatría ante los nuevos retos del sistema sanitario: ¡Hay que moverse ya! *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, *48*(6), 251–253. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2013.10.002>
- García Navarro, J. A. (2023). La geriatría puede salvar la medicina. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, *58*(1), 1–2. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2023.01.003>.
- García Navarro, J. A., Martínez Velilla, N., & Grupo de Trabajo de Geriatría COVID-19. (2021). Coordinación geriátrica en tiempos de pandemia: Experiencia y lecciones aprendidas. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, *56*(3), 145–152. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2021.03.004>.
- García Navarro, J. A., Mas, M. A., Pérez Díaz, A., & Grupo de Trabajo de Enlace con Residencias. (2021). La Geriatría en el enlace con residencias durante la pandemia de COVID-19. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, *56*(1), 30–33. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.12.003>.
- Martínez Velilla, N., Casas Herrero, Á., & Zunzunegui, M. V. (2021). *Atención sanitaria a la persona mayor en el siglo XXI*. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.
- Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG). (2021). *Modelos de atención geriátrica en el entorno hospitalario (Documento técnico)*. <https://www.segg.es>.

Capítulo 7

Rehabilitación Cardíaca en el Paciente Adulto Mayor.

Antonio Chamorro Comesaña, Antonio¹

¹Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. H. Álvaro Cunqueiro, España.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad cardiovascular (ECV) es la principal causa de mortalidad mundial. Existen unos factores de riesgo modificables y no modificables; entre estos últimos se encuentra la edad. La edad reduce la capacidad del sistema cardiovascular. Está fuertemente asociada con la ECV, y se estima que 1/5 de la población mundial tendrá más de 65 años para 2030, lo cual supondrá un aumento considerable de la incidencia, prevalencia, mortalidad y costos de las enfermedades cardiovasculares.

DESARROLLO

¿QUÉ ES LA REHABILITACIÓN CARDÍACA?

La OMS define la Rehabilitación Cardíaca como el "Conjunto de actividades necesarias para asegurar a los enfermos del corazón una condición física, mental y social óptima, que les permita ocupar por sus propios medios un lugar tan normal como les sea posible en la sociedad".

La rehabilitación cardíaca tiene una recomendación clase A, nivel de evidencia I, después de un síndrome coronario agudo, tras una revascularización, o en pacientes con una insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida (HFrEF).

La conforma un conjunto de intervenciones dentro de un programa interdisciplinario.

En España la Sociedad encargada de acreditar estas Unidades de Rehabilitación Cardíaca es la Sociedad Española de Cardiología ([SEC] s.f.). Según la SEC el equipo básico de RC está compuesto por: Cardiólogo, Enfermera y Fisioterapeuta. Además, cuenta con personal de apoyo: Psicólogo, Nutricionista, Rehabilitador, Trabajador Social, y con personal colaborador: Farmacéutico, Urólogo, Psiquiatra, Neumólogo, Internista y Endocrino. (Figura 1)

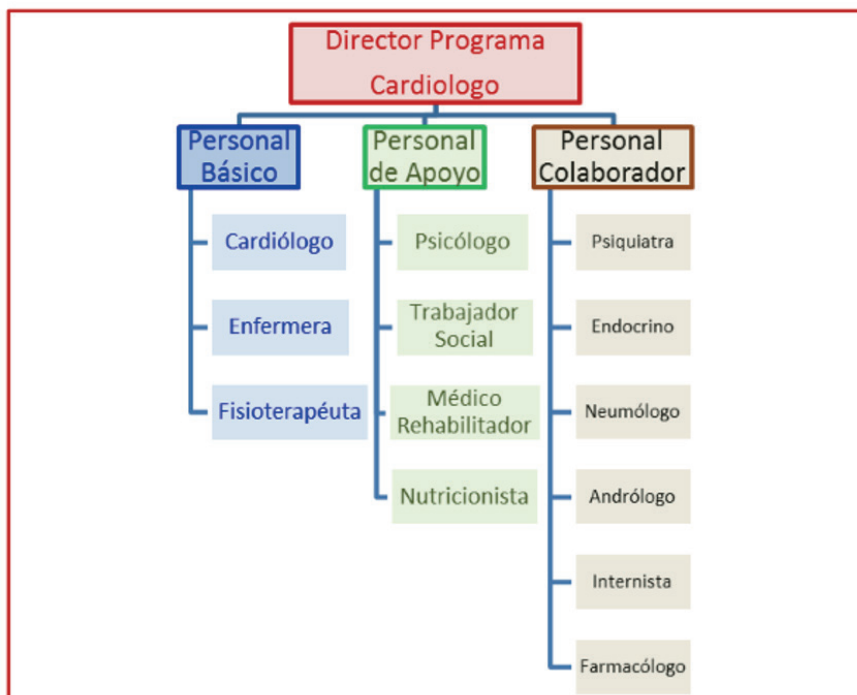


Figura 1. Personal de una Unidad de RC hospitalaria o especializada, para realizar Fase II

Componentes básicos de los programas de Rehabilitación Cardíaca (Browun et al., 2024).

Un programa de RC. Se inicia con la evaluación del paciente. Generalmente con una primera consulta de cardiología/enfermería, y posteriormente una prueba de esfuerzo (con o sin consumo de gases), para conocer el estado cardiovascular del paciente ante el ejercicio.

A partir de ahí se estratifica el riesgo y se decide si el programa de entrenamiento se puede hacer en: centro, híbrido o domicilio.

Centrándonos en el programa de entrenamiento, a partir de esas consultas se procede a su planificación.

El entrenamiento es personalizado para cada caso. Se planifica según el modelo FITT-VP, en el que se tiene en cuenta: la Frecuencia de entrenamiento, ¿Cuántos días va a entrenar a la semana?; la Intensidad de entrenamiento, bien por frecuencia cardíaca objetivo o percepción de esfuerzo; el Tiempo de entrenamiento de cada sesión; y el Tipo de ejercicio que va a realizar, ejercicio dinámico (tapiz rodante, bicicleta estática, etc), ejercicios de fuerza (mancuernas, bandas elásticas, máquinas, etc), y en algunos casos también ejercicios respiratorios (trabajo de musculatura inspiratoria, incentivador volumétrico, trabajo en espiración con presión positiva, etc). Además, se tienen en cuenta el Volumen de trabajo realizado por semana, y la Progresión en el entrenamiento.

Se inicia entonces el entrenamiento que se adapta a la evolución del paciente asesorándole para que aprenda a planificar y adaptar posteriormente su entrenamiento en domicilio una vez que finalice el programa.

Se aprovecha el programa también para mejorar el control de los factores de riesgo cardiovascular, para realizar un asesoramiento nutricional y para un manejo psicosocial si es necesario.

La implementación de un programa integral es esencial para garantizar resultados favorables y la rentabilidad esperada.

OBJETIVO DE LA REHABILITACIÓN CARDÍACA:

- Disminución de la morbi-mortalidad de origen cardiaco,
- Mejora de la capacidad física, funcional y calidad de vida,
- Mejora psicológica y sexual,
- Mejora de las relaciones sociales,
- y aumento de la tasa de reincorporación laboral.

FASES DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDÍACA

- FASE I. (hospitalaria).
- FASE II. (ambulatoria): programa intensivo de control de factores de riesgo y ejercicio monitorizado. Importante trabajo educacional.
- FASE III. (mantenimiento): mantener y progresar en hábitos de vida cardiosaludables adquiridos en la fase II; ejercicio y control de factores de riesgo.

PLANIFICACIÓN DEL EJERCICIO: PRINCIPIOS BÁSICOS

SITUACIÓN DE LA RC EN ESPAÑA

Según datos de Arrarte et al. (2023), el 50% de los pacientes atendidos en Unidades de RC en España tienen una edad comprendida entre los 57 y 63 años (media 60 años). El 75% de los pacientes entraron en el programa de RC por síndrome coronario agudo y sólo el 10% entró por insuficiencia cardíaca.

Según datos de la Asociación Europea de Cardiología Preventiva (EAPC), dentro de las 4 mayores barreras para implementación de los programas de rehabilitación cardíaca en la población se encuentran: la edad adulta y las múltiples comorbilidades. Así, según sus datos, España se encuentra dentro de los países en los que las comorbilidades son una barrera especial a la hora de entrar en estos programas. También, según sus datos, en España se lleva a cabo un programa de rehabilitación Cardíaca después de un infarto de miocardio, en un porcentaje menor a un 25%. Teniendo en cuenta que los pacientes con infarto de miocardio representan la mayoría de pacientes atendidos en estas Unidades, que la edad, y sobre todo las comorbilidades son una barrera a la hora de entrar en estos programas; sólo un 10% de los pacientes que ingresan en estos programas tienen una insuficiencia cardíaca, se ve que existe un problema a la hora de entrada del adulto mayor en los programas de Rehabilitación Cardíaca.

Aun así, un estudio de Zhao, D de 2024 dice que la mortalidad en adulto mayor por enfermedad cardiovascular ha disminuido en 2019 respecto a 1990 (Zhao et al., 2024)

Factores involucrados en la gestión de la Enfermedad Cardiovascular en el adulto mayor.

EXISTEN UNOS FACTORES DE ÁMBITO CARDIOLÓGICO:

- Severidad de enfermedad cardiovascular
- Complicaciones cardiacas,
- Factores de riesgo modificables,

PERO TAMBIÉN EXISTEN UNOS FACTORES DE ÁMBITO GERIÁTRICO:

- Comorbilidad
- Polifarmacia
- Síndrome geriátrico
- Fragilidad

Con una evolución de causas de mortalidad cardiovascular con cuidados estándar, a mortalidad por otras causas cuando existe un aprovechamiento de estos programas (Aidoud et al., 2023).

EVALUACIÓN

En el paciente adulto mayor, sería beneficiosa una combinación de Anamnesis e Historia clínica por parte de geriatría: Comorbilidades, Polifarmacia, Síndrome geriátrico, Fragilidad; con una valoración cardiológica: diagnóstico cardiovascular y estratificación de riesgo, que unido a una prueba de esfuerzo dará información de cara la planificación de un entrenamiento por parte del fisioterapeuta. Este, deberá realizar a su vez, una valoración fisioterápica: sarcopenia, fragilidad (Clegg et al. 2013), fuerza y capacidad para realizar ejercicio.

Una revisión sistemática en 54250 pacientes ancianos con ECV, encontró que la prevalencia de fragilidad era de 50% a 54% (Afilalo et al., 2009). Estos pacientes tienen el doble de morbimortalidad frente a personas no frágiles, y a su vez presentan mayores tasas de discapacidad y hospitalización.

La fuerza muscular está relacionada positivamente con el acondicionamiento cardiorrespiratorio. Una fuerza muscular baja en la edad adulta también predice la mortalidad por todas las causas, así como la mortalidad por enfermedad cardiovascular y cáncer en personas sanas y enfermas (Garcia-Hermoso et al., 2018).

También una fuerza prensil baja se asocia con sarcopenia, enfermedad cardiovascular, limitaciones funcionales y discapacidad, y es considerada como un marcador útil para la fragilidad en los ancianos con enfermedades cardiovasculares y cáncer (Zhang et al., 2024).

OBJETIVOS DE UN PROGRAMA DE RC. EN EL ADULTO MAYOR:

- Preservación de la movilidad y la independencia:
- Prevención de la sarcopenia y la fragilidad,
- Preservación de la función mental,
- Ansiedad y la depresión,
- Mejora de la calidad de vida,
- Fomento de la adaptación social y reintegración

PLANIFICACIÓN PROGRAMA:

Antes de iniciar la planificación del entrenamiento, se deben descartar afecciones que requieren enfoques específicos y protocolos de intervención con ejercicios, discapacidad, problemas cognitivos o fragilidad.

El programa se planificará en base a la fragilidad que presente el paciente y a las comorbilidades que aparezcan. Se deberán tener en cuenta:

- las deficiencias visuales y auditivas,
- las comorbilidades,
- las limitaciones físicas y
- el estado cognitivo

PACIENTES MAYORES FRÁGILES:

Estos programas incluirán intervenciones multicomponentes, adaptados a la gravedad de la fragilidad:

- ejercicios de resistencia, asociados con entrenamiento aeróbico,
- flexibilidad,
- equilibrio y coordinación.

EL OBJETIVO SERÁ:

- Mejora en la función física,
- En la capacidad funcional,
- Equilibrio,
- Calidad de vida
- Reducción de la fragilidad y las rehospitalizaciones

El resultado esperado será una mejora de la capacidad física y la calidad de vida, con una reducción de la discapacidad, del nivel de fragilidad y la institucionalización.

PACIENTES EXTREMADAMENTE FRÁGILES.

La actuación se realizará en función de las posibilidades del paciente.

Será un trabajo con poca intensidad y frecuencia adaptada, y en ocasiones movilización en cama y entrenamiento postural o deambulación con apoyo.

La progresión será muy lenta.

En estos pacientes será importante un asesoramiento dietético/nutricional, centrado en mejorar la sarcopenia en lugar de reducir el IMC, especialmente en pacientes con IC con mayor riesgo de caquexia cardíaca

POSIBILIDADES DE MEJORA DE LOS PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN CARDÍACA EN EL PACIENTE ADULTO MAYOR:

Los esfuerzos, a la vista de los datos de Aula RC y de la Asociación Europea de Cardiología Preventiva, se deben centrar en eliminar barreras.

- Una solución son los programas flexibles que permiten al paciente asistir de manera presencial, programas híbridos (parte presencial y parte domiciliaria) o domiciliarios (Oerkild et al., 2011).
- Evaluación geriátrica integral.
- La formación del equipo de RC. en Gerontología.
- Búsqueda de activos y apoyo comunitario.

CONCLUSIONES

- La RC busca la mejora de la condición física, mental y social
- Las comorbilidades, la polifarmacia, el síndrome geriátrico y la fragilidad limitan el acceso a estos programas. Es, por tanto, necesaria la colaboración del geriatra.
- En determinados pacientes son necesarios enfoques específicos y protocolos de intervención con ejercicios por: discapacidad, problemas cognitivos o fragilidad.
- Asesoramiento dietético, control de factores de riesgo y manejo psicosocial son necesarios.
- Implementar programas flexibles facilita la entrada de pacientes en estos programas.

Referencias bibliográficas

- Afilalo, J., Karunanathan, S., Eisenberg, M. J., Alexander, K. P., & Bergman, H. (2009). Role of frailty in patients with cardiovascular disease. *The American Journal of Cardiology*, 103(11), 1616–1621. <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2009.01.375>.
- Aïdoud, A., Gana, W., Poitau, F., Debacq, C., Leroy, V., Nkodo, J.-A., Poupin, P., Angoulvant, D., & Fougère, B. (2023). High prevalence of geriatric conditions among older adults with cardiovascular disease. *Journal of the American Heart Association*, 12(2), e026850. <https://doi.org/10.1161/JAHA.122.026850>.
- Arrarte Esteban, V., Campuzano Ruiz, R., De Pablo Zarzosa, C., & Fernández Olmo, M. R. (2024). Situación de la rehabilitación cardiaca en España. Resultados del registro AULARC [The state of cardiac rehabilitation in Spain. Results of the AULARC registry]. *Revista Española de Cardiología (English Edition)*, 77(9), 796–798. <https://doi.org/10.1016/j.rec.2024.04.014>.
- Brown, T. M., Pack, Q. R., Aberegg, E., Brewer, L. C., Ford, Y. R., Forman, D. E., Gathright, E. C., Khadanga, S., Ozemek, C., & Thomas, R. J. (2024). Core components of cardiac rehabilitation programs: 2024 update: A scientific statement from the American Heart Association and the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. *Circulation*, 150(18), e328–e347. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001289>.
- Clegg, A., Young, J., Iliffe, S., Olde Rikkert, M. G. M., & Rockwood, K. (2013). Frailty in elderly people. *The Lancet*, 381(9868), 752–762. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62167-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62167-9).
- García-Hermoso, A., Cavero-Redondo, I., Ramírez-Vélez, R., Ruiz, J. R., Ortega, F. B., Lee, D.-C., & Martínez-Vizcaíno, V. (2018). Muscular strength as a predictor of all-cause mortality in an apparently healthy population: A systematic review and meta-analysis of data from approximately 2 million men and women. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 99(10), 2100–2113.e5. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2018.01.008>.
- Oerkild, B., Frederiksen, M., Hansen, J. F., Simonsen, L., Skovgaard, L. T., & Prescott, E. (2011). Home-based cardiac rehabilitation is as effective as centre-based cardiac rehabilitation among elderly with coronary heart disease: Results from a randomised clinical trial. *Age and Ageing*, 40(1), 78–85. <https://doi.org/10.1093/ageing/afq122>.
- Sociedad Española de Cardiología. (s. f.). *Procesos SEC-Excelente actuales*. Recuperado el 15 de diciembre de 2025, de <https://secardiologia.es/institucional/reuniones-institucionales/sec-calidad/sec-excelente/procesos-2022>.
- Zhang, F., Luo, B., Bai, Y., Zhang, Y., Huang, L., & Lu, W. (2024). Association of handgrip strength and risk of cardiovascular disease: A population-based cohort study. *Aging Clinical and Experimental Research*, 36, Article 207. <https://doi.org/10.1007/s40520-024-02856-x>.
- Zhao, D., Wang, Y., Wong, N. D., & Wang, J. (2024). Impact of aging on cardiovascular diseases: From chronological observation to biological insights: JACC family series. *JACC: Asia*, 4(5), 345–358. <https://doi.org/10.1016/j.jacasi.2024.02.002>.

Capítulo 8

La fragilidad: un síndrome geriátrico reversible. La realidad asistencial de la atención a la persona mayor en consulta, domicilio y residencias.

Francisco Javier Formigo Couceiro^{1,2}

¹Médico de Familia en Santiago de Compostela.

²Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela.

RESUMEN

El envejecimiento poblacional, con un mayor número de enfermedades crónicas tratables, está impactando en el sistema sanitario tensionándolo. Esto, unido al cambio radical del modelo de familia, también está poniendo a prueba el sistema de cuidados de larga duración, claramente infrafinanciado. La Organización Mundial de Salud (OMS), está intentando reorientar los servicios sanitarios y sociales hacia un modelo de atención integrada que ayude a optimizar la capacidad intrínseca y funcional de las personas mayores.

La Atención Primaria de salud (AP), tiene notables fortalezas para el seguimiento y cuidado de ancianos frágiles tanto en consulta, como en domicilio o en los centros sociosanitarios. Sin embargo, también tiene importantes limitaciones, agudizadas en la actualidad por la jubilación de muchos médicos y la infradotación estructural. En este marco, los esfuerzos en atender a este tipo de pacientes complejos se centran en el control de enfermedades crónicas, ajuste de medicación y consejos en la dieta y ejercicio. La actuación multidisciplinar, implicando a todo el equipo de AP, es fundamental para el éxito. También lo es la implicación del cuidador, consensuando actuaciones y objetivos realistas, evitando el “ageísmo benevolente” que sólo precipitará la dependencia.

Palabras clave (Key words): Fragilidad (Frailty); Atención Primaria (Primary Health Care); Mayor (Older adults).

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional en nuestro entorno, unido al aumento de enfermedades crónicas tratables, se está haciendo notar de forma importante en el sistema sanitario y es previsible que su impacto sea mucho mayor en los próximos años. La distribución geográfica porcentual de este impacto no es ni será igual en todo el territorio, siendo las zonas rurales y de población dispersas las más afectadas.

El gasto en sanidad es uno de los más importantes en todos los países del mundo. En España, supone un 15,2% del producto interior bruto (PIB), estando por encima de la media europea (13,9%) (World Health Organization [WHO], 2023). Actualmente la esperanza de vida al nacer supera holgadamente los 80 años (figura 1) y, la esperanza de vida libre de saludable al nacer alcanza los 71,1 años (figura 2).

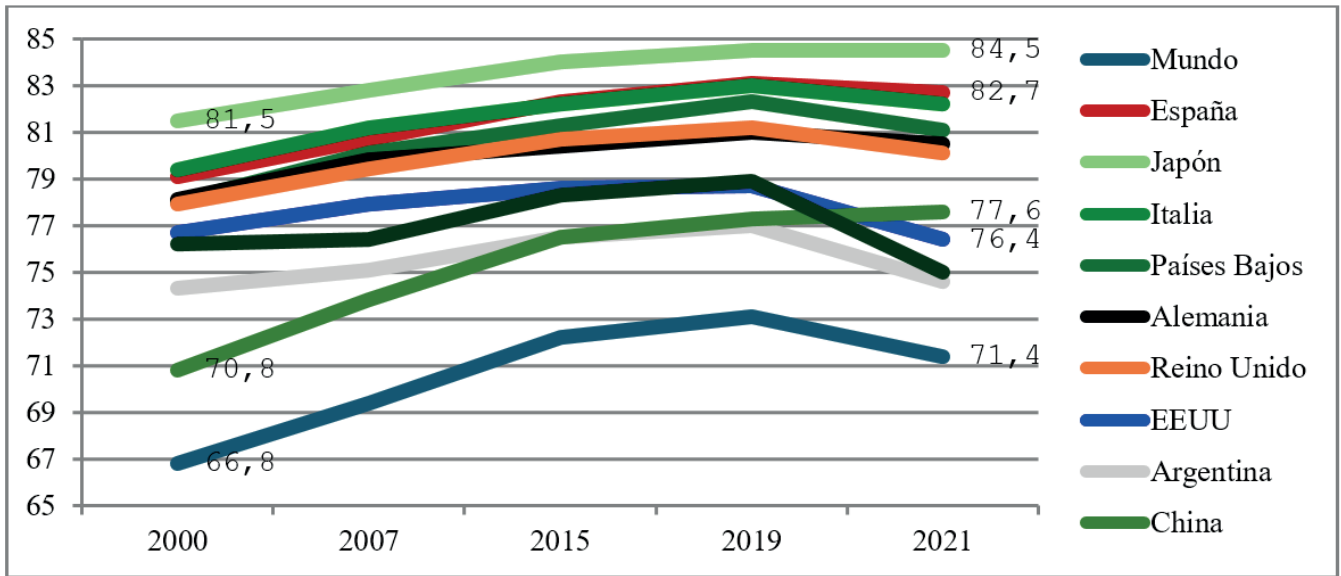


Figura 1: Esperanza de vida al nacer. Elaboración propia a partir de datos de la OMS.

Mundo
2021

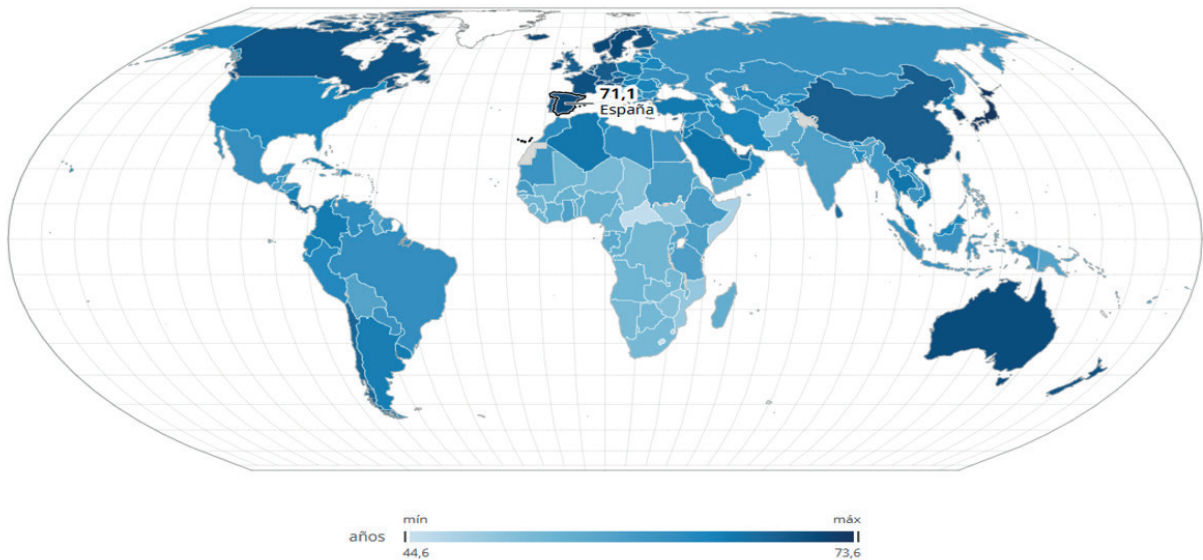


Figura 2: Esperanza de vida saludable al nacer. Indicadores de salud de la OMS. Disponible en www.who.int [fecha de última consulta 15.01.2025]

Por otro lado, el gasto formal de cuidados de larga duración (atención a dependientes) sólo alcanza el 1% del PIB (OCDE, 2021; Real Reporting Foundation, 2025), bastante por debajo de la mayoría de países occidentales. Por el contrario, el gasto de la atención informal puede alcanzar el 4,2% (Costa-Font & Vilaplana-Prieto, 2025). En los últimos 50 años, el cambio en el modelo de familia ha sido radical, llevando consigo un aumento exponencial de los hogares unipersonales que en 1970 representaban un 7,47% de total de hogares en el estado y en 2021 pasaron a representar el 26,1% (INEbase, s.f.). En ese mismo año, en el 11,4% de los hogares españoles vivía sola una persona de 65 años o más (INE, 2021).

El número de plazas en centros sociosanitarios ha ido aumentando en España. Si en el año 1989 había 2,4 plazas por cada 100 mayores de 65 años -muy por debajo de las 5 recomendadas por la OMS ya en aquel entonces- (El País, 1989), en 2021 había aproximadamente 4,1 -por debajo de la media de la OCDE que se sitúa 5,1- (OCDE, 2021). Los datos en los países europeos varían notablemente denotando las diferentes estrategias de cuidados de larga duración existentes, desde Países Bajos con una cobertura de 7,39 plazas por cada 100 mayores de 65 años (OCDE, 2023a) hasta Italia con una cobertura de sólo 1,9 plazas (European Comision, 2018).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha propuesto el enfoque ICOPE (Integrated Care for Older people) para reorientar los servicios sanitarios y sociales hacia una atención integrada centrada en la persona que ayude a optimizar la capacidad intrínseca y la capacidad funcional de las personas mayores, siendo uno de los ejes principales del “Decenio de Envejecimiento Saludable 2021-2030” (WHO, 2025). Con este objetivo, en 2019, se ha creado una aplicación móvil que guía al profesional de atención primaria en la evaluación de sus pacientes mayores generando un plan de cuidados personalizado empleando en ello el mínimo tiempo posible (teniendo en cuenta la sobrecarga asistencial actual). Esta herramienta evalúa los dominios clave de la capacidad intrínseca, que se devalúa antes de que lo haga la capacidad funcional. Estos dominios son: capacidad locomotriz, vitalidad, capacidad visual, capacidad cognitiva y capacidad psicológica (figura 3) (Organización Panamericana de la Salud, 2020).



Figura 3: dominios clave de la capacidad intrínseca.
OMS. ICOPE Spanish Handbook Framewrok. 2020.
Recurso disponible en www.paho.org. [última consulta 20.05.2025].

DESARROLLO

Tras los datos generales expuestos en la introducción, que nos sirven como marco contextual, vamos a abordar la realidad de la atención médica a la persona mayor. Lo haremos desde la experiencia asistencial en múltiples ámbitos: consulta de atención primaria del Servicio Galego de Saúde (SERGAS) en ámbito tanto rural como urbano, consulta privada enfocada a la gerontología y consulta en centros sociosanitarios públicos, privados y en fundaciones sin ánimo de lucro.

La atención primaria (AP), tiene evidentes fortalezas (ver tabla 1) que la colocan como el lugar idóneo para prestar la asistencia sanitaria al paciente de edad avanzada, especialmente cuando éste se va convirtiendo en dependiente. No debemos negar, que también tiene importantes debilidades, con una infrafinanciación estructural (Ministerio de Sanidad, 2024), una coordinación socio-sanitaria insuficiente (OCDE, 2023b) y un destacable déficit y envejecimiento del personal médico (Bernal-Delgado et al, 2024); con una formación en geriatría heterogénea sin un claro respaldo en el programa MIR de Medicina de Familia.

Tabla 1: fortalezas y debilidades de la AP. Elaboración propia.

FORTALEZAS AP	DEBILIDADES AP
Cobertura universal	Infrafinanciación estructural
Longitudinalidad	Déficit y envejecimiento personal médico
Visión integral del ciclo vital	Carga burocrática
Equipos multiprofesionales	Escaso tiempo por consulta
Alta aceptación y satisfacción del paciente mayor	Coordinación socio-sanitaria insuficiente
Acción comunitaria	Formación en geriatría heterogénea

En este medio, nuestros mayores acuden a consultas con sus diversos problemas (que no siempre se ciñen al ámbito sanitario). El perfil de paciente atendido se puede dividir en los conocidos como “ancianos robustos”, que continúan desarrollando sin dificultades sus actividades, en “ancianos frágiles” con crecientes dificultades y alto riesgo de dependencia y en “ancianos dependientes”. Estos grupos no tienen relación lineal con la fecha de nacimiento, es decir, un paciente de 90 años puede ser todavía robusto y uno de 67 ser dependiente.

La atención a los “ancianos robustos” no se diferencia mucho de la atención a los pacientes de edad media. En este grupo, se pretende evitar la aparición de fragilidad. Para ello se refuerzan las medidas preventivas generales y las recomendaciones de dieta saludable y, especialmente, de mantener la actividad física, cognitiva y social. El sedentarismo, una de las pandemias de nuestro tiempo, duplica la aparición de fragilidad antes de los 85 años (Rillamas-Sun et al, 2018). Debemos tener siempre presente que la inactividad física es el factor de riesgo clave para la aparición de la fragilidad (Peterson et al, 2009). Si un paciente mayor continúa realizando actividad física de forma natural (trabajo en la huerta, por ejemplo), ésta no debe restringirse; evitando actitudes paternalistas que forman parte del “ageísmo benevolente” que se vincula a peor salud física y cognitiva en cohortes longitudinales (Bisconti et al, 2020).

Cuando a la consulta de AP acuden pacientes ya frágiles, se intenta implementar medidas junto con su entorno para revertir la situación y evitar la dependencia. Aquí, la atención al cuidador ya aparece como fundamental, pero a veces nos encontramos con el paciente frágil (pero que conserva su capacidad de decisión todavía en la mayoría de los casos) al margen, siendo consultas médico-cuidador en lugar de médico-paciente. Por la limitación de tiempo y la inercia se pueden tomar decisiones que vayan en dirección contraria al objetivo,

ratificando actitudes de la familia que restringen las actividades del paciente por miedo a caídas con sobreayuda familiar en una espiral de funcionalidad decreciente (Steckhan et al, 2024). Otras veces, nos encontramos con “ancianos frágiles” que viven solos, algo especialmente preocupante. Aquí, el papel de la enfermería comunitaria y de trabajo social del servicio de AP adquiere especial relevancia, echando también mano de los avances tecnológicos que les pueden permitir una vida más segura.

En estos pacientes, la implementación de un programa estructurado de actividad física multicomponente adaptada (Izquierdo, 2017), en su propio medio con objetos sencillos como una silla, una toalla, una botella de agua, etc., es una medida eficaz. La utilización de herramientas como VIVIFRAIL o el citado WHO-ICOPE, que dan consejos prácticos e incluyen la prescripción concreta de ejercicios es de gran utilidad en la consulta de AP (Martín-Lesende, 2021).

También es muy importante revisar la medicación crónica y aguda, evitando todos los fármacos con un balance riesgo-beneficio desfavorable o poco consistente, ya que los pacientes frágiles son más sensibles a los efectos secundarios y tienen un riesgo de caída muy aumentado.

La relación sarcopenia-fragilidad está claramente establecida (Acosta-Benito & Martín-Lesende, 2022). En estos pacientes, la intervención sobre la dieta, adoptando la dieta mediterránea y asegurando la adecuada ingesta de proteínas (1g/kg/día) es fundamental, pudiendo disminuir la fragilidad y mejorando su pronóstico (Feart, 2019). Para ello, se realiza una revisión nutricional que incluye analítica de sangre y se dan pautas concretas que, en algunos casos muy específicos, pueden incluir suplementos nutricionales proteicos.

En el caso de los ancianos ya dependientes, el médico de AP coordina y adecúa los cuidados sanitarios, siendo el profesional que mejor puede decidir la intensidad de las actuaciones. Para esto, se precisa tiempo para poder asistir a los pacientes en el domicilio y una relación fluida con los cuidadores, con quienes se establecen objetivos sensatos y plausibles. La figura de la enfermera de AP asume la mayoría de los cuidados sanitarios y forma a la familia. Ante la misma circunstancia de final de vida, las familias con adecuado soporte de AP y que han podido preguntar sus dudas, encaran la situación de una forma de mucho más satisfactoria, con menor estrés y un mayor confort, evitando en gran medida derivaciones hospitalarias de bajo valor.

Un porcentaje de los pacientes de edad avanzada viven en centros sociosanitarios. Generalmente son pacientes complejos por sus patologías médicas y/o sociales. Un importante número de estos centros se parecen a hospitales, cuando en realidad, lo que todos deseamos es que se parezcan lo máximo posible a un hogar. Existen residencias privadas, públicas (de gestión pública o concesión privada) y privadas con un cierto número de plazas públicas. En el ámbito sanitario, idealmente cuentan servicio médico, atención de enfermería, fisioterapia, psicología, técnicos de cuidados sanitarios y terapia ocupacional. Cada vez vemos más problemas para cubrir estas categorías, existiendo muchas residencias sin servicio médico y, a veces, sin servicio de enfermería, teniendo que ser asumidas estas funciones por los sobrecargados servicios de AP, y por profesionales con poca formación para maniobrar en este entorno.

La relación con las familias, es cada vez más compleja, existiendo discrepancias en las expectativas. Resulta de gran utilidad fomentar en AP, a través de trabajo social (a donde el médico tiene que enfocar al paciente), la redacción de un testamento vital y/o del documento de voluntades anticipadas.

CONCLUSIONES

1. El envejecimiento poblacional irá en aumento, pero es ya una realidad que modela la asistencia sanitaria en AP.
2. La edad no es lo importante a la hora de tomar decisiones clínicas (y vitales), si no la capacidad intrínseca y funcional.
3. El cambio en el modelo de familia, con tendencia al individualismo y la soledad, tiene una relevancia decisiva en los cuidados.
4. La atención sanitaria que reciben los pacientes mayores es heterogénea.
5. El equipo multidisciplinar es imprescindible y es base de una buena atención, pero muchas veces se trabaja de forma aislada.
6. La enfermería es el pilar de los cuidados sanitarios a los pacientes crónicos.
7. El médico de AP o del centro sociosanitario debe conciliar la medicación y dirigir con el paciente y/o cuidador los objetivos del plan de cuidados. Esto es difícil de hacer con las agendas saturadas y sin continuidad asistencial.
8. Los objetivos y expectativas realistas aumentan la calidad percibida. Pocas veces se realiza una previsión de cuidados, incluyendo el documento de voluntades anticipadas.
9. La atención comunitaria a los pacientes frágiles debe promover/facilitar el ejercicio físico, la adecuada nutrición y la prevención o frenar la progresión del deterioro cognitivo.
10. El paciente y el cuidador son un conjunto que se debe abordar de forma unitaria.

Referencias bibliográficas

- Acosta-Benito, M. Á., & Martín-Lesende, I. (2022). Fragilidad en atención primaria: diagnóstico y manejo multidisciplinar. *Atención Primaria*, 54(9), 102395. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102395>.
- Bernal-Delgado, E., Angulo-Pueyo, E., Ridaio-López, M., Urbanos-Garrido, R. M., Oliva-Moreno, J., García-Armesto, S., & Hernández-Quevedo, C. (2024). *Spain: Health system summary 2024*. European Observatory on Health Systems and Policies. <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/spain-health-system-summary-2024>.
- Bisconti, T., Sublett, J., & Chasteen, A. (2020). Benevolent ageism: Exploring its boundary conditions, generalizability, and correlates. *Innovation in Aging*, 4(Suppl. 1), 568–569. <https://doi.org/10.1093/geroni/igaa057.1882>.
- Costa-Font, J., & Vilaplana-Prieto, C. (2025). The hidden value of adult informal care in Europe. *Health Economics*, 34(4), 791–812. <https://doi.org/10.1002/hec.4928>
- El País. (1989, 29 de diciembre). El País [Versión impresa]. Hemeroteca de El País. <https://elpais.com/hemeroteca/1989-12-29/>.
- European Commission. (2018). *ESPN thematic report on challenges in long-term care – Italy*. European Social Policy Network. <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=19853&langId=en>.
- Feart, C. (2019). Nutrition and frailty: Current knowledge. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 95, 109703. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2019.109703>.
- Instituto Nacional de Estadística. (2021, 7 de abril). *Encuesta continua de hogares. Año 2020*. https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176952&menu=ultiDatos&idp=1254735572981.
- Instituto Nacional de Estadística. (s. f.). *INEbase*. <https://www.ine.es/inebmenu/queesinebase.htm>
- Izquierdo, M. (2017). *Programa multicomponente de ejercicio físico para la prevención de la fragilidad y el riesgo de caídas (Programa Vivifrail)*. Vivifrail. <https://www.munideporte.com/imagenes/documentacion/ficheros/0134414d.pdf>.
- Martín-Lesende, I., Acosta-Benito, M. Á., Goñi-Ruiz, N., & Herreros-Herreros, Y. (2021). Visión del manejo de la fragilidad en Atención Primaria. *Revista Española de Salud Pública*, 95, e202110159. <https://ojs.sanidad.gob.es/index.php/resp/article/view/454>.
- Ministerio de Sanidad. (2024, noviembre). *Informe de evaluación sobre el impacto de la Primera Reforma del Componente 18 del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia en el Sistema Nacional de Salud*. Gobierno de España. <https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPrimaria>.
- OECD. (2021). *Health at a Glance 2021: OECD indicators*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>.

- OECD. (2023). *Health at a Glance 2023: OECD indicators*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.
- OECD. (2023). *Integrating care to prevent and manage chronic diseases: Best practices in public health*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9acc1b1d-en>.
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Atención integrada para las personas mayores (ICOPE): Guía sobre la evaluación y los esquemas de atención centrados en la persona en la atención primaria de salud*. OPS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51973>.
- Peterson, M. J., Giuliani, C., Morey, M. C., Pieper, C. F., Evenson, K. R., Mercer, V., Cohen, H. J., Visser, M., & Simonsick, E. M. (2009). Physical activity as a preventative factor for frailty: The Health, Aging, and Body Composition study. *The Journals of Gerontology: Series A*, 64(1), 61–68. <https://doi.org/10.1093/gerona/gln001>.
- Real Reporting Foundation. (2025, 6 de marzo). *Spain: Long-Term Services and Supports*. *World Health Systems Facts*. <https://healthsystemsfacts.org/spain/spain-long-term-services-supports/>.

Capítulo 9

La intervención en FRAGILIDAD comienza conociendo y detectando adecuadamente este síndrome geriátrico.

Dr. Iñaki Martín Lesende^{1,2,3}.

¹Médico de Familia, Centro de Salud Indautxu (OSI Bilbao-Basurto).

²Profesor Departamento de Medicina UPV/EHU.

³IIS BIOBIZKAIA / red RICAPPS.

RESUMEN

La fragilidad es un síndrome geriátrico caracterizado por la disminución progresiva de la reserva fisiológica y de la capacidad de adaptación, que incrementa el riesgo de dependencia, eventos adversos de salud, institucionalización y muerte. En Atención Primaria (AP), la detección precoz resulta crucial para implementar intervenciones preventivas y de manejo que mejoren la calidad de vida y reduzcan la morbimortalidad. Se estima que alrededor del 12% de las personas mayores en este nivel asistencial presentan fragilidad, lo que tiene importantes implicaciones clínicas y sociales.

La fragilidad se entiende como un continuo que evoluciona desde la buena funcionalidad hasta la dependencia, con una fase incipiente en la que se alteran actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Su detección, siguiendo en consenso del SNS, se realiza mediante pruebas de ejecución (velocidad de la marcha, Short Physical Performance Battery (SPPB) o el test de "levántese y ande"), en personas ≥ 70 años con independencia en Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD, Barthel ≥ 90). Alternativamente, pueden emplearse herramientas de cribado como la escala FRAIL o el cuestionario VIDA, validado en España, que discrimina mejor sin sesgos de género.

La Valoración Geriátrica Integral (VGI) constituye la base para el diagnóstico causal y la planificación e individualización de intervenciones, aunque su aplicación en AP es limitada. Herramientas como VALINTAN, que informatiza la VGI y emplea IA, facilitan la detección y el manejo individualizado. Los estudios DETFRAGIL1 y DETFRAGIL2 aportarán evidencia sobre rendimiento diagnóstico y validez predictiva de las pruebas y estrategias de cribado.

El abordaje debe ser integral, incluyendo fundamentalmente programas de ejercicio físico multicomponente, intervención nutricional y revisión periódica de la medicación.

En conclusión, la fragilidad requiere estrategias de detección eficientes y un manejo centrado en la persona, con continuidad asistencial y coordinación sociosanitaria, para promover un envejecimiento activo y saludable.

Palabras clave: fragilidad, atención primaria, valoración geriátrica integral, diagnóstico, tratamiento.

INTRODUCCIÓN

Aproximadamente el 90% de las personas mayores en el medio comunitario están con buena funcionalidad, que es el determinante que mejor valora el estado de salud. Aproximadamente un 12% en Atención Primaria (AP) son frágiles, lo que tiene mucha repercusión por aumentar el riesgo de complicaciones clínicas, institucionalización, y sobre todo progreso a situación de dependencia. Por eso su detección (con importantes incógnitas a despejar para hacerlo más efectivo) y manejo (bastante definido), son trascendentales y constituye una de las líneas prioritarias para lograr un envejecimiento activo con disminución de la supervivencia con mala salud y dependencia.

DESARROLLO

La fragilidad se caracteriza por la disminución progresiva de la reserva fisiológica y de la capacidad de adaptación, incrementando el riesgo de dependencia y de eventos adversos de salud incluyendo la institucionalización y muerte. Su identificación precoz permite implementar intervenciones preventivas y de manejo que mejoran la calidad de vida y reducen la morbimortalidad.

En la práctica clínica, la fragilidad se entiende como un continuo que evoluciona desde el periodo previo a la pérdida funcional con alteración de la homeostasis, o un grado incipiente y precoz de la funcionalidad en Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), a grados de dependencia más avanzada como consecuencia de su progresión. Este deterioro puede estar condicionado por factores biológicos (comorbilidad, envejecimiento celular, genética), estilos de vida y factores socioeconómicos.

Diversas herramientas de detección y cribado se han utilizado en AP. El consenso de prevención y manejo de fragilidad y caídas del Sistema Nacional de Salud (SNS; Ministerio de Sanidad, 2022), es la referencia en nuestro sistema sanitario, siendo la AP el medio asistencial prioritario para ello. Indica la detección de fragilidad mediante las pruebas de ejecución (prioritariamente velocidad de la marcha –VM- o la Short Physical Performance Battery –SPPB-, aunque también con el test de “levántese y ande” –TUG-), en personas ≥ 70 años sin alteración relevante de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD, Barthel ≥ 90); se puede usar la escala FRAIL en el medio comunitario no asistencial, o cuando no es posible la presencialidad (telefónica). Las recomendaciones del PAPPS (García et al., 2024) y guía Fisterra de fragilidad (Martín-Lesende et al., 2025b) sugiere la monitorización sistemática de la funcionalidad y detección precoz del deterioro de AIVD como vía potencial de detección. El cuestionario VIDA es un cuestionario de AIVD creado y validado en España, con mayor rango de discriminación, sin sesgo de género, y que presenta evidentes ventajas frente al cuestionario de Lawton-Brody.

También la Valoración Geriátrica Integral (VGI) puede ser empleada en la detección y sobre todo detección de las causas de fragilidad y como directriz e implantación individualizada de las intervenciones; a pesar de que la VGI no está muy implantada en AP y muchos de sus profesionales no están capacitados para su realización. El consenso del SNS indica que es ideal que el manejo de la fragilidad sea modelado en base a una VGI. La herramienta VALINTAN www.valintan.com se basa en una VGI facilitada e informatizada, que emplea también la IA, orientada a la funcionalidad y fragilidad, fundamentalmente facilitadora de intervenciones efectivas en base a los diagnósticos geriátricos detectados (entre ellos la fragilidad).

Existen circunstancias clínicas que obligan a sospechar fragilidad incluso en ausencia de cribado estructurado: pérdida funcional objetiva tras hospitalización o procesos agudos; quejas persistentes de fatiga y debilidad (que no deben atribuirse únicamente a la edad); pérdida de peso no intencionada; enlentecimiento de la marcha; caídas de repetición; hospitalizaciones recientes; polifarmacia; dificultades nutricionales; deterioro cognitivo o ánimo depresivo; aislamiento social y multimorbilidad con repercusión funcional.

Las herramientas que podrían considerarse diagnósticas son las correspondientes al modelo físico (fenotipo de Fried) y el multidimensional (índice de fragilidad, FI). Sin embargo, presentan inconvenientes (Martín-Lesende et al., 2025b) como falta de una estandarización en nuestro medio o necesidad de empleo de dinamómetro en el caso del cuestionario de Fried; y tiempo necesario y dependencia de la calidad información de la información contenida en la historia clínica en el caso del FI. El resto de pruebas de detección también presentan inconvenientes, fundamentalmente el porcentaje elevado de falsos positivos, que llegan a ser del 45% para la VM y el SPPB, con la trascendencia que esto tiene al seguirse de una VGI. Los estudios DETFRAGIL1 (de rentabilidad diagnóstica de las pruebas y estrategias diagnósticas frente al índice de Fried –gold standard-) y DETFRAGIL2 (de validez predictiva de estas pruebas y estrategias diagnósticas), así como experiencias en distintos entornos, despejarán dudas y adecuarán las herramientas de detección de fragilidad.

La figura 1 sintetiza las estrategias diagnósticas y de intervención en fragilidad.

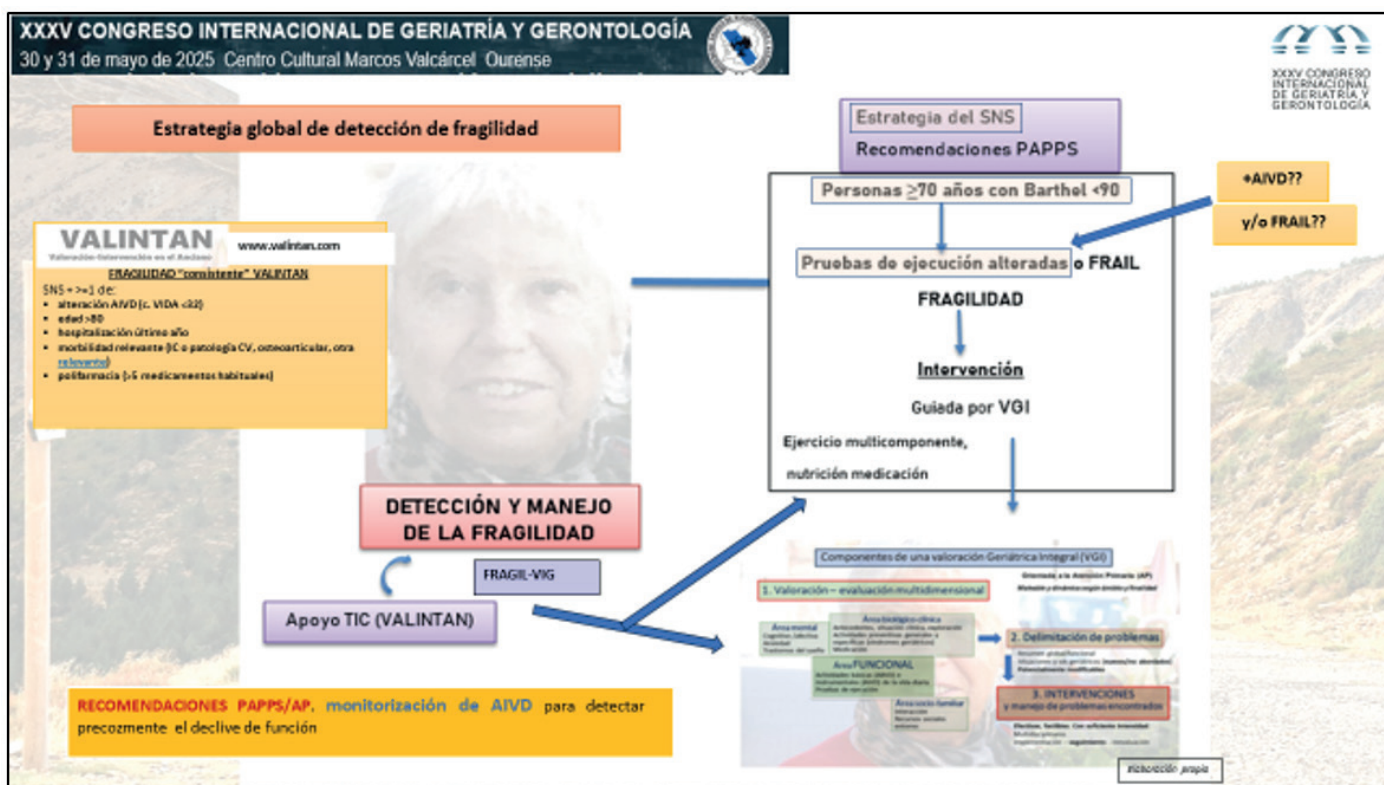


Figura 1. Estrategia diagnóstica de fragilidad

La intervención en fragilidad requiere un enfoque integral y multidimensional basado, como se ha mencionado, en la VGI, pero incluyendo prevención del deterioro funcional y promoción del envejecimiento activo. Se deben implementar intervenciones centradas en la persona, priorizando la continuidad asistencial, la coordinación sociosanitaria y la integración de recursos. Entre las intervenciones más efectivas están los programas de

ejercicio físico multicomponente, las intervenciones nutricionales, y la revisión periódica de la medicación evitando la medicación inadecuada. También se muestra útil el abordaje del estado de ánimo y estimulación cognitiva, y el fomento de la participación social y apoyo comunitario.

CONCLUSIONES

En conclusión, la fragilidad es un desafío central en la atención a las personas mayores, que requiere detección precoz con herramientas adecuadas y que hayan mostrado efectividad, y un manejo integral. Experiencias como la aplicación de VALINTAN muestran la utilidad de instrumentos digitales dirigidos e intuitivos que facilitan el trabajo en la consulta. La clave reside en colocar a la persona en el centro, garantizando la continuidad y la coordinación entre niveles asistenciales y promoviendo la autonomía y calidad de vida.

Referencias bibliográficas

- García Pliego, R. A., Canto de Hoyos Alonso, M., Herreros Herreros, Y., Baena Díez, J. M., Gorroñoigoitia Iturbe, A., Acosta Benito, M. Á., Martín Lesende, I., & Mir Sánchez, C. (2024). Actividades preventivas en el mayor. Actualización PAPPS 2024. *Atención Primaria*, 56 (Suppl 1), 103132. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2024.103132>.
- Martín-Lesende, I., & Goñi Ruiz, N. (2025a). Actualización y desafíos en la detección y manejo de la fragilidad en Atención Primaria. *Actualización en Medicina de Familia: AMF*, 21(5), 291–298. <https://doi.org/10.55783/AMF.210508>.
- Martín-Lesende I, Gorroñoigoitia A, Goñi N, Abizanda P. (2025b). *Persona mayor frágil: detección y manejo en atención primaria* [Guía clínica]. <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/persona-mayor-fragil-deteccion-manejo-atencion-primaria/> fisterra.com.
- Ministerio de Sanidad. (2022). *Actualización del documento de consenso sobre prevención de la fragilidad en la persona mayor (2022)*. https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/envejecimientoSaludable/fragilidadCaidas/docs/ActualizacionDoc_FragilidadyCaidas_personamayor.pdf.

Capítulo 10

Desarrollo y validación de un Índice de Fragilidad en ancianos residentes de centros de SANITAS Mayores.

Elena Barranco Justicia¹, Juan Luis González Pascual², María Caballero Galilea³.

¹*Coordinadora de enfermería en Sanitas Mayores Colmenar Viejo.*

²*Doctor en enfermería. Profesor Universidad Europea de Madrid.*

³*Doctora en ciencias de la salud. Profesora Universidad Europea de Madrid.*

RESUMEN

La fragilidad es un síndrome geriátrico que precede a la dependencia funcional y permite identificar a individuos con mayor riesgo de dependencia, institucionalización, efectos adversos de fármacos, mortalidad y otros eventos negativos de salud. Este estudio tiene como objetivo desarrollar y validar un índice de fragilidad para ancianos institucionalizados en centros de mayores, utilizando datos de la historia clínica del paciente. El estudio es un análisis observacional retrospectivo de casos y controles, centrado en personas mayores de 65 años residentes en centros de mayores de Sanitas con al menos 3 años de historia clínica pseudoanonimizada. Se excluyen residentes que causan baja voluntaria, aquellos con enfermedad terminal o en cuidados paliativos, y aquellos con datos ausentes en más del 2% de las variables 3. En la primera fase, se explorarán las variables asociadas a la fragilidad y su relación con eventos adversos como muerte, ingreso hospitalario, caídas y úlceras por presión. En la segunda fase, se construirá un índice de fragilidad a partir de las variables correlacionadas con eventos adversos, y en la tercera fase, se validará este índice en cuanto a fiabilidad, consistencia interna y estructura factorial.

No existe actualmente un índice que permita la detección de fragilidad en personas mayores institucionalizadas en centros de mayores sin recoger manualmente los datos necesarios. Un índice de fragilidad basado en datos de la historia clínica del residente podría ser una herramienta rápida y sencilla para su implementación en centros de mayores, sin aumentar la carga de trabajo del equipo asistencial. La automaticidad de obtención del índice permite hacer evaluaciones frecuentes, proporcionando una perspectiva situacional del momento de la medición, cambios, evolución y pronóstico en pacientes complejos. Sin embargo, se ve limitado por el uso exclusivo de variables de la historia clínica, lo que podría no considerar variables que mejorarían la sensibilidad del índice.

Palabras claves: Fragilidad, Índice, Centros de mayores, Ancianos, Estudio de validación

INTRODUCCIÓN

La fragilidad es un síndrome geriátrico previo a la aparición de la dependencia funcional, que permite la identificación de individuos de mayor riesgo de dependencia, institucionalización, efectos adversos de fármacos, mortalidad y otros eventos negativos de salud (Acosta-Benito & Martín-Lesende, 2022). Dado que la fragilidad es más un índice geriátrico que una enfermedad y eso supone un desafío tanto para su diagnóstico

como para su manejo ya que al contrario que las enfermedades no tiene una/unas causas claras, sino que se produce por múltiples factores con un curso clínico difícil de predecir.(McMillan & Falutz, 2025)

A pesar de que se no existe un estándar para el diagnóstico de la fragilidad(Ma, 2019),se han propuesto dos modelos con enfoques diferentes: el modelo de Fried (Fried et al., 2001)y de Rockwood (Clegg et al., 2013; Rockwood et al., 1994) que han propiciado cinco formas de medir la fragilidad según un modelo físico, multidimensional por acumulo de déficits o una mezcla de ambas (Acosta-Benito & Martín-Lesende, 2022). Existen más de 50 índices o instrumentos con los que medir la fragilidad, aunque la mayoría han sido validados para el entorno comunitario, y solo 7 se han validado incluyendo los centros sociosanitarios.(Faller et al., 2019) aunque la fragilidad en dichos centros se estime en un 51,5%.(Buckinx et al., 2015, 2015)

Existe consenso en el ámbito de la Geriátría acerca de la importancia de la detección de la fragilidad para la práctica clínica (Cesari et al., 2016) pero sin embargo no se utiliza de forma sistemática para la evaluación de los pacientes geriátricos (Amblàs-Novellas et al., 2018). Esto impide un correcto diagnóstico y la detección y actuación que podría permitir mejorar el estado de salud de los residentes previniendo eventos adversos como hospitalizaciones, caídas, deterioro funcional y fallecimientos. (Andrade et al., 2023; Vallet et al., 2024)

Las consecuencias de la fragilidad en ancianos inciden negativamente con su calidad de vida y con frecuencia provocan morbilidad, peor calidad de vida y muerte. (Arias-Rivera et al., 2024; Drubbel et al., 2013; Gobbens et al., 2021; Vasconcellos Romanini et al., 2020) aunque la fragilidad se considera reversible con intervenciones de salud, especialmente preventivas (Deng et al., 2023) La fragilidad se ha asociado con mayor riesgo de mortalidad, discapacidad, institucionalización, caídas, fracturas y hospitalización. (Aguayo et al., 2017; Cawthon et al., 2007)

OBJETIVOS Y/O HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

OBJETIVO PRINCIPAL

Desarrollar y validar un índice de fragilidad para ancianos institucionalizados en centros de mayores a partir de los datos disponibles recogidos en la historia clínica del paciente.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las variables asociadas con la fragilidad en ancianos residentes en centros sociosanitarios, a partir de los datos disponibles en la historia clínica.
- Desarrollar un índice de fragilidad basado en estas variables, optimizando su estructura para maximizar su capacidad predictiva sin añadir carga asistencial. - Validar el índice de fragilidad.

METODOLOGÍA

DISEÑO:

Estudio analítico observacional retrospectivo, casos y controles.

POBLACIÓN:

La población estaría compuesta por las personas de más de 65 años residentes de centros de mayores de Sanitas con historia clínica durante un mínimo de un período de 3 años, cuyos datos de historia clínica están pseudoanonimizados en la base de datos Open Data Seniors de Sanitas Mayores S.A.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Residentes que causan baja voluntaria durante el periodo de observación de los datos.
- Residentes con enfermedad terminal o en cuidados paliativos.
- Residentes con datos ausentes para más de un 2% de las variables estudiadas en ese periodo.

En una primera fase se explorarán las variables asociadas a la fragilidad recogidas de la base de datos y se estudiará su relación con los eventos adversos ocurridos en el periodo estudiado.

- Los casos serán las personas mayores institucionalizadas que hayan presentado un evento adverso (muerte, ingreso hospitalario, caídas, úlceras por presión).
- Los controles serán las personas mayores institucionalizadas que no hayan presentado un evento adverso de ese tipo.

MUESTRA Y MUESTREO:

No se realizará muestreo, sino que la muestra será la totalidad de personas residentes en los centros de mayores de Sanitas que no cumplan criterios de exclusión, incluidos en la base de datos mencionada.

VARIABLES:

- Variables dependientes: muerte, ingreso hospitalario con pernocta, caída y consecuencias, úlceras por presión de origen interno aparecidas en el periodo de estudio
- Variables independientes: constantes (temperatura, tensión arterial, frecuencia cardíaca), tratamientos (fármacos), patologías, escalas (Barthel, Norton, Tinetti, MEC), sujeciones, barandillas, vacunas y alergias.
- Variables sociodemográficas: edad y sexo

En una segunda fase se construirá índice de fragilidad a partir de las variables estudiadas que han correlacionado con los eventos adversos

LAS VARIABLES QUE DEBE INCLUIR UN ÍNDICE DE FRAGILIDAD TIENEN QUE CUMPLIR CON LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS:

Estar asociadas a la edad, relacionadas con problemas de salud y representativas de varios dominios, y no saturarse precozmente, ni ser excesivamente prevalente (>80%) ni excesivamente infrecuente (<5%) (Amblàs-Novellas et al., 2017; Searle et al., 2008; Theou et al., 2023)

LOS DOMINIOS CONTEMPLADOS SERÁN:

Funcional, clínico (síndromes geriátricos y patologías asociadas a la fragilidad en ancianos, nutrición) y cognitivo pues son de los cuales se disponen de datos en la base de datos.

En una tercera fase se validará este índice en cuanto a fiabilidad, consistencia interna y estructura factorial y se comparará con los existentes en la bibliografía.

CONSIDERACIONES ÉTICAS:

El presente estudio se llevará a cabo respetando los principios éticos de la Declaración de Helsinki y la normativa vigente en investigación con seres humanos. Se solicitará la aprobación del Comité de Investigación de la Universidad, garantizando el cumplimiento de los principios de beneficencia, justicia y autonomía. Los datos se recogerán de la base de datos Open Data Senior de Sanitas Mayores S.A. que pone los datos de los residentes a disposición de entidades investigadoras en abierto previa solicitud.

La base de datos es histórica y pseudoanonimizada para cumplir requisitos éticos.

No se recogerán datos del historial médico previo o posterior a su estancia en la residencia.

Se garantizará la confidencialidad y anonimato de los datos, cumpliendo con la normativa de protección de datos personales (GDPR/LOPDGDD), y los resultados serán utilizados exclusivamente con fines científicos y académicos.

Los resultados de este estudio y la puntuación en el índice de fragilidad no serán usados para seleccionar pacientes en admisión a residencias ni serán discriminados por ello de ningún modo

DISCUSIÓN

El desarrollo y validación de un índice de fragilidad para ancianos institucionalizados en centros de mayores representa un avance significativo en la atención geriátrica. La implementación de este índice en centros de mayores podría ser una herramienta rápida y sencilla, sin aumentar la carga de trabajo del equipo asistencial, ya que aprovecha el trabajo ya realizado por diferentes profesionales. La automaticidad de obtención del índice permite hacer evaluaciones frecuentes, proporcionando una perspectiva situacional del momento de la medición, cambios, evolución y pronóstico en pacientes complejos. Sin embargo, se ve limitado por de usar solamente las variables de la historia clínica con el objetivo de no aumentar la carga asistencial por lo que es posible que no se consideren variables que podrían mejorar la sensibilidad del índice.

CONCLUSIONES

No existe en la actualidad ningún índice que permita la detección de fragilidad en personas mayores institucionalizadas en centros de mayores sin recoger manualmente los datos necesarios para calcular una puntuación que permita el diagnóstico, ni tampoco un índice estándar aceptado de forma común para medirla. (Aguayo et al., 2017; Faller et al., 2019, p. 35)

Un índice de fragilidad a partir de los datos de la historia clínica del residente que pueda calcularse automáticamente supondría una herramienta rápida y sencilla que podría implantarse en centros de mayores de forma sistemática sin aumentar la carga de trabajo del equipo asistencial, pues aprovecha el trabajo ya

realizado por diferentes profesionales, favoreciendo que se integre en los protocolos de valoración en las residencias. Al no depender de variables auto reportadas por los residentes o familias se evitan sesgos de conocimiento o memoria y diferencias interobservador (Amblàs-Novellas et al., 2018; Faller et al., 2019). La automaticidad de obtención del índice para los pacientes también permite hacer evaluaciones frecuentes que puede dar una perspectiva situacional del momento de la medición, cambios, evolución y pronóstico en pacientes complejos. El empeoramiento en índices de fragilidad se relaciona con un aumento de los eventos adversos como hospitalización y muerte (Kuthi et al., 2022).

Disponer de un índice de fragilidad más operativo también tendría gran influencia en las residencias sociosanitarias sobre los costes indirectos asociados a la propia fragilidad y eventos adversos que provoca, como costes reputacionales a la empresa (Carey et al., 2018), costes por aumento de la carga de trabajo que suponen los pacientes frágiles y el estrés y rotación que implica para los trabajadores (Mukamel et al., 2009), o los costes económicos que supone la capacitación de nuevos empleados y la reducción de la ocupación del centro.

Por otra parte, se ha demostrado que la fragilidad supone un aumento significativo de costes directos de asistencia social (Carrasco-Ribelles et al., 2022) y sanitaria (Hajek et al., 2018; Toson et al., 2024) siendo un indicador válido del coste y probabilidad de uso de recursos sanitarios. (García Noguerras, 2016)

Referencias bibliográficas

- Acosta-Benito, M. Á., & Martín-Lesende, I. (2022). Frailty in primary care: Diagnosis and multidisciplinary management. *Atencion Primaria*, 54(9). <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102395>.
- Aguayo, G. A., Donneau, A.-F., Vaillant, M. T., Schritz, A., Franco, O. H., Stranges, S., Malisoux, L., Guillaume, M., & Witte, D. R. (2017). Agreement Between 35 Published Frailty Scores in the General Population. *American Journal of Epidemiology*, 186(4), 420-434. <https://doi.org/10.1093/aje/kwx061>.
- Ambiàs-Novellas, J., Martori, J. C., Espauella, J., Oller, R., Molist-Brunet, N., Inzitari, M., & Romero-Ortuno, R. (2018). Frail-VIG index: A concise frailty evaluation tool for rapid geriatric assessment. *BMC Geriatrics*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0718-2>.
- Ambiàs-Novellas, J., Martori, J. C., Molist Brunet, N., Oller, R., Gómez-Batiste, X., & Espauella Panicot, J. (2017). Índice frágil-VIG: diseño y evaluación de un índice de fragilidad basado en la Valoración Integral Geriátrica. *Revista Espanola de Geriatria y Gerontologia*, 52(3), 119-127. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2016.09.003>.
- Andrade, A. Q., Widagdo, I., Lim, R., Kelly, T. L., Parfitt, G., Pratt, N., Bilton, R. L., & Roughead, E. E. (2023). Correlation of frailty assessment metrics in one-year follow-up of aged care residents: A sub-study of a randomised controlled trial. *Aging Clinical and Experimental Research*, 35(10), 2081-2087. <https://doi.org/10.1007/s40520-023-02491-y>.
- Arias-Rivera, S., Sánchez-Sánchez, M. M., Romero de-San-Pío, E., Gabriel Santana-Padilla, Y., Juncos-Gozalo, M., ViaClavero, G., Moro-Tejedor, M. N., Raurell-Torredà, M., & Andreu-Vázquez, C. (2024). Predictive validity of the Clinical Frailty Scale-Spain on the increase in dependency after hospital discharge. *Enfermeria Intensiva*, 35(2), 79-88. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2023.07.003>.
- Buckinx, F., Rolland, Y., Reginster, J.-Y., Ricour, C., Petermans, J., & Bruyère, O. (2015). Burden of frailty in the elderly population: Perspectives for a public health challenge. *Archives of Public Health*, 73(1), 19. <https://doi.org/10.1186/s13690-015-0068-x>.
- Carey, K., Zhao, S., Snow, A., & Hartmann, C. W. (2018). The relationship between nursing home quality and costs: Evidence from the VA. *PLoS ONE*, 13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203764>.
- Cawthon, P. M., Marshall, L. M., Michael, Y., Dam, T.-T., Ensrud, K. E., Barrett-Connor, E., Orwoll, E. S., & Osteoporotic Fractures in Men Research Group. (2007). Frailty in older men: Prevalence, progression, and relationship with mortality. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(8), 1216-1223. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01259.x>.
- Cesari, M., Prince, M., Thiyagarajan, J. A., De Carvalho, I. A., Bernabei, R., Chan, P., Gutierrez-Robledo, L. M., Michel, J. P., Morley, J. E., Ong, P., Rodriguez Manas, L., Sinclair, A., Won, C. W., Beard, J., & Vellas, B. (2016). Frailty: An Emerging Public Health Priority. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17(3), 188-192. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.12.016>.
- Clegg, A., Young, J., Iliffe, S., Rikkert, M. O., & Rockwood, K. (2013). Frailty in elderly people. *The Lancet*, 381(9868), 752-762. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62167-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62167-9).

- Deng, Y., Zhang, K., Zhu, J., Hu, X., & Liao, R. (2023). Healthy aging, early screening, and interventions for frailty in the elderly. *Bioscience Trend*. <https://doi.org/10.5582/bst.2023.01204>.
- Drubbel, I., De Wit, N. J., Bleijenberg, N., Eijkemans, R. J. C., Schuurmans, M. J., & Numans, M. E. (2013). Prediction of adverse health outcomes in older people using a frailty index based on routine primary care data. *Journals of Gerontology - Series A Biological Sciences and Medical Sciences*, 68(3), 301-308. <https://doi.org/10.1093/gerona/gls161>.
- Faller, J. W., do Nascimento Pereira, D., de Souza, S., Nampo, F. K., de Souza Orlandi, F., & Matumoto, S. (2019). Instruments for the detection of frailty syndrome in older adults: A systematic review. *PLoS ONE*, 14(4). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216166>.
- Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, W. J., Burke, G., & McBurnie, M. A. (2001). Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 56(3). <https://doi.org/10.1093/GERONA/56.3.M146>.
- García Nogueras, I. C. (2016). *Fragilidad y uso de recursos hospitalarios* [Universidad de Castilla-La Mancha]. <https://hdl.handle.net/10578/8633>.
- Gobbens, R. J. J., van Assen, M. A. L. M., Augustijn, H., Goumans, M., & van der Ploeg, T. (2021). Prediction of Mortality by the Tilburg Frailty Indicator (TFI). *Journal of the American Medical Directors Association*, 22(3), 607.e1-607.e6. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.07.033>.
- Hajek, A., Bock, J.-O., Saum, K.-U., Matschinger, H., Brenner, H., Holleczeck, B., Haefeli, W. E., Heider, D., & König, H.-H. (2018). Frailty and healthcare costs—Longitudinal results of a prospective cohort study. *Age and Ageing*, 47(2), 233-241. <https://doi.org/10.1093/ageing/afx157>.
- Ji, S., Baek, J. Y., Jin, T., Lee, E., Jang, I.-Y., & Jung, H.-W. (2022). Association Between Changes in Frailty Index and Clinical Outcomes: An Observational Cohort Study. *Clinical Interventions in Aging*, 17, 627-636. <https://doi.org/10.2147/CIA.S358512>.
- Ma, L. (2019). Current Situation of Frailty Screening Tools for Older Adults. *The Journal of nutrition, health and aging*, 23(1), 111-118. <https://doi.org/10.1007/S12603-018-1123-4>.
- McMillan, J. M., & Falutz, J. (2025). Is Frailty the Geriatric Troponin? *Journal of the American Geriatrics Society*. 2025 Apr;73(4):999-1001. doi: 10.1111/jgs.19423. Epub 2025 Mar 12.
- Mukamel, D., Spector, W., Limcangco, R., Wang, Y., Feng, Z., & Mor, V. (2009). The Costs of Turnover in Nursing Homes. *Medical Care*, 47, 1039-1045. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3181a3cc62>.
- Nikolova, S., Heaven, A., Hulme, C., West, R., Pendleton, N., Humphrey, S., Cundill, B., & Clegg, A. (2021). Social care costs for community-dwelling older people living with frailty. *Health & social care in the community*. <https://doi.org/10.1111/hsc.13450>.
- Rockwood, K., Fox, R. A., Stolee, P., Robertson, D., & Lynn Beattie, ; B. (1994). Frailty in elderly people: An evolving concept. *Can Med Assoc J*, 150(4), 489-495.

- Searle, S. D., Mitnitski, A., Gahbauer, E. A., Gill, T. M., & Rockwood, K. (2008). A standard procedure for creating a frailty index. *BMC Geriatrics*, 8. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-8-24>.
- Theou, O., Haviva, C., Wallace, L., Searle, S. D., & Rockwood, K. (2023). How to construct a frailty index from an existing dataset in 10 steps. *Age and Ageing*, 52(12). <https://doi.org/10.1093/ageing/afad221>.
- Toson, B., Edney, L. C., Haji Ali Afzali, H., Visvanathan, R., Khadka, J., & Karnon, J. (2024). Economic burden of frailty in older adults accessing community-based aged care services in Australia. *Geriatrics & Gerontology International*, 24(9), 939-947. <https://doi.org/10.1111/ggi.14955>.
- Vallet, F., Ludwig, C., Ashikali, E. M., & Busnel, C. (2024). First Evidence on the Validity of the Complexity Index Derived from the Resident Assessment Instrument for Home Care in Home Care Patients. *Journal of the American Medical Directors Association*, 25(9). <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2024.105046>.
- Vasconcellos Romanini, C., Vilas Boas, P., Cecato, J. F., Robello, E., Borges, M. K., Martinelli, I., & Aprahamian, I. (2020). Prediction of death with the frail-nh in institutionalized older adults. *J Nutr Health Aging*, 24, 817-820. <https://doi.org/10.1007/s12603-019>.

Capítulo 11

Mitigación de la inflamación relacionada con la diarrea en adultos mayores frágiles con una solución de rehidratación oral mejorada con posbióticos: Perspectivas de un estudio aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo.

Julian Andres Mateus Rodríguez^{1,2,3,4}, Patricia Rodríguez Sanz^{1,2}, Edgar Kostandyan³, Rubén Palacios Sánchez^{1,2}, Maria Luz Pino Roque^{1,5}, Patricia Chaves Vásquez³, Jesús M Ruiz Idiago³.

¹Hospital d'Atencio Intermedia Colisee Barcelona Isabel Roig. Barcelona, España.

²Unidad I+D Colisee Barcelona, España.

³Fundación Hospitalarias Barcelona Nord Barcelona, España.

⁴FIDMAG Hermanas Hospitalarias Research Foundation Barcelona, España.

⁵Facultat d'Infermeria, Universitat de Barcelona, Barcelona, España.

RESUMEN

La diarrea en adultos mayores representa un desafío clínico frecuente y de gran impacto, asociado con riesgo de deshidratación, desnutrición, deterioro de la función de la barrera intestinal y disminución de la calidad de vida. La inflamación persistente durante los episodios diarreicos favorece el curso crónico de la enfermedad y aumenta las complicaciones. En este contexto, los posbióticos han despertado interés como agentes con acciones inmunomoduladores y antiinflamatorias. El objetivo de este estudio aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo y de grupos paralelos, fue evaluar el efecto de una nueva solución de rehidratación oral (SRO) enriquecida con el posbiótico ABB C22® sobre biomarcadores inflamatorios intestinales en adultos mayores con diarrea aguda. El ensayo se desarrolló en dos centros hospitalarios de Barcelona, España, e incluyó a 47 participantes de ≥65 años, aleatorizados 1:1 para recibir la SRO enriquecida o la SRO estándar durante un máximo de 14 días. La asignación se realizó mediante secuencia computarizada estratificada por centro y tanto pacientes como cuidadores y evaluadores permanecieron enmascarados. Los criterios de valoración principales se centraron en los cambios de calprotectina y lactoferrina fecales, además de inmunoglobulina A sérica. Los secundarios evaluaron la consistencia de las heces y la seguridad del tratamiento. De los 47 pacientes reclutados, 42 completaron el protocolo (21 por grupo). A los 14 días, el grupo tratado con SRO + ABB C22® mostró una reducción significativamente mayor en calprotectina y lactoferrina fecales frente a placebo. Los casos positivos de lactoferrina se redujeron a la mitad ya en el tercer día en el grupo experimental. Ambos grupos experimentaron mejoría de la consistencia fecal sin diferencias relevantes. No se reportaron eventos adversos relacionados con la intervención. En conclusión, la adición del posbiótico ABB C22® a la SRO demostró un claro efecto antiinflamatorio y un adecuado perfil de seguridad)

INTRODUCCIÓN

La gastroenteritis aguda es un proceso inflamatorio que afecta al revestimiento del tracto gastrointestinal, en especial al estómago y al intestino, y cuyos síntomas predominantes son la diarrea y los vómitos. En la población de edad avanzada, la diarrea representa un problema de salud frecuente y clínicamente relevante, ya que puede desencadenar deshidratación, malnutrición, deterioro de la barrera intestinal y reducción significativa de la calidad de vida. Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se considera diarrea la emisión de tres o más deposiciones líquidas o semilíquidas al día, o un aumento en el número habitual de evacuaciones en un mismo individuo. Cuando la duración es inferior a 14 días, se clasifica como diarrea aguda, mientras que los episodios que persisten durante más de 2 a 4 semanas se catalogan como crónicos.

En personas mayores, las causas más habituales incluyen infecciones intestinales, entre ellas *Clostridium difficile*, *Escherichia coli* y rotavirus, aunque también se han descrito otros patógenos bacterianos, fúngicos y parasitarios. Asimismo, la diarrea en este grupo etario puede estar relacionada con polimedicación, antibióticos (que producen disbiosis al reducir la microbiota protectora) y la nutrición enteral. Aunque preferida frente a la nutrición parenteral, la alimentación por sonda suele verse limitada por la aparición de este trastorno gastrointestinal. Episodios prolongados o recurrentes pueden causar inflamación intestinal crónica, reducción de la absorción de nutrientes esenciales (proteínas, vitaminas y minerales) y un debilitamiento inmunológico que favorece la reinfección, perpetuando un ciclo de vulnerabilidad clínica.

La deshidratación severa secundaria a diarrea puede provocar complicaciones cardiovasculares, desajustes hidroelectrolíticos, insuficiencia renal e incluso deterioro de las funciones cognitivas y motoras. Ante esta situación, los probióticos como *Saccharomyces boulardii* han mostrado utilidad al modular la microbiota intestinal y favorecer la producción de ácidos grasos de cadena corta, que regulan la absorción de agua. Sin embargo, en pacientes frágiles o inmunodeprimidos, la administración de microorganismos vivos plantea riesgos.

Los posbióticos, como ABB C22®, elaborados a partir de levaduras tindealizadas, constituyen una opción innovadora y segura. Esta formulación combina *S. boulardii* ABB S3, *S. cerevisiae* ABB S6 y *K. marxianus* ABB S8, proporcionando efectos antiinflamatorios, refuerzo de la función epitelial, modulación del ecosistema intestinal y aporte de zinc biodisponible, micronutriente recomendado en el manejo de la diarrea por su capacidad para acortar la duración y reducir la intensidad de los episodios. Debido a su estabilidad y ausencia de interacciones farmacológicas, ABB C22® puede incorporarse a soluciones de rehidratación oral o fórmulas de nutrición enteral, ofreciendo una alternativa práctica para pacientes polimedcados o con dificultades alimentarias.

En este estudio piloto se exploraron los beneficios de una SRO enriquecida con ABB C22® en adultos mayores con diarrea y signos de deshidratación, evaluando biomarcadores inflamatorios y la consistencia de las heces como principales variables de resultado.

METODOLOGÍA

Este estudio fue un ensayo multicéntrico, aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo y con grupos paralelos, realizado en el Hospital d'Atenció Intermedia Coliséu Barcelona Isabel Roig y el Hospital Mare de Déu de la Mercè, parte de la Fundación de Investigación FIDMAG Hermanas Hospitalarias en Barcelona, España. El objetivo del estudio fue evaluar los beneficios de la suplementación dietética con nuevas fórmulas de nutrición

médica que contienen posbióticos con efectos protectores gastrointestinales (con nivel de evidencia 1 según las guías de probióticos y prebióticos de la WGO), en pacientes con diarrea y síntomas gastrointestinales, en comparación con el estándar de cuidado habitual de los centros participantes.

En concreto, se probó una solución de rehidratación oral (SRO) enriquecida con el posbiótico de levaduras ABB C22® en adultos mayores con diarrea y signos de deshidratación. Durante el estudio, los participantes recibieron el producto activo (SRO + ABB C22®) o el tratamiento estándar (SRO + placebo).

Los desenlaces principales fueron los cambios en los marcadores inflamatorios fecales calprotectina y lactoferrina, así como la inmunoglobulina A (IgA) sérica al final del periodo de suplementación comparado con el valor basal. Entre los desenlaces secundarios se incluyó la reducción en la duración y gravedad de la diarrea (número de deposiciones), síntomas gastrointestinales (como diarrea, vómitos y regurgitación) y cambios en la consistencia fecal evaluados mediante la Escala de Heces de Bristol. El cambio en los niveles séricos de proteína C reactiva se incluyó como parámetro exploratorio.

El ensayo se llevó a cabo entre marzo de 2023 y marzo de 2024. El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación Clínica de la Fundació Unió Catalana d'Hospitals (código CEI 22/92; fecha de aprobación: 23 de noviembre de 2022) y por la Fundació de Investigació FIDMAG Hermanas Hospitalarias (código PR-2022-27; fecha de aprobación: 26 de enero de 2023), y fue registrado en ClinicalTrials.gov (NCT06738420). Todos los procedimientos cumplieron con la Declaración de Helsinki, y los participantes firmaron consentimiento informado por escrito. Los registros e información de los participantes fueron anonimizados.

RESULTADOS

Tabla 1. Edad y Sexo de los participantes.

	ORS + Placebo	ORS + ABB C22®
	n = 21	n = 21
Edad	78,4 (8,79)	83,5 (9,46)
Sexo		
Hombres	5 (23,8 %)	5 (23,8 %)
Mujeres	16 (76.2%)	16 (76.2%)

Tabla 2. Biomarcadores en heces y plasma en las visitas del estudio

Biomarcador	Visita del estudio	Grupo ORS + Placebo (n=21)	Grupo ORS + ABB C22® (n=21)	Valor p
Calprotectina fecal (µg/g)	Día 1	337 (496)	310 (679)	0.901
	Día 3	308 (284)	208 (261)	0.480
	Día 14	418 (592)	135 (129)	0.024
Lactoferrina fecal	Día 1 (positivo %)	9 (42.9%)	5 (25.0%)	0.614
	Día 3 (positivo %)	9 (42.9%)	3 (14.3%)	0.121
	Día 14 (positivo %)	4 (21.1%)	2 (11.1%)	0.692
IgA sérica (mg/dL)	Día 1	279 (150)	247 (124)	0.830
	Día 3	283 (142)	237 (111)	0.532
	Día 14	285 (131)	271 (128)	0.463

TOLERABILIDAD Y SEGURIDAD

El producto activo del estudio fue bien tolerado. Dos participantes asignados al tratamiento con SRO + ABB C22® reportaron náuseas y sabor muy dulce; ambos episodios fueron leves y no tuvieron consecuencias. No se registraron acontecimientos adversos graves. Los análisis de sangre realizados para evaluar la seguridad no mostraron cambios significativos durante ni después de la suplementación. En el grupo SRO + placebo, tres participantes fueron remitidos a un hospital de cuidados agudos debido al empeoramiento de su enfermedad subyacente, hecho que no estuvo relacionado con el tratamiento del estudio.

DISCUSIÓN

Nuestra investigación evaluó los efectos de una solución de rehidratación oral (SRO) enriquecida con el postbiótico ABB C22® sobre la diarrea y la inflamación asociada en adultos mayores. Los participantes que recibieron SRO + ABB C22® mostraron una disminución significativa en los niveles fecales de calprotectina después de solo tres días de tratamiento, disminución que continuó hasta el final del estudio, en el día 14. La calprotectina fecal es un conocido marcador predictor de la inflamación intestinal, ampliamente usado debido a su buena estabilidad en las muestras fecales y su correlación directa con el grado de inflamación mucosa [35-44]. Este biomarcador refleja la infiltración de neutrófilos en la mucosa intestinal, situación común en diversas patologías inflamatorias.

En nuestro estudio, al día 14, los sujetos tratados con SRO + ABB C22® presentaron una media de calprotectina fecal de 135 µg/g, frente a 418 µg/g en quienes recibieron SRO + placebo. Considerando el límite de referencia de 150 µg/g para indicar enfermedad activa, el tratamiento con ABB C22® permitió normalizar los niveles de calprotectina por debajo de dicho umbral en apenas tres días. No obstante, es importante destacar que la variabilidad en los valores de calprotectina puede verse influida por diversos factores, como la heterogeneidad de la población estudiada, que en nuestro caso incluyó pacientes con diarrea de diferentes etiologías y grados de severidad, así como enfermedades concomitantes como neoplasias, diverticulitis, enfermedad de Crohn o alergias alimentarias, todas asociadas a inflamación intestinal y elevación de este marcador. Además, muchos pacientes eran adultos mayores polimedicados, siendo conocidos algunos fármacos como omeprazol o antiinflamatorios no esteroideos (diclofenaco) por incrementar los niveles de calprotectina.

Entre las limitaciones del estudio destaca la ausencia de análisis microbioma, lo que hubiera aportado información valiosa sobre la relación entre la flora intestinal y la recuperación de la diarrea. La muestra limitada (n=47), y el bajo número de pacientes con lactoferrina fecal positiva, junto con la heterogeneidad clínica de la población incluida, pueden afectar la generalización de los resultados.

Sin embargo, los efectos observados del tratamiento con ABB C22® en la inflamación asociada a la diarrea son clínicamente relevantes y sugieren un beneficio potencial en su manejo. Estudios futuros deberían prolongar el seguimiento para evaluar el impacto a largo plazo del postbiótico en la recuperación funcional gastrointestinal tras episodios diarreicos.

CONCLUSIONES

La inflamación asociada a la diarrea tiene un fuerte impacto en el resultado de la enfermedad, convirtiéndose en un factor de riesgo de deshidratación y recurrencia de episodios. Sin embargo, suele descuidarse durante el tratamiento. Los tratamientos actuales, como las sales de rehidratación oral (SRO), se centran en la pérdida de agua y electrolitos, mejorando así la consistencia de las heces, pero son incapaces de contrarrestar la inflamación. La adición del postbiótico ABB C22® al tratamiento estándar con SRO conduce a una disminución de los biomarcadores fecales de inflamación gastrointestinal en adultos mayores con diarrea. Además, ABB C22® proporciona zinc altamente biodisponible, lo que ayuda a mejorar el estado nutricional de las personas con diarrea y disminuye la gravedad de los episodios. Por lo tanto, ABB C22® ofrece un enfoque novedoso para el tratamiento de la diarrea, ya que mejora la inflamación gastrointestinal asociada, algo que las soluciones actuales no abordan.

Referencias bibliográficas

- Akhondi, H., & Simonsen, K. A. (2021). Bacterial diarrhea. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31869107/>.
- Alam, S., & Mushtaq, M. (2009). Antibiotic associated diarrhea in children. *Indian Pediatrics*, 46, 491–496. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19556659/>.
- Bennett, R. G., & Greenough III, W. B. (1993). Approach to acute diarrhea in the elderly. *Gastroenterology Clinics of North America*, 22(3), 517–533. [https://doi.org/10.1016/S0889-8553\(21\)00087-X\[6\]](https://doi.org/10.1016/S0889-8553(21)00087-X[6]).
- Brandt, K. G., Castro Antunes, M. M., & Silva, G. A. (2015). Acute diarrhea: Evidence-based management. *Journal of Pediatrics*, 91(Suppl S1), S36–S43. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2015.06.002>.
- Li, S., Xiao, X., & Zhang, X. (2023). Hydration status in older adults: Current knowledge and future challenges. *Nutrients*, 15(11), 2609. <https://doi.org/10.3390/nu15112609>.
- Malek, M. A., Teleb, N., Abu-Elyazeed, R., Riddle, M. S., El Sherif, M., Steele, A. D., Glass, R. I., & Bresee, J. S. (2010). The epidemiology of rotavirus diarrhea in countries in the Eastern Mediterranean Region. *Journal of Infectious Diseases*, 202(Suppl 1), S12–S22. <https://doi.org/10.1086/653579>.
- McClave, S. A., Dibaise, J. K., Mullin, G. E., & Martindale, R. G. (2016). ACG clinical guideline: Nutrition therapy in the adult hospitalized patient. *American Journal of Gastroenterology*, 111(3), 315–334. <https://doi.org/10.1038/ajg.2016.28>.
- McClave, S. A., Taylor, B. E., Martindale, R. G., Warren, M. M., Johnson, D. R., Braunschweig, C., McCarthy, M. S., Davanos, E., Rice, T. W., Cresci, G. A., & others. (2016). Guidelines for the provision and assessment of nutrition support therapy in the adult critically ill patient: Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN). *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 40, 1200. <https://doi.org/10.1177/0148607115621863>.
- Nguyen, D. L. (2017). Guidance for supplemental enteral nutrition across patient populations. *American Journal of Managed Care*, 23(Suppl), S210–S219. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28727475/>.
- O'Brien, L., Wall, C., Wilkinson, T. J., & Geary, R. B. (2022). Chronic diarrhoea in older adults and the role of dietary interventions. *Nutrition & Healthy Aging*, 7(1), 39–50. <https://doi.org/10.3233/NHA-220152>.
- Schiller, L. R. (2019). Chronic diarrhea evaluation in the elderly: IBS or something else? *Current Gastroenterology Reports*, 21(45), 45. <https://doi.org/10.1007/s11894-019-0714-5>.
- Slotwiner-Nie, P. K., & Brandt, L. J. (2001). Infectious diarrhea in the elderly. *Gastroenterology Clinics of North America*, 30(3), 625–635. [https://doi.org/10.1016/S0889-8553\(05\)70202-8\[6\]](https://doi.org/10.1016/S0889-8553(05)70202-8[6]).
- Stein, A., Voigt, W., & Jordan, K. (2010). Chemotherapy-induced diarrhea: Pathophysiology, frequency and guideline-based management. *Therapeutic Advances in Medical Oncology*, 2(1), 51–63. <https://doi.org/10.1177/1758834009355164>.

Wittbrodt, M. T., & Millard-Stafford, M. (2018). Dehydration impairs cognitive performance: A meta-analysis. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 50(12), 2360–2368. <https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000001682>.

World Health Organization. (2021). Diarrhoeal disease. World Health Organization Fact Sheets. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease>.

Capítulo 12

Fisioterapia en el paciente con riesgo de fractura: de especializada a la comunidad.

Martínez Martínez, María Jesus¹, Quintana Fariña, Paula².

¹Fisioterapeuta de Atención Primaria y Comunitaria Área Sanitaria de Vigo.

²Fisioterapeuta Hospital Meixoeiro Área Sanitaria de Vigo.

RESUMEN

Creación en el Área Sanitaria de Vigo de un protocolo de continuidad asistencial del adulto mayor con riesgo de fractura. Detección precoz desde especializada del paciente frágil o con riesgo de caída y derivación a las unidades de fisioterapia comunitaria de Atención Primaria para su inclusión en los programas de prevención.

Palabras clave: Fractura, Caída, Ejercicio Terapéutico, Prevención

INTRODUCCIÓN

La OMS aconseja incorporar en adultos actividades que refuercen los músculos y huesos al menos 3 días a la semana. Destaca a su vez la importancia de incluir actividades multicomponente, como el entrenamiento de fuerza y equilibrio, para mejorar la capacidad funcional y prevenir las caídas.

La Guía internacional de buenas prácticas clínicas de prevención de caídas y disminución de lesiones derivadas de las caídas, recomienda con evidencia científica la intervenciones de ejercicio y entrenamiento físico para pacientes en riesgo de caída y a su vez promover programas/actividades multicomponente que se correspondan con las habilidades y la situación funcional actuales de la persona.

DESARROLLO

En el Área Sanitaria de Vigo hemos hecho un estudio de las fracturas del adulto mayor de los últimos años para valorar la progresión y cómo podíamos incidir desde la fisioterapia en las mismas. Recogemos que hubo un total de 7302 fracturas en pacientes con 65 años o más que requirieron ingreso hospitalario entre los años 2016 y 2024 (últimos años en los que tenemos registro), de los cuales el 58,3 % son fracturas de cadera.

Se ha detectado un incremento del 24% en los últimos 9 años (2016-2024) de las fracturas que requirieron ingreso hospitalario en pacientes de 65 años o más, (Figura 1), donde el número de mujeres con fractura que requiere ingreso hospitalario es un 20% superior que el de los hombres (Figura 2). Esto se debe en gran parte a la osteoporosis, presente un 80% más en mujeres que en hombres.

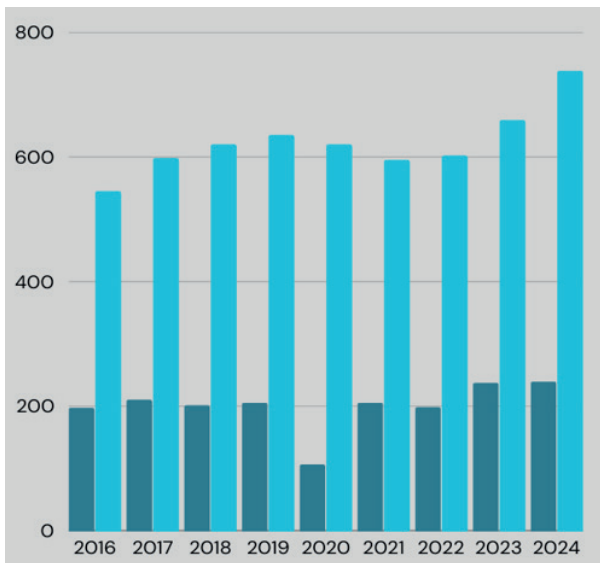


Figura 1. (hombres azul oscuro / mujeres claro)

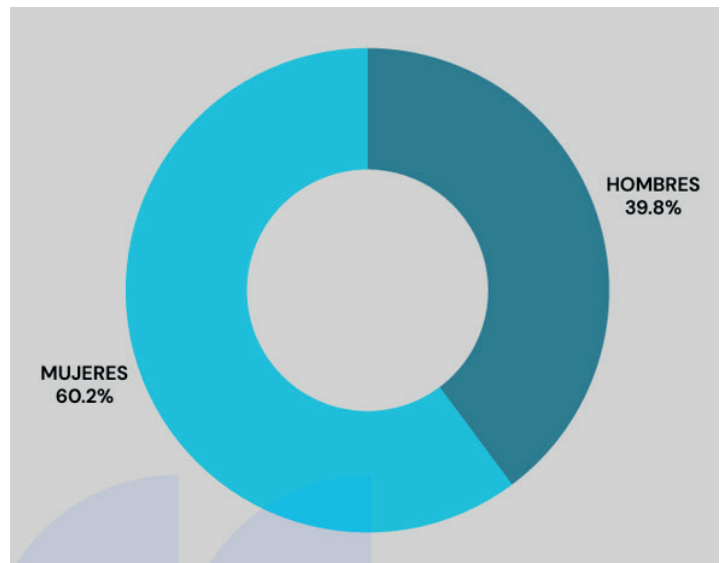


Figura 2.

En la osteoporosis hay una disminución de la DMO, la evidencia nos dice que el ejercicio físico aumenta la DMO, se puede valorar con el índice músculo hueso, ya que la tensión que ejercen los músculos sobre los huesos le obligan a mantenerse fuertes. También hay que tener presente la sarcopenia, que se inicia a partir de los 30 años y que, si no la frenamos con ejercicio de fuerza, a los 70 años se estima se perdería el 30% de la masa muscular. A todo esto, le sumamos la disminución del equilibrio que forma parte de un envejecimiento normal.

Desde el Servicio de Fisioterapia del Área Sanitaria de Vigo se vio la necesidad de dar continuidad asistencial al paciente que ingresa en especializada o acude a nuestras unidades de manera ambulatoria con fractura e historia previa de caídas.

Son muchos los factores de riesgo que contribuyen a que una persona tenga riesgo de padecer una caída (Tablas 3 y 4). Desde la Fisioterapia podemos disminuir el impacto de algunos de esos factores, entre ellos: la inactividad física, el entrenamiento de tareas simultáneas, los problemas de equilibrio, de movilidad o deambulación, incluidos discapacidad, amputación, debilidad muscular, lentitud de reflejos (capacidad de reacción) ... Así mismo, la hospitalización prolongada es uno de los principales factores de riesgo en el que se puede incidir desde la fisioterapia, acortando el tiempo de estancia y manteniendo al paciente lo más activo posible durante el ingreso.

Ya por último la falta de apoyo y el aislamiento considerado un factor de riesgo socioeconómico se supele en gran medida a través de las actividades grupales desarrolladas en fisioterapia comunitaria.

Tabla 3. (pág 91,92 Guía de prevención de caídas y lesiones derivadas de caídas, 4ª edición).

GRUPO DE FACTOR DE RIESGO DE CAIDA	FACTORES DE RIESGO
CONDUCTUALES O PSICOLÓGICOS (RELATIVOS A LA ACTIVIDAD)	<ul style="list-style-type: none"> - Apresuramiento, falta atención/cuidado - Asunción de riesgos/acciones de riesgo (p. ej: subirse una silla) - Inactividad física - Miedo a caerse - Tareas simultáneas (realizar dos tareas a la vez) - Uso incorrecto de dispositivos de asistencia - Consumo de sustancias (drogas y alcohol)
BIOLÓGICOS (A VECES DENOMINADOS INTRÍNSECOS)	<p>No modificables:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edad avanzada y/o fragilidad - Caídas previas - Ciertas enfermedades (degeneración macular, glaucoma, demencia) <p>Modificables (o susceptibles a intervenciones para reducir riesgos):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Problemas de equilibrio, de movilidad o deambulación incluidos discapacidad, amputaciones, debilidad muscular, lentitud de reflejos (capacidad de reacción) - Alteraciones cognitivas - Problemas de visión - Vértigo, mareo, perturbación del sueño, hipotensión postural

Tabla 4 . (pág 91,92 Guía de prevención de caídas y lesiones derivadas de caídas, 4ª edición).

GRUPO DE FACTOR DE RIESGO DE CAIDA	FACTORES DE RIESGO
AMBIENTALES O SITUACIONAL ES	<ul style="list-style-type: none"> - Polifarmacia - Consumo determinados medicamentos (anticonvulsivos, opiáceos/narcóticos) - Riesgos en el domicilio (alfombras sueltas, mascotas, escaleras) - Hospitalización prolongada - Necesidad de ayuda en los traslados - Uso de medidas de contención
SOCIO-ECONÓMICOS	<ul style="list-style-type: none"> - Imposibilidad de compra calzado con sujeción - Imposibilidad de comprar ciertos medicamentos, alimentos nutritivos - Falta apoyo sociales, aislamiento

Desde finales de 2024 se ha puesto en marcha en el Área Sanitaria Vigo un protocolo de detección de pacientes con riesgo de fractura. A las unidades de fisioterapia de los distintos hospitales, llegan pacientes con fracturas recientes derivados a través de una interconsulta directa a fisioterapia durante el ingreso o al alta hospitalaria para realizar tratamiento ambulatorio. Una vez resuelta la patología aguda por la cual fueron derivados se realiza un test para detectar el riesgo de fragilidad, en este caso el SPPB, y redirigirlos a un programa de Educación para la Salud y Ejercicio Multicomponente como prevención de caídas y de un futuro reingreso por fractura.

Una vez detectado un paciente con riesgo de fractura en especializada, se deriva a Fisioterapia Comunitaria, en la que se han puesto marcha dos programas para disminuir el sedentarismo y fortalecer y capacitar funcionalmente a los pacientes: Programa de Axilidade y Programa de Activa a túa saúde. Se derivan a uno a otro programa dependiendo del valor que hayan dado en el SSPB.

- Valor de SSPB mayor o igual a 10: Programa Activa a túa saúde.
- Valor de SSPB paciente frágil entre 3-9: Programa de Axilidade.
- Valor de SSPB paciente pre dependiente menor de 3: en estos momentos no existe un programa específico desde primaria para este grupo poblacional, aunque se está trabajando para crear uno adaptado a esta circunstancia para atender las necesidades del tándem paciente dependiente-cuidador principal.

El programa de **AXILIDADE**, es un programa de educación para la salud y ejercicio terapéutico multicomponente, dirigido a educar en la prevención de caídas, capacitar funcionalmente a los pacientes y encaminarles a la reducción del sedentarismo y asunción de una vida más activa, donde no pueden faltar los ejercicios de fuerza, equilibrio, coordinación y doble tarea.

Tiene unos criterios de inclusión (cumplir al menos 3 criterios FRAIL, historia de caídas previas en el último año, riesgo de caídas y debilidad adquirida post ingreso hospitalaria) y de exclusión (paciente dependiente, SPPB menor de 3, patología descompensada o en fase aguda o paciente no candidato a actividad grupal). Se desarrolla en 10 sesiones con una sesión semanal de 1 hora y se le enseña la pauta de ejercicios que deben realizar diariamente en su casa. Al finalizar se valora la mejoría clínica y funcional con varias escalas físicas y de calidad de vida (STS, SPPB, SF-12), encuesta de satisfacción del programa y, lo más importante, se les informa de los activos comunitarios de su entorno, porque ningún programa de cambio de hábitos de vida tiene ningún efecto a medio-largo plazo si no conseguimos vincularlo a la continuidad en la comunidad.

CONCLUSIONES

Este protocolo de derivación lleva en marcha poco más de seis meses, por lo que no tenemos datos todavía de la incidencia a medio plazo de reingresos por nueva caída. Lo que sí evidenciamos es una mejora directa en los valores de la escala de fragilidad SPPB y de su adherencia a programas de ejercicio y actividades comunitarias finalizado en programa.

Referencias bibliográficas

- Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España. (CGCFE, 2024). *Libro blanco: Fisioterapia y fragilidad*. https://www.consejo-fisioterapia.org/noticias/4730_Libro_blanco_Fisioterapia_y_Fragilidad.html.
- Ministerio de Sanidad. (2022). *Actualización del documento de consenso sobre prevención de la fragilidad en la persona mayor (2022)*. https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevenccion/envejecimientoSaludable/fragilidadCaidas/docs/ActualizacionDoc_FragilidadyCaidas_personamayor.pdf.
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Directrices de la OMS sobre actividad física y hábitos sedentarios: de un vistazo*. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240014886> Organización Mundial de la Salud.
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2017). *Guía de buenas prácticas clínicas: Prevención de caídas y disminución de lesiones derivadas de las caídas* (4.ª ed.). https://rno.ca/sites/rno-ca/files/bpg/translations/D0021_Prevenccion_Caidas_2017.pdf RNAO.ca+1.
- Servizo Galego de Saúde. (2023). *Carteira de servizos de fisioterapia de atención primaria e comunitaria do Servizo Galego de Saúde*. https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/1795/Carteira_Unidades_de_fisioterapia_de_atencion_primaria.pdf.

Bloque temático III:
**Bienestar emocional,
cognición y salud
mental**

Capítulo 13

Factores asociados al estrés en adultos mayores institucionalizados: el papel del sueño, el estado emocional y las variables moduladoras.

Parra-Rizo, María Antonia^{1,2}; Cigarroa, Igor³; Pereira, Catarina⁴; González-Moreno, Jesús⁵.

¹*Departamento de Psicología de la Salud, Facultad de Ciencias Sociosanitarias, Campus de Elche, Universidad Miguel Hernández (UMH), Elche, España.*

²*Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Internacional de Valencia (UIV), Valencia, España.*

³*Escuela de Kinesiología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Católica Silva Henríquez, Santiago, Chile.*

⁴*Departamento de Deporte y Salud, Escuela de Salud y Desarrollo Humano, Comprehensive Health Research Centre (CHRC), Universidade de Évora, Évora, Portugal.*

⁵*Departamento de Psicología Evolutiva y Educación, Universitat de València, Valencia, España.*

RESUMEN

El estrés en adultos mayores institucionalizados constituye un problema de salud pública, ya que se asocia a un deterioro físico, mental y a una menor calidad de vida. Este estudio tuvo como objetivo analizar los factores asociados a los niveles de estrés percibido en esta población. Se hipotetizó que los trastornos emocionales y las alteraciones del sueño se relacionan con un mayor nivel de estrés, y que variables como el estado cognitivo y el género ejercen un efecto modulador. La muestra estuvo compuesta por 181 adultos mayores residentes en instituciones ($M = 82.17$; $DT = 8.57$). Se utilizaron la Escala de Estrés Percibido (PSS) y el Cuestionario de Oviedo del Sueño (COS). Los resultados mostraron que el insomnio y los trastornos emocionales fueron los principales predictores del estrés percibido, mientras que el género, el estado cognitivo y la percepción del impacto del COVID-19 actuaron como moduladores significativos. Se destaca la necesidad de implementar intervenciones psicosociales que aborden la salud mental y la calidad del sueño en entornos geriátricos.

Palabras clave: estrés, adultos mayores, institucionalización, insomnio, trastornos emocionales.

INTRODUCCIÓN

En España, más de 9 millones de personas tienen 65 años o más (INE, 2025), lo que plantea importantes desafíos en el ámbito sanitario y social. La institucionalización de adultos mayores suele asociarse con mayor prevalencia de enfermedades crónicas y necesidad de cuidados continuos (Nielsen et al., 2021). Sin embargo, diversos estudios han señalado que quienes viven en instituciones presentan peor salud general que aquellos que permanecen en sus hogares (De Medeiros et al., 2020). Factores como la pérdida de autonomía, el aislamiento social o la adaptación a nuevas rutinas pueden actuar como estresores en estos contextos (Ibrahim et al., 2019; Zapater-Fajarí et al., 2021).

En este sentido, el estrés percibido en residencias geriátricas se ha convertido en un tema prioritario, especialmente por su relación con la calidad del sueño. Se estima que hasta un 70% de los adultos mayores institucionalizados presenta insomnio moderado a severo (Walker et al., 2019). Pese a ello, la investigación en contextos institucionales sigue siendo limitada. Por tanto, resulta necesario identificar factores relacionados con el estrés para desarrollar estrategias preventivas y de intervención efectivas. Por ello el objetivo es analizar los factores asociados al estrés percibido en adultos mayores institucionalizados. Se planteó la hipótesis de que los trastornos emocionales y las alteraciones del sueño se asocian con mayores niveles de estrés, y que variables como el género y el estado cognitivo podrían modular esta relación.

METODOLOGÍA

POBLACIÓN Y MUESTRA

La muestra estuvo formada por 181 adultos mayores institucionalizados, de entre 65 y 100 años ($M = 82.17$; $DT = 8.57$), residentes en 11 de las 38 instituciones inicialmente contactadas. De los 721 residentes informados, 203 aceptaron participar; 22 fueron excluidos por no cumplir los criterios de inclusión, resultando en la muestra final.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- a) Residir en una institución geriátrica.
- b) Tener ≥ 65 años.
- c) Estado de salud general adecuado o deterioro cognitivo leve (evaluado mediante el MMSE o historia clínica).
- d) Capacidad suficiente para comprender los instrumentos.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- a) Trastorno neurocognitivo mayor.
- b) Dificultades para comprender las pruebas.

INSTRUMENTOS

- Escala de Estrés Percibido (PSS) (Cohen & Williamson, 1988): 10 ítems en formato Likert (0 = nunca; 4 = siempre).
- Cuestionario de Oviedo del Sueño (COS) (Bobes et al., 2000): 13 ítems en tres subescalas (satisfacción subjetiva, insomnio e hipersomnio).
- Mini Mental State un Examination (MMSE) (Folstein et al., 1975): para evaluar el estado cognitivo.

ANÁLISIS DE DATOS

Se aplicaron pruebas t de Student y análisis de regresión logística para identificar predictores del nivel de estrés. Se consideró un nivel de significación de $p < .05$.

RESULTADOS

Los análisis indicaron que los trastornos emocionales y el insomnio se relacionaron significativamente con mayores niveles de estrés ($t(179) = -4.910$; $p < .001$; $d = 0.73$). La regresión logística mostró que estas variables, junto con el estado cognitivo, el género y la percepción del impacto del COVID-19, fueron predictores significativos del nivel de estrés (tabla 1).

Tabla 1. Modelo de regresión logística del estrés percibido

Variable	B	E.T.	Wald	p	Exp(B)	IC 95% Exp(B)
Estado cognitivo	0.846	.423	4.003	.045*	2.331	1.017 – 5.342
Género	1.240	.432	8.222	.004*	3.454	1.480 – 8.061
Trastornos emocionales	1.635	.432	14.327	<.001*	5.130	2.200 – 11.964
Insomnio	0.081	.024	11.215	.001*	1.085	1.034 – 1.137
Percepción del COVID-19	2.362	.440	28.815	<.001*	10.610	4.479 – 25.131

Nota* B=Coefficiente de Regresión; E.T.= Error estándar; Wald= estadístico Wald; $p < .05$ (*); Exp(B)= razón de probabilidades u odds ratio; IC 95% Exp(B)= intervalo de confianza del 95% para odds ratio.

DISCUSIÓN

Los resultados confirman la hipótesis planteada: los trastornos emocionales y las alteraciones del sueño están fuertemente vinculados al estrés en adultos mayores institucionalizados. La importancia del género y el estado cognitivo como variables moduladoras sugiere la necesidad de diseñar intervenciones individualizadas.

La percepción del impacto del COVID-19 fue también un predictor significativo del estrés, lo que coincide con investigaciones previas sobre las consecuencias psicológicas de la pandemia en residencias (Brooke & Jackson, 2020; Cezón-Serrano et al., 2023).

Entre las principales limitaciones se encuentra el diseño transversal, que impide establecer relaciones causales, y la falta de representatividad de la muestra, dado que la participación fue voluntaria y limitada a ciertas instituciones.

CONCLUSIONES

Los hallazgos evidencian que los trastornos emocionales y los problemas de sueño están estrechamente relacionados con los niveles de estrés en adultos mayores institucionalizados. El estado cognitivo, el género y la percepción del COVID-19 actúan como factores moduladores importantes. Estos resultados resaltan la necesidad de intervenciones psicosociales que incluyan el cuidado emocional, la higiene del sueño y la gestión del estrés, además del cuidado físico.

Referencias bibliográficas

- Abbasi, M., Kolbadinezhad, N., Rostami, S., & Ahmadi, M. (2025). Does a multimedia education program work as a remedy for stress and burden in family caregivers of elderly heart attack patients? *BMC Nursing*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02567-8>.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). American Psychiatric Association.
- Ato, M., López-García, J. J., & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038–1059. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>.
- Berkley, A. S., et al. (2021). The effects of insomnia on older adults' quality of life and daily functioning: A mixed-methods study. *Geriatric Nursing*, 41(6), 832–838. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.05.008>.
- Bobes, J., et al. (2000). Propiedades psicométricas del cuestionario Oviedo de sueño. *Psicothema*, 12(1), 107–112.
- Brooke, J., & Jackson, D. (2020). Older people and COVID-19: Isolation, risk and ageism. *Journal of Clinical Nursing*, 29(13–14), 2044–2046. <https://doi.org/10.1111/jocn.15274>.
- Cezón-Serrano, N., et al. (2023). Functional and emotional impact of COVID-19 lockdown on older adults with sarcopenia living in a nursing home. *Nursing & Health Sciences*, 25(4), 597–608. <https://doi.org/10.1111/nhs.13050>
- Cohen, S., & Williamson, G. M. (1988). Perceived stress in a probability sample of the United States. En S. Spacapan & S. Oskamp (Eds.), *Psychology and Health* (pp. 31–67). Sage.
- De Medeiros, K., et al. (2020). Health differences in older adults in residential versus home settings. *Geriatrics*, 5(4), 93.
- Ibrahim, R., et al. (2019). The effects of institutionalization on the health status of the elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 82, 38–44.
- Nielsen, T. R., et al. (2021). Long-term care and chronic disease in the elderly. *European Journal of Public Health*, 31(5), 901–906.
- Zapater-Fajarí, M., et al. (2021). Impacto emocional de la institucionalización en personas mayores. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 56(4), 203–210.

Capítulo 14

Factores psicosociales asociados a la satisfacción con la vida en la vejez: el papel de la resiliencia y del apoyo social.

Patricia Mesa-Gresa¹, Aranzazu Duque², Lorena González-García³, Mireia Molins¹, Francisco Molins¹, Rosa Redolat¹, Marta Aliño².

¹*Departamento de Psicobiología, Universitat de València.*

²*Grupo de Investigación en Psicología y Calidad de Vida, Universidad Internacional de Valencia (VIU).*

³*Departamento de Psicología Social, Universitat de València.*

RESUMEN

ANTECEDENTES:

El apoyo social y la resiliencia influyen en el bienestar subjetivo y la calidad de vida de los adultos mayores. Comprender cómo interactúan estos factores entre sí y cómo contribuyen a la satisfacción con la vida es esencial para diseñar intervenciones efectivas que promuevan un envejecimiento saludable y activo.

OBJETIVO:

El objetivo principal del presente estudio fue examinar la relación entre el apoyo social percibido, la resiliencia y la satisfacción con la vida en adultos mayores sanos.

MÉTODO:

Un total de 42 adultos mayores sanos (71.4 % mujeres) con una edad media de 66.57 años (DT = 5.82) respondieron un cuestionario sobre resiliencia (CD-RISC-10), apoyo social (Duke-UNC-11) y satisfacción con la vida (SWLS). Se realizaron análisis exploratorios para examinar la distribución de las variables y se utilizaron correlaciones de Pearson para evaluar las asociaciones entre las variables.

RESULTADOS:

Los resultados de las correlaciones de Pearson indicaron que tanto el apoyo social ($r = 0.42$; $p = 0.006$) como la resiliencia ($r = 0.41$; $p = 0,007$) se asociaron positivamente con la satisfacción con la vida. Sin embargo, no se encontró una correlación significativa entre la resiliencia y el apoyo social. Estos hallazgos sugieren que, si bien tanto la resiliencia como el apoyo social se relacionan individualmente con la satisfacción con la vida, no se correlacionan significativamente entre sí en la muestra estudiada.

CONCLUSIONES:

La resiliencia y el apoyo social contribuyen de forma independiente a una mayor satisfacción con la vida en adultos mayores sanos. Estos resultados subrayan la importancia de fortalecer los recursos personales y contextuales para mejorar el bienestar y la satisfacción con la vida en las poblaciones en proceso de envejecimiento.

Palabras clave: envejecimiento, satisfacción con la vida, resiliencia, apoyo social, bienestar

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas ha aumentado significativamente el interés científico respecto a la etapa evolutiva de la vejez, en parte debido al envejecimiento progresivo de la población (Gaviano et al., 2024). Se estima que para 2050 las personas de 65 años o más superarán a los niños menores de 5 años en todo el mundo por primera vez en la historia (ONU, 2024). Este importante cambio demográfico plantea retos de salud pública relacionados con la gestión de enfermedades crónicas, la infraestructura de los sistemas sanitarios y los sistemas de apoyo social que exigen atención inmediata y soluciones políticas innovadoras (Khan, 2019). En respuesta a esta situación, a nivel mundial, se ha resaltado la importancia de promover un envejecimiento saludable dirigido, entre otros objetivos, a mejorar la satisfacción con la vida de los adultos mayores (Hu et al., 2025), siendo esta una de las principales áreas de estudio entre los científicos centrados en las etapas de la edad adulta tardía y de la vejez (Lv et al., 2024; Shabani et al., 2023).

Entre las variables contextuales que han mostrado tener una mayor influencia sobre la calidad de vida destaca el apoyo social percibido por las personas mayores, entendido como la percepción que una persona tiene de estar integrado en una red de relaciones que brindan afecto, asistencia y sentido de pertenencia. Este factor es especialmente relevante en los adultos mayores, teniendo en cuenta la preocupación en torno a la disminución del apoyo social a lo largo de la vida, lo que puede derivar en soledad y en otras consecuencias asociadas (Sulandari et al., 2024). Estudios recientes han mostrado que cuando las personas mayores perciben mayor apoyo social tienden a percibir una mayor satisfacción con la vida y otros indicadores de bienestar como mayores niveles de felicidad o mejor salud mental (Acoba, 2024). Por otra parte, existen variables de personalidad que también han mostrado su potencial relación con la satisfacción con la vida. En este sentido, la resiliencia, entendida como la capacidad de afrontar con éxito situaciones adversas, de sobreponerse al cambio y recuperar el equilibrio emocional tras eventos negativos a través de un proceso personal de adaptación (Chen et al., 2024), se ha destacado por su papel protector de la satisfacción con la vida en la adultez tardía (Shabani et al., 2023). Estudios previos sugieren que la resiliencia respalda una visión holística del envejecimiento saludable, ya que actúa como un factor de protección frente a la progresión de la discapacidad (Manning et al., 2016) y predice la satisfacción con la vida y otros indicadores de bienestar como la felicidad (Fullen et al., 2018).

Atendiendo a estas cuestiones, así como al creciente interés por promover un envejecimiento saludable a través del bienestar y la calidad de vida en adultos mayores, se observa la necesidad de realizar nuevos estudios que ayuden a comprender mejor cómo se puede favorecer la satisfacción con la vida durante la vejez. En esta línea, el objetivo principal del presente estudio fue examinar la relación entre el apoyo social percibido, la resiliencia y la satisfacción con la vida en adultos mayores sanos.

METODOLOGÍA

PARTICIPANTES Y PROCEDIMIENTO

La muestra estuvo compuesta por 42 personas mayores de entre 57 y 83 años ($M = 66.57$; $DT = 5.82$; 71.4% mujeres). El conjunto de los participantes fue reclutado por medio de un muestreo por conveniencia llevado a cabo en un programa universitario para personas mayores. Todos los participantes cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: ser mayor de 55 años, no presentar problemas sensoriales o motores que les impidiesen completar los cuestionarios y superar el punto de corte de 25 puntos en el cuestionario Mini-Mental.

Este estudio se realizó de acuerdo con los estatutos recogidos en la declaración de Helsinki y ha sido aprobado por el Comité de ética de la Universitat de València (Referencia: 2023-PSILOG-2558999). Los participantes fueron citados en un punto de encuentro y una vez en el laboratorio, se les explicó el procedimiento general, y leyeron y firmaron el correspondiente consentimiento informado. Tras esto, completaron una serie de cuestionarios durante aproximadamente 30 minutos.

INSTRUMENTOS

- Cuestionario Sociodemográfico. Fue desarrollado *ad hoc* para la realización del presente estudio. Entre la información recogida se incluyen variables como el género, la edad, el nivel de estudios, el número de hijos o el número de personas con las que convive la persona evaluada.
- Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC-10; Connor & Davidson, 2003. Adaptación española de Broche-Pérez et al., 2012). Esta escala evalúa resiliencia en adultos en una única dimensión. Consta de 10 ítems que se responden a través de una escala de tipo Likert que va de 0 “*en absoluto*” a 4 “*casi siempre*”, considerándose que a mayor puntuación se posee mayor resiliencia. Esta escala ha sido utilizada en otros estudios, mostrando una adecuada fiabilidad (Soler Sánchez et al., 2016).
- Cuestionario de Apoyo social Funcional (Duke-UNC-11; Broadhead et al., 1988. Adaptación española de Bellón et al., 1996). Este instrumento evalúa el apoyo social funcional percibido a través de 11 ítems que se agrupan en dos dimensiones: apoyo confidencial y apoyo afectivo. Los ítems se responden a través de una escala de respuesta de tipo Likert que oscila entre 1 “*Mucho menos de lo que desea*” hasta 5 “*Tanto como desea*”. Cuanto mayor es la puntuación obtenida, mayor es el apoyo social percibido, siendo el punto de corte una puntuación igual o menor a 32 puntos. Estudios previos han demostrado una adecuada consistencia interna del instrumento (Cuéllar-Flores & Dresch, 2012).
- Escala de Satisfacción con la vida (SWLS; Diener et al., 1985. Adaptación española de Atienza et al., 2000). Esta escala sirve para evaluar el bienestar psicológico y la calidad de vida, mediante el análisis de los juicios cognitivos globales con respecto a la vida de la persona evaluada. Está compuesta por 5 ítems que se responden a través de una escala de tipo Likert que oscila entre 1 “*Muy en desacuerdo*” y 7 “*Muy de acuerdo*”. Estudios previos han mostrado una buena consistencia interna del instrumento (Ramírez Pérez & Lee Maturana, 2020).

- Cuestionario Mini-Examen del Estado Mental (MMSE; Folstein et al., 1975. Adaptación española de Lobo et al., 1999). Este cuestionario se utiliza para evaluar el deterioro cognitivo, incluyendo tareas sencillas en diversas áreas. Consta de 30 ítems, con una puntuación máxima de 30 puntos; las puntuaciones más bajas indican un mayor deterioro cognitivo. La validación del estudio informó una sensibilidad de 0,85, una especificidad de 0,90 y una fiabilidad intraevaluador de 0,93 (Lobo et al., 1999).

ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Se realizaron análisis exploratorios para examinar la distribución de las variables y correlaciones de Pearson para evaluar las posibles asociaciones existentes. El nivel de significación (α) se estableció en .05, y se utilizó eta cuadrado parcial (η^2p) como medida del tamaño del efecto. Todos los análisis fueron realizados con el programa estadístico IBM SPSS Statistics 25.

RESULTADOS

Los resultados descriptivos mostraron que las personas mayores que participaron en este estudio evidenciaron tener un alto nivel de resiliencia, un nivel medio-alto de apoyo social y una elevada satisfacción con la vida (véase Tabla 1).

Tabla 1. Media (+SD) de resiliencia, apoyo social y satisfacción con la vida.

Variable	MEDIA	DS
Resiliencia	73.24	13.67
Apoyo social	44.12	7.7
Satisfacción con la vida	27.31	5.33

Las correlaciones de Pearson indicaron que tanto el apoyo social como la resiliencia se asociaron significativa y positivamente con la satisfacción con la vida (véanse Figuras 1-3). En cambio, no se encontró una correlación significativa entre resiliencia y apoyo social. Estos hallazgos sugieren que, si bien la resiliencia y el apoyo social se relacionan de forma independiente con la satisfacción con la vida, no están significativamente correlacionados entre sí en esta muestra (véase Figura 3).

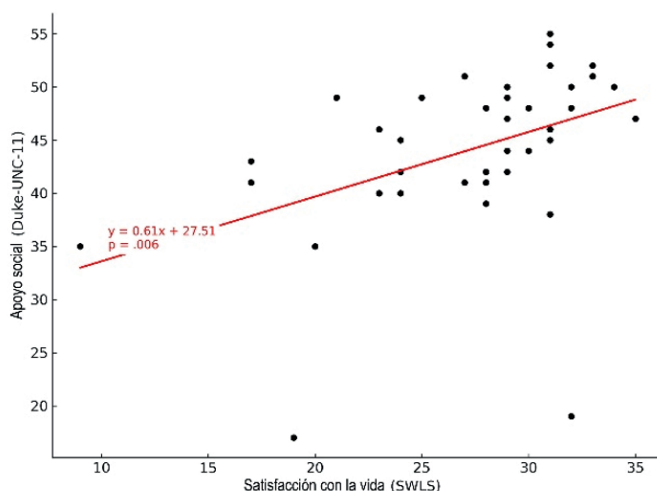


Figura 1. Gráfico de dispersión de la relación entre la satisfacción con la vida y el apoyo social percibido.

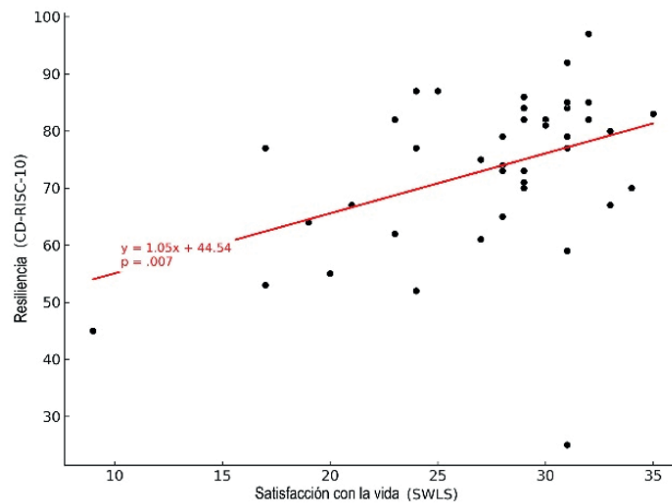


Figura 2. Gráfico de dispersión de la relación entre la satisfacción con la vida (SWLS) y resiliencia (CD-RISC-10).

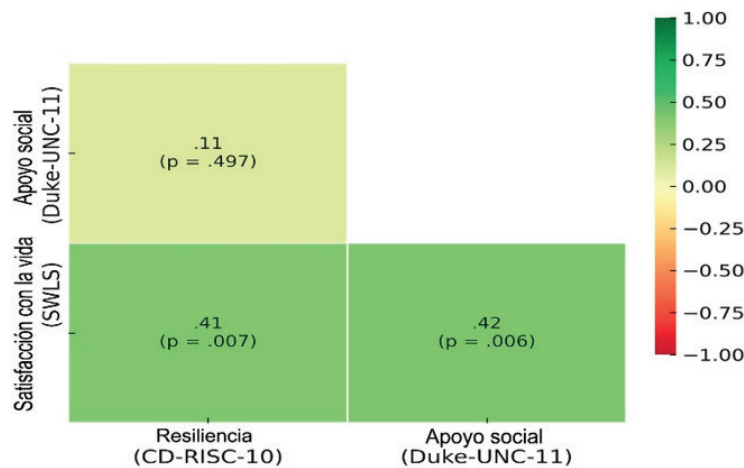


Figura 3. Mapa de calor de las correlaciones de Pearson entre resiliencia (CD-RISC-10), apoyo social percibido (Duke-UNC-11) y satisfacción con la vida (SWLS). Las correlaciones positivas se representan en verde y las negativas en rojo. La intensidad del color es proporcional a la fuerza de la relación. Cada celda muestra el coeficiente de correlación (r) y su valor p correspondiente.

DISCUSIÓN

Los resultados del estudio sugieren que los participantes se perciben a sí mismos con una elevada resiliencia, con buen apoyo social y satisfechos con sus vidas. Asimismo, se observa que el apoyo social percibido por las personas mayores y su resiliencia se relacionan con la satisfacción con la vida que perciben. Concretamente, los datos obtenidos indican que tanto cuando las personas mayores se sienten resilientes o capaces de afrontar las adversidades, así como cuando perciben un buen apoyo social, parecen experimentar una mayor satisfacción con sus propias vidas.

Estos hallazgos se alinean con investigaciones recientes que destacan el papel fundamental de los recursos psicosociales en el bienestar de las personas mayores (Nazari et al., 2021). Respecto a la resiliencia, se destaca que, en las personas mayores, se asocia con la capacidad de adaptarse a pérdidas, enfermedades o cambios funcionales (Huisman et al., 2017) y se relaciona con diferentes indicadores de bienestar, como la satisfacción

con la vida (Shabani et al., 2023). La evidencia de estudios científicos anteriores sugiere que la resiliencia en las personas mayores puede contribuir a un envejecimiento más saludable a nivel general, y que esto puede favorecer una mayor satisfacción con la vida o mayor calidad de vida en general (Zeng et al., 2024; Zheng et al., 2020). En relación con el apoyo social, y en línea con los resultados encontrados en este estudio, también se ha observado una asociación positiva entre el apoyo social y la satisfacción con la vida (Zheng et al., 2020), destacando la idea del importante papel que tiene el apoyo social durante la vejez como un factor protector para el bienestar en los adultos mayores (Cihlar et al., 2023).

Por su parte, los resultados muestran que no existe una relación significativa entre el apoyo social y la resiliencia, cuestión que refuerza la idea de que estas dos variables pueden funcionar como factores diferenciados y complementarios en la promoción de la satisfacción con la vida. Tener en cuenta estos aspectos puede ser especialmente relevante en el diseño de programas de intervención ya que sugieren que se pueden implementar talleres centrados en el fortalecimiento de habilidades individuales como la regulación emocional, la resolución de problemas o la autoeficacia dirigidas a la promoción de la resiliencia en personas mayores. Del mismo modo, también es importante promover actividades comunitarias, redes vecinales y grupos de apoyo que refuercen el tejido social y reduzcan el aislamiento en la vejez.

Entre las limitaciones del estudio cabe mencionar el reducido tamaño muestral, la sobrerrepresentación de mujeres y el diseño transversal, que no permite establecer relaciones causales. Futuros trabajos podrían beneficiarse de muestras más amplias, representativas y longitudinales que permitan analizar la evolución de estos factores a lo largo del tiempo y su influencia en otras áreas del bienestar, como la salud mental o la funcionalidad física.

CONCLUSIONES

El presente estudio confirma que tanto la resiliencia como el apoyo social percibido se asocian significativa y positivamente con mayores niveles de satisfacción con la vida en personas mayores sanas, pero no se relacionan entre ellos. Así, ambos recursos deben ser considerados pilares clave en las estrategias de promoción del bienestar durante la etapa de la vejez. Estos hallazgos subrayan la necesidad de enfoques multidimensionales, que integren tanto recursos personales como contextuales, en el diseño de políticas y programas para una vejez digna, participativa y satisfactoria. Soluciones políticas innovadoras deben combinar una perspectiva intersectorial con una planificación basada en la evidencia, fomentando entornos comunitarios accesibles, inclusivos y que valoren la participación activa de las personas mayores en la sociedad. El reto no es solo vivir más, sino vivir mejor.

FINANCIACIÓN

Este trabajo forma parte del proyecto de I+D+i PID2022-138021OA-I00, financiado por MCIN/AEI/10.13039/501100011033 y "FEDER Una manera de hacer Europa".

Referencias bibliográficas

- Acoba, E. F. (2024). Social support and mental health: The mediating role of perceived stress. *Frontiers in Psychology, 15*, 1330720. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1330720>.
- Atienza, F. L., Pons, D., Balaguer, I., & García-Merita, M. (2000). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en adolescentes. *Psicothema, 12*(2), 314–319. <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/7597>.
- Bellón, J. A., Delgado, A., De Dios Luna, J., & Lardelli, P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Atención Primaria, 18*(4), 153–163.
- Broadhead, W. E., Gehlbach, S. H., de Gruy, F. V., & Kaplan, B. H. (1988). The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire: Measurement of social support in family medicine patients. *Medical Care, 26*(7), 709–723. <https://doi.org/10.1097/00005650-198807000-00006>.
- Broche-Pérez, Y., Rodríguez-Martín, B., Santaella, S., Díaz, G., Carballo, A., & Blanco, Y. (2012). Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC). En B. C. Rodríguez & O. Moleiro (Eds.), *Validación de instrumentos psicológicos: Criterios básicos* (pp. 71–75). Editorial Samuel Feijóo.
- Chen, E., Jiang, T., Chen, M. A., & Miller, G. E. (2024). Reflections on resilience. *Development and Psychopathology, 36*(5), 2551–2558. <https://doi.org/10.1017/S0954579424000403>.
- Cihlar, V., Micheel, F., & Mergenthaler, A. (2023). Multidimensional vulnerability among older adults in Germany: Social support buffers the negative association with life satisfaction. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 56*(8), 654–660. <https://doi.org/10.1007/s00391-022-02142-3>.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety, 18*(2), 76–82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>.
- Cuéllar-Flores, I., & Dresch, V. (2012). Validación del cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNC-11 en personas cuidadoras. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación, 34*(1), 89–101. <https://www.redalyc.org/pdf/4596/459645438004.pdf>
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment, 49*(1), 71–75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research, 12*(3), 189–198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6).
- Fullen, M. C., Richardson, V. E., & Granello, D. H. (2018). Comparing successful aging, resilience, and holistic wellness as predictors of the good life. *Educational Gerontology, 44*(7), 459–468. <https://doi.org/10.1080/03601277.2018.1501230>.
- Gaviano, L., Pili, R., Petretto, A. D., Berti, R., Carrogu, G. P., Pinna, M., & Petretto, D. R. (2024). Definitions of ageing according to the perspective of the Psychology of Ageing: A scoping review. *Geriatrics (Basel), 9*(5), 107. <https://doi.org/10.3390/geriatrics9050107>.

- Hu, Z., Abd Rahman, N. H., & Hanafi, H. (2025). Non-governmental organizations' role in promoting life satisfaction among the elderly within the active aging strategy. *Voluntas*, 36, 337–351. <https://doi.org/10.1007/s11266-025-00728-0>.
- Huisman, M., Klokgieters, S. S., & Beekman, A. T. F. (2017). Successful ageing, depression and resilience research: A call for a priori approaches to investigations of resilience. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 26, 574–578. <https://doi.org/10.1017/S2045796017000348>.
- Khan, H. T. A. (2019). Population ageing in a globalized world: Risks and dilemmas? *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 25(5), 754–760. <https://doi.org/10.1111/jep.13071>.
- Lobo, A., Saz, P., Marcos, G., DÍa, J. L., de la Cámara, C., Ventura, T., Morales Asín, F., Fernando Pascual, L., Montañés, J. A., & Aznar, S. (1999). Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental Status Examination) en la población general geriátrica. *Medicina Clínica*, 112(20), 767–774.
- Lv, R., Yang, L., Li, J., Wei, X., Ren, Y., Wang, W., Hou, J., & Fang, X. (2024). Relationship between social participation and life satisfaction in community-dwelling older adults: Multiple mediating roles of depression and cognitive function. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 117, 105233. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2023.105233>.
- Manning, L. K., Carr, D. C., & Kail, B. L. (2016). Do higher levels of resilience buffer the deleterious impact of chronic illness on disability in later life? *The Gerontologist*, 56(3), 514–524. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu068>.
- Nazari, S., Farokhnezhad Afshar, P., Sadegh Moghdada, L., Namazi Shabestari, A., Farhadi, A., & Sadeghi, N. K. (2021). Association between perceived social support and mental health status among older adults. *Journal of Holistic Nursing and Midwifery*, 31(3), 147–154. <http://hnmj.gums.ac.ir/article-1-1665-en.html>.
- Organización de Naciones Unidas. (2024, 28 de abril). *Envejecimiento*. <https://www.un.org/en/global-issues/ageing>.
- Ramírez Pérez, M., & Lee Maturana, S. L. (2012). Factores asociados a la satisfacción vital en adultos mayores de 60 años. *Polis. Revista Latinoamericana*, 33. <https://journals.openedition.org/polis/8594>.
- Shabani, M., Taheri-Kharameh, Z., Saghafipour, A., Ahmari-Tehran, H., Yoosefee, S., & Amini-Tehrani, M. (2023). Resilience and spirituality mediate anxiety and life satisfaction in chronically ill older adults. *BMC Psychology*, 11(1), 256. <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01279-z>.
- Soler Sánchez, M. I., Meseguer de Pedro, M., & García Izquierdo, M. (2016). Propiedades psicométricas de la versión española de la escala de resiliencia de 10 ítems de Connor-Davidson (CD-RISC 10) en una muestra multiocupacional. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 48(3), 159–166. <https://doi.org/10.1016/j.rlp.2015.09.002>.
- Sulandari, S., Coats, R. O., Miller, A., Hodkinson, A., & Johnson, J. (2024). A systematic review and meta-analysis of the association between physical capability, social support, loneliness, depression, anxiety, and life satisfaction in older adults. *The Gerontologist*, 64(11), gnae128. <https://doi.org/10.1093/geront/gnae128>.

Zeng, H., Liu, Y., Zhang, C., Zhang, X., Shen, M., & Zhang, Z. (2024). The mediating effect of expectations regarding aging between psychological resilience and quality of life in rural elderly. *Archives of Public Health, 82*(1), 239. <https://doi.org/10.1186/s13690-024-01470-7>.

Zheng, W., Huang, Y., & Fu, Y. (2020). Mediating effects of psychological resilience on life satisfaction among older adults: A cross-sectional study in China. *Health & Social Care in the Community, 28*(4), 1323–1332. <https://doi.org/10.1111/hsc.12965>.

Capítulo 15

Variables asociadas a la satisfacción vital en población general: diferencias en función del grupo de edad.

Ariadna de la Vega Castelo¹, Ana João Santos², María del Sequeros Pedroso Chaparro³.

¹Universidad Rey Juan Carlos de Madrid, (URJC), España.

²Universidade de Aveiro, (UA), Portugal.

³Universidad a Distancia de Madrid (UDIMA), España.

RESUMEN

Este estudio examinó cómo el apoyo social (AS), la salud auto-percibida, la perspectiva temporal futura (PTF) y la percepción subjetiva del envejecimiento (PSE), se relacionan de manera diferencial con la satisfacción vital (SV) en función del grupo de edad de la persona. Participaron 214 personas (18-85 años, 75.2% mujeres), de una muestra de población general reclutada por muestreo de conveniencia en España. Se crearon tres grupos etarios: 18-39 (Grupo 1, jóvenes), 40-64 (Grupo 2, adultos de mediana edad) y 65 o más (Grupo 3, mayores). Se evaluaron las variables mencionadas y los datos recogidos fueron analizados mediante regresiones lineales, incluyendo la SV como variable dependiente y el resto de variables evaluadas como independientes. Los resultados revelaron que el AS fue un predictor significativo de la SV en todas las edades. Sin embargo, la PTF se asoció con la SV sólo en los grupos de jóvenes y mediana edad, no se encontró asociación en el grupo de mayores. En contraste, la asociación entre PSE y SV fue significativa únicamente para el grupo de mayores, sugiriendo su creciente importancia en la vejez. La salud auto-percibida no mostró una asociación significativa con la SV en ningún grupo. En conclusión, mientras el AS se asocia a mayor SV a cualquier edad, la asociación de la PTF y la PSE con la SV se mostró diferente con el ciclo vital. El diseño de intervenciones dirigidas a aumentar la SV podría requerir del trabajo de diferentes variables en función de la edad de la persona a la que vaya dirigida.

INTRODUCCIÓN

El bienestar subjetivo (“subjective well-being”; Diener, 1984) es un constructo complejo en el que se han identificado dos componentes principales: (1) el componente afectivo (que incluye el afecto positivo y el afecto negativo, evaluado con instrumentos como el PANAS; Watson et al., 1988); y (2) el componente cognitivo, al que se refiere la satisfacción vital (SV), (Andrews y Withey, 1976). La SV es un juicio cognitivo consciente en el que la persona evalúa la calidad de su vida en base a su propio criterio, según el grado en el que sus circunstancias vitales percibidas cumplen sus propios estándares (Shin y Johnson, 1978) y no en comparación con estándares impuestos externamente. Por tanto, aunque algunos aspectos pueden ser considerados deseables (por ejemplo, salud, energía, etc.), cada individuo particular puede dar diferente valor a cada uno de ellos; por esta razón, al evaluar la SV se le pide a la persona una evaluación global de su vida en su conjunto, en lugar de evaluarla a través del sumatorio de dominios específicos (Diener et al., 1985). Teniendo en cuenta el modelo Bio-psico-social (“BPS model”; Engel, 1977), el bienestar y la salud se ven influenciados por factores no

sólo biológicos, sino también sociales y psicológicos. Estudios previos de la variable de bienestar SV, encuentra que, además del estado de salud, son relevantes factores sociales como el Apoyo Social (AS) (Kasprzak, 2010) y factores psicológicos como la Perspectiva Temporal Futura (PTF) (Lu et. al., 2018) y la Percepción Subjetiva de Envejecimiento (PSE) (Kiarsipour, 2017). Además, pese a que las variables que se asocian a mayor SV suelen ser consistentes a lo largo del ciclo vital, algunos estudios han encontrado diferencias en la magnitud de las asociaciones y en el poder predictivo de las distintas variables en las diferentes etapas del ciclo vital (p. ej., Joshanloo y Jovanović, 2021).

OBJETIVOS

Analizar la asociación de AS, salud autopercebida, PTF y PSE con SV en población general en función del grupo de edad.

Hipótesis: la asociación de estas variables con SV será diferente en los distintos grupos de edad.

METODOLOGÍA

El presente trabajo ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Universidad UDIMA, la participación en dicho estudio fue totalmente voluntaria, se han seguido las normas de confidencialidad y los participantes firmaron un consentimiento informado, pudiendo revocar su participación en cualquier momento. Siguiendo un muestreo de conveniencia, se difundió el estudio a través de redes sociales y grupos mensajería instantánea. Además, con el objetivo de reclutar un tamaño muestral adecuado entre los participantes de mayor edad (el grupo de edad con menor nivel de participación online) se contactó con Centros Municipales de Mayores del Ayuntamiento de Madrid donde se ofertaron talleres presenciales gratuitos de envejecimiento saludable. A los asistentes a los talleres se les ofreció participar al finalizar el taller. La participación en el taller era voluntaria y la asistencia al taller no implicaba la obligación de participar en la evaluación.

PARTICIPANTES:

214 participantes de población general. Los criterios de inclusión de participación en el estudio eran: residir en España, tener más de 18 años, una correcta comprensión del castellano y unas capacidades cognitivas adecuadas para poder contestar el protocolo de evaluación.

INSTRUMENTOS:

Junto con las variables sociodemográficas sexo y edad se evaluaron las siguientes variables.

La satisfacción vital fue evaluada a través de la validación española (Atienza et al. 2000) de la Escala de Satisfacción con la Vida (Diener et al., 1985). Este instrumento evalúa a través de 5 ítems (p.ej., "En la mayoría de los aspectos mi vida es como yo quiero que sea") la satisfacción vital global. El formato de respuesta es con una escala tipo Likert de 7 puntos (1= totalmente en desacuerdo; 7= totalmente de acuerdo). Mayor puntuación en esta escala indica una mayor satisfacción vital. La consistencia interna, evaluada mediante alpha de Cronbach, en el presente estudio fue de .86.

La perspectiva temporal futura se evaluó a través de la Escala de Perspectiva Temporal Futura (Carstensen & Lang, 1996), que consta de 10 ítems (p.ej., "La mayor parte de mi vida está por delante de mí."), con un formato

de respuesta tipo Likert de 7 puntos (1= muy incierto; 7= muy cierto). Mayor puntuación en esta escala indica una visión del futuro más abierto, con más oportunidades y mayor extensión. La consistencia interna, evaluada mediante alpha de Cronbach, en el presente estudio fue de .87.

La Percepción del Propio envejecimiento se ha evaluado mediante el factor Actitud hacia el propio envejecimiento de las Escala Moral del Centro Geriátrico de Filadelfia (Lawton; 1975). El factor evaluado consta de 4 ítems con formato dicotómico de respuesta (sí-no) (p.ej., "Las cosas siguen empeorando a medida que envejezco") y un quinto ítem "A mitad que envejezco las cosas son..." con tres opciones de respuesta "0 = peor; 1= igual; 2= mejor que pensé que serían". Mayor puntuación en esta escala indica una percepción más positiva hacia el propio envejecimiento. La consistencia interna, evaluada mediante alpha de Cronbach, en el presente estudio (excluyendo el ítem 5 por su diferente modo de respuesta) fue de .61.

El Apoyo Social, se evaluó mediante la versión española (Bellón et al., 1996) de la escala Duke-UNK (Broadhead et al., 1988), compuesta por 11 ítems (p.ej., "Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales") con una escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos (1 =mucho menos de lo que deseo; 5= tanto como deseo). Mayor puntuación en esta escala indica una mayor satisfacción con la cantidad de apoyo social que la persona percibe que recibe. La consistencia interna, evaluada mediante alpha de Cronbach, en el presente estudio fue de .90.

Por último, la salud auto-percibida se evaluó mediante el ítem "En general, ¿cómo diría que es su salud?" Extraído del cuestionario SF-36 (Ware y Donald, 1992) que evalúa la salud percibida en un formato de respuesta tipo Likert de 1-5 (1=Muy buena; 5=muy mala). La puntuación se recodificó para que una mayor puntuación indicara un mejor estado de salud auto-percibida.

RESULTADOS

Participaron 214 personas de entre 18 y 85 años (media de edad = 46,6 DT=16,5; 75,2% mujeres) contestaron el protocolo de evaluación. Las características de la muestra se pueden ver en la Tabla 1.

Tabla 1. Características de la muestra

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Total
Tamaño muestral	79	99	36	214
Rango edad	18-39	40-64	≥65	18-85
% de mujeres	78,5%	75,8%	66,7%	75,2%
Edad (media; DT)	30 (6,5)	50,1 (7,1)	73 (5,8)	46,6 (16,5)
Rango edad	18-39	40-64	≥65	18-85
Satisfacción vital (media; DT)	18.42 (4.96)	19.51 (4.50)	19.52 (4.53)	19.11 (4.68)
Apoyo Social (media; DT)	44.71 (8.96)	43.13 (8.47)	41.44 (8.85)	43.43(8.75)
Perspectiva temporal futura (media; DT)	46.47 (11.91)	45.57 (12.73)	44.41 (10.57)	45.71 (12.20)
Percepción de envejecimiento (media; DT)	8.6 (1.11)	8.80 (1.22)	8.31 (1.04)	8.65 (1.16)
Salud percibida (media; DT)	1.97 (0.85)	2.22 (0.84)	2.78 (0.80)	2.22 (0.88)

Se llevó a cabo un análisis de regresión lineal multivariada con el objetivo de examinar la relación entre la SV y las demás variables evaluadas, en cada uno de los tres grupos de edad. En cada uno de los tres modelos, la normalidad de los residuos se verificó mediante inspección visual del gráfico Q-Q. Además, se empleó la prueba Omnibus para comparar el modelo ajustado con el modelo que solo incluye la intersección (o término constante), sin ninguna variable predictora. La significación de la prueba Omnibus indicó que el modelo ajustado mejoraba significativamente la explicación de la SV. En el grupo de jóvenes (R^2 ajustada = 0,407) y en el grupo de adultos de mediana edad (R^2 ajustada = 0,381), la perspectiva temporal futura (PTF) ($p = ,016$ y $p = ,037$, respectivamente) y el apoyo social (AS) ($p < ,001$ y $p < ,000$, respectivamente) se asociaron significativamente con la SV. Sin embargo, la variable PSE, que no mostró significación en el grupo de jóvenes ($p = ,489$), mostró una tendencia a la significación en el grupo de mediana edad ($p = ,055$) y fue significativa en el grupo de mayores ($p = ,048$). En este último grupo (R^2 ajustada = 0,292), además de la PSE, la AS también se relacionó significativamente con la SV ($p = ,003$); pero no con la PTF ($p = ,839$). La salud percibida no fue significativa en ningún grupo de edad.

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue analizar la asociación de AS, salud autopercibida, PTF y PSE con SV en población general en función del grupo de edad: jóvenes, mediana edad, mayores. Los resultados obtenidos muestran que el AS fue un predictor significativo para la SV en todas las edades. Estos resultados concuerdan con los hallados en estudios previos, que encuentran que uno de los factores más determinantes de la SV es el AS Kasprzak, 2010. Sin embargo, aunque algunas variables como el AS (que mostró asociación significativa en todos los grupos) o la salud percibida, (que no mostró asociación significativa en ninguno de los grupos), parezcan mostrar asociaciones similares con la SV en todos los grupos de edad, otras de las variables evaluadas en el presente trabajo, no se asocian de igual manera con SV en todos los grupos de edad, tal y como se proponía en la hipótesis de este estudio. Específicamente, la PTF y la PSE mostraron asociaciones significativas con la SV sólo en algunos grupos de edad. La PTF se asoció significativamente a la SV sólo en el grupo de jóvenes y de adultos de edad intermedia, pero no se asoció significativamente en el de más edad. Esto puede deberse a que, como en el grupo de mayor edad, el tiempo que queda por delante en el futuro es objetivamente menor, las personas mayores, cuyo tiempo futuro inevitablemente se va acortando, deben recurrir a valorar otros aspectos como importantes para poder estar satisfechos con su vida. Lo que conduciría a que a medida que envejecemos, la PTF perdiera importancia (mientras que otras variables que en edades anteriores no la tenían, se vuelven ahora relevantes en los más mayores, como es el caso de la PSE). Si la importancia de la PTF no disminuyera a favor de otras variables, sería inevitable que toda persona mayor tuviera más insatisfacción vital, dado que de manera realista tendría que asumir que efectivamente su tiempo se va agotando. Sin embargo, no es esto lo que se observa que ocurre, tal y como se ha encontrado en la denominada “paradoja del envejecimiento” en la que se encuentran niveles altos de bienestar pese a las pérdidas y las amenazas, acorde con la Teoría de la Selectividad Emocional que postula que en esta etapa del ciclo vital se privilegiarían las emociones positivas y las personas que las generan (Carstensen et al., 1999). Autores, como Edbey et al. (2020) encuentran, al estudiar diferentes grupos etarios, que la edad parece moderar la relación entre FTP y la atención a estímulos emocionalmente positivos, por lo que sugieren un posible significado diferencial del constructo FTP a través de la edad, siendo necesario contemplar una compleja interacción de características psicosociales y emocionales. Además, teniendo en cuenta que la PTF es un constructo multifactorial, los resultados que encontramos en el presente estudio, podrían explicarse, adicionalmente, teniendo en cuenta

que distintos componentes de la PTF podrían tener diferente importancia en su asociación con la SV. Esto sería coherente con estudios previos (Lu et al., 2018), que encuentran que, aunque la percepción de mayor tiempo en su futuro es de los componentes más relevantes del PTF para predecir la SV, otros componentes de la PTF como la percepción del futuro como más positivo o más significativo también serían relevantes. Estos autores encuentran que la PTF parece ser un factor predictivo más relevante en adultos jóvenes y de mediana edad, dado que en estas etapas las metas, la proyección y el sentido de futuro juegan un papel fundamental en la evaluación de la vida; sin embargo, en los adultos mayores, la influencia de la PTF disminuye considerablemente debido a que se orientan más hacia el presente y la valoración retrospectiva (Lu et al., 2018).

Los resultados del presente estudio, muestran, adicionalmente, diferencias en las asociaciones entre PSE y SV en los diferentes grupos de edad. La percepción de la persona de cómo está siendo su proceso de envejecimiento sólo se asoció significativamente con mayor SV en el grupo de mayor edad. Estos resultados parecen indicar que lo importante no es tanto el hecho de envejecer (y tener por tanto menor tiempo por delante en el futuro), sino cómo percibe la persona que está siendo ese proceso de envejecimiento (es decir, tal y como reflejan los ítems del cuestionario utilizado, por ejemplo, si percibe que las cosas van empeorando a medida que envejece; Lawton; 1975). Por tanto, la forma en la que una persona percibe su propio envejecimiento afecta directamente su nivel de SV, estando asociada con la capacidad de adaptación y aceptación de los cambios propios de esa etapa (Kiasipour et al., 2017). En la muestra más joven, aunque el proceso de envejecimiento se perciba de manera negativa, dado que envejecer es aún algo aún lejano en el tiempo, el impacto en la SV es menor. La PSE, por tanto, se volvería progresivamente más relevante en la vejez (en el grupo de mayor edad) porque es cuando el envejecimiento está ocurriendo en el momento presente, en vez de ser algo que ocurrirá en el futuro lejano.

El hecho de que la salud física autopercebida no se asocie significativamente con la SV en este estudio puede deberse a que se trata de una muestra de población general y por tanto las puntuaciones en salud física son en general buenas y con un menor rango de variación que en poblaciones clínicas. Además, es importante tener en cuenta que algunos estudios encuentran que la relación entre SV y salud física podría ser bidireccional; es decir, no sólo el estado de salud influye en la SV, si no que también se ha encontrado en estudios longitudinales que las personas que estaban más satisfechas con su vida durante la línea base, declararon a los dos años de seguimiento tener mejor salud, una vez ajustados por el estado de salud inicial y otras co-variables pertinentes (Siahpush et al. 2008).

El presente estudio presenta ciertas limitaciones como el tipo de muestreo (por conveniencia) y el tipo de diseño (transversal), que no permiten establecer relaciones de causalidad ni predictivas. Además, el tamaño muestral reducido y la muestra compuesta mayoritariamente de mujeres limita el alcance de las conclusiones. Por último, en el estudio de las variables bio-psico-sociales que resultan relevantes para la satisfacción vital, futuras investigaciones pueden complejizar el estudio de las relaciones entre estas variables, teniendo en cuenta, por ejemplo, los senderos a través de los cuales los diferentes factores pueden influirse unos a otros, siguiendo el modelo BPS-pathways (Karunamuni et al., 2020).

Entre las aplicaciones prácticas del presente estudio cabe destacar la detección de variables clave, específicas para grupos de edad, para el diseño e implementación de futuras intervenciones sociosanitarias dirigidas al aumento de la satisfacción vital en población general, como pueden ser prestar especial atención a la percepción subjetiva de envejecimiento en los grupos de más edad.

AGRADECIMIENTOS

A todos los participantes del estudio y a los centros de Mayores del Ayuntamiento de Madrid por su colaboración. Este estudio ha sido llevado a cabo sin financiación.

Referencias bibliográficas

- Andrews, F.M. y Withey, S.B. (1976). *Social indicators of well-being, America's perception of life quality*. New York: Plenum Pres.
- Atienza, F. L., Pons, D., Balaguer, I., y García-Merita, M. (2000). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en adolescentes. *Psicothema*, 12, 314-319. Recuperado a partir de <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/7597>.
- Bellón, J.A., Delgado, A., Luna, J. D. y Lardelli, P. (1996). Validity and reliability of the Duke-UNC-11 questionnaire of functional social support. *Atención primaria*, 18(4), 153-6.
- Broadhead, W. E., Kaplan, B. H., James, S. A., Wagner, E. H., Schoenbach, V. J., Grimson, R., ... y Gehlbach, S. H. (1983). The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. *American Journal of epidemiology*, 117(5), 521-537 <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a113575>.
- Carstensen, L. L., & Lang, F. R. (1996). *Future Time Perspective Scale (FTP)* [Database record]. APA PsycTests.
- Carstensen, L. L., Isaacowitz, D. M., & Charles, S.T. (1999). Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist*, 54(3), 165–181. <https://doi.org/10.1037/t31314-000>.
- Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J., y Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13.
- Engel, G. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science* 196,129-136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>.
- Erbey, M., Roebbig, J., Babayan, A., Kumral, D., Reinelt, J., Reiter, A. M., ... & Villringer, A. (2020). Positivity in younger and in older age: associations with future time perspective and socioemotional functioning. *Frontiers in Psychology*, 11, 567133. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.567133>.
- Joshanloo, M., & Jovanović, V. (2021). Similarities and differences in predictors of life satisfaction across age groups: A 150-country study. *Journal of Health Psychology*, 26(3), 401–411. <https://doi.org/10.1177/1359105318819054>.
- Kasprzak, E. (2010). Perceived social support and life-satisfaction. *Polish Psychological Bulletin*, 41(4), 169–176. <https://doi.org/10.2478/v10059-010-0019-x>.
- Karunamuni, N., Imayama, I., y Goonetilleke, D. (2021). Pathways to well-being: Untangling the causal relationships among biopsychosocial variables. *Social science & medicine*, 272, 112846. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.112846>.
- Kiarsipour, N., Borhani, F., Esmaeili, R., y Zayeri, F. (2017). The correlation of aging perceptions and life satisfaction in iranian older adults. *Annals of Tropical Medicine and Public Health*, 10(4) https://doi.org/10.4103/ATMPH.ATMPH_232_17.
- Lawton M. P. (1975). The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: a revision. *Journal of Gerontology*, 30(1), 85–89. <https://doi.org/10.1093/geronj/30.1.85>.

- Lu, M., Li, A. Y., Fung, H. H., Rothermund, K., y Lang, F. R. (2018). Different future time perspectives interplay in predicting life satisfaction. *GeroPsych*, 31 (3). <https://doi.org/10.1024/1662-9647/a000192>.
- Shin, D.C. & Johnson, D.M. (1978) Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life. *Social Indicators Research*, 5, 475-492. <https://doi.org/10.1007/BF00352944>.
- Siahpush, M., Spittal, M. y Singh, G.K. (2008). Happiness and Life Satisfaction Prospectively Predict Self-Rated Health, Physical Health, and the Presence of Limiting, Long-Term Health Conditions. *American Journal of Health Promotion* 23(1):18-26. <https://doi.org/10.4278/ajhp.061023137> .
- Ware, J.E. y Donald Sherbourne, C. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) *Medical Care*, 30 (6), 473-483.
- Watson, D., Clark, A.L. y Tellegen, A. (1988). Development and Validation of Brief Measures of Positive and Negative Affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54 (6), 1063-1070. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063>.

Capítulo 16

Rendimiento cognitivo y calidad del sueño en adultos mayores sanos: una perspectiva de género.

Marta Aliño Costa¹, Mireia Molins², Francisco Molins², Lorena González-García³, Aranzazu Duque¹; Rosa Redolat Iborra², Patricia Mesa-Gresa².

¹Grupo de investigación Psicología y Calidad de Vida, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Internacional de Valencia (VIU), Valencia, España.

²Departamento de Psicobiología, Facultad de Psicología y Logopedia, Universitat de València, Valencia, España.

³Departamento de Psicología Social, Facultad de Psicología y Logopedia, Universitat de València, Valencia, España.

RESUMEN

ANTECEDENTES:

El deterioro cognitivo representa un componente natural del proceso de envejecimiento que impacta significativamente en la calidad de vida de los adultos mayores sanos. Al mismo tiempo, la calidad del sueño tiende a deteriorarse con la edad, lo que plantea preguntas importantes sobre la compleja interrelación entre el sueño, la función cognitiva y el bienestar general en las etapas avanzadas de la vida.

Objetivo: El objetivo del presente estudio fue examinar la asociación entre la calidad del sueño y el rendimiento cognitivo en adultos mayores sanos, con especial atención a las posibles diferencias de género en estas variables clave.

MÉTODOS:

Un total de 42 adultos mayores sanos (71,43% mujeres) con una edad promedio de 66,57 (DT = 5.82) años participaron en este estudio transversal. El rendimiento cognitivo se evaluó mediante el Fototest, mientras que la calidad del sueño se evaluó mediante el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI). Los análisis estadísticos incluyeron estadísticos descriptivos, pruebas t independientes para comparaciones de género y análisis de correlación.

RESULTADOS:

Se obtuvieron diferencias significativas de género tanto en el rendimiento cognitivo como en las medidas de calidad del sueño. Los hombres obtuvieron puntuaciones de rendimiento cognitivo más bajas en comparación con las mujeres ($p = 0,024$), pero informaron una calidad de sueño superior en el PSQI ($p = 0,003$). Los análisis de correlación no revelaron asociaciones significativas entre el rendimiento cognitivo y la calidad del sueño al examinar la muestra completa. Sin embargo, los análisis específicos de género revelaron una relación positiva significativa entre el funcionamiento cognitivo y la calidad del sueño en las mujeres ($p = 0,017$), mientras que no se observó tal asociación en los hombres.

CONCLUSIONES:

Estos hallazgos subrayan la importancia crítica de la calidad del sueño como factor fundamental en el mantenimiento de la salud cognitiva entre los adultos mayores sanos. Los patrones específicos de género sugieren que las mujeres pueden demostrar una mayor sensibilidad a la interacción entre la calidad del sueño y el funcionamiento cognitivo, lo que a su vez podría influir en su calidad de vida y bienestar emocional. Estos resultados destacan el potencial beneficio de integrar estrategias específicas de higiene del sueño en los programas de intervención cognitiva, particularmente para las mujeres.

Palabras clave: calidad del sueño, rendimiento cognitivo, envejecimiento, diferencias de género, adultos mayores sanos

INTRODUCCIÓN

El proceso de envejecimiento va acompañado de numerosos cambios fisiológicos y psicológicos que pueden influir en la calidad de vida y capacidad funcional de los adultos mayores. Entre estos cambios, el deterioro cognitivo representa una de las preocupaciones más importantes, ya que puede afectar de forma relevante a la independencia, el funcionamiento social y el bienestar general (He et al., 2023). Distintos estudios han mostrado consistentemente que la capacidad cognitiva puede experimentar un deterioro natural con la edad, afectando a diversos dominios, incluida la memoria, la atención, las funciones ejecutivas y la velocidad de procesamiento (Krivanek et al., 2021, Prince et al., 2024).

De manera simultánea, los patrones y la calidad del sueño también pueden sufrir modificaciones significativas a lo largo del proceso de envejecimiento. Los adultos mayores experimentan con frecuencia alteraciones en la arquitectura del sueño, incluidas una reducción de las etapas de sueño profundo, un aumento de la fragmentación del sueño y cambios en los patrones del ritmo circadiano (Sakal et al., 2024). Estos cambios se han asociado a algunas consecuencias negativas, como son un mayor riesgo de caídas, alteraciones del estado de ánimo y un mayor deterioro cognitivo (Banerjee & Boro, 2022; Ourry et al., 2023).

La relación entre el sueño y el funcionamiento cognitivo ha atraído la atención de la investigación gerontológica, particularmente dado el potencial de las intervenciones sobre la calidad del sueño para servir como factores modificables en el mantenimiento de la salud cognitiva (Urdanibia-Centelles et al., 2023). Las diferencias de género, tanto en la calidad del sueño como en el rendimiento cognitivo entre los adultos mayores, se han documentado en la literatura (Curtis et al., 2024), aunque los patrones específicos y los mecanismos subyacentes siguen sin comprenderse completamente. Las mujeres tienden a reportar más quejas relacionadas con el sueño y muestran diferentes patrones de arquitectura del sueño en comparación con los hombres, al tiempo que muestran distintos patrones de envejecimiento cognitivo (Sexton et al., 2017). Estas diferencias específicas de género sugieren que la relación entre el sueño y la cognición puede variar significativamente entre hombres y mujeres en edades avanzadas, lo que podría requerir enfoques de intervención personalizados.

Dadas las implicaciones potenciales para el envejecimiento saludable y la calidad de vida, este estudio tuvo como objetivo examinar la asociación entre la calidad del sueño y el rendimiento cognitivo en una muestra de adultos mayores sanos. Además, buscamos explorar las posibles diferencias de género en estas relaciones, ya que la comprensión de dichas diferencias podría fomentar el desarrollo de intervenciones más específicas y efectivas para mantener la salud cognitiva durante la vejez. Atendiendo a la literatura previa, que sugiere patrones diferenciales de sueño y envejecimiento cognitivo entre hombres y mujeres, nuestra hipótesis plantea

que una mejor calidad del sueño se asociaría con un rendimiento cognitivo superior, y que esta relación podría estar moderada por el género de los participantes.

METODOLOGÍA

PARTICIPANTES Y PROCEDIMIENTO

La muestra estuvo compuesta por 42 adultos mayores sanos, 71,43% mujeres, con edades comprendidas entre 57 y 83 años, siendo la edad media de 66,57 años (DT = 5.82). Los participantes fueron reclutados a través de un muestreo por conveniencia de un programa universitario para adultos mayores. Los criterios de inclusión requerían que los participantes tuvieran 55 años o más y no reportaran antecedentes de trastornos psicológicos o neurológicos graves que pudieran interferir en el desarrollo del estudio. El estudio se realizó cumpliendo con los principios éticos de la Declaración de Helsinki y contó con la aprobación del Comité de Ética de la Universitat de València (Referencia: 2023-PSILOG-2558999). Todos los participantes dieron su consentimiento informado por escrito antes de participar, y completaron los instrumentos de evaluación durante sesiones individuales realizadas en un ambiente tranquilo y cómodo.

INSTRUMENTOS

FOTOTEST (CARNERO PARDO ET AL., 2007):

Test dirigido a la evaluación del rendimiento cognitivo, evalúa varios dominios cognitivos, como la denominación, la fluidez semántica y la función ejecutiva, a través de una serie de tareas que implican la identificación de fotografías y respuestas verbales. Este test ha demostrado excelentes propiedades psicométricas en la detección del deterioro cognitivo y ha sido validado para su uso en poblaciones españolas de adultos mayores.

ÍNDICE DE CALIDAD DEL SUEÑO DE PITTSBURGH (PSQI) (BUYSSE ET AL., 1989; MACÍAS FERNÁNDEZ & ROYUELA RICO, 1996):

Test dirigido a la evaluación de la calidad subjetiva del sueño. Para ello, se evalúa: calidad subjetiva del sueño, latencia del sueño, duración del sueño, eficiencia habitual del sueño, trastornos del sueño, uso de medicamentos para dormir y disfunción diurna. La puntuación global del PSQI oscila entre 0 y 21, y las puntuaciones más altas indican una peor calidad del sueño. Una puntuación global de PSQI superior a 5 suele considerarse indicativa de una mala calidad del sueño.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los análisis estadísticos se llevaron a cabo con el programa IBM SPSS Statistics 25. Se analizaron resultados descriptivos para todas las variables, incluyendo medias, desviaciones estándar y distribuciones de frecuencia. Se realizaron pruebas t de muestras independientes para examinar las diferencias de género tanto en el rendimiento cognitivo como en las medidas de calidad del sueño. Se realizaron análisis de correlación para explorar la relación entre la calidad del sueño y el rendimiento cognitivo, tanto para la muestra completa como para hombres y mujeres. Los tamaños del efecto se calcularon mediante eta-cuadrado parcial para las pruebas t y coeficientes de correlación de Pearson para los análisis de correlación. El nivel de significancia se estableció en $\alpha = 0,05$ para todas las pruebas estadísticas.

RESULTADOS

ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y COMPARACIONES DE GÉNERO

El análisis reveló diferencias significativas de género tanto en el rendimiento cognitivo como en las puntuaciones de calidad del sueño. Las mujeres demostraron un rendimiento cognitivo superior en comparación con los hombres, con puntuaciones medias obtenidas en el Fototest de $41,87 \pm 6,02$ para las mujeres frente a $37,42 \pm 5,14$ para los hombres ($t = -2,41$, $p = 0,024$, η^2 parcial = $0,127$). Este hallazgo indica que las mujeres desempeñaron significativamente mejor el instrumento Fototest, con un tamaño del efecto que sugiere una significación moderada.

Por el contrario, los hombres informaron una mejor calidad del sueño en comparación con las mujeres, tal y como indican las puntuaciones más bajas del PSQI (que indican una mejor calidad del sueño) de $5,83 \pm 2,21$ para los hombres frente a $8,83 \pm 3,91$ para las mujeres ($t = -3,13$, $p = 0,003$, η^2 parcial = $0,197$). Esta diferencia de género en la calidad del sueño fue estadísticamente significativa con un tamaño del efecto de moderado a grande, lo que sugiere que los hombres participantes en el estudio experimentaron menos dificultades y trastornos relacionados con el sueño que las mujeres.

ANÁLISIS DE CORRELACIÓN

Al examinar la relación entre el rendimiento cognitivo y la calidad del sueño no se detectaron asociaciones significativas. Sin embargo, cuando los análisis de correlación se realizaron por separado, atendiendo al factor género, surgieron relaciones significativas. Entre las mujeres, se observó una relación positiva significativa entre el funcionamiento cognitivo y la calidad del sueño ($p = 0,017$). Esta relación indica que las mujeres que informaron una mejor calidad del sueño (puntuaciones PSQI más bajas) también demostraron un rendimiento cognitivo superior en la prueba breve de estado cognitivo Fototest (Ver Figura 1).

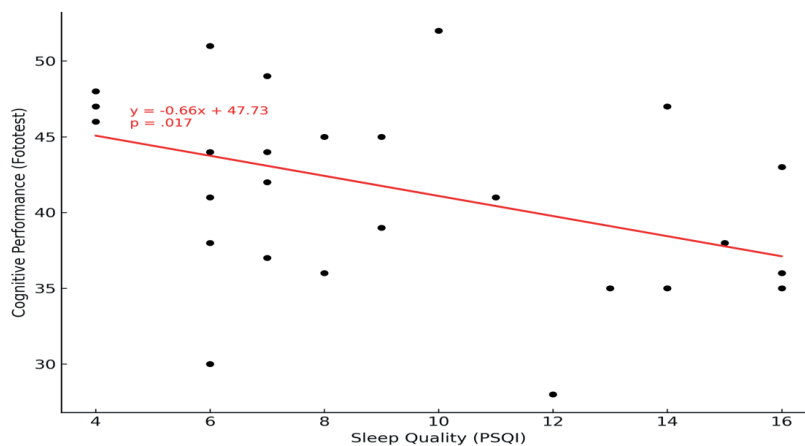


Figura 1: Diagrama de dispersión que muestra la relación entre el funcionamiento cognitivo (Foto-test) y la calidad del sueño (PSQI) en mujeres.

En particular, en los varones de la muestra, los resultados no mostraron una correlación significativa entre la calidad del sueño y el rendimiento cognitivo. Este hallazgo diferencial específico de género sugiere que la relación entre el sueño y la cognición puede funcionar de manera diferente en los hombres mayores en comparación con las mujeres mayores, lo que podría reflejar distintos mecanismos subyacentes o una sensibilidad diferencial a cambios con la edad relacionados con el sueño.

DISCUSIÓN

Los hallazgos de este estudio proporcionan información interesante sobre la compleja relación entre la calidad del sueño y el rendimiento cognitivo entre los adultos mayores sanos, al tiempo que destacan diferencias de género significativas que justifican una consideración cuidadosa tanto en la investigación como en los contextos clínicos. Los resultados sugieren que, si bien tanto los hombres como las mujeres mostraron un rendimiento cognitivo dentro de los rangos normales, la relación entre la calidad del sueño y la función cognitiva parece ser específica del género. Este hallazgo puede tener implicaciones importantes para la comprensión de los factores implicados en los procesos de envejecimiento saludable, por lo que sería necesario ampliar la muestra para confirmar estas relaciones entre sueño y cognición.

La observación de que las mujeres mostraron un rendimiento cognitivo superior en comparación con los hombres se alinea con la literatura existente que sugiere que las mujeres pueden mantener ciertas ventajas cognitivas durante el proceso de envejecimiento, particularmente en dominios relacionados con las habilidades verbales y las tareas de memoria (Nooyens et al., 2022; Siedlecki et al., 2019). Este hallazgo puede reflejar patrones diferenciales de envejecimiento cognitivo entre géneros, potencialmente influenciados por factores hormonales, experiencias educativas o participación en actividades cognitivamente estimulantes a lo largo de la vida (Nooyens et al., 2022).

Por el contrario, el hallazgo de que los hombres informaron una mejor calidad de sueño en comparación con las mujeres es consistente con investigaciones anteriores que indican que las mujeres mayores experimentan más dificultades relacionadas con el sueño (Kohanmoo et al., 2025). Esta diferencia de género en la calidad del sueño puede atribuirse a varios factores, incluidos los cambios hormonales asociados con la menopausia, una mayor prevalencia de trastornos del estado de ánimo entre las mujeres mayores o diferencias en las prácticas de higiene del sueño y factores ambientales (Kocevská et al., 2021).

Por lo que respecta a la relación específica de género entre la calidad del sueño y el rendimiento cognitivo, la correlación positiva significativa observada entre las mujeres, pero no entre los hombres, sugiere que los mecanismos que vinculan el sueño y la cognición pueden operar de manera diferente entre géneros. Para las mujeres, una mejor calidad del sueño parece estar asociada con un mejor funcionamiento cognitivo, lo que indica que las estrategias de optimización del sueño pueden ser particularmente beneficiosas para mantener la salud cognitiva en las mujeres mayores. La falta de correlación entre la calidad del sueño y el rendimiento cognitivo entre los hombres del estudio es notable y puede sugerir que otras variables juegan un papel más prominente en la determinación de la función cognitiva en los hombres mayores. Estos factores pueden incluir niveles de actividad física, salud cardiovascular o diferentes patrones de cambios cerebrales relacionados con la edad que dependen menos de la calidad del sueño (Kocevská et al., 2021).

Deben reconocerse varias limitaciones a la hora de interpretar estos hallazgos. En primer lugar, el diseño transversal de este estudio impide establecer relaciones causales entre la calidad del sueño y el rendimiento cognitivo. En segundo lugar, el tamaño de la muestra y su distribución de género, si bien era adecuado para los análisis realizados, era relativamente pequeño y puede tener un poder estadístico limitado para detectar tamaños de efecto más pequeños o relaciones más sutiles, así como un sesgo de género. Además, el enfoque de muestreo por conveniencia puede haber introducido un sesgo de selección, ya que los participantes fueron reclutados de un programa universitario y pueden no ser representativos de la población más amplia de adultos

mayores sanos. En tercer lugar, se usó una medida subjetiva de la calidad del sueño (PSQI) que, a pesar de ser un instrumento validado, podría complementarse con métodos objetivos de evaluación del sueño, como la polisomnografía o la actigrafía.

CONCLUSIONES

Este estudio proporciona evidencia sobre la relación entre la calidad del sueño y el rendimiento cognitivo en adultos mayores sanos, con especial énfasis en las diferencias de género. Los hallazgos indican que, si bien hombres y mujeres muestran diferentes patrones de calidad de sueño y rendimiento cognitivo, la relación entre estas variables alcanzó significación estadística únicamente en el grupo de mujeres. Estos resultados subrayan la importancia de tener en cuenta los factores específicos de género a la hora de diseñar intervenciones destinadas a mantener la salud cognitiva en la edad adulta.

Los hallazgos de este estudio contribuyen al creciente cuerpo de evidencia que respalda la importancia de la calidad del sueño en el envejecimiento saludable y destacan la necesidad de enfoques personalizados para el mantenimiento de la salud cognitiva. Reconocer y abordar los patrones específicos de género en la relación entre el sueño y la cognición, permite desarrollar estrategias más específicas y efectivas para promover un envejecimiento exitoso y mantener la calidad de vida en las poblaciones de adultos mayores. La integración de estrategias de higiene del sueño en programas integrales de salud cognitiva puede ofrecer beneficios significativos para esta población, lo que podría contribuir a una mejor calidad de vida y un envejecimiento más saludable.

FINANCIACIÓN

Este trabajo forma parte del proyecto de I+D+i PID2022-1380210A-I00, financiado por MCIN/AEI/10.13039/501100011033 y “FEDER Una manera de hacer Europa”.

Referencias bibliográficas

- Banerjee, S., & Boro, B. (2022). Analysing the role of sleep quality, functional limitation and depressive symptoms in determining life satisfaction among the older Population in India: a moderated mediation approach. *BMC Public Health* 22(1), 1933. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14329-9>.
- Buysse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). El Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh: Un nuevo instrumento para la práctica y la investigación psiquiátrica. *Investigación en Psiquiatría*, 28(2), 193-213. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90047-4](https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4).
- Carnero Pardo, C., Sáez-Zea, C., Montiel Navarro, L., Del Saz, P., Feria Vilar, I., Pérez Navarro, M. J., et al. (2007). Utilidad diagnóstica del Test de las Fotos (Fototest) en deterioro cognitivo y demencia. *Neurología*, 22(10), 860-869.
- Curtis, A.F., Costa, A.N., Musich, M., Schmiedeler, A., Jagannathan, S., Connell, M., et al. (2024). Sex as a moderator of the sleep and cognition relationship in middle-aged and older adults: A preliminary investigation. *Behavioral Sleep Medicine*, 22(1), 14-27. <https://doi.org/10.1080/15402002.2023.2177293>.
- He, C., Kong, X., Li, J., Wang, X., Chen, X., Wang, Y., Zhao, Q., & Tao, Q. (2023). Predictors for quality of life in older adults: network analysis on cognitive and neuropsychiatric symptoms. *BMC Geriatrics*, 23(1), 850. <https://doi.org/10.1186/s12877023-04462-4>.
- Kocevska, D., Lysen, T.S., Dotinga, A., Koopman-Verhoeff, M.E., Luijk, M.P.C.M., Antypa, N., et al. (2021). Sleep characteristics across the lifespan in 1.1 million people from the Netherlands, United Kingdom and United States: a systematic review and meta analysis. *Nature Human Behaviour*, 5(1), 113-122. <https://doi.org/10.1038/s41562-02000965-x>.
- Kohanmoo, A., Kazemi, A., & Akhlaghi, M. (2025). Gender differences in the association of sleep quality with perceived physical and mental health in Iranian elderly. *Psychogeriatrics*, 25(3), e70026. <https://doi.org/10.1111/psyg.70026>.
- Krivanek, T. J., Gale, S.A., McFeeley, B.M., Nicastrì, C.M., & Daffner, K.R. (2021). Promoting Successful Cognitive Aging: A Ten-Year Update. *Journal of Alzheimer's Disease*, 81(3), 871–920. <https://doi.org/10.3233/JAD-201462>.
- Macías Fernández, J. A., & Royuela Rico, A. (1996). La versión española del índice de la calidad de sueño de Pittsburgh. *Informaciones psiquiátricas*, 146, 465-472.
- Nooyens, A.C.J., Wijnhoven, H.A.H., Schaap, L.S., Sialino, L.D., Kok, A.A.L., Visser, M., et al. (2022). Sex Differences in Cognitive Functioning with Aging in the Netherlands. *Gerontology*, 68(9), 999-1009. <https://doi.org/10.1159/000520318>.
- Ourry, V., Rehel, S., André, C., Mary, A., Paly, L., Delarue, M., et al. (2023). Medit Ageing Research Group. Effect of cognitive reserve on the association between slow wave sleep and cognition in community-dwelling older adults. *Aging (Albany NY)*, 15(18), 9275-9292. <https://doi.org/10.18632/aging.204943>.

- Prince, J. B., Davis, H. L., Tan, J., Muller-Townsend, K., Markovic, S., Lewis, D. M., ...& Sohrabi, H. R. (2024). Cognitive and neuroscientific perspectives of healthy ageing. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 161, 105649.
- Sakal, C., Li, T., Li, J., Yang, C., & Li, X. (2024). Association Between Sleep Efficiency Variability and Cognition Among Older Adults: Cross-Sectional Accelerometer Study. *JMIR Aging*, 7, e54353. <https://doi.org/10.2196/54353>.
- Sexton, C.E., Zsoldos, E., Filippini, N., Griffanti, L., Winkler, A., Mahmood, A., Allan, C.L., et al. (2017). Associations between self-reported sleep quality and white matter in community-dwelling older adults: A prospective cohort study. *Human Brain Mapping*, 38(11), 5465-5473. <https://doi.org/10.1002/hbm.23739>.
- Siedlecki, K.L., Falzarano, F., & Salthouse, T.A. (2019). Examining Gender Differences in Neurocognitive Functioning Across Adulthood. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 25(10), 1051-1060. <https://doi.org/10.1017/S1355617719000821>.
- Urdanibia-Centelles, O., Arvedsen, S.K., Benedek, K., & Jennum, P.J. (2023). *Ageing and sleep*. *Ugeskr Laeger*, 185(26), V02230108.

Capítulo 17

¿Quién acude a psicoterapia en la vejez? Un análisis sociodemográfico. España 2020.

M.^a del Carmen Mosquera Losada¹, Silvia María Díaz Prado²⁻⁵, Juan M. Vilar Fernández⁶, Javier Pérez Martín⁷, M.^a Elena Mosquera Losada⁷⁻⁹.

¹Universidad de Santiago de Compostela

²Grupo de Investigación en Terapia Celular y Medicina Regenerativa, Instituto de Investigación Biomédica da Coruña (INIBIC), Universidad de A Coruña.

³Centro Interdisciplinar de Química y Biología (CICA), Universidad de A Coruña.

⁴Centro de Investigación Biomédica en Red de Bioingeniería, Biomateriales y Nanomedicina (CIBERBBN), Madrid.

⁵Departamento de Fisioterapia, Medicina y Ciencias Biomédicas, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de A Coruña.

⁶Departamento de Matemáticas. Grupo de investigación MODES, CITIC, Universidad de A Coruña.

⁷Escuela Universitaria de Enfermería Povisa, Universidad de Vigo)

⁸"Grupo de Investigación en Lonxevidade e Envellecemento Universidade de Vigo (LONXENV)". Universidad de Vigo.

⁹Grupo de Investigación en Cuidados INVESTIC, Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur, Area Sanitaria de Vigo SERGAS.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La vejez implica una serie de desafíos emocionales (como la soledad o la pérdida de roles) que pueden derivar en trastornos mentales. Sin embargo, se observa una baja frecuencia de atención psicoterapéutica en este grupo. El presente estudio analiza la prevalencia y el perfil sociodemográfico de adultos mayores en España que accedieron a servicios psicoterapéuticos durante el año 2020.

METODOLOGÍA

Estudio cuantitativo, observacional y transversal, basado en datos de la Encuesta Europea de Salud (n = 7167), con representatividad nacional y autonómica. Se analizaron variables como edad, sexo, estado civil, clase social y comunidad autónoma. Se utilizaron pruebas estadísticas como Chi-cuadrado, Fisher y Mann-Whitney con un nivel de confianza del 95 %.

RESULTADOS

Únicamente el 3 % de la población ≥ 65 años accedió a psicoterapia en el último año. Las mujeres (3,8 %) acudieron significativamente más que los hombres (1,9 %; $p < 0.001$). La edad media fue ligeramente inferior en quienes acudieron a consulta (mediana de 74 años vs 75; $p = 0.013$). También se encontraron diferencias significativas por estado civil ($p = 0.011$), con mayores tasas en personas viudas, separadas o divorciadas. No se hallaron diferencias relevantes por clase social ($p = 0.554$) ni por comunidad autónoma ($p = 0.460$), aunque País Vasco registró la mayor prevalencia (4 %) y Cantabria la menor (1,5 %).

CONCLUSIONES

El acceso a psicoterapia entre adultos mayores es escaso, lo cual evidencia barreras de tipo estructural, cultural y social. Sólo 1 de cada 33 personas mayores acudió a psicoterapia en el último año. El perfil más frecuente corresponde a mujeres viudas o separadas, de aproximadamente 74 años. Se requiere una adaptación de los servicios psicológicos para garantizar una atención más equitativa y sensible a las particularidades de esta población. No existen diferencias significativas entre comunidades autónomas.

Palabras clave: Psicoterapia adultos mayores; España; perfil sociodemográfico

INTRODUCCIÓN

La vejez es una etapa compleja que requiere apoyo desde diversas áreas, incluida la psicológica. Las personas mayores enfrentan desafíos emocionales como la soledad, el duelo o la pérdida de roles, que, si no se abordan adecuadamente, pueden derivar en trastornos mentales. El apoyo psicoterapéutico puede contribuir significativamente a gestionar estas dificultades, promoviendo el bienestar emocional y facilitando que esta etapa se convierta en una oportunidad de crecimiento personal (Coppola, 2024; Martín, 2008). La Organización Mundial de la Salud advierte que las personas mayores están infravaloradas e infra tratadas en lo referente a afecciones de salud mental (OMS, 2023). Además, los adultos mayores son menos propensos que los jóvenes a acudir a servicios psicológicos (Montorio, 2003). En este contexto, resulta especialmente pertinente el análisis del perfil del anciano que recurre a la atención psicoterapéutica con respecto al que no acude, ya que permite identificar quiénes acceden a estos servicios, qué factores influyen en su decisión de buscar apoyo psicológico y cómo adaptar las intervenciones para atraer de manera más efectiva a esta población.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:

- Determinar la prevalencia de personas mayores que acuden a servicios de psicoterapia en el último año, tanto con psicólogos como con psiquiatras.
- Identificar el perfil sociodemográfico de los adultos mayores que hacen uso de atención psicoterapéutica
- Analizar las diferencias en la prevalencia de asistencia psicoterapéutica entre personas mayores según las distintas comunidades autónomas de España.

METODOLOGÍA

DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio de naturaleza cuantitativa, de tipo observacional, descriptivo y de corte transversal.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Personas > 65 años residentes en España en el año 2020. La muestra (n = 7167) fue obtenida por el Instituto Nacional de Estadística (INE) mediante un muestreo trietápico y estratificado, representativo a nivel nacional y por comunidades autónomas.

VARIABLES

Principal: haber acudido a un psicoterapeuta en el último año. Secundarias: edad, sexo, clase social y la comunidad autónoma de residencia.

ANÁLISIS DE DATOS

Se realizó un análisis descriptivo mediante frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas, y valores de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas. Se aplicaron pruebas estadísticas (Chi-cuadrado, Fisher y Mann–Whitney) para evaluar asociaciones entre variables. Nivel de confianza del 95%.

RECOGIDA DE DATOS

Los datos de las variables estudiadas se obtuvieron a partir de la información contenida en la Encuesta Europea de Salud de 2020. A partir de esta base, se seleccionaron, codificaron y, en su caso, recategorizaron las variables de interés para adecuarlas a los objetivos del estudio y facilitar su análisis.

RESULTADOS

En la tabla 1 se detallan la prevalencia de los mayores que acuden a asistencia psiquiátrica globalmente y en función de diferentes variables sociodemográficas. Un 3% de las personas mayores de 65 años acuden a este tipo de atención. En cuanto al sexo, las mujeres (3,8%) acuden al doble de frecuencia que los hombres (1,9%), diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.001$). En relación con la edad (que tiene una distribución no normal), quienes acudieron a psicoterapia presentaron mediana fue de 74 años (RI=11) y entre quienes no lo hicieron fue de 75 años (RI=12) siendo esta diferencia estadísticamente significativa (Prueba U Mann-Whitney $p=0,013$). Por estado civil los porcentajes de asistencia a psicoterapia son 3,2 % en personas solteras, 2,4 % en casadas, 3,6 % en viudas y 4,7 % en separadas o divorciadas (Chi2 $p=0,011$). En cuanto a la clase social, los porcentajes de asistencia a psicoterapia fueron: 3,5 % en clase 1, 3,1 % en clase 2 y 3,8 % en clase 3 (Chi2 $p=0,554$).

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Tabla 1. Variables sociodemográficas ≥ 65 años en función a sí acuden a psicoterapia n:7167

		ACUDIRA A CONSULTA PSICOTERAPIA (psicólogo o psiquiatra)		Correlación p-valor
		Si	no	
		215 (3%)	6952 (97%)	
Sexo	Hombre	58 (1,9%)	2958(98,1%)	p<0.001*
	Mujer	157(3,8%)	3994(96,2%)	
Edad**	M(St)	75(7)	76(8)	P=0.013***
	Md (Ri)	74(11)	75(12)	
Estado Civil	Soltero	20(3,2%)	597(96,8%)	p=0.011*
n:7150	Casado	86(2,4%)	3506(97,6%)	
	Viudo	91(3,6%)	2464(96,4%)	
	Separado/divoricado	18(4,7%)	368(95,3%)	
Clase Social	Clase 1	34(3,5%)	941(96,5%)	p=0.554*
	Clase 2	73(3,1%)	2296(96,9%)	
	Clase 3	93(3,8%)	3198(97,2%)	

M: Media; DT: Desviación típica; Me: Mediana; Ri: Rango intercuartílico

*Chi2 **Kolmogorov Smirnov (p valor <0.001) ***Prueba U Mann-Whitney

Tabla 2. ≥ 65 años en función a sí acuden a psicoterapia por CCAA. n:7072

	ACUDIRA A CONSULTA PSICOTERAPIA (psicólogo o psiquiatra)	
	Si	No
	215 (3%)	6952 (97%)
Andalucía	15 (1,9%)	792 (98,1%)
Aragón	8 (2,5%)	312 (97,5%)
Asturias, Principado de	14 (3,9%)	342 (96,1%)
Balears, Illes	4 (3,9%)	99 (96,1%)
Canarias	11 (3,4%)	311 (96,6%)
Cantabria	5 (1,5%)	333 (98,5%)
Castilla y León	15 (3%)	485 (97%)
Castilla - La Mancha	10 (2,4%)	412 (97,6%)
Cataluña	26 (3,7%)	674 (96,3%)
Comunidad Valenciana	24 (3,9%)	591 (96,1%)
Extremadura	10 (3,2%)	305 (96,8%)
Galicia	18 (3,7%)	469 (96,3%)
Madrid, Comunidad de	16 (2,3%)	691 (97,7%)
Murcia, Región de	7 (2,7%)	252 (97,3%)
Navarra, Comunidad Foral de	6 (2,7%)	214 (97,3%)
País Vasco	16 (4%)	382 (96%)
Rioja, La	8 (3,9%)	195 (96,1%)



Gráfico 1

En la Tabla 2 y en el Gráfico 1 se presentan las tasas de personas de 65 años o más que acudieron a psicoterapia, según comunidad autónoma. Las tasas oscilan entre la tasa más alta del 4% que corresponde al País Vasco y la prevalencia de 1,5% que se detecta en Cantabria. Sin embargo, las diferencias observadas entre comunidades autónomas no fueron estadísticamente significativas (Chi2, p=0,460).

DISCUSIÓN

El objetivo principal de esta investigación es determinar la prevalencia de personas mayores en España acudieron a psicoterapia en el año 2020. Los resultados de esta investigación muestran que solo un 3 % de las personas mayores de 65 años en España acudieron a psicoterapia en el año 2020 a pesar de que la OMS estima que el 14% de los adultos mayores presentan algún trastorno mental, principalmente depresión o ansiedad (OMS, 2023).

En cuanto al sexo, las mujeres (4%) acuden al doble de frecuencia que los hombres (2%), diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.001$), en línea con estudios que destacan una mayor expresión emocional y búsqueda de ayuda psicológica entre mujeres, mientras que los hombres son socializados para ocultar su vulnerabilidad emocional y mantener una imagen de fortaleza (Flores *et al.*, 2023; Mayordomo *et al.*, 2015; Mackenzie *et al.*, 2006).

Se hallaron diferencias significativas entre acudir a psicoterapia y la edad ($p = 0.013$), con edades ligeramente inferiores entre quienes acuden a este tipo de terapia, lo que apoya la idea de que las personas más jóvenes tienden a buscar ayuda con mayor frecuencia (Montorio *et al.*, 2003).

También se observaron diferencias significativas según el estado civil ($p = 0.011$), siendo más frecuente la asistencia a psicoterapia entre personas separadas/divorciadas y viudas, posiblemente debido a mayores niveles de soledad o estrés asociados a su situación (Mayordomo *et al.*, 2015).

La CCAA con la tasa más alta es el País Vasco (4%), mientras que la más baja corresponde a Cantabria (1,5%). Sin embargo, las diferencias entre comunidades no resultan estadísticamente significativas (χ^2 , $p = 0,460$). Esta falta de significación podría deberse al reducido número absoluto de personas mayores que acuden a consulta, lo cual limita la capacidad de este análisis regional. Resulta especialmente llamativo que estas dos comunidades (País Vasco y Cantabria) sean limítrofes y al mismo tiempo tengan las tasas más polarizadas, lo que sugiere que podrían estar influyendo factores contextuales, culturales o estructurales que aún no han sido explorados. Este contraste evidencia la necesidad de futuras investigaciones que profundicen en los determinantes sociales y sanitarios del acceso a psicoterapia en la vejez.

CONCLUSIONES

- Solo 1 de cada 33 personas mayores acude a psicoterapia en el último año.
- El perfil más frecuente de quien acude a consulta es el de una mujer, de 74 años, viuda, separada o divorciada.
- Las diferencias entre comunidades autónomas no son estadísticamente significativas, aunque este análisis se ve limitado por la baja proporción general de asistencia. La CCAA con mayor tasa es el País Vasco, mientras que la menor corresponde a Cantabria.

Referencias bibliográficas

- Coppola, B. (2024). *Oportunidades de desarrollo personal en la tercera edad. Psicología y Mente*. <https://psicologiaymente.com/psicologia/oportunidades-de-desarrollo-personal-en-tercera-edad>.
- Flores Reyes, M. F., Montes Sevilla, L. D., Añorve García, E., Solis Canal, R. J., Cancino Marentes, M. E., & Peña Álvarez, B. K. (2023). La salud masculina: un desafío influido por los estereotipos de género. *Revista ESPM* (70). <https://revista.espm.mx/nota-la-salud-masculina-un-desafio-influido-por-los-estereotipos-de-genero-70>.
- Mackenzie, C. S., Gekoski, W. L., & Knox, V. J. (2006). Age, gender, and the underutilization of mental health services: The influence of help-seeking attitudes. *Aging & Mental Health*, 10(6), 574–582. <https://doi.org/10.1080/13607860600641200>.
- Martín Montolíu, J. (2008). Psicoterapia en la edad tardía. *Clínica y Salud*, 19(1), 101–120. Recuperado el 9 de julio de 2025, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742008000100005&lng=es&tlng=es.
- Mayordomo Rodríguez, T., Sales Galán, A., Satorres Pons, E., & Blasco Igual, C. (2015). Estrategias de afrontamiento en adultos mayores en función de variables sociodemográficas. *Escritos de Psicología*, 8(3), 26–32. <https://dx.doi.org/10.5231/psy.writ.2015.2904>.
- Montorio Cerrato, I., Márquez González, M., Losada Baltar, A., & Izal Fernández de Trocóniz, M. I. (2003). Barreras para el acceso a los servicios de intervención psicosocial por parte de las personas mayores. *Intervención Psicosocial*, 12(3), 301–324 <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1355193>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2023). *Salud mental de los adultos mayores*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>.

Capítulo 18

Asociaciones entre malestar emocional e ideación suicida: diferencias según la edad.

María del Sequeros Pedroso-Chaparro¹, Ariadna de la Vega-Castelo², Giovanna Caprara¹, Jorge Leocadio-Baño², Rosa Romero-Moreno², Carlos Vara-García².

¹Universidad a Distancia de Madrid.

²Universidad Rey Juan Carlos.

RESUMEN

El suicidio y la ideación suicida constituyen problemas de salud pública de gran relevancia, siendo especialmente prevalente en personas jóvenes. Aunque el malestar emocional -síntomas de depresión, ansiedad y estrés- están ligados a la ideación suicida, esta asociación parece diferir en función de la edad. Por ello, el objetivo de este estudio fue analizar: (1) las diferencias en los niveles de malestar emocional e ideación suicida en diferentes grupos de edad; y (2) las asociaciones entre indicadores de malestar emocional e ideación suicida en dichos grupos. 229 personas mayores de 18 años residentes en España respondieron una encuesta online que incluía medidas de malestar emocional (síntomas de depresión, ansiedad y estrés) e ideación suicida. La muestra fue dividida en tres grupos: jóvenes (18-39 años), adultos de mediana edad (40-64 años) y mayores (65+ años). Se realizó un ANOVA de Welch para identificar diferencias entre grupos en las variables evaluadas; así como, tres regresiones lineales con transformación logarítmica de las variables, para comprobar las asociaciones entre las medidas de malestar y la ideación suicida, controlando el género, en cada grupo de edad. Los resultados mostraron que los jóvenes presentaron mayores niveles de estrés que los grupos de mediana edad y mayores, así como mayor ideación suicida que estos últimos. En cuanto a las asociaciones, en jóvenes y adultos de mediana edad la ideación suicida se relacionó significativamente con mayores síntomas de depresión, mientras que en las personas mayores se asoció con niveles más altos de ansiedad. Estos hallazgos sugieren que los correlatos de la ideación suicida varían a lo largo del ciclo vital, lo que destaca la necesidad de diseñar intervenciones preventivas adaptadas a las características de cada grupo de edad.

Palabras clave: ideación suicida, grupos edad, malestar emocional.

INTRODUCCIÓN

El suicidio es un grave problema de salud pública a nivel mundial, con más de 700.000 personas que se quitan la vida cada año, lo que equivale, aproximadamente, a 2.000 suicidios diarios (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021). En España, la situación es igualmente preocupante: en 2022 se registraron 4.097 muertes por suicidio, lo que representa una media de 11 personas al día (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2023). La ideación suicida, entendida como la presencia de pensamientos sobre el suicidio, es aún más frecuente y constituye un importante factor de riesgo para la conducta suicida consumada (Rossom et al., 2017; OMS, 2021).

Numerosos estudios han evidenciado que el malestar emocional, especialmente los síntomas de depresión, ansiedad y estrés, se asocia de manera significativa con la ideación suicida tanto en adolescentes como en adultos (Orri et al., 2020; Twenge et al., 2019). Desde un enfoque teórico, el modelo interpersonal-psicológico del suicidio de Joiner (2005) sostiene que la ideación suicida surge de la interacción entre el sentimiento de no pertenencia, la percepción de ser una carga y la desesperanza, factores estrechamente relacionados con el malestar emocional y los síntomas depresivos y ansiosos. Estudios cuantitativos han confirmado que la depresión es el predictor más robusto de la ideación suicida, aunque la ansiedad y el estrés también contribuyen de forma relevante, especialmente en jóvenes (Orri et al., 2020; Pan et al., 2021).

Sin embargo, la fuerza de la asociación entre síntomas de depresión, ansiedad y estrés e ideación suicida puede variar en función de la edad (Petkus et al., 2017). Por ejemplo, Orri et al. (2020) encontraron que, en adolescentes, tanto la depresión como la ansiedad se asocian con ideación suicida, mientras que en adultos mayores la depresión tiene un peso mayor. Twenge et al. (2019) observaron que el aumento de malestar psicológico y pensamientos suicidas en la última década ha sido más pronunciado en jóvenes, lo que sugiere una mayor vulnerabilidad en este grupo. Estas diferencias pueden explicarse, en parte, por el modelo de Joiner (2005), que resalta la importancia de factores contextuales y evolutivos en la aparición de la ideación suicida.

Dada la relevancia de estos hallazgos, resulta fundamental estudiar de manera conjunta la asociación diferencial entre síntomas de depresión, ansiedad y estrés e ideación suicida, así como sus variaciones según el grupo de edad. El objetivo de este estudio es analizar (1) las diferencias en los niveles de malestar emocional e ideación suicida en diferentes grupos de edad y (2) las asociaciones entre indicadores de malestar emocional e ideación suicida en los diferentes grupos de edad. Con base en la literatura previa, se plantea la hipótesis de que los niveles de malestar emocional e ideación suicida serán mayores en la población joven, y que la asociación entre los síntomas de depresión, ansiedad y estrés e ideación suicida diferirá en función del grupo de edad (Orri et al., 2020; Twenge et al., 2019; Pan et al., 2021).

MÉTODO

Participantes. Participaron 229 personas adultas. Los requisitos para participar en el estudio fueron: (1) ser mayor de 18 años; y, (2) residir en España. Como se muestra en la Tabla 1, la muestra estuvo formada mayoritariamente por mujeres de mediana edad.

Tabla 1. Características de la muestra

	Muestra total	Personas jóvenes 18-39 años	Personas de mediana edad 40-64 años	Personas mayores 65+ años
n (% del total)	229	79 (34.5%)	105 (45.9%)	45
Edad	47.96 (17.25)	30.06 (6.52)	50.08 (7.10)	74.44 (6.64)
Género (% mujeres)	76.1%	79.7%	74.3%	73.3%

Variabes e instrumentos. Junto con las variables sociodemográficas género y edad, se evaluaron las siguientes variables:

Los síntomas de ansiedad, depresión y estrés se midieron mediante subescalas de la versión española (Ruiz et al., 2017) de la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés-21 (DASS-21; Lovibond y Lovibond, 1995). Esta escala

se compone de tres subescalas con 7 ítems cada una de las sintomatologías: depresión, ansiedad y estrés. El formato de respuesta consiste en una escala Likert de 4 puntos que va de 0 («No se aplica a mí en absoluto») a 3 («Se aplica a mí en gran medida o la mayor parte del tiempo»). La consistencia interna (α de Cronbach) de las subescalas en el presente estudio fue de 0.87, 0.86 y 0.86 para la depresión, la ansiedad y el estrés, respectivamente.

La ideación suicida se evaluó mediante la versión española (Sánchez-Álvarez et al., 2020) del Inventario de Frecuencia de Ideas Suicidas (FSII; Chang y Chang, 2016). Se trata de una escala de 5 ítems. Los participantes responden utilizando una escala Likert de cinco puntos que va de 1 («Nunca») a 5 («Casi todos los días»). La consistencia interna (α de Cronbach) de la escala en el presente estudio fue de 0.93.

Análisis de datos. La muestra fue dividida en tres grupos: personas jóvenes (18-39 años), mediana edad (40-64 años) y mayores (65+ años). Al no cumplirse los supuestos necesarios para la realización de pruebas paramétricas (p.ej., distribución normal de los datos) se realizó un ANOVA de Welch para determinar la existencia de diferencias en las variables evaluadas en los diferentes grupos; así como, tres regresiones lineales, aplicando una transformación logarítmica de las variables, para comprobar las asociaciones entre las medidas de malestar y la ideación suicida, controlando el género, en cada uno de los grupos de edad.

RESULTADOS

No se encontraron diferencias significativas entre grupos en los niveles de depresión ni ansiedad. Sin embargo, los análisis mostraron que las personas jóvenes presentaron niveles de estrés significativamente más elevados que los grupos de mediana edad y mayores (Tabla 2, Gráfico 1). Además, la ideación suicida fue mayor en los jóvenes en comparación con las personas mayores (Tabla 2, Gráfico 2).

Tabla 2. Diferencias de medias

	Test Welch	gl1	gl2	p	Distribución
Síntomas de depresión	.62	2	127.58	.54	-
Síntomas de ansiedad	.75	2	131.28	.48	-
Síntomas de estrés	4.70	2	123.77	.01	Jóvenes > Mediana edad y Mayores
Ideación suicida	3.54	2	129.69	.03	Jóvenes > Mayores

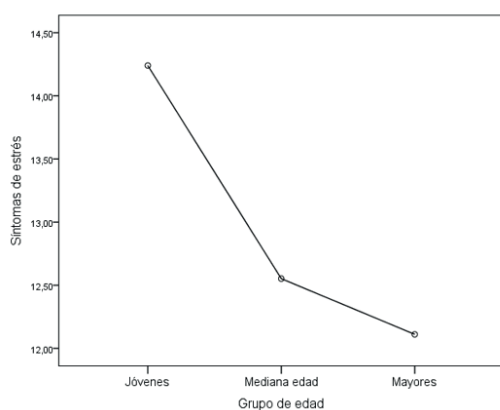


Gráfico 1. Distribución de los niveles medios de síntomas de estrés por grupos de edad

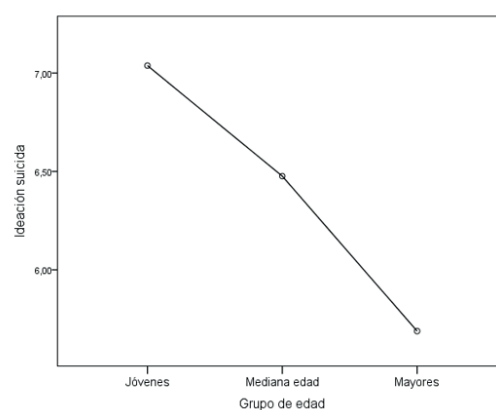


Gráfico 2. Distribución de los niveles medios de ideación suicida por grupos de edad

Con respecto a las asociaciones entre la ideación suicida y las variables de malestar, mientras que en jóvenes y adultos de mediana edad la ideación suicida se relacionó significativamente con mayores síntomas de depresión, en el grupo de personas mayores se asoció con mayores niveles de ansiedad (Tabla 3).

Tabla 3. Asociaciones entre ideación suicida y las variables evaluadas en cada grupo de edad

	(Log ₁₀) Ideación suicida		
	Personas jóvenes	Personas de mediana edad	Personas mayores
Síntomas de depresión (Log ₁₀)	$\beta = .57^{**}$; $t = 4.11$	$\beta = .66^{**}$; $t = 5.25$	$\beta = .111$; $t = .52$
Síntomas de ansiedad (Log ₁₀)	$\beta = .26$; $t = 1.11$	$\beta = -.06$; $t = -.43$	$\beta = .42^*$; $t = 2.04$
Síntomas de estrés (Log ₁₀)	$\beta = -.23$; $t = -1.69$	$\beta = -.00$; $t = -.03$	$\beta = -.12$; $t = -.55$

** $p < .01$; * $p < .05$

DISCUSIÓN Y LIMITACIONES

El objetivo de este estudio fue analizar las diferencias en los niveles de malestar emocional e ideación suicida en diferentes grupos de edad, así como las asociaciones entre indicadores de malestar emocional e ideación suicida en los diferentes grupos de edad. En primer lugar, los resultados sugieren que, aunque los niveles de depresión y ansiedad no difieren entre los distintos grupos de edad, el estrés y la ideación suicida sí muestran mayores niveles entre los jóvenes. Una posible explicación a este hallazgo es que, entre la población joven, existe una mayor exposición a factores estresantes (académicos, laborales, sociales) y la menor experiencia en regulación emocional, que en los otros grupos de edad. El estrés y la percepción de falta de control sobre el futuro, junto con factores como la baja autoestima y el bienestar subjetivo, pueden potenciar la vulnerabilidad suicida en este grupo (Twenge et al., 2019; Ha y Shim, 2025), siendo estos factores menos frecuentes en otros grupos de edad. Por otro lado, el uso intensivo de redes sociales, muy común en este grupo, se ha relacionado con comparaciones sociales, ciberacoso y exposición a contenidos nocivos, que pueden incrementar el malestar psicológico y la vulnerabilidad suicida (Orben y Przybylski, 2019; Sampasa-Kanyinga y Lewis, 2015).

En segundo lugar, los resultados sugieren que una mayor presencia de síntomas de depresión se asocia con una mayor ideación suicida en los grupos de jóvenes y adultos de mediana edad, pero no en las personas mayores al considerar los síntomas de depresión, ansiedad y estrés de manera conjunta. Pese a que este hallazgo es contrario a lo encontrado por Orri et al. (2020), va en línea con los resultados que recientemente han encontrado Ha y Shim (2025), los cuales muestran que la depresión es el factor más directamente asociado a la ideación suicida en todos los grupos de edad, pero su peso es especialmente alto en jóvenes y adultos de mediana edad. El modelo de la desesperanza (Beck et al., 1975) y la Teoría de los tres pasos o "Three-Step Theory (3ST)" de Klonsky y May (2015) subrayan que la combinación de dolor psicológico y desesperanza es clave para la aparición de ideación suicida, especialmente en jóvenes, donde el estrés y la falta de recursos de afrontamiento pueden precipitar este proceso (Junus y Yip, 2023). En adultos de mediana edad, pese a que la depresión sigue siendo el principal predictor de ideación suicida, tal y como muestran los datos de este estudio, conviene destacar que la literatura existente sugiere que otros factores como la satisfacción laboral, la salud física y las relaciones familiares también juegan un papel relevante (Ha y Shim, 2025). Por tanto, una posible explicación es que la presión por el desempeño laboral, la estabilidad económica y las responsabilidades familiares pueden incrementar el malestar emocional y, en presencia de depresión, aumentar el riesgo de ideación suicida.

Por otro lado, entre las personas mayores, y a diferencia de lo que ocurría en los otros grupos de edad, nuestro estudio sugiere que la ansiedad se asocia con una mayor ideación suicida. Entre los posibles factores que pudiesen estar detrás de esta asociación, cabe destacar el posible papel de variables como preocupaciones sobre la salud, el futuro, la pérdida de autonomía y la soledad, que son más frecuentes en la vejez (Park et al., 2020; Gomboc et al., 2021). En este sentido, el modelo interpersonal-psicológico de Joiner (2005) resalta que la percepción de ser una carga y la desconexión social, son especialmente relevantes en este grupo. La literatura apoya este modelo teórico, con estudios que sugieren que la satisfacción con el apoyo social y la ausencia de relaciones significativas son factores críticos en la ideación suicida de los mayores, incluso en ausencia de depresión (Handley et al., 2014; Gomboc et al., 2021). Otra posible explicación se relaciona con aspectos metodológicos. Dado que la recogida de datos se realizó de manera online, es probable que la muestra de personas mayores estuviera compuesta en mayor medida por individuos con un buen nivel de autonomía y, en consecuencia, con menor sintomatología depresiva. En este contexto, la ansiedad podría emerger como el factor de riesgo más destacado.

A pesar de los hallazgos obtenidos, el presente estudio presenta ciertas limitaciones. En primer lugar, el tamaño muestral fue reducido, especialmente en el grupo de personas mayores, lo que limita la potencia estadística y aconseja interpretar sus resultados con cautela. Además, la muestra se obtuvo mediante un muestreo de conveniencia, lo que puede introducir sesgos de autoselección y afectar a la representatividad. Por otro lado, su diseño transversal imposibilita el establecimiento de relaciones causales entre las variables. Futuros estudios deberían tratar de reclutar un mayor número de participantes, mediante un procedimiento aleatorizado, llevando a cabo diseños longitudinales y/o de intervención para poder establecer causalidad. Por último, cabe destacar que el presente trabajo se centra en la predicción de la ideación suicida, y no de la propia conducta suicida. Estudios previos (Nock et al., 2013), señalan que los factores que predicen mejor la ideación suicida son diferentes de aquellos que predicen las transiciones condicionales de la ideación a los planes e intentos, por lo que la frecuencia de conducta suicida y sus predictores, podrían diferir también entre distintos grupos de edad.

Sin embargo, el presente estudio, pese a las limitaciones mencionadas, también tiene importantes implicaciones prácticas, destacando la necesidad de diseñar estrategias preventivas de la ideación suicida, dirigidas especialmente al grupo de jóvenes, dado que estos parecen presentar una mayor manifestación de esta ideación. Adicionalmente, cabe destacar que las intervenciones deben estar especialmente diseñadas, y de manera diferencial, para los distintos grupos de edad. Pese a que las intervenciones encaminadas a reducir la sintomatología depresiva pudiesen ser especialmente eficaces para reducir la ideación suicida entre la población joven y de mediana edad, intervenciones más focalizadas en la reducción de sintomatología ansiosa, pudiesen ser más útiles para el trabajo con la ideación suicida de las personas mayores.

CONCLUSIONES

Respondiendo al objetivo del presente estudio, se puede concluir que los resultados obtenidos sugieren que existen diferencias entre los diferentes grupos de edad en las asociaciones encontradas entre malestar e ideación suicida. Estas diferencias pueden deberse a la interacción de factores emocionales (depresión, ansiedad, estrés), variables psicológicas (autoestima, desesperanza, soledad) y contextuales (apoyo social, salud física), cuya relevancia varía a lo largo del ciclo vital. Esto subraya la necesidad de intervenciones preventivas adaptadas a las características y necesidades de cada grupo de edad.

Referencias bibliográficas

- Beck, A.T., Kovacs, M., y Weissman, A. (1975). Hopelessness and suicidal behavior: An overview. *Journal of the American Medical Association*, 234, 1146–1149.
- Gomboc, V., Krohne, N., Lavrič, M., Podlogar, T., Poštuvan, V., Zadavec Šedivy, N., y De Leo, D. (2022). Emotional and social loneliness as predictors of suicidal ideation in different age groups. *Community Mental Health Journal*, 58(2), 311-320. <https://doi.org/10.1007/s10597-021-00823-8>.
- Ha, H., y Shim, E. J. (2025). Do the Relative Importance and Pattern of Correlates of Suicidal Ideation Vary by Age and Gender? Network Analyses. *International Journal of Psychology*, 60(3), e70049. <https://doi.org/10.1002/ijop.70049>
- Handley, T. E., Hiles, S. A., Inder, K. J., Kay-Lambkin, F. J., Kelly, B. J., Lewin, T. J., . Attia, J. R. (2014). Predictors of suicidal ideation in older people: a decision tree analysis. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(11), 1325-1335. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2013.05.009>.
- Instituto Nacional de Estadística. (2023). *Defunciones por causa de Muerte 2022* https://www.ine.es/prensa/edcm_2022.pdf.
- Joiner, T. E. (2005). *Why people die by suicide*. Harvard University Press.
- Junus, A., y Yip, P. S. (2023). Preventing comorbidity between distress and suicidality: a network analysis. *npj Mental Health Research*, 2(1), 2. <https://doi.org/10.1038/s44184-023-00022-1>.
- Klonsky, E. D., y May, A. M. (2015). The three-step theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the “ideation-to-action” framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8(2), 114-129. <https://doi.org/10.1521/ijct.2015.8.2.114>.
- Lovibond, P. F., y Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*, 33(3), 335-343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U).
- Nock, M. K., Green, J. G., Hwang, I., McLaughlin, K. A., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2013). Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA Psychiatry*, 70(3), 300-310. <https://doi.org/10.1001/2013.jamapsychiatry.55>.
- Orben, A., y Przybylski, A. K. (2019). The association between adolescent well-being and digital technology use. *Nature Human Behaviour*, 3(2), 173–182. <https://doi.org/10.1038/s41562-018-0506-1>.
- Organización Mundial de la Salud. (OMS), (2021). *Suicide worldwide in 2019: Global health estimates*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>.
- Orri, M., Scardera, S., Perret, L. C., Bolanis, D., Temcheff, C., Séguin, J., ... Geoffroy, M. (2020). Mental health problems and risk of suicidal ideation and attempts in adolescents. *Pediatrics*, 145(6), e20194034. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-4034>.

- Pan, C.-H., Lee, M., Wu, C.-Y., Liao, S., Chan, C.-T., y Chen, C.-Y. (2021). Suicidal ideation, psychopathology, and help-seeking in 15 to 19-year-old adolescents in Taiwan: A population-based study 2015-2019. *Journal of Affective Disorders*, 282, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.174>.
- Park, C. H. K., Lee, J. W., Lee, S. Y., Moon, J., Jeon, D. W., Shim, S. H., ... Ahn, Y. M. (2020). Suicide risk factors across suicidal ideators, single suicide attempters, and multiple suicide attempters. *Journal of psychiatric research*, 131, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.08.018>.
- Petkus, A. J., Wetherell, J. L., Stein, M. B., Chavira, D. A., Craske, M. G., Sherbourne, C., ... Roy-Byrne, P. (2017). Age Differences in Death and Suicidal Ideation in Anxious Primary Care Patients. *Clinical Gerontologist*, 41(4), 271–281. <https://doi.org/10.1080/07317115.2017.1356893>.
- Rossom, R., Coleman, K., Ahmedani, B., Beck, A., Johnson, E., Oliver, M. M., y Simon, G. (2017). Suicidal ideation reported on the PHQ9 and risk of suicidal behavior across age groups. *Journal of Affective Disorders*, 215, 77–84. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.03.037>.
- Ruiz, F. J., Martín, M. B. G., Falcón, J. C. S., y González, P. O. (2017). The hierarchical factor structure of the Spanish version of Depression Anxiety and Stress Scale-21. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 17(1), 97-105. Available in: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56049624007>.
- Sampasa-Kanyinga, H., y Lewis, R. F. (2015). Frequent use of social networking sites is associated with poor psychological functioning among children and adolescents. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 18(7), 380–385. <https://doi.org/10.1089/cyber.2015.0055>.
- Sánchez-Álvarez, N., Pacheco, N. E., Rey, L., Chang, E. C., y Chang, O. D. (2020). Frequency of suicidal ideation inventory: Psychometric properties of the Spanish version. *Psicothema*, 32(2), 253. <https://doi.org/10.7334/psicothema2019.344>.
- Twenge, J., Cooper, A. B., Joiner, T. E., Duffy, M. E., y Binau, S. G. (2019). Age, period, and cohort trends in mood disorder indicators and suicide-related outcomes in a nationally representative dataset, 2005–2017. *Journal of Abnormal Psychology*, 128(3), 185–199. <https://doi.org/10.1037/abn0000410>.
- Zhong, S., Cheng, D., Su, J., Xu, J., Zhang, J., Huang, R., ... Zhou, L. (2023). A network analysis of depressive symptoms, psychosocial factors, and suicidal ideation in 8686 adolescents aged 12–20 years. *Psychiatry research*, 329, 115517. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115517>.

Capítulo 19

Relación entre edadismo, satisfacción vital y percepción de la vejez en personas mayores en ámbito residencial.

Laura Steegmann¹, Rosa Ruiz-Aragoneses¹, David Almaraz¹, Pablo Posse¹, José Carlos Bermejo¹.

¹Centro de Humanización de la Salud San Camilo.

RESUMEN

El edadismo, entendido como discriminación por edad, puede presentarse también entre las propias personas mayores, quienes interiorizan estereotipos negativos sobre la vejez. Esta autopercepción repercute en su bienestar psicológico y satisfacción vital, especialmente en el contexto residencial, donde la participación social es limitada y la soledad representa un factor de riesgo. El presente estudio analizó la relación entre edadismo y satisfacción vital en personas mayores residentes, así como su vínculo con la soledad y el aislamiento social. Se realizó un estudio transversal con 40 residentes de entre 63 y 100 años. Se recogieron variables sociodemográficas, tiempo en residencia, estado cognitivo y depresión, junto con medidas de estereotipos sobre la vejez (IAS), soledad (Escala de De Jong-Gierveld), aislamiento social (LNS-6) y satisfacción vital (SWL Scale). Los resultados indicaron que la satisfacción vital fue mayor en varones y se asoció positivamente con la imagen positiva de la vejez, mientras que se relacionó negativamente con la edad, la depresión y la soledad. La visión negativa de la vejez correlacionó únicamente con la edad. Asimismo, el aislamiento social se vinculó al deterioro cognitivo y la soledad a mayores niveles de depresión. El modelo de regresión mostró que ser varón y mantener una autopercepción positiva de la vejez explicaban más de un tercio de la varianza en la satisfacción vital. Estos hallazgos resaltan la importancia de promover intervenciones psicosociales que fomenten una visión positiva del envejecimiento, reforzando el bienestar y la integración social de las personas mayores en el ámbito residencial.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población constituye uno de los principales retos sociales y sanitarios de las sociedades europeas contemporáneas. El edadismo, la discriminación por motivos de edad, representa una forma de estigmatización que puede afectar de manera significativa al bienestar de las personas mayores no solo mediante las actitudes sociales, sino también a través de la internalización de estereotipos negativos sobre la vejez que influyen en la autopercepción. Diversas investigaciones han demostrado que la manera en que las personas mayores perciben la vejez repercute directamente en su salud mental, su participación social y su satisfacción vital (p. ej., Losada-Baltar et al., 2020; Román et al., 2017; Velaithan et al., 2024). En el ámbito residencial, estas variables cobran especial relevancia, dado que las condiciones de institucionalización pueden limitar las oportunidades de interacción social y favorecer experiencias de soledad y aislamiento.

A pesar de la creciente atención que recibe este fenómeno, aún son escasos los estudios que analizan de manera conjunta la relación entre edadismo, percepción de la vejez, satisfacción vital y factores psicosociales

en personas mayores residentes en España. El presente trabajo busca contribuir a este vacío explorando cómo estas variables interactúan, con el fin de ofrecer evidencia empírica que oriente intervenciones psicosociales y estrategias de acompañamiento en contextos residenciales.

METODOLOGÍA

Estudio transversal con participación de 40 personas residentes en el Centro San Camilo de Tres Cantos. Se recogió información sociodemográfica, así como el tiempo de estancia en la residencia. Además, se obtuvieron medidas de depresión a través de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, adaptada a población española (De Dios del Valle et al., 2001), y de deterioro cognitivo, empleando el Mini-Examen Cognoscitivo (MEC; Lobo et al., 1999). Se emplearon las versiones españolas de los siguientes instrumentos para evaluar las variables centrales:

- Image of Aging Scale (IAS) (Fernández-Ballesteros et al., 2017), para evaluar estereotipos positivos y negativos sobre la vejez.
- Escala de Soledad de De Jong-Gierveld (Chemisquy et al., 2022), que mide la experiencia subjetiva de soledad.
- Lubben Social Network Scale (LSNS-6) (Menéndez y Pérez-Padilla, 2021), para estimar el grado de aislamiento social.
- Satisfaction with Life Scale (SWL Scale) (Atienza et al., 2000), utilizada para valorar la satisfacción vital.

Se realizaron análisis descriptivos, obteniendo medidas de tendencia central y dispersión para las variables continuas (edad, tiempo en residencia, depresión, deterioro cognitivo y puntuaciones de las escalas), así como frecuencias absolutas y relativas para las variables categóricas (género, nivel de estudios, depresión y deterioro cognitivo).

Dado que algunas variables no se ajustaban a la distribución normal, se aplicaron pruebas no paramétricas. Se empleó U de Mann-Whitney para comparar las escalas en función del género, y la prueba de Kruskal-Wallis para evaluar diferencias en función del nivel de estudios y las categorías de la escala de Yesavage y el MEC. Las asociaciones entre variables se analizaron mediante el coeficiente de correlación de Spearman.

Finalmente, se realizó un análisis de regresión lineal múltiple con el método stepwise para identificar predictores de la satisfacción vital. Se crearon variables dummy para género y nivel de estudios. En un primer paso se incluyeron variables sociodemográficas y clínicas como control, y en el segundo, el resto de variables. Se consideraron modelos significativos con $p < .05$ y se estableció un FIV > 10 como criterio de multicolinealidad problemática.

RESULTADOS

La muestra estuvo compuesta por 29 mujeres (72.5 %) y 11 hombres (27.5 %). La edad osciló entre los 63 y los 100 años, con una media de 85.38 años (DT = 8.448). El 65 % de la muestra tenía estudios básicos. El

tiempo medio de estancia en la residencia fue de 1377.40 días (aproximadamente 3 años y 9 meses), con un mínimo de 5 días y un máximo de 5102 días. La puntuación medida en el Yesavage fue de 3.68 (DT = 2.939), presentando el 77.5 % de la muestra una puntuación normal, el 17.5 % una depresión leve o dudosa y el 5 % una depresión establecida. La puntuación media en el MEC fue de 26.5 (DT = 5.124). Un 32.5 % presentaba puntuaciones normales, mientras que el resto presentaba algún grado de deterioro cognitivo (Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas de la muestra (n = 40)

Variable		n	%
Género	Varón	11	27.5
	Mujer	29	72.5
Nivel de estudios	Sin estudios	6	15.0
	Básicos	26	65.0
	Bachillerato	6	15.0
	Diplomatura/FP/Técnico	1	2.5
Puntuación Yesavage	Licenciatura/Grado/Doctorado	1	2.5
	Normal	31	77.5
	Depresión leve o dudosa	7	17.5
Puntuación MEC	Depresión establecida	2	5.0
	Normal	13	32.5
	Ligero déficit	13	32.5
	Deterioro leve	10	25.0
	Deterioro moderado	4	10.0

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS ÍTEMS

Tabla 2. Estadísticos descriptivos de satisfacción vital (M = 19.80, DT = 3.729)

	M	DT	Mdn	Min	Max
Ítem 1	3.68	1.328	4.00	1	5
Ítem 2	3.78	1.074	4.00	1	5
Ítem 3	4.28	1.176	5.00	1	5
Ítem 4	4.53	0.716	5.00	3	5
Ítem 5	3.55	1.467	4.00	1	5
Total	19.80	3.729	19.50	11	25

Tabla 3. Estadísticos descriptivos de imagen positiva de la vejez (M = 24.00, DT = 6.401)

	M	DT	Mdn	Min	Max
Sanos/as	3.93	1.559	4.00	1	6
Capaces	4.10	1.482	4.00	1	6
Activos/as	4.13	1.244	4.00	2	6
Bien parecidos/as	3.53	1.536	3.00	1	6
Llenos/as de vida	3.78	1.593	4.00	1	6
Sabios/as	4.55	1.377	5.00	1	6
Total	24.00	6.401	23.50	12	36

Tabla 4. Estadísticos descriptivos de imagen negativa de la vejez (edadismo) (M = 22.25, DT = 6.163)

	M	DT	Mdn	Min	Max
Gruñones	3.38	1.644	3.00	1	6
Seniles	4.03	1.387	4.00	1	6
Lentos/as	3.83	1.517	4.00	1	6
Solos/as	3.50	1.908	4.00	1	6
Indefensos/as	3.98	1.641	4.00	1	6
Enfermos/as	3.55	1.797	4.00	1	6
Total	22.25	6.163	22.50	11	33

Tabla 5. Estadísticos descriptivos de aislamiento social (M = 10.78, DT = 6.608).

	M	DT	Mdn	Min	Max
Ítem 1	2.95	1.709	3.00	0	5
Ítem 2	2.10	1.582	2.00	0	5
Ítem 3	1.90	1.446	2.00	0	5
Ítem 4	1.70	1.667	1.50	0	5
Ítem 5	1.10	1.598	0.00	0	5
Ítem 6	1.02	1.209	1.00	0	4
Total	10.78	6.608	9.00	0	28

Tabla 6. Estadísticos descriptivos de soledad (M = 2.36, DT = 1.693).

	M	DT	Mdn	Min	Max
Ítem 1	0.44	0.502	0.00	0	1
Ítem 2	0.23	0.427	0.00	0	1
Ítem 3	0.36	0.486	0.00	0	1
Ítem 4	0.46	0.505	0.00	0	1
Ítem 5	0.54	0.505	1.00	0	1
Ítem 6	0.33	0.478	0.00	0	1
Total	2.36	1.693	2.00	0	6

ANÁLISIS COMPARATIVO

COMPARACIÓN EN FUNCIÓN DEL GÉNERO

Se observaron diferencias significativas en satisfacción vital en función del género ($U = 514.000$, $p = .014$). Los hombres presentaron mayor nivel de satisfacción vital (Mdn = 22) que las mujeres (Mdn = 19). No hubo diferencias significativas ($p > 0.05$) en función del género en imagen positiva de la vejez, imagen negativa de la vejez (edadismo), aislamiento social y soledad.

COMPARACIÓN EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE ESTUDIOS

No se observaron diferencias significativas ($p > 0.05$) en ninguna de las variables en función del nivel de estudios.

COMPARACIÓN EN FUNCIÓN DEL GRADO DE DEPRESIÓN

Hubo diferencias significativas en imagen positiva de la vejez en función del grado de depresión determinado por el Yesavage, $H = 11.065$, $p = 0.004$. Concretamente, aquellos que tenían un nivel normal puntuaron más alto (Mdn = 26) que los que tenían una depresión leve o dudosa (Mdn = 18).

No se hallaron diferencias significativas ($p > 0.05$) en función del grado de depresión en satisfacción vital, imagen negativa de la vejez (edadismo), aislamiento social y soledad.

COMPARACIÓN EN FUNCIÓN DEL GRADO DE DETERIORO COGNITIVO

No se observaron diferencias significativas ($p > 0.05$) en ninguna de las variables en función del grado de deterioro cognitivo determinado con el MEC.

CORRELACIÓN

Se observaron correlaciones negativas de la satisfacción vital con la edad ($r_s = -0.394$, $p = 0.012$) y con la depresión ($r_s = -0.387$, $p = 0.014$). Esto indica que una mayor edad y mayores niveles de depresión se asocian con una menor satisfacción vital. También se han hallado correlaciones positivas de la satisfacción vital con la imagen positiva de la vejez ($r_s = 0.523$, $p < 0.001$), y correlaciones negativas entre la imagen positiva de la vejez y la depresión ($r_s = -0.413$, $p = 0.008$). La imagen negativa de la vejez (edadismo) únicamente correlacionó, de manera negativa, con la edad ($r_s = 0.410$, $p = 0.009$), indicando que una mayor edad está asociada a un mayor nivel de edadismo internalizado. El aislamiento social presenta correlación significativa, de carácter positivo, con la puntuación en el MEC ($r_s = 0.351$, $p = 0.027$). Puesto que una mayor puntuación en el MEC indica un menor grado de deterioro, los resultados parecen indicar que un nivel más bajo de deterioro cognitivo se asocia con un mayor aislamiento social. Finalmente, la soledad correlaciona significativamente con el nivel de depresión de manera positiva ($r_s = 0.443$, $p = 0.005$) y con la satisfacción vital de manera negativa ($r_s = -0.347$, $p = 0.031$).

El resto de correlaciones no alcanzaron la significancia estadística, y esto puede atribuirse a dos razones principales: o bien las correlaciones realmente no existen en la población (la hipótesis nula es cierta), o bien las correlaciones sí existen (la hipótesis alternativa es cierta) pero el diseño no tenía suficiente potencia estadística. En cuanto a este segundo factor, la correlación más pequeña que podíamos detectar, con una potencia del 80 %, era de 0.427. Para correlaciones de 0.3, 0.2 y 0.1, las potencias que teníamos eran del 47.7, del 23.8 y del 9.4 %, respectivamente. En otras palabras, mientras que podrían detectar correlaciones de 0.427 en el 80 % de los estudios que se llevaran a cabo con muestras como esta, menos de la mitad de los estudios detectarían correlaciones de 0.3, apenas un cuarto detectaría correlaciones de 0.2 y menos de diez partes de los estudios observarían correlaciones de 0.1. Todas las correlaciones se representan en la Figura 1.

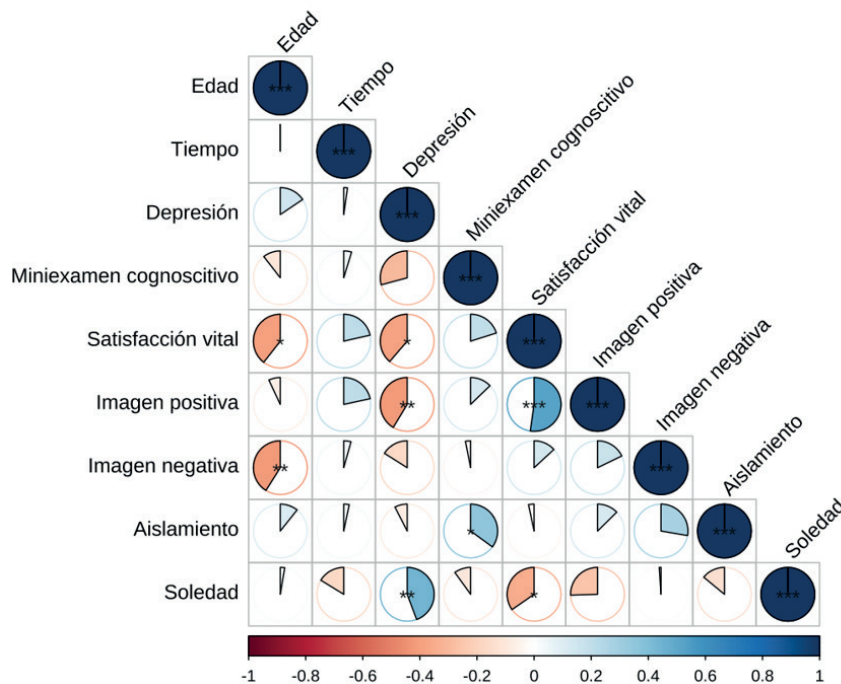


Figura 1. Mapa de calor de correlaciones.
 Nota: * : p < .05; ** : p < .01; *** : p < .001.

REGRESIÓN

El modelo final [$F(2, 36) = 9.923, p < 0.001$] formado por las variables independientes significativas género varón ($\beta = 2.658, p = 0.024$) e imagen positiva de la vejez ($\beta = 0.264, p = 0.002$), explica el 35.5% ($R^2 = 0.355$) de la varianza de la satisfacción vital (Tabla 7).

Tabla 7. Análisis de regresión para la variable dependiente satisfacción vital.

Modelo	R ²	B	DE	IC 95%		p	FIV
				LI	LS		
1 (Constante)	0.158	18.893	0.664	17.548	20.238	<0.001	1.000
Varón		3.289	1.250	0.757	5.821	0.012	
2 (Constante)	0.355	12.707	1.952	8.748	16.667	<0.001	1.029
Varón		2.658	1.124	0.378	4.939	0.024	
Imagen positiva vejez		0.264	0.079	0.103	0.425	0.002	

Nota: únicamente se incluyen en la tabla las variables con $p < 0.05$.

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio ponen de relieve la relevancia de la autopercepción positiva de la vejez como un factor protector del bienestar psicológico en personas mayores (Velaitan et al., 2024). Un hallazgo destacado es la relación entre género y satisfacción vital, siendo los varones quienes reportan mayor bienestar. Esta diferencia podría estar vinculada a aspectos socioculturales y a las distintas trayectorias de socialización entre hombres y mujeres, así como a factores de resiliencia o afrontamiento diferencial en el proceso de envejecimiento.

También se observó que el edadismo internalizado aumenta con la edad, lo que sugiere la persistencia y refuerzo de estereotipos negativos en etapas avanzadas de la vida. Este fenómeno representa un desafío para el acompañamiento en contextos residenciales, dado que puede limitar la motivación para participar en actividades sociales y afectar la percepción de autonomía y valor personal.

En cuanto al aislamiento social, su asociación con un mayor deterioro cognitivo replica uno de los hallazgos mejor establecidos en la investigación neuropsicológica (Cardona y Andrés, 2023).

Si bien este estudio mejora la comprensión del papel del edadismo internalizado en la satisfacción vital de los mayores residentes, presenta algunas limitaciones a considerar. El diseño transversal impide establecer relaciones causales definitivas, y la muestra relativamente pequeña y el hecho de que provenga de un único centro residencial limitan la generalización de los resultados. Futuros estudios deberían paliar estas limitaciones, así como incluir variables psicosociales adicionales para comprender mejor los factores que influyen en el bienestar de las personas mayores en contextos residenciales.

CONCLUSIONES

En conjunto, los hallazgos subrayan la importancia de desarrollar programas de intervención psicosocial que no solo reduzcan la soledad y fortalezcan las redes sociales, sino que también promuevan activamente una imagen positiva del envejecimiento, combatiendo los efectos del edadismo interiorizado.

Referencias bibliográficas

- Cardona, M., & Andrés, P. (2023). Are social isolation and loneliness associated with cognitive decline in ageing?. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 15, 1075563. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2023.1075563>.
- Chemisquy, S., Arévalo, L. y Sadaniowski, A. (2022). Evidencias de validez y confiabilidad de la versión abreviada de la Escala de Soledad de De Jong-Gierveld en estudiantes universitarios de Argentina. *Propósitos y Representaciones*, 10(3), e1723. <https://doi.org/10.20511/pyr2022.v10n3.1723>.
- De Dios del Valle, R., Hernández Sánchez, A., Rexach Cano, L. y Cruz Jentoft, A. J. (2001). Validación de una versión de cinco ítems de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage en población española. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 36(5), 276-280.
- Fernández-Ballesteros, R., Olmos, R., Santacreu, M., Bustillos, A., Schettini, R., Huici, C., & Rivera, J. M. (2017). Assessing aging stereotypes: Personal stereotypes, self-stereotypes and self-perception of aging. *Psicothema*, 29(4), 482–489. <https://doi.org/10.7334/psicothema2016.314>.
- Lobo, A., Saz, P., Marcos, G., Día, J. L., de la Cámara, C., Ventura, T., ... y Aznar, S. (1999). Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental Status Examination) en la población general geriátrica. *Medicina Clínica*, 112(20), 767-74.
- Losada-Baltar, A., Márquez-González, M., Jiménez-Gonzalo, L., del Sequeros Pedroso-Chaparro, M., Gallego-Alberto, L., & Fernandes-Pires, J. (2020). Diferencias en función de la edad y la autopercepción del envejecimiento en ansiedad, tristeza, soledad y sintomatología comórbida ansioso-depresiva durante el confinamiento por la COVID-19. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 55(5), 272-278.
- Menéndez, S. y Pérez-Padilla (2021). *Evaluación del apoyo social y el riesgo de aislamiento en personas mayores mediante las escalas LSNS*. Universidad de Huelva: Documento no publicado.
- Pons, P., Atienza González, F. L., Balaguer Solá, I. y García Merita, M. L. (2002). Propiedades psicométricas de la escala de satisfacción con la vida en personas de tercera edad. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 1(13), 71-82.
- Román, X. A. S., Toffoletto, M. C., Sepúlveda, J. C. O., Salfate, S. V., & Grandón, K. L. R. (2017). Factors associated to subjective wellbeing in older adults. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 26(02), e5460015.
- Velaithan, V., Tan, M. M., Yu, T. F., Liem, A., Teh, P. L., & Su, T. T. (2024). The association of self-perception of aging and quality of life in older adults: a systematic review. *The Gerontologist*, 64(4), gnad041.

Capítulo 20

Efectos de la musicoterapia neurológica en el grado de bienestar y motivación de las personas con demencia leve-moderada.

Sergí Muñiz Fortuny, Sergi¹, Lourdes Forn Villanova, Lourdes².

¹*Educador social y Musicoterapeuta. Casa Vapor Gran y Residencia Falguera, Fundació Vallparadís (Mútua Terrassa). Universitat de Barcelona.*

²*PhD. Psicóloga Clínica. Unitat Intermèdia Vallparadís (Fundació Assistencial Mútua Terrassa). Universitat de Barcelona. Universitat Ramon Llull.*

RESUMEN

En las sociedades occidentales se observa un incremento de la población de edad avanzada que implica un importante sobre envejecimiento. Esto conlleva un aumento de enfermedades asociadas a la edad, entre las que se encuentra la demencia. Debido a que no existe todavía cura de este trastorno, las terapias no farmacológicas son fundamentales para enlentecer la progresión de la enfermedad y fomentar el bienestar. Dentro de estas, la musicoterapia se ha estudiado por sus efectos positivos en personas con esta patología, incluso en estadios evolutivos graves. La musicoterapia neurológica se aplica a trastornos neurológicos, y se ha consolidado como una disciplina estructurada, basada en la evidencia, que cuenta con bases teóricas establecidas desde la investigación en neurociencia. En el ámbito de la demencia se ha descrito que favorece la reducción de los síntomas asociados y mejora el bienestar de las personas afectadas.

El objetivo de este estudio es analizar los efectos de la musicoterapia neurológica en el grado de bienestar y motivación en personas con demencia leve-moderada.

Se expone un estudio cuasi-experimental con un grupo de intervención en el que se aplica musicoterapia neurológica. Se realiza la evaluación mediante la escala validada y estandarizada Music in Dementia Assessment Scales, MiDAS (McDermott et al., 2014), MiDAS-ESP (Forn et al., 2022), que evalúa de forma observacional si existen cambios en el grado del bienestar de las personas afectadas de demencia. La muestra consta de 44 participantes con demencia leve y moderada.

Se ha efectuado un análisis de varianza con dos factores de medidas repetidas. Los dos factores han mostrado mejoras estadísticamente significativas, especialmente durante la intervención de musicoterapia.

Este estudio contribuye a generar evidencia científica en este campo, mostrando los beneficios que la musicoterapia neurológica aporta en el grado de bienestar y de motivación en personas con demencia leve y moderada.

Palabras clave: demencia, musicoterapia neurológica, midas-esp, bienestar, motivación

INTRODUCCIÓN

En las sociedades occidentales se observa un incremento de la población de edad avanzada que implica un importante sobre envejecimiento y conlleva un aumento de las enfermedades asociadas a la edad, entre las que se encuentra la demencia (Grande et al., 2020; World Health Organization, WHO, 2022).

Este trastorno suele ir acompañado de síntomas psicológicos y conductuales que generan un importante malestar emocional (Kwon & Lee, 2021), y en este sentido debido a que no existe todavía cura de este trastorno, una importante dedicación de la investigación se enfoca a la mejora de estos síntomas disruptivos y a la mejora emocional y de calidad de vida.

Las terapias no farmacológicas se han postulado que son fundamentales para enlentecer la progresión de la enfermedad, pero también para fomentar la mejora del grado de bienestar (Pedersen et al., 2017). Dentro de estas, la Musicoterapia (MT) se considera una terapia no farmacológica positiva y beneficiosa en personas con demencia, incluso en estadios evolutivos graves (Moreno-Morales et al., 2020).

El presente estudio se plantea dentro del marco teórico de la Musicoterapia Neurológica (MTN). Esta se estableció formalmente en 1999 como la aplicación terapéutica de la música a las disfunciones cognitivas, afectivas, sensoriales y motoras debidas a daños en el sistema nervioso humano (Thaut et al., 2014).

Durante los últimos 20 años se ha consolidado como una metodología de tratamiento estandarizada dentro del campo de la MT aplicada a las enfermedades neurológicas, convirtiéndose en una disciplina estructurada, basada en la evidencia, que cuenta con bases teóricas surgidas de los estudios de neurociencia (García-Navarro et al., 2022; Holden et al., 2019; Thaut & Koshimori, 2020).

Los estudios de MTN realizados sobre emociones y melodía han mostrado el potencial de la música como estímulo artístico placentero, favoreciendo mejoras en el estado anímico y favoreciendo la reducción de los síntomas asociados a la demencia y mejora el bienestar de las personas afectadas (Holden et al., 2019; Prieto Álvarez, 2022).

Sin embargo, aunque diferentes autores establecen y argumentan los beneficios que puede suponer la aplicación de la MTN a las personas con demencia (Aldridge, 2005; Chatterjee et al., 2021; Colombo, 2020), existen todavía muy pocos estudios publicados sobre su efectividad. Entre ellos, Holden et al. (2019), describe una reducción de síntomas neuropsiquiátricos negativos asociados a la demencia y mejoras en la calidad de vida y bienestar de los enfermos y cuidadores. Por otro lado, Prieto Álvarez (2022) muestra mejoras en las áreas cognitiva, emocional y conductual, destacando también una mejor adherencia a la terapia que otras intervenciones.

La MTN, pues, es una intervención que cuenta con resultados muy positivos en el ámbito de la neurología, y se postula como una intervención potencialmente prometedora en el campo de la demencia, pero es necesario incrementar la investigación en este campo para lograr una mayor evidencia científica (Colombo, 2020; Thaut, 2010; Thaut & Koshimori, 2020). Esta necesidad justifica la realización del presente estudio que tiene el objetivo de analizar los efectos de la MTN en el grado de bienestar y motivación en personas con demencia leve-moderada.

METODOLOGÍA

Estudio cuasi-experimental con un grupo de intervención en el que se aplica musicoterapia neurológica.

Muestra: n= 44, 33 (75%) residían en el centro Casa Vapor Gran, y 11 (25%) en la Residencia Falguera (Fundació Vallparadís, Mútua Terrassa, Barcelona).

Criterios de inclusión: Personas entre 75 y 95 años, con criterios de demencia (trastorno neurocognitivo) según DSM-5 (APA, 2014), en estadio evolutivo de enfermedad 3-4 de la escala *Global Deterioration Scale*, GDS (Reisberg, et al., 1982), estables clínicamente.

Evaluación: se ha administrado la escala validada y estandarizada *Music in Dementia Assessment Scales*, MiDAS (McDermott et al., 2014), en su versión adaptada validada al español MiDAS-ESP (Forn et al., 2022), que evalúa a nivel observacional si existen cambios en el grado del bienestar de las personas afectadas de demencia. La evaluación se realiza a partir de los ítems de la escala (Interés, Respuesta, Iniciación, Implicación y Satisfacción), en 4 momentos temporales (Anterior, Inicio, Durante y Posterior a la sesión de MT).

Intervención: se realizaron 2 sesiones semanales de 50 minutos durante 12 semanas (24 sesiones), llevadas a término de manera individual. Se aplicaron las siguientes técnicas de MTN: *Musical Attention Control Training* (Thaut & Gardiner, 2014), *Auditory Perception Training* (Mertel, 2014a), *Associative Mood and Memory Training* (de l'Etoile, 2014), *Music in Psychosocial Training and Counseling* (Wheeler, 2014) y *Therapeutic Instrumental Music Performance* (Mertel, 2014b).

Análisis de datos: Se creó una base de datos donde se recogió la información sociodemográfica y clínica. Se registraron los resultados de la escala MIDAS-ESP en las sesiones 1, 10 y 24.

Se ha efectuado un análisis de varianza ANOVA con dos factores de medidas repetidas, Sesión (sesión 1, 10 y 24) y Momento Temporal (Formularios Anterior, Inicio, Durante y Posterior). Como variable dependiente se han incluido los 5 ítems de la escala.

Las pruebas estadísticas se han realizado con el software SPSS 21 (*International Business Machines Corporation*, IBM, 2012).

RESULTADOS

La muestra estuvo formada en un 81,8% de mujeres y un 18,2% de hombres, un 63,6% con estudios básicos y un 75% con profesiones no especializadas. A continuación, en la tabla 1 se muestran los datos clínicos.

Los resultados de la escala MIDAS-ESP incluyen los ítems de implicación, interés, respuesta, iniciativa y satisfacción. En cada sesión se registraron los cuatro formularios de la escala (Anterior, Inicio, Durante y Posterior) relacionados con los cuatro momentos temporales: el primero realizado unas horas antes de la sesión, el segundo al inicio, el tercero durante la sesión, y el cuarto, pasadas unas horas.

Se ha efectuado un análisis de variancia de dos factores de medidas repetidas, el factor Sesión (sesión 1, sesión 10 y sesión 24) y el factor Momento Temporal (Anterior, Inicio, Durante y Posterior). Como variable dependiente se han incluido los 5 ítems: Interés, Respuesta, Iniciación, Implicación y Satisfacción.

Tabla 1. Características clínicas de la muestra del estudio

Variables clínicas	G. Intervención n=44	
	n	%
Tipo demencia	9	20.5
Enfermedad de Alzheimer	7	15.9
Demencia vascular	4	9.1
Demencia mixta	0	0
Demencia Cuerpos Lewy	2	4.5
Demencia enf. de Parkinson	22	50.0
No especificado		
GDS		
3	22	50.0
4	22	50.0
Psicopatología		
Ninguna	31	70.5
Depresión	6	13.6
Ansiedad	4	9.1
Depresión + Ansiedad	3	6.8

Los dos factores han mostrado mejoras estadísticamente significativas. El factor Sesión ha mostrado una tendencia creciente y las puntuaciones medianas han incrementado a medida que se han realizado más sesiones. El factor Momento Temporal ha mostrado un crecimiento progresivo en los momentos temporales "Anterior, Inicio y Durante". En el Momento Temporal "Posterior" se ha observado una disminución equiparable al momento "Inicio".

Se observan mejoras estadísticamente significativas durante la intervención en MT en todos los ítems de la escala MiDAS-ESP. El ítem 5 "Satisfacción" es el que obtiene medianas más elevadas, seguido del ítem 1 "Interés", de los ítems 4 "Implicación" y 2 "Respuesta" que obtienen puntuaciones muy similares entre ellos. El ítem 3 "Iniciación" obtiene en mediana puntuaciones más bajas.

Los resultados pueden observarse en la figura 1. Distribución de la puntuación MiDAS-ESP, media obtenida en los cuatro formularios relativos a los cuatro momentos temporales para cada ítem.

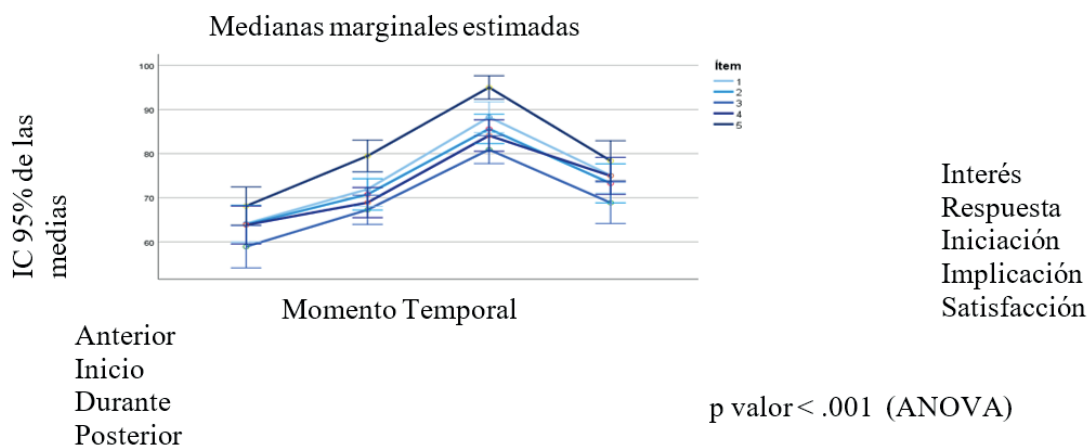


Figura 1

DISCUSIÓN

La escala MiDAS fue elaborada precisamente con el fin de registrar reacciones positivas (McDermott et al., 2015) debido a que muchos estudios se centran en registrar la disminución de sintomatología negativa, y los resultados obtenidos se encuentran en la línea de otros estudios que refieren que la MT favorece el contacto interpersonal y el bienestar (Brotons & Koger, 2000; Cho, 2018; Colverson et al., 2022; Elliott & Gardner, 2018; Reschke-Hernández et al., 2020). Estos resultados muestran que la música puede ser un estímulo placentero y favorecedor de la socialización y participación.

Lo que nos indican estos resultados es que la sesión de MTN tiene una influencia positiva en la persona que la recibe. Estos resultados se encuentran en la línea de otros estudios publicados, en los que se ha descrito que ayuda a favorecer la reducción de los síntomas asociados a la demencia y mejora el bienestar de las personas afectadas (Holden et al., 2019; Prieto Álvarez, 2022).

Por lo que respecta a las limitaciones de este estudio, se encuentran las dificultades derivadas de las características clínicas de la muestra, tales como alta fragilidad y comorbilidad. También cabe mencionar las dificultades derivadas del entorno asistencial en el que residen los usuarios (normativas, espacios, visitas de familiares, rutinas del día a día de cada centro), que dificultan el control de variables extrañas. Estos aspectos pueden contribuir a explicar la poca cantidad de estudios publicados y los problemas metodológicos que presentan estos.

CONCLUSIONES

Este estudio contribuye a generar evidencia científica en este campo, mostrando los beneficios que la musicoterapia neurológica aporta en el grado de bienestar y de motivación de las personas con demencia en grado leve y moderado.

Referencias bibliográficas

- Aldridge, D. (2005). Looking for the why, how and when. A: D. Aldridge (ed.) *Music Therapy and Neurologic Rehabilitation*. (pp. 11-26). Jessica Kingsley Publishers.
- American Psychiatric Association [APA], (2014). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-5. (5a ed., pp. 591-643). Editorial Médica Panamericana.
- Brotons, M., & Koger, S.M. (2000). The impact of music therapy on language functioning in dementia. *Journal of Music Therapy*, 37(3), 183-195. <https://doi.org/10.1093/jmt/37.3.183>.
- Chatterjee, D., Hegde, S., & Thaut, M. (2021). Neural plasticity: the substratum of music-based interventions in neurorehabilitation. *Neuro Rehabilitation*, 48(2), 155–166. <https://doi.org/10.3233/NRE-208011>.
- Cho, H.K. (2018). The effects of music therapy-singing group on quality of life and affect of persons with dementia: a randomized controlled trial. *Frontiers in Medicine*, 5, 279. <https://doi.org/10.3389/fmed.2018.00279>.
- Colombo, B. (2020). Is there an artistic treatment for neurological diseases? The paradigm of music therapy. A: B. Colombo (Ed.). *Brain and Art: From Aesthetics to Therapeutics*. (pp.5-18). Springer.
- Colverson, A.J., Trifilio, E., & Williamson, J.B. (2022). Music, mind, mood, and mingling in Alzheimer's disease and related dementias: A Scoping review. *Journal of Alzheimer's Disease*, 86(4), 1569–1588. <https://doi.org/10.3233/JAD-215199>.
- de l'Etoile, S.K. (2014). Associative Mood and Memory Training. A: M.H. Thaut & V. Hoemberg (Eds.). *Handbook of Neurologic Music Therapy*. (pp. 279-293). Oxford University Press.
- Elliott, M., & Gardner, P. (2018). The role of music in the lives of older adults with dementia ageing in place: A Scoping review. *Dementia*, 17(2), 199–213. <https://doi.org/10.1177/1471301216639424>.
- Forn, L., Muñoz, S., Alavedra, C., Farràs-Permanyer, L., Signo, S., & Bruna, O. (2022). Spanish validation of the Music in Dementia Assessment Scales. *Journal of Music Therapy*, 59(4), 344–367. <https://doi.org/10.1093/jmt/thac010>.
- García-Navarro, E.B., Buzón-Pérez A., & Cabillas-Romero M. (2022). Effect of music therapy as a non-pharmacological measure applied to Alzheimer's disease patients: A systematic review. *Nursing Reports*, 12(4), 775-790. <https://doi.org/10.3390/nursrep12040076>.
- Grande, G., Qiu, C., & Fratiglioni, L. (2020). Prevention of dementia in an ageing world: Evidence and biological rationale. *Ageing Research Reviews*, 64, 101045, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2020.101045>.
- Holden, S.K., Sheffler, J., Stewart, R., Thompson, S., Persson, J., Finseth, T., Sillau, S., & Kluger, B.M. (2019). Feasibility of home-based neurologic music therapy for behavioral and psychological symptoms of dementia: A pilot study. *Journal of Music Therapy*, 56(3), 265–286. <https://doi.org/10.1093/jmt/thz009>.
- International Business Machines Corporation, IBM, (2012). IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.

- Kwon, C.Y., & Lee, B. (2021). Prevalence of behavioral and psychological symptoms of dementia in community-dwelling dementia patients: A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 741059. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.741059>.
- McDermott, O., Orgeta, V., Ridder, H.M. & Orrell, M. A. (2014). Preliminary psychometric evaluation of Music in Dementia Assessment Scales (MiDAS). *International Psychogeriatric*, 26 (6), 1011-1019. <https://doi.org/10.1017/S1041610214000180>.
- McDermott, O., Orrell, M., & Ridder, H.M. (2015). The development of Music in Dementia Assessment Scales (MiDAS). *Nordic Journal of Music Therapy*, 24(3), 232–251. <https://doi.org/10.1080/08098131.2014.907333>.
- Mertel, K. (2014a). Auditory Perception Training. A: M.H. Thaut & V. Hoemberg (Eds.). *Handbook of Neurologic Music Therapy* (pp. 227-256). Oxford University Press.
- Mertel, K. (2014b). Therapeutic Instrumental Music Performance. A: M.H. Thaut & V. Hoemberg (Eds.). *Handbook of Neurologic Music Therapy* (pp. 116-139). Oxford University Press.
- Moreno-Morales, C., Calero, R., Moreno-Morales, P., & Pintado, C. (2020). Music therapy in the treatment of dementia: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Medicine*, 7, 160, 1-11. <https://doi.org/10.3389/fmed.2020.00160>.
- Pedersen, S.K.A., Andersen, P.N., Lugo, R.G., Andreassen, M. & Sütterlin, S. (2017). Effects of music on agitation in dementia: A meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 8, 742. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00742>.
- Prieto Álvarez, L. (2022). Neurologic music therapy with a rehabilitative approach for older adults with dementia: A feasibility study. *Music Therapy Perspectives*, 40 (1), 76–83. <https://doi.org/10.1093/mtp/miab021>.
- Reisberg, B., Ferris, S.H., de Leon, M.J. & Crook, T. (1982). The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *American Journal of Psychiatry*, 139(9), 1136–1139. <https://doi.org/10.1176/ajp.139.9.1136>.
- Reschke-Hernández, A.E., Belfi, A. M., Guzmán-Vélez, E., & Tranel, D. (2020). Hooked on a feeling: influence of brief exposure to familiar music on feelings of emotion in individuals with Alzheimer's disease. *Journal of Alzheimer's Disease*, 78(3), 1019–1031. <https://doi.org/10.3233/JAD-200889>.
- Thaut, M., & Koshimori, Y. (2020). Neurorehabilitation in aging through neurologic music therapy. A: L.L. Cuddy, S. Belleville & A. Moussard (Eds.), *Music and the Aging Brain*. (pp.351-382). Academic Press.
- Thaut, M.H. (2010). Neurologic music therapy in cognitive rehabilitation. *Music Perception*, 27 (4), 281-285. <https://doi.org/10.1525/mp.2010.27.4.281>.
- Thaut, M.H., & Gardiner, J.C. (2014). Musical Attention Control Training. A: M.H. Thaut & V. Hoemberg (Eds.). *Handbook of Neurologic Music Therapy* (pp. 257-269). Oxford University Press.
- Thaut, M.H., McIntosh, G.C., & Hoemberg, V. (2014). Neurologic music therapy: from social science to neuroscience. A: M.H. Thaut & V. Hoemberg, *Handbook of Neurologic Music Therapy*. (pp 1-6). Oxford University Press.

Wheeler, B L. (2014). Music in Psychosocial Training and Counseling. A: M.H. Thaut & V. Hoemberg (Eds.). *Handbook of Neurologic Music Therapy* (pp. 331- 359). Oxford University Press.

World Health Organization, WHO. (2022). *Dementia*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>.

Capítulo 21

Programa de psicoestimulación en enfermos mayores con deterioro cognitivo. Asociación de Alzheimer de Ourense- AFAOR.

Carmen Pérez González¹.

¹*Asociación de Familiares y Enfermos de Alzheimer de Ourense (AFAOR). Galicia. España.*

RESUMEN

Actualmente la esperanza de vida en nuestra sociedad ha aumentado y es por ello que cobra gran importancia el modo en el que la llevemos y como queramos alcanzar nuestra última etapa. Debemos preocuparnos en conseguir una adecuada salud física pero también una estable salud mental. Ambas son importantes para percibir que disfrutamos de una buena calidad de vida.

La gente mayor cada vez se preocupa más en mantenerse activo a nivel cognitivo.

Esto nos lleva a dirigir la atención a los casos de personas con cuadros neurodegenerativos.

Para ello elaboramos talleres de Estimulación Cognitiva destinados a personas diagnosticadas con un trastorno neurodegenerativo, fundamentalmente casos de enfermos de Alzheimer. Este servicio específico de intervención terapéutica está diseñado para personas en estadios iniciales de deterioro cognitivo.

La finalidad principal de la estimulación cognitiva es ralentizar el proceso de deterioro cognitivo y favorecer el mantenimiento de las capacidades que se conservan e incluso la recuperación de habilidades prácticamente perdidas.

En Afaor nos centramos en la estabilidad y mejora de las capacidades cognitivas fomentando la sociabilización y el trabajo en equipo.

Palabras clave: demencia, psicoestimulación, estabilidad, autoestima.

INTRODUCCIÓN

Cuando una persona comienza a desarrollar un proceso neurodegenerativo es muy importante su pronta detección y posteriormente intervenir tanto a nivel farmacológico como con terapias no farmacológicas.

Es en esta última, donde cobra importancia la asociación Afaor con el desarrollo de los diferentes talleres adaptados a las necesidades de sus usuarios.

Afaor es una asociación sin ánimo de lucro y con carácter benéfico que surge en el año 1995, a partir de la unión de familias con enfermos de Alzheimer u otras demencias a su cargo.

A día de hoy es la única Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de la provincia de Ourense (Galicia). Esto hace que sea necesario, dentro de las posibilidades que tenemos, el descentralizar nuestros servicios a otras áreas de la provincia, para poder llegar al mayor número posible de enfermos de Alzheimer con los que cuenta nuestra comarca.

Dentro de sus principales objetivos se encuentran realizar terapias dirigidas a los enfermos para que ellos pudieran tener una mejor calidad de vida y una mejor percepción de su día a día. Además de ello, también se logra dar un respiro a las familiares y cuidadores de los mismos.

CONTEXTO Y NECESIDADES

La comunidad gallega y en concreto la provincia de Ourense cuenta con una gran población envejecida. Esto hace que cada vez sea más necesario la creación de recursos y servicios dirigidos a este colectivo.

Sabemos que la edad no es un factor determinante de un diagnóstico de demencia, pero si es considerado factor de riesgo por lo que las probabilidades de casos de demencia en Ourense aumentan considerablemente en el momento actual.

Diversos estudios demostraron la importancia de la combinación de tratamiento farmacológico y no farmacológico para poder obtener mejores resultados en los usuarios.

Cada vez los familiares se hacen más conscientes de la necesidad, no solo de la pauta médica, sino también de la búsqueda de centros especializados que puedan ofrecer otro tipo de intervención que beneficie tanto al enfermo como a las personas que lo rodean.

Este tipo de actuaciones no solo se centra en buscar un enlentecimiento en la evolución de la demencia, además el practicar los conocimientos adquiridos a lo largo de la vida y mantenerlos es necesario para motivar, reafirmar la confianza y autoestima en contra del aislamiento, la soledad y la depresión.

DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA Y OBJETIVOS

Sabemos que las demencias son procesos degenerativos y no reversibles, pero también contamos con la neuroplasticidad de nuestras neuronas y eso nos permite poder llegar a alcanzar pequeños objetivos.

La lucha para poder alcanzarlos es a contrarreloj, porque el Alzheimer nos va dañando y eliminando la base necesaria para ello, partimos de un cerebro enfermo y todo aquello que se consiga tiene mucho mérito.

En Afaor contamos con diferentes salas de trabajo, orientadas a la realización de actividades específicas.

En este programa, establecemos sesiones diarias de 180 minutos donde trabajan diferentes áreas cognitivas (orientación espacio-temporal, lenguaje, cálculo, memoria, concentración/atención, praxias y gnosias), tanto de forma individual como grupal, para el desenvolvimiento óptimo de la persona. Estas sesiones están disponibles en jornada de mañana o jornada de tarde.

Esos minutos también están destinados a una parte lúdica y otra parte para la gerontogimnasia.

Las capacidades cognitivas son trabajadas mediante la creación de materiales didácticos en formato papel (fichas de ejercicios) y también haciendo materiales manipulativos que puedan dar juego a diferentes dinámicas.

Dichos materiales se adaptan por niveles de dificultad o incluso en el desarrollo de la propia clase se individualiza la demanda que se le solicita al usuario.

En cuanto a las actividades lúdicas, se realizan juegos como el bingo, las cartas... Esto a ellos les gusta mucho y no lo perciben tanto como trabajo por lo que la activación neuronal que conseguimos a través de ellos también favorece al estado de ánimo.

La actividad de movilidad, la integramos en un taller de gimnasia adaptada según sus limitaciones físicas y también cognitivas, trabajando lateralidad, percepción corporal, secuenciación de movimientos...

Toda tarea está supervisada por personal especializado que cuenta con las destrezas necesarias para que todo se desarrolle sin grandes dificultades.

Estos profesionales también deben empatizar y saber gestionar situaciones incómodas que puedan surgir por la sintomatología que tienen los enfermos de demencia de tipo Alzheimer. Labilidad emocional, problemas conductuales, apatía, son algunos de ellos, y tratándose de actividades en grupo, cobran gran importancia.

Utilizamos nuestra sede, ubicada en la ciudad de las Burgas y otros espacios, como centros cívicos, residencias de la tercera edad y locales sociales, localizados en 6 de las 12 comarcas de nuestra provincia.

Los talleres realizados fuera de Afaor son de menor duración y se centran principalmente en el trabajo cognitivo propiamente dicho.

Dichos talleres representan un pilar importante para las familias, debido a que en la mayoría de los casos es el único recurso del que disponen para su familiar enfermo, si no tenemos en cuenta ayudas estatales.

Este servicio beneficia semanalmente a más de 150 usuarios directos.

Los objetivos que nos planteamos con este programa son:

- Conseguir que el 75% de los asistentes mantengan sus capacidades cognitivas durante su asistencia.
- Lograr que la mitad de los usuarios recuperen parte de sus habilidades que vieron mermadas o casi olvidadas.
- Facilitar, según el caso, a los cuidadores de los participantes un tiempo de respiro desde el momento en el que se incluye a su familiar en el servicio.

EVALUACIÓN DE LA EXPERIENCIA

Para poder evaluar dicha experiencia se lleva a cabo la escala Mini Mental Lobo (MEC). Este nos proporciona un valor numérico con respecto al estadio de deterioro que presenta el usuario, cuanto de dañadas están sus capacidades cognitivas. No podemos olvidarnos de tener en cuenta el nivel cultural al que haya podido acceder para poder tener un resultado más fiable. En cuanto al área emocional, no es posible pasar una escala como tal por la dificultad de explicación que eso conlleva para un sujeto cuya capacidad de razonamiento y autopercepción se encuentran alteradas. El test MEC siempre se realiza en la entrevista de incorporación a los talleres y en ocasiones su valor cambia, ya que en ese primer contacto se sienten cohibidos o con vergüenza,

lo que hace que los resultados no sean del todo fiables. Por ello, en esas ocasiones es necesario que se administre de nuevo al cabo de unos días de empezar las clases.

En esta entrevista, la familia o cuidador principal, nos amplía la información tanto conductual como sentimental previa y actual del enfermo. Además de datos de su historia de vida y aficiones que tenga o haya tenido. Esto nos ayuda a que la integración en la dinámica de los talleres se le facilite y podamos alcanzar su permanencia en el programa.

La percepción objetiva del personal que trata directamente con ellos, también tiene un gran valor, porque son ellos los que se percatan en primer lugar de posibles cambios, ya sean mejoras o déficits. Todo cambio significativo es informado a la familia, las cuales tienen un papel importante para poder contrastar, y entre ambos poder valorar la evolución de su familiar enfermo.

Ambas mediciones (minimental y observación) son relevantes para poder concluir si los objetivos se han alcanzado o no.

RESULTADOS OBTENIDOS

Todos nuestros participantes pasan de ser miembros meramente pasivos en sus domicilios a acudir a unos talleres en los cuales sienten pueden ser productivos y practicar habilidades que pensaban que ya no eran capaces de hacer.

Esto provoca en él/ella, que su estado de ánimo mejore, y esto se traduce en una mejora de calidad de vida, se sienten mejor, alegres, activos. Conviven en una comunidad de iguales en la que nadie es juzgado ni minusvalorado.

Nuestra experiencia de más de 25 años trabajando en el ámbito de la psicoestimulación en personas con diferentes tipos de demencias, nos permite acreditar el alcance de nuestras metas, además de conseguir una mejora en el estado de ánimo de los pacientes.

Se ha alcanzado que aproximadamente el 75% de los participantes mantienen a medio plazo sus diferentes capacidades cognitivas mientras acuden a los talleres. En la mayoría de los casos el cese temporal de la actividad, ya sea por motivos familiares, vacacionales etc, al regreso se percibe un empeoramiento y de algún modo se debe volver a comenzar como si de la primera vez se tratara.

La familia es consciente de este deterioro y cada vez evita en mayor medida las ausencias innecesarias.

La mitad de nuestros usuarios vieron como recuperaban destrezas, ya sean cognitivas, funcionales o ejecutivas, que daban por perdidas. Principalmente en cuanto a la autonomía, ya que tanto el centro como en los talleres externos, favorecemos a que ellos hagan todo lo que puedan sin intervenir y esto les genera bienestar y sentirse útiles.

Además, también obtenemos resultados positivos en los familiares y/o cuidador principal. Estos ven como disponen de un tiempo de respiro mientras su familiar se encuentra en la actividad.

En ocasiones los enfermos comienzan con una asistencia escasa a las sesiones, pero una vez que los familiares ven los beneficios que se pueden alcanzar, aumentan el número de las clases a la semana.

CONCLUSIONES

Este programa de psico-estimulación busca poder ayudar a ambas partes implicadas en la vivencia de un proceso de demencia en un núcleo familiar. Cada una de ellas perciba y sienta mejoría en su día a día.

Se trata de uno de los programas de Afaor más afianzado y en mayor expansión.

Los talleres que se realizan externamente se renuevan cada año e incluso surgen localidades nuevas interesadas en implantarlo para su comunidad.

Para nosotros es de gran importancia el bienestar tanto del usuario como del familiar, por ello hacemos lo que este en nuestra mano para que el viaje que conlleva una demencia sea lo más llevadero posible.

Capítulo 22

Neuroeducación y envejecimiento activo y saludable.

Yolanda González González¹.

¹UNED SENIOR - Asociación Educateterapia, Madrid, España.

RESUMEN

La neurociencia, y más concretamente la neuroeducación, nos permite comprender mejor los procesos de aprendizaje y, con ello, optimizar la enseñanza tanto en contextos formales como no formales.

Reflexionar sobre la importancia de la neuroeducación para el desarrollo de la resiliencia en personas adultas mayores, desde el ámbito socioeducativo, nos ayuda a conceptualizarla y valorarla como una capacidad que puede desarrollarse para afrontar y superar las dificultades y riesgos de la vida, potenciando al máximo nuestras posibilidades a través de los principios de una pedagogía resiliente y de la neuroeducación.

Una intervención socioeducativa adecuada, liderada por profesionales resilientes, promueve estrategias y ofrece herramientas para el desarrollo de competencias clave, poniendo el foco en las capacidades y recursos internos, en las fortalezas de la persona y en sus posibilidades para afrontar crisis e, incluso, descubrir y desarrollar una nueva versión de sí misma.

Al ser más conscientes de cómo se genera la resiliencia, también adquirimos más herramientas para ofrecer oportunidades de aprendizaje y desarrollo a otras personas con quienes nos relacionamos y a quienes se dirige nuestra acción socioeducativa como profesionales de la educación social.

Palabras clave: Envejecimiento, Neuroeducación, Resiliencia, Educación social, Neuroplasticidad.

INTRODUCCIÓN

Siguiendo el concepto de Alvarado y Salazar (2014), el envejecimiento se define como un proceso inherente a la vida humana, caracterizado por ser una experiencia única y heterogénea, cuyo significado depende de la connotación cultural. Esta experiencia de intervención se plantea desde diferentes perspectivas, principalmente desde la educación social y la neuroeducación, entendiendo el envejecimiento como un proceso biopsicosocial que requiere una mirada integral y humana. Se propone un proceso neuroeducativo en el que la persona reconoce cómo funciona su cerebro, se identifica y se dignifica con sus potenciales y posibilidades, entrena sus capacidades y habilidades, se empodera y retoma su proyecto de vida, convirtiéndose en protagonista de él.

La resiliencia es un aprendizaje que desarrollamos a lo largo de todo el ciclo vital. Más allá de los condicionantes genéticos, existen factores ambientales, sociales y personales que pueden favorecer o dificultar la capacidad de aprender a ser resilientes.

NEUROEDUCACIÓN, EDUCACIÓN SOCIAL Y PLASTICIDAD CEREBRAL.

A través de la neuroeducación y la educación social, es posible acercar el conocimiento sobre el funcionamiento y las potencialidades del cerebro a distintos grupos de personas, haciéndoles protagonistas y escultoras de su propio desarrollo. Desde una pedagogía resiliente, se pueden propiciar cambios que faciliten la construcción de la resiliencia en las personas y grupos a quienes acompañamos.

Davidson, en sus investigaciones sobre neurociencia afectiva, describe el perfil emocional del cerebro y sus seis dimensiones, definiéndolo “como una manera consecuente de responder a las experiencias de nuestras vidas” (Davidson & Begley, 2012), entre las que se incluye la resiliencia.

IMPORTANCIA DE LA CORTEZA PREFRONTAL.

Las redes neuronales del cerebro son dinámicas y se reorganizan gracias a la neuroplasticidad, que constituye la base de la resiliencia. En personas adultas mayores, una mayor activación de la corteza prefrontal ventromedial incrementa la conectividad con la amígdala y el hipocampo, regiones clave del sistema límbico para la gestión emocional y la resiliencia. Estas conexiones son esenciales para afrontar la adversidad, gestionar el miedo y la ansiedad, y regular las emociones (Pascual-Leone & Bartres-Faz, 2021).

La corteza prefrontal es imprescindible para el funcionamiento de las funciones ejecutivas, mientras que la amígdala interviene en el procesamiento emocional y el hipocampo en el almacenamiento de la memoria explícita, influyendo en la toma de decisiones con contenido emocional.

RESILIENCIA Y NEUROPLASTICIDAD.

Las investigaciones han demostrado que la neuroplasticidad permite modificar patrones de actividad cerebral que reflejan las dimensiones de nuestro perfil emocional (Guillén, 2017). El cerebro humano es extraordinariamente plástico, capaz de adaptar su actividad y cambiar su estructura de forma significativa a lo largo de la vida, modificando patrones internos. Un ejemplo de ello es la disminución de la hiperactividad cerebral.

La neuroplasticidad aumenta nuestra capacidad de adaptación a cambios internos y externos, fortalece las conexiones neuronales y las hace más estables en función de nuestras experiencias, el aprendizaje y la estimulación sensorial y cognitiva.

APLICACIÓN PRÁCTICA.

Inspirados en el octavo principio de la neuroeducación, “Somos seres sociales”, y en las conclusiones del estudio dirigido por Robert Waldinger, *Qué es una buena vida: lecciones del estudio más prolongado sobre la felicidad*, que afirma que “nuestro cerebro es un cerebro social”, el Colegio Profesional de Educadoras/es Sociales de la Comunidad de Madrid (CPEESM) desarrolló un programa dirigido a personas mayores de 65 años, en colaboración con la Comunidad de Madrid. En los centros de mayores de esta comunidad se han implementado espacios para fomentar la resiliencia en el proceso de envejecimiento activo y la solidaridad intergeneracional, ofreciendo herramientas y recursos para un envejecimiento de mayor calidad y para prevenir o abordar la soledad no deseada. Como afirma Facundo Manes: «La resiliencia es más que resistir, es también aprender a vivir».

CONTEXTO Y NECESIDADES

En un contexto socioeducativo muy diverso, se incorporan personas mayores de 55 años a la asignatura de la UNED Senior *Envejecimiento activo y saludable*, impartida en la sede de Jacinto Verdaguer de la UNED Madrid. Desde hace un par de años, el objetivo ha sido poner el foco en la persona, desde una mirada humana, para cubrir sus necesidades de aprendizaje y de autoconocimiento sobre su cuerpo, mente, capacidades, entorno y proyecto vital. Bajo un enfoque de derechos, se ha profundizado en estos aspectos a su propio ritmo, adaptando los contenidos desde el inicio a las necesidades de las personas participantes. El grupo ha estado formado por personas de entre 55 y más de 90 años, con gran motivación por aprender, relacionarse y disfrutar de la vida, compartiendo y transmitiendo sus aprendizajes.

Las y los participantes, diversos en cultura, nivel social y educativo, se han adaptado para conformar un grupo dinámico, participativo y respetuoso. Durante este tiempo, han manifestado la necesidad de seguir construyendo su proyecto de vida, reflexionando y analizando sus necesidades sociales y de significado, aquellas que dan sentido a su existencia.

Se han desarrollado distintas experiencias abiertas a la comunidad, con la participación de alumnado del Grado en Educación Social de 3.º de ESCUNI (Universidad que actualmente ofrece esta titulación en su primera promoción) y de personas mayores de la Residencia de la Comunidad de Madrid en Getafe. Estas últimas, de forma voluntaria, compartieron sus experiencias de aprendizaje vital en una sesión dedicada al “edadismo y el aprendizaje a lo largo de la vida”. También participaron entidades sociales como la Fundación Grandes Amigos, que se sumaron al aula para compartir espacios de diálogo y reflexión mediante la metodología *Hablemos de...* (por ejemplo, “Género e igualdad” o “Cómo gestionar nuestras emociones”).

En estas aulas se han construido espacios amables, abiertos al aprendizaje y al intercambio, que muchas y muchos describen como un lugar para abrazarnos, acoger nuestros sentires y malestares, tomar conciencia y cuidarnos.

DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA

Esta experiencia ha buscado integrar los pilares de la neuroeducación, que incluyen: nuestro cerebro cambia y es único; las emociones sí importan; la novedad alimenta la atención; el ejercicio físico mejora el aprendizaje; la práctica continua permite progresar; el juego nos abre las puertas del mundo; el arte mejora el cerebro; y somos seres sociales.

A estos principios se suman los pilares de la resiliencia o factores de protección, que promueven y fortalecen la capacidad de adaptación de las personas más allá de los efectos negativos de la adversidad. Una vez detectados, se procura estimularlos. Entre ellos se encuentran: autoestima consistente, introspección, independencia, capacidad de relacionarse, iniciativa, sentido del humor, creatividad, moralidad y pensamiento crítico (Melillo, 2002).

Con esta base, nos planteamos, entre otros, los siguientes objetivos:

- Ofrecer herramientas para el autoconocimiento.
- Favorecer un envejecimiento más significativo, digno y saludable, desmontando mitos y estereotipos asociados a esta etapa de la vida, mediante el autoconocimiento y el desarrollo personal con mindfulness y neuroeducación.

- Fomentar la neuroplasticidad cerebral y la reserva cognitiva, entrenando funciones ejecutivas, metacognición, alfabetización y regulación emocional, flexibilidad cognitiva e inhibición de respuestas.
- Comprender cómo actúan y funcionan nuestras creencias, el “piloto automático”, la compasión y la autocompasión, así como facilitar la creación de redes sociales.

EVALUACIÓN DE LA EXPERIENCIA

Se realizó una evaluación de impacto y satisfacción mediante un cuestionario y un trabajo de reflexión grupal desarrollado a lo largo de la asignatura. Este proceso permitió identificar qué aspectos habían ayudado a las participantes a detenerse, soltar resistencias, ampliar su conciencia en la vida cotidiana y mejorar su capacidad atencional. También se observó un aumento del autoconocimiento, una mayor ecuanimidad, una reflexión más profunda sobre su proyecto vital y un fortalecimiento de su resiliencia.

Entre las herramientas utilizadas destacan el entrenamiento de la atención, la compasión y la autocompasión, así como el mantenimiento y desarrollo de las funciones ejecutivas como la flexibilidad cognitiva, el control inhibitorio, la memoria de trabajo, la atención y la metacognición. Estas funciones, que activan la corteza prefrontal —especialmente su región izquierda—, son imprescindibles en los procesos de regulación emocional. Su activación contribuye a inhibir la amígdala, lo que facilita el fortalecimiento de la resiliencia, una mayor sensibilidad hacia las emociones agradables, el mantenimiento de la atención y la empatía, el reconocimiento de emociones en otras personas, el incremento de la creatividad y el interés sostenido por las tareas (Davidson & Begley, 2012).

RESULTADOS OBTENIDOS

A partir de las preguntas realizadas para conocer la utilidad y el impacto de la asignatura en las participantes, se rescataron algunas de las respuestas obtenidas en el último curso del año.

Pregunta: ¿En qué crees que te puede ayudar esta asignatura? En el último curso respondieron 14 personas, de una media de 23 participantes. Entre las respuestas se encuentran:

- Encontrar un equilibrio con mi interior. Creer en mí.
- Valorar el presente de una forma más consciente.
- Conocer mis derechos y cómo reclamarlos; ser más fuerte y resiliente.
- Tener más conocimiento sobre mis derechos y saber dónde dirigirme para reclamarlos.
- Comprender mejor muchas experiencias de mi vida.
- Controlar mi forma de hablar, gestionar el estrés y saber hacer “stop”.
- Utilizar los ejercicios realizados en clase para relajarme en mi vida diaria.
- Desarrollar el autoconocimiento y contar con herramientas para transitar situaciones difíciles.

- Conocerme mejor y tener compasión conmigo misma y con las demás personas.
- Mejorar mi relación con mi familia y conmigo misma.

Pregunta: ¿Qué áreas de tu vida crees que se han mejorado con este proceso que hemos realizado?
Respondieron las mismas personas, y entre sus aportaciones destacan:

- Trabajar con las emociones me ha dado resultados muy satisfactorios.
- He aprendido cosas que antes nunca había escuchado; desarrollo personal.
- Saber cómo afrontar ciertas situaciones.
- Tener interés en conocer mejor a las personas con las que convivo.
- Aprender a valorarme, quererme y escuchar mejor a las personas que me rodean; mejorar la comunicación con los demás.
- Fortalecer las relaciones sociales y amistades; aumentar las ganas de participar en mi comunidad; crear una red de apoyo con otras personas.
- Mejorar la relación con mis hijas; comprender mis errores y cómo funciona mi aprendizaje; lograr avances significativos en mi vida a esta edad.

CONCLUSIONES

Para ser una persona resiliente es necesario desarrollar una serie de factores que podemos denominar Pilares de la Resiliencia (Melillo, A., 2001). Se trata de cualidades que protegen a las personas y, al mismo tiempo, potencian y promueven su capacidad de adaptación. Nuestro cerebro es social y, como señalan Forés y Grané (2012), «La resiliencia es más que resistir; según Facundo Manes, también es aprender a vivir».

Las investigaciones en neuroeducación y su incorporación a programas socioeducativos, mediante propuestas metodológicas basadas en sus principios, permiten introducir una perspectiva renovada de la resiliencia en este ámbito. Esta visión confía más en las fortalezas de las personas, en sus posibilidades y en su potencial para generar cambios óptimos y saludables tanto personales, comunitarios y educativos, tanto para ellas como para su entorno. Considerando los factores que facilitan la resiliencia, desde la neuroeducación y la educación social es posible diseñar propuestas prácticas que fomenten estos aprendizajes a lo largo de todo el ciclo vital. Dichas propuestas deben adaptarse, mediante diversas metodologías, recursos y lenguajes, a las necesidades y características de los distintos grupos de personas.

“Quién tiene un porqué para vivir, puede soportar casi cualquier cómo”

NIETZSCHE

Referencias bibliográficas

- Alvarado, A., y Salazar, A. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000200002.
- Davidson, R., & Begley, S. (2012). *El perfil emocional de tu cerebro*. Destino.
- Forés, A., & Grané, J. (2012). *La resiliencia: Crecer desde la adversidad*. Plataforma Editorial.
- Guillén, J. C. (2017). *Neuroeducación en el aula: De la teoría a la práctica*. CreateSpace Independent Publishing Platform.
- Melillo, A. (2002). Sobre la necesidad de especificar un nuevo pilar de la resiliencia. En *Resiliencia y subjetividad: Los ciclos de la vida*. Paidós Ibérica.
- Pascual-Leone, A., & Bartres-Faz, D. (2021). Resiliencia del cerebro humano: Una llamada a la acción. *Annals of Neurology*, 90(3), 336–349. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34219268/>.

**Bloque temático IV:
Conexión social,
cultura y tecnología**

Capítulo 23

A Soidade non desexada: un reto sociosanitario desde a Atención Primaria.

Maria Jesus Lago Vilaboa¹, Ana Maria Fernandez Soto², Amador Pajares Domínguez³.

¹Xefa Servizo T. Social, Area Sanitaria Vigo, SERGAS.

²Traballadora Social, Centro Saúde Pontareas, SERGAS.

³Traballador Social, Centro Saúde Val Miñor, SERGAS.

RESUMO

A soidade non desexada é un fenómeno que afecta a millóns de persoas en todo o mundo, independentemente da súa idade, xénero ou contexto social. A miúdo, asóciase con sentimentos de tristura, ansiedade e illamento, e pode ter un impacto significativo na saúde mental e física de quen a experimenta. Pasou de ser unha circunstancia no ámbito sociofamiliar e relacional para converterse nunha auténtica “doenza social”. Non en van, fálase da epidemia do século XXI. Por este motivo, desde a atención primaria de saúde pretendemos levar a cabo unha intervención preventiva e correctiva en cooperación cos recursos existentes na comunidade.

INTRODUCCIÓN E OBXECTIVOS

Dende o servizo de Traballo Social da Atención Primaria comezamos a observar hai un tempo que un dos patróns que se estaban xeneralizando era o de persoas maiores que viven soas e illadas no seu entorno, o cal constituía un determinante importante que tamén afectaba á súa saúde: múltiples visitas ao centro ou, pola contra, a ausencia total de contacto. Detectamos ademais outros aspectos:

DATOS:

Por exemplo, na zona do Val Miñor (Baiona, Nigrán, Gondomar), das enquisas realizadas, observamos que a poboación que vivía en soidade atopábase sobre todo nas zonas máis illadas dos municipios. A falta de mobilidade (sen transporte público, só taxis) dificulta o acceso aos servizos que se ofrecen neses concellos.

Ante esta situación decidimos buscar alternativas para xestionar a soidade non desexada nas nosas áreas de saúde e previr as consecuencias negativas desta realidade. Por iso, puxémonos en contacto coa Facultade de Traballo Social da Universidade de Vigo e coa Sociedade Galega de Xerontoloxía e Xeriatria, para establecer alianzas asinando un convenio de colaboración na Área Sanitaria de Vigo no ano 2023, entre a Xerencia, a Universidade e a devandita Sociedade.

O OBXECTIVO DESTE ESTUDO É DOBRE:

Por unha banda, coñecer a situación das persoas maiores soas nas nosas áreas de intervención. Para iso realizamos un estudo de screening coa finalidade de determinar a prevalencia da soidade e do illamento social, establecendo un perfil.

Por outra, deseñar un programa de detección precoz e intervención con persoas en situación de soidade non desexada, ben a través de propostas propias desenvolvendo actividade comunitaria en saúde recollida na Estratexia..., ou ben establecendo sinerxías con programas ou iniciativas xa presentes no territorio, na procura de obxectivos comúns (por exemplo: REGAPS, servizos sociais comunitarios...), co fin de construír unha rede sólida e permanente que inclúa o ámbito da soidade non desexada como un espazo/obxectivo referencial de traballo.

Asemade, o enfoque de traballo en equipo no eido sociosanitario permitirá unha acción común para abordar a soidade e as súas consecuencias, e que permita, centrando a mirada nas interaccións sociais, minimizar o seu impacto na saúde.

METODOLOXÍA, RESULTADOS E DISCUSIÓN

O proxecto iniciouse en cinco centros de saúde, buscando o perfil das persoas afectadas e realizando un diagnóstico comunitario que nos permita deseñar e implementar posteriormente unha intervención (preventiva e correctiva).

Como estratexia metodolóxica, propúxose o modelo de investigación-acción (Lewin, 1946), que inclúe tres fases: 1) Teorización psicosocial; 2) Análise da realidade concreta; e 3) Avaliación ou recoñecemento. Trátase dun modelo de ciclo completo que, malia ser clásico, segue vixente (Gaviria, López e Cuadrado, 2019).

O traballo prevese realizar en dúas fases: unha inicial de estudo e avaliación, e unha segunda de intervención, que se levarán a cabo entre 2024 e 2025.

Na primeira fase realizouse unha mostraxe multietápica estratificada por servizos de atención primaria, idade e xénero.

Neste estudo participaron 124 persoas usuarias maiores de 75 anos dos centros de atención primaria da Cañiza, A Guarda, Moaña, Pontearreas e Val Miñor, ás que se lles administraron diversos instrumentos que incluían medidas sobre soidade e illamento (Escala de Soidade de De Jong Gierveld, versión reducida da UCLA Loneliness Scale - UCLA-3), actitudes cara ao propio envellecemento (subescala da Escala Moral do Philadelphia Geriatric Center), e unha entrevista deseñada ad hoc que recollía información sociodemográfica das persoas participantes.

Na análise dos datos constatouse unha clara tendencia á feminización no grupo de idade de +75 anos. A principal causa de soidade foi a viuvez. As persoas maiores que viven soas ou se senten soas presentan unha peor autopercepción do seu estado.

CONCLUSIÓNS

A soidade non desexada é un reto que require atención e acción colectiva. Traballando xuntos para crear comunidades máis inclusivas e solidarias, podemos contribuír a reducir a soidade e mellorar a saúde e calidade de vida de moitas persoas.

1. *Fomentar a Conexión Comunitaria*: Crear espazos e actividades que promovan a interacción social, como grupos de apoio, obradoiros e eventos comunitarios.

2. *Crear unha rede estable de interaccións duradeiras no tempo*, referenciando ao centro de saúde como o que é: un espazo para a promoción da saúde e a prevención da enfermidade.
3. *Promover o establecemento de recursos sociais nas zonas menos poboadas e máis illadas socialmente*, xerando esa visión necesaria no movemento asociativo.
4. *Educación e Sensibilización*: Concienciar á poboación sobre a importancia da conexión social e sobre como recoñecer os signos da soidade en si mesmos e nos demais.

O traballo social sanitario ten entre as súas funcións xerar espazos de saúde e promover cambios que aporten benestar á vida das persoas. Avanzar neste papel sitúa os/as profesionais como axentes fundamentais para o desenvolvemento comunitario.

AGRADECEMENTOS

Agradecemos o esforzo da Sociedade Galega de Xerontoloxía e Xeriatría e da Universidade de Vigo polo apoio técnico e académico no desenvolvemento deste proxecto.

Referencias bibliográficas

- Antonovsky, A (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promot Int.*, 11,11-18.
- Barnes, T.L., Ahuja, M, MacLeod. S., et al. (2022). Loneliness, Social isolation, and All-Cause Mortality in a Large Sample of Older Adults. *J Aging Health.* 34(6-8), 883-892. doi:10.1177/08982643221074857.
- Beavers, N. (2013). Social prescribing and community facing services may be the future for GPs, *Primary Care.*
- Boehlen, F.H., Maatouk, I., Friederich, H.C, Schoettker, B, Brenner, H & Wilda B. (2022) Loneliness as a gender specific predictor of physical and mental health-related quality of life in older adults. *Qual Life Res.*, 31 (7), 2023-2033 doi:10. 1007/s 11136-021-03055-1.
- Gardener,H., Levin, B., DeRosa, J., et.al (2021), Social Connectivity is Related to Mild Cognitive Impairment and Dementia, *J Alzheimers Dis.*, 84(4), 1811-1820, doi : 10.3233/JAD -210519.
- Gaviria, E López,, M.,y Cuadrado, i. (2019). Introducción a la psicología social. Sanz y Torres, SL.
- Kretzman, j. p. & McKnight J.L. (1993), Building Communities for the inside Out: A path toward finding and Mobilizing a Community Assets. *ACTA publications.*
- Lewin, K (1946). Action research and minority problems. *Journal of Social Issues*, 2 (4), 34-36.
- Smith, L., Bloska, J., Jacob, L. Et al. (2021). Is loneliness associated with mild cognitive impairment in low-and-middle-income countries? *Int J Geriatr Psychiatry*, 36(9), 1345-1353. doi:10.1002/gps.5524.

Capítulo 24

La soledad en la vejez como determinante clínico: Formación profesional para un abordaje integral.

María Antonia Parra-Rizo^{1,2}, Igor Cigarroa³, Catarina Pereira⁴, Sergio Hernández-Sánchez⁵, Jesus González-Moreno⁶.

¹*Departamento de Psicología de la Salud, Facultad de Ciencias Sociosanitarias, Campus de Elche, Universidad Miguel Hernández (UMH), Elche, España.*

²*Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Internacional de Valencia (UIV), Valencia, España.*

³*Escuela de Kinesiología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Católica Silva Henríquez, Santiago, Chile.*

⁴*Departamento de Deporte y Salud, Escuela de Salud y Desarrollo Humano, Comprehensive Health Research Centre (CHRC), Universidade de Évora, Évora, Portugal.*

⁵*Departamento de Patología y Cirugía, Área de Fisioterapia, Centro de Investigación Traslacional de Fisioterapia, Universidad Miguel Hernández, Alicante, España.*

⁶*Departamento de Psicología Evolutiva y Educación, Universitat de València, Valencia, España.*

RESUMEN

El envejecimiento poblacional constituye uno de los fenómenos demográficos más significativos del siglo XXI, con profundas repercusiones en los sistemas de salud y en la organización social. A medida que aumenta la esperanza de vida, se incrementa también la prevalencia de enfermedades crónicas, la fragilidad funcional y la necesidad de cuidados a largo plazo. En este contexto, la soledad en las personas mayores ha emergido como un factor determinante, no solo en el ámbito emocional, sino también en el desarrollo y evolución de múltiples condiciones clínicas. La evidencia científica demuestra que la soledad crónica se asocia con mayores tasas de deterioro cognitivo, trastornos del estado de ánimo, enfermedades cardiovasculares y un aumento en la mortalidad prematura. A pesar de ello, su abordaje sigue siendo insuficiente en la práctica clínica y en la formación profesional. Este trabajo propone una estrategia de formación destinada a profesionales de la salud, centrada en la identificación y el manejo integral de la soledad en adultos mayores. El programa docente se diseña desde un enfoque biopsicosocial e interdisciplinario, incorporando metodologías activas de aprendizaje, como talleres prácticos, simulaciones clínicas y trabajo colaborativo. Los contenidos están orientados tanto a la práctica clínica como al ámbito comunitario, enfatizando la necesidad de desarrollar competencias comunicacionales, éticas y psicosociales que complementen la atención médica tradicional. La propuesta busca responder de manera eficaz al reto que plantea el envejecimiento demográfico, promoviendo una atención más humana, contextualizada e integral. Al capacitar a los futuros profesionales en la detección temprana y el abordaje multidimensional de la soledad, se espera contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas mayores, reducir complicaciones asociadas y optimizar los recursos del sistema de salud. Esta estrategia formativa representa un paso necesario hacia una atención centrada en la persona y adaptada a las nuevas realidades poblacionales.

Palabras clave: soledad, vejez, salud pública, formación sanitaria, atención integral

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional representa una de las transformaciones demográficas más significativas del siglo XXI, con implicancias profundas en los sistemas sanitarios, económicos y sociales tanto de países desarrollados como en vías de desarrollo (Scott & Canudas-Romo, 2024; Temsumrit, 2023). El aumento sostenido de la esperanza de vida, junto con la disminución de la tasa de natalidad, ha provocado una modificación en la estructura etaria de las poblaciones, generando una creciente proporción de personas mayores que presentan condiciones crónicas, fragilidad funcional y demandas asistenciales complejas. Esta transición demográfica obliga a repensar las políticas públicas, la organización de los servicios de salud y, en particular, la formación de los profesionales sanitarios para atender adecuadamente a esta población emergente.

En este contexto, la soledad emerge como uno de los factores psicosociales más relevantes y, a la vez, menos abordados en la práctica clínica habitual (Ciochoń, Kozela & Pająk, 2024). A diferencia del aislamiento social, que se refiere a la falta objetiva de interacción, la soledad es una percepción subjetiva de desconexión o carencia de vínculos significativos, la cual puede coexistir con una vida social aparentemente activa. Diversos estudios han demostrado que la soledad persistente se asocia con un incremento del riesgo de enfermedades cardiovasculares, deterioro cognitivo, depresión, ansiedad, e incluso mayor mortalidad prematura. Además, se ha observado que influye negativamente en la adherencia terapéutica, la recuperación postoperatoria y la utilización de servicios sanitarios.

A pesar de su impacto clínico y social, la soledad sigue siendo un fenómeno infraevaluado en la formación de los profesionales de la salud (Kotwal & Meier, 2022). El desconocimiento sobre su identificación temprana, sus mecanismos fisiopatológicos y su abordaje multidimensional limita la capacidad del sistema para implementar intervenciones eficaces. Esta carencia formativa puede traducirse en una atención fragmentada, centrada exclusivamente en parámetros biomédicos, sin integrar aspectos emocionales, sociales y funcionales que condicionan de manera crítica la salud de las personas mayores.

Ante esta realidad, se plantea como hipótesis que la incorporación sistemática de contenidos relacionados con la detección y el abordaje de la soledad en la formación de profesionales sanitarios contribuirá significativamente a mejorar la calidad de vida y los resultados clínicos en adultos mayores. Por ello, el objetivo de esta propuesta es diseñar e implementar un programa docente interdisciplinario que incluya contenidos teóricos y prácticos sobre la soledad en la vejez, promoviendo competencias clínicas, comunicacionales y éticas en los profesionales en formación.

El programa se propone formar a médicos, enfermeros, fisioterapeutas, psicólogos y trabajadores sociales en la identificación, comprensión y abordaje de la soledad desde un enfoque integral, mediante módulos temáticos, talleres prácticos y simulaciones clínicas. La inclusión de herramientas validadas de cribado, técnicas de comunicación empática y estrategias de intervención individual y comunitaria permitirá una aproximación más holística al cuidado del adulto mayor, fortaleciendo la respuesta del sistema sanitario ante un desafío creciente y multidimensional.

METODOLOGÍA

Se diseñó un programa modular, de 8 a 12 semanas, con sesiones virtuales semanales de 2-3 horas, destinado a profesionales y residentes del ámbito sanitario. El programa incluye cinco unidades formativas que combinan

teoría, práctica y reflexión crítica, con recursos como simulaciones clínicas, role-playing y conferencias con pacientes.

El enfoque metodológico se basa en el aprendizaje basado en problemas, design thinking y clase invertida. La evaluación incluye pruebas objetivas, ECOEs y participación en actividades prácticas.

RESULTADOS

Entre los aprendizajes esperados se encuentran:

- Reconocimiento de los tipos de soledad y sus consecuencias clínicas (depresión, fragilidad, mortalidad).
- Capacitación para el uso de escalas de evaluación como la UCLA Loneliness Scale.
- Mejora de la comunicación empática y habilidades para el acompañamiento emocional.
- Capacidad para integrar intervenciones comunitarias y recursos sociales en el plan terapéutico.
- Incorporación de la soledad como variable clínica en la historia médica.

Además, se detectó que el uso de talleres prácticos y simulaciones favorece la retención de conceptos y la aplicabilidad clínica.

DISCUSIÓN

La soledad debe entenderse como un fenómeno biopsicosocial complejo, con repercusiones clínicas que demandan un abordaje interdisciplinar (Gill & Sullivan, 2025). A pesar de su prevalencia, sigue siendo infradetectada en la práctica diaria, debido a lagunas formativas (Patil & Braun, 2024). Esta propuesta busca subsanar dicha brecha, proponiendo una formación específica y actualizada, con énfasis en la humanización del cuidado y el trabajo colaborativo entre médicos, psicólogos, trabajadores sociales y otros profesionales (Kleinenberg-Talsma et al., 2024).

Limitarse a la dimensión social del fenómeno implica desatender su impacto clínico. La formación planteada permite no solo identificar la soledad, sino intervenir sobre ella, reduciendo hospitalizaciones, mejorando la adherencia terapéutica y promoviendo el bienestar.

CONCLUSIONES

- La soledad debe considerarse un determinante social y clínico de salud.
- Es imprescindible integrarla en los planes de estudio de Medicina, Fisioterapia, Enfermería y Trabajo Social, entre otros.

- La formación de tutores clínicos es clave para generar un cambio sostenido en la práctica.
- Las intervenciones formativas activas y multidisciplinares mejoran la calidad del cuidado.
- El abordaje de la soledad reduce costes sanitarios y mejora los resultados en salud.

Referencias bibliográficas

- Ciochoń, A., Kozela, M., & Pająk, A. (2024). *Loneliness and the prevalence of injuries, falls and fractures in older people*. *European Journal of Public Health*, 34. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckae144.1953>.
- Gill, A. S., & Sullivan, S. S. (2025). *Resonances of feeling alone: A systematic review unveiling older persons' loneliness and its mechanisms in residential care facilities*. *Journal of Advanced Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jan.16766>.
- Kleinenberg-Talsma, N., van der Lucht, F., Jager-Wittenaar, H., Krijnen, W. P., & Finnema, E. (2024). *The impact of frailty on the use of social services, medication and mortality risk: A cross-sectional study*. *BMC Geriatrics*, 24. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-05441-z>.
- Kotwal, A. A., & Meier, D. E. (2022). *A paradigm shift—Loneliness as a root cause of symptom distress among older adults*. *Journal of the American Geriatrics Society*, 70, 2201–2204.
- Patil, U., & Braun, K. L. (2024). *Interventions for loneliness in older adults: A systematic review of reviews*. *Frontiers in Public Health*, 12, 1427605. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1427605>.
- Scott, T., & Canudas-Romo, V. (2024). *Decomposing the drivers of population aging: A research note*. *Demography*, 61, 1011–1021. <https://doi.org/10.1215/00703370-11481955>.
- Temsumrit, N. (2023). *Can aging population affect economic growth through the channel of government spending?* *Heliyon*, 9. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e19521>.

Capítulo 25

Memoria, teatro e envellecemento: experiencias de animación teatral con persoas maiores.

Lucía Hernández y Fernández¹.

¹Universidade de Vigo.

RESUMO

Nos últimos anos multiplicáronse as experiencias que empregan o teatro como ferramenta de traballo con persoas maiores, promovendo a memoria, a expresión e a participación activa. Esta comunicación presenta unha revisión de intervencións escénicas desenvolvidas na última década, centradas no potencial do teatro como arte participativa no contexto do envellecemento.

A revisión realizouse de maneira sistemática, empregando as bases de datos SCOPUS, ERIC, PSYCINFO e Web of Science, e seleccionando estudos publicados na última década que describen intervencións prácticas con participación activa das persoas maiores no proceso creativo. A análise recolle un conxunto diverso de propostas que involucran activamente ás persoas maiores no proceso creativo e escénico. As experiencias seleccionadas describíense en termos de contexto, participación, metodoloxía teatral e efectos observados, ofrecendo unha visión sintética sobre os beneficios emocionais e sociais máis salientables.

Entre os efectos descritos destacan a mellora da autoestima, o fortalecemento das relacións interpersoais, a confianza e a capacidade expresiva, así como a construción dunha imaxe máis positiva e matizada da vellez. Aínda que os resultados non demostraron melloras directas na memoria en si mesma, senón en aspectos máis amplos como a función cognitiva ou a memoria de vida e colectiva. Estes procesos escénicos tamén se revelan como espazos significativos de recoñecemento, creación colectiva e diálogo interxeracional.

Aínda que a presente revisión non afonda en dimensións como a avaliación ou a sostibilidade, que si están presentes nos estudos orixinais, ofrece unha aproximación sintética aos enfoques e impactos máis recorrentes destas prácticas. En conxunto, as evidencias reunidas permiten afirmar que o teatro pode actuar como unha ferramenta valiosa para fomentar o benestar e a dignidade no proceso de envellecer.

Palabras clave: teatro, arte participativa, persoas maiores, memoria, historia de vida.

INTRODUCCIÓN

A memoria é máis ca lembrar: é un proceso dinámico que conecta identidade, emocións e narrativa persoal, manifestándose tanto no corpo como na mente. Como afirma Hayes (2008), *“memory is not just a record; it is a process that continues.”* Traballar con ela desde unha perspectiva artística, especialmente a través do teatro, ofrece ás persoas maiores a oportunidade de reconstruír vivencias e resignificar a súa historia vital, favorecendo a expresión, a autoestima e a participación activa.

O teatro, como arte da presenza e do encontro, proporciona un espazo de liberdade e creación compartida, no que a voz e a experiencia de cada persoa cobra valor propio. O chamado teatro da memoria –subxénero do teatro documental– destaca polo seu enfoque na recuperación de experiencias pasadas, permitindo que recordos individuais e colectivos cobren vida no escenario (Bravo & García, 2016), e situándose así como un recurso idóneo para traballar a memoria na vellez.

Nun contexto de envellecemento demográfico acelerado, segundo reflicten os datos de Eurostat, as prácticas escénicas aparecen como alternativas accesibles e non farmacolóxicas para mellorar o benestar emocional e social. Este enfoque conecta coa concepción do envellecemento activo como *“the continuation of physical, psychological and social health, participation, independence, autonomy and control to improve quality of life”* (Bowling, 2005).

A presente comunicación insírese neste marco e propón unha revisión de experiencias teatrais con persoas maiores, co obxectivo de identificar os enfoques metodolóxicos empregados e os principais beneficios descritos, contribuíndo así á visibilización do potencial do teatro como ferramenta humanizadora no ámbito do envellecemento activo.

METODOLOXIA

Realizouse unha revisión de experiencias escénicas desenvolvidas con persoas maiores durante a última década. A procura levouse a cabo nas bases de datos SCOPUS, ERIC, PSYCINFO e Web of Science, empregando as palabras chave: *“theatre” AND “program” AND “ageing”*. A selección final incluíu nove estudos de caso que cumprían os seguintes criterios de inclusión: tratarse de intervencións prácticas teatrais, con participación activa das persoas maiores no proceso creativo, e dispor dunha descrición clara da metodoloxía teatral empregada e dos efectos observados.

A análise centrouse na descrición de aspectos comúns entre as experiencias, en particular: o lugar de desenvolvemento e a súa temporalidade, o número e perfil das persoas participantes, o enfoque escénico adoptado e os beneficios destacados polas autoras e autores dos estudos. Para iso, elaborouse unha táboa síntese comparativa que recolle de forma sistematizada esta información.

O propósito desta aproximación non foi avaliar de maneira cuantitativa os efectos das intervencións, senón identificar tendencias recorrentes no uso do teatro como ferramenta de traballo coas persoas maiores, destacando os seus potenciais efectos no plano emocional, social e na memoria.

RESULTADOS

Para analizar as características das intervencións escénicas revisadas, elaborouse unha táboa síntese que recolle datos sobre o lugar e a temporalidade, o número e perfil das persoas participantes, as metodoloxías teatrais empregadas e os principais resultados observados. A combinación destes elementos permite identificar tendencias e diferenzas relevantes entre as experiencias (como se mostra na táboa 1).

As experiencias abranguen contextos xeográficos diversos (Asia, América do Norte e Oriente Medio) e presentan duracións que oscilan entre intervencións puntuais dunha noite (Reed & Claunch, 2017) e programas

prolongados durante meses ou anos (Shu, 2023; Anderson et al., 2017; Wolosow et al., 2024). As sesións adoitan durar entre 60 e 90 minutos, adaptándose ao perfil das persoas maiores participantes.

En termos de mostra, a maioría dos estudos presentan grupos pequenos (6-34 persoas), salvo a intervención de Shu (2023), cunha mostra excepcionalmente ampla (296 participantes). A presenza feminina é predominante en case todas as experiencias, aspecto que require reflexións sobre posibles dinámicas de acceso e participación.

No plano metodolóxico, destacan enfoques baseados na creación colectiva, improvisación, narración de historias e técnicas como Playback Theatre ou teatro de lectores. Estas metodoloxías favorecen a expresión, a reminiscencia e o traballo con vivencias persoais e colectivas.

Os resultados descritos sinalan melloras en dimensións emocionais (autoestima, confianza, motivación), sociais (cohesión grupal, redes, compromiso comunitario) e, en menor medida, cognitivas (redución de ansiedade, reminiscencia, certa mellora funcional). As intervencións que integran a presentación pública ou interacción comunitaria (Shu, Anderson) tamén apuntan a un incremento do sentido vital e do recoñecemento social das persoas maiores.

RESULTADOS

A análise realizada pon de manifesto aspectos críticos relevantes para comprender o potencial do teatro como ferramenta no envellecemento activo. Aínda que as experiencias revisadas abranguen contextos culturais diversos, non representan unha verdadeira globalidade xeográfica, con ausencias significativas de países ou continentes enteiros. Ademais, a maioría das intervencións traballan con grupos reducidos, salvo casos excepcionais, o que limita a xeneralización dos resultados.

Un aspecto común e salientable nas intervencións é a elevada participación de mulleres, o que invita a reflexionar sobre posibles dinámicas de exclusión ou desigualdade que poidan existir, mesmo en espazos deseñados para ser transformadores. Isto abre cuestións necesarias sobre quen accede a estas propostas e quen queda fóra, así como as razóns que sustentan estas diferenzas.

No que respecta á duración, a maior parte dos programas analizados son breves, cun máximo de dez semanas (salvo excepcións), e sesións que raramente superan os 90 minutos, algo que parece axeitado polo perfil dos participantes, aínda que podería condicionar o impacto sostido no tempo.

Aínda que nesta revisión se sintetizaron aspectos comúns sobre enfoques metodolóxicos e beneficios observados, as experiencias analizadas coinciden nunha base centrada na recuperación de vivencias e narración de historias de vida, facilitando a expresión e a resignificación da memoria. Os beneficios descritos abranguen dimensións cognitivas, físicas, emocionais e sociais, e suxiren efectos que poden ter impacto positivo noutras esferas da vida cotiá das persoas maiores.

Táboa 1: Características principais das intervencións escénicas revisadas

Experiencia	Lugar e temporalidade	Nº participantes	Xénero e idade	Metodoloxía teatral	Resultados
1. Gatt (2023)	Malta (Siggiewi). Marzo – Outubro 2021	6	Mulleres (66-86 anos)	Creación colectiva, teatro comunitario, enfoque fenomenolóxico-hermenéutico	Aumento de autoestima, sentido de pertenza, motivación, cohesión grupal i empoderamento
2. Chung et al. (2018)	Singapur. 6 semanas. Sesión:90'	17 (finalizaron)	Maiores de 50 anos (media: 64,2). Xénero sen datos	Playback Theatre	Mellora emocional, autopercepción e social; cambios cognitivos non significativos
3. Dunford, Yoshizaki-Gibbons & Morhardt (2017)	EEUU (Chicago). Desde 2010. Sesión: 90'	6–14 por sesión	Sen datos	Teatro de improvisación	Redución da ansiedade, máis participación e conexión social
4. Reed & Claunch (2017)	EEUU (Kentucky). Unha noite	33	17 homes, 16 mulleres (43–81 anos, media 64)	Teatro de lectores con historias reais e debate	42% fixo cambios de seguridade; 67% tivo intención de facelos
5. Moore et al. 2017	EEUU (San Diego). 6 semanas. Sesión: 90'	26	Maioría mulleres (60–85 anos)	Drama workshop (DW) e Backstage Pass (BP)	DW: máis autoestima/confianza; BP: máis compromiso social
6. Anderson et al. (2017)	Canadá. Desde 2001	32	15 maiores, 11 mulleres + 4 homes (68–85), 17 estudantes, 12 mulleres + 5 homes	Narración de historias, de reminiscencia, improvisación, xogos teatrais	Redución do idadeísmo, mellora de redes sociais, empatía, autoestima, mellora cognitiva
7. Eaton (2022)	EEUU (Utah). 6-10 semanas. 10 semanas Teatro, 8 coro, e 6 impro/mov. Sesión: 60'	34 (total en 3 grupos)	25 Mulleres e 9 homes (media 70-74). 11 en Teatro, 13 en coro e 9 en impro/mov	Teatro, movemento e música	Máis cooperación grupal e entre centros, algo mellora cognitiva, redución da falla de memoria
8. Shu (2023)	Hong Kong. 2017–2020. 3 etapas: 1º ano formación, 2º presentación escolas e 3º funcións comunitarias e peche	296	Maioría mulleres (51–90+ anos)	Teatro de historia oral	Expresividade, sentido vital, mellora física e emocional
9. Wolosow, Keisari y Harel (2024)	Israel. ≥6 meses	17	Exclusivo para mulleres (62–81 anos)	Playback Theatre	Autonomía, expresión, espontaneidade, confianza, aceptación corporal, conexión grupal

Fonte: *Elaboración propia.*

CONCLUSIÓNS

O envellecemento non é un proceso exclusivamente biolóxico, senón tamén unha construción social e cultural influída polas narrativas dominantes, tal como propoñen os *age studies* (Gullette, 2004). As experiencias revisadas nesta comunicación amosan que o teatro, entendido como arte participativa, pode ser unha ferramenta poderosa para cuestionar estereotipos e promover unha visión activa e creativa da vellez. Como afirma Peter Brook, “*una obra de teatro es juego*” (Brook, 2002, p. 200), destacando o carácter lúdico e transformador da práctica escénica.

A participación activa das persoas maiores en procesos teatrais permite traballar coa memoria, a expresión corporal e a narración de historias de vida, favorecendo a construción de sentido e o fortalecemento da identidade (De Medeiros & Basting, 2014). A maioría das intervencións analizadas contan cunha elevada participación feminina, o que debe ser considerado no deseño de futuras propostas, tendo en conta que homes e mulleres poden envellecer de forma diferente (Ferri et al., 2023) e experimentar disonancias entre idade cronolóxica e percepción subxectiva (Alonso et al., 2021).

A diversidade metodolóxica observada, desde a improvisación ata o teatro de historia oral ou o Playback Theatre, demostra a flexibilidade do teatro para adaptarse a distintos contextos e necesidades, potenciando a creatividade, a expresividade e a cohesión social. Estes procesos tamén contribúen a construír novas imaxes da vellez máis aló dos estereotipos, como destacan Fancourt & Finn (2019) ao sinalar que os programas artísticos comunitarios poden xerar un impacto significativo no benestar emocional e na percepción social das persoas maiores.

En conxunto, os resultados sintetizados subliñan que o teatro ofrece un espazo valioso para que as persoas maiores experimenten, creen, aprendan, se expresen e sexan recoñecidas, constituíndo unha práctica que vai máis alá do artístico para converterse nun acto de xustiza social e cultural.

Referencias bibliográficas

- Alonso Debreczeni, F. and Bailey, P. E. (2021), 'A systematic review and meta-analysis of subjective age and the association with cognition, subjective well-being, and depression', *The Journals of Gerontology: Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 76:3, pp. 471–82, <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa069>.
- Anderson, S., Fast, J., Keating, N., Eales, J., Chivers, S., & Barnet, D. (2017). Translating knowledge: Promoting health through intergenerational community arts programming. *Health Promotion Practice*, 18(1), 15–25. <https://doi.org/10.1177/1524839915625037>.
- Bravo, N. & García, A. J. (2016). El teatro y la representación de memorias sobre el pasado reciente: Un análisis del ciclo "Teatro, memoria e identidad" en Mendoza. *Boletín GEC*, 20, 65-78.
- Bowling, A. (2005). *Aging well: Quality of life in old age*. Open University Press.
- Brook, P. (1973). *El espacio vacío*. Península.
- Chung, K. S. Y., Lee, E. S. L., Tan, J. Q., Teo, D. J. H., Lee, C. B. L., Ee, S. R., Sim, S. K. Y., & Chee, C. S. (2018). Effects of Playback Theatre on cognitive function and quality of life in older adults in Singapore: A preliminary study. *Australasian Journal on Ageing*, 37(1), E33–E36. <https://doi.org/10.1111/ajag.12498>.
- De Medeiros, K., & Basting, A. (2014). "Shall I compare thee to a dose of donepezil?": Cultural arts interventions in dementia care research. *The Gerontologist*, 54(3), 344–353.
- Dunford, C. M., Yoshizaki-Gibbons, H. M., & Morhardt, D. (2017). The Memory Ensemble: improvising connections among performance, disability, and ageing. *Research in Drama Education*, 22(3), 420–426.
- Fancourt, D., & Finn, S. (2019). What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? *WHO Regional Office for Europe*. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/382087/WHO-Evidence-Arts.pdf.
- Ferri, C., Yang, K. and Girgus, J. S. (2023), 'Predicting the gender difference in depressive symptoms in older adults', *Aging & Mental Health*, 27:7, pp. 1411- 18, <https://doi.org/10.1080/13607863.2022.2084712>.
- Eaton, J. (2022). Let us progress! Implementing professionally led arts-based programming in senior centers. *Educational Gerontology*, 48(9), 415–428. <https://doi.org/10.1080/03601277.2022.2045536>.
- Gatt, I. (2023). Combatting ageism through participation in a theatre-making process and performance. En A. Kárpáti (Ed.), *Arts-Based Interventions and Social Change in Europe* (pp. 93–101). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003376927-13>.
- Gullette, M. M. (2004). *Aged by culture*. University of Chicago Press.
- Hayes, L. (2008). "Theatricalizing Oral History: How British and American Theatre Artists Explore Current Events and Contemporary Politics in the Journey from _____ to Performance." Ann Arbor, Michigan: Proquest, UMI Dissertation Publishing.

- Johnson, J. K., Stewart, A. L., Acree, M., Napoles, A. M., Flatt, J. D., Max, W. B., & Gregorich, S. E. (2020). A community choir intervention to promote well-being among diverse older adults: Results from the community of voices trial. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 75*(3), 549–559.
- Moore, R. C., Straus, E., Dev, S. I., Parish, S. M., Sueko, S., & Eyler, L. T. (2017). Development and pilot randomized control trial of a drama program to enhance well-being among older adults. *Arts in Psychotherapy, 52*, 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2016.09.007>.
- Reed, D. B., & Claunch, D. T. (2017). Moving social work norms via theater for senior farmers. *Journal of Safety Research, 60*, 17–20. <https://doi.org/10.1016/j.jsr.2016.11.002>.
- Shu, J. (2023). The art of growing old: Oral history theatre plays a part. *Research in Drama Education, 28*(2), 295–310. <https://doi.org/10.1080/13569783.2023.2189784>.
- Wolosow, C., Keisari, S., & Harel, D. (2024). 'I see them speak, I can hear their movements': Playfulness and personal growth in playback theatre groups for older women. *Dramatherapy, 45*(1), 71–89.

Capítulo 26

Intergeracionalidade como Pilar na Avaliação de Impacto do Projeto DigiSaúde: A Perspetiva dos Técnicos das Instituições Comunitárias.

Rita Barros^{1,2}; Neide Feijó^{1,2}; José Luís Sousa^{1,2,3}; Celestino Magalhães^{1,2}; Ana Ribas^{1,2},
Inês Pereira².

¹*Insight - Piaget Research Center for Ecological Human Development - Portugal*

²*Instituto Politécnico Jean Piaget do Norte - Portugal*

³*Unidade Local de Saúde de Santo António, E.P.E. - Portugal*

RESUMO

O “DigiSaúde – Saúde Digital Intergeracional” é um projeto de investigação com enfoque intergeracional, orientado para a promoção da literacia digital em adultos seniores, através da intervenção de jovens estudantes e do uso de recursos tecnológicos. O objetivo deste trabalho consiste em avaliar o impacto da sua implementação, com base nas perceções dos técnicos das instituições comunitárias envolvidas. Para tal, adotou-se uma abordagem qualitativa, suportada em entrevistas semiestruturadas, realizadas com três técnicos, representando cada uma das instituições comunitárias participantes, localizadas no concelho de Vila Nova de Gaia, Portugal. A recolha de dados ocorreu no período de junho a julho de 2024, após a conclusão do processo de implementação do projeto. Os dados recolhidos foram submetidos a uma análise de conteúdo, através da qual foi possível identificar categorias descritivas do processo de implementação. Os resultados apontam para a emergência de três categorias principais: (1) Apreciação positiva do projeto, com ênfase nos benefícios relacionais decorrentes da interação intergeracional; (2) Processo de aprendizagem ativo e participativo, destacando-se a preferência por atividades práticas e físicas; (3) Reconhecimento da influência das características individuais dos participantes (como interesses, conhecimentos prévios e capacidades cognitivas diferenciadas) no processo de aprendizagem. Com base na perceção dos técnicos, este estudo aponta para uma avaliação globalmente positiva do projeto, com especial destaque para o valor da componente intergeracional. As atividades práticas e centradas nas necessidades dos seniores foram as mais valorizadas. Conclui-se que o DigiSaúde é um projeto valorizado por parte dos técnicos das instituições comunitárias, com especial destaque para a sua natureza intergeracional.

Palavras-chave: Intergeracionalidade; Literacia Digital em Saúde; Adultos Sénior; Aprendizagem participativa.

INTRODUÇÃO

A crescente longevidade da população e o acentuado envelhecimento demográfico colocam novos desafios às sociedades contemporâneas, no que concerne à promoção de um envelhecimento ativo e saudável. No contexto português, em 2023 foram registados 188,1 idosos para cada 100 jovens, sendo Portugal o segundo país mais envelhecido da União Europeia (PORDATA, 2025).

A necessidade de pugnar por um envelhecimento ativo decorre do reconhecimento de que os idosos constituem um segmento populacional em situação de maior vulnerabilidade, quer pelo processo de envelhecimento, quer pelo aparecimento de doenças típicas da idade, como é o caso das doenças crónicas. Importa, por isso, promover a literacia em saúde, entendida como a capacidade para obter, interpretar e aplicar conhecimentos relacionados com a saúde, com o objetivo de tomar decisões conscientes e adequadas neste domínio (Nutbeam, 2008; Saadati et al., 2023). Na sociedade digital atual, grande parte da informação e dos serviços de saúde são disponibilizados através de tecnologias e plataformas online, de tal forma que o acesso a estes ambientes virtuais gera a infoexclusão dos mais velhos, pela falta de competências para a eles aceder e para os compreender. Assim, a literacia digital em saúde – entendida como a capacidade de aceder, compreender, avaliar e utilizar informação de saúde disponível digitalmente – assume especial importância na promoção da autonomia e da tomada de decisões informadas entre a população mais velha (Lages et al., 2024; Wu, 2021). Apesar de se verificar um aumento gradual da utilização da internet entre os idosos, continuam a existir desigualdades significativas face às gerações mais jovens (Statistics Portugal, 2019). Para enfrentar esta realidade, têm vindo a emergir programas de intervenção com enfoque intergeracional, que potenciam a relação entre jovens e idosos como estratégia de inclusão digital e social. O envolvimento de jovens no papel de facilitadores da aprendizagem digital dos mais velhos revela-se eficaz não só na transmissão de competências, mas também na criação de vínculos afetivos e no reforço da autoestima dos participantes mais velhos. A intergeracionalidade, nestes moldes, permite uma aprendizagem mútua: os jovens desenvolvem competências sociais, de comunicação e cidadania, enquanto os idosos sentem-se valorizados e integrados (Martins et al., 2021). Este tipo de aprendizagem colaborativa, centrada nos interesses e necessidades dos mais velhos, favorece uma abordagem pedagógica ativa, prática e contextualizada, com resultados significativos ao nível da motivação e da aquisição de competências (Springate et al., 2008). Neste contexto, e considerando os resultados de estudos recentes focados na promoção da literacia digital em idosos (e.g. Dong et al., 2023; He et al., 2025; Lee et al., 2022), emergiu o “DigiSaúde – Saúde Digital Intergeracional”, um projeto de investigação-ação de natureza intergeracional, dirigido à promoção da literacia digital em saúde de adultos seniores, através da intervenção de jovens e da utilização de recursos digitais. O projeto foi implementado ao longo do ano letivo 2023/2024, pelo Instituto Jean Piaget de Vila Nova de Gaia, com o apoio da Câmara Municipal de Vila Nova de Gaia, ao abrigo do Fundo de Apoio à Recuperação Covid-19. Foram envolvidos estudantes do Ensino Superior, dos Cursos de Licenciatura em Enfermagem e Fisioterapia, numa lógica de intervenção sustentada na intergeracionalidade, traduzida pela convivência e partilha intencional de experiências entre indivíduos de distintas faixas etárias, com vista a aprendizagens mútuas (Pascoal et al., 2020). Perspetivados como agentes transformadores nos contextos reais da vivência dos adultos seniores, a intervenção destes estudantes partilha da conceção Nova Política Europeia da Juventude (2019-2027). A implementação do projeto teve lugar em três instituições comunitárias, nas quais os técnicos foram envolvidos para garantir toda a logística da intervenção. Por essa razão, adquiriram uma posição privilegiada para perspetivar o projeto, não como intervenientes diretos, mas como observadores, com algum distanciamento, oferecendo uma base de avaliação da implementação do projeto, diferente da perceção dos intervenientes diretos: os adultos seniores e os estudantes do Ensino Superior. Como tal, as perceções dos técnicos responsáveis pelas instituições comunitárias nas quais decorreu o DigiSaúde foram tidas em consideração no processo de avaliação do impacto da implementação do projeto. A sua perceção sobre o impacto das atividades e sobre o envolvimento dos adultos seniores oferece uma perspetiva qualitativa essencial para a melhoria contínua das intervenções (Merriam & Bierema, 2014). A valorização da sua experiência permite ainda reconhecer a complexidade dos

contextos institucionais e a diversidade de perfis dos participantes, nomeadamente no que diz respeito a interesses, níveis de autonomia e competências cognitivas, aspetos frequentemente decisivos na eficácia das intervenções (Finger & Asun, 2001). Este trabalho dá voz a estes profissionais, o que, apesar de não ser o cenário mais comum, alinha-se com alguns estudos recentes (e.g. Ali et al., 2025; Wang & Luan, 2022).

METODOLOGIA

Este estudo adotou uma abordagem qualitativa exploratória, centrando-se na análise das perceções dos técnicos das instituições comunitárias envolvidas no projeto DigiSaúde. Esta abordagem procurou compreender as experiências e interpretações destes profissionais sobre a intervenção, para a identificação de fatores subjetivos e contextuais que justificam o seu impacto.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com três técnicos, cada um representando uma das instituições do concelho de Vila Nova de Gaia. A opção pelas entrevistas individuais para recolha de dados permitiu explorar, com flexibilidade, aspetos relevantes do envolvimento institucional, como a motivação para participar, os desafios enfrentados, as aprendizagens observadas e os impactos percebidos nos participantes.

As entrevistas foram conduzidas entre junho e julho de 2024, com base num guião temático, e posteriormente foram transcritas na íntegra. Foram tidas como unidades de análise frases ou partes de frases com significado. A análise de conteúdo foi realizada segundo a metodologia de Bardin (2011), seguindo três fases principais:

1. Codificação: Identificação de unidades de significado nas transcrições, com posterior construção de categorias e subcategorias temáticas a partir dos dados empíricos.
2. Agrupamento: Reunião manual dos excertos das entrevistas que se referiam a cada categoria, facilitando a organização e análise sistemática dos dados.
3. Interpretação: Análise reflexiva orientada para a compreensão dos sentidos explícitos e implícitos atribuídos pelos técnicos ao projeto e seus resultados.

RESULTADOS

A análise das entrevistas permitiu estruturar os dados em torno de três categorias principais, cada uma sustentada por literatura científica que reforça a sua pertinência no contexto da intervenção com adultos seniores. A partir destas grandes categorias, foi construída uma tabela categorial de forma a englobar as perceções dos técnicos. O resultado deste exercício encontra-se na Tabela 1.

Tabela 1 - Análise categorial das entrevistas aos técnicos das instituições comunitárias

Categoria	Subcategoria	Excertos
Apreciação positiva do projeto	Maiores benefícios reconhecidos na área relacional – intergeracional	E1 - (...) com a interação, e isso foi o mais positivo que eu retirei daqui, (...), e eu acho que essa componente da interação entre os alunos e os seniores foi das coisas mais bonitas que eu vi.
	Aquisição de competências digitais básicas	E3 - (...) aprenderam, eles sabem eles já sabem sozinhos, ligar um tablet, desligar, mandar uma mensagem, fazer uma videochamada, eles aprenderam a fazer isso, coisas que não sabiam
Processo de aprendizagem ativo e participativo	Recomendam a replicação do projeto a outras instituições	E1 - Portanto... tem vários aspetos positivos em que eu recomendaria isso, sem dúvida e não vejo nenhum aspeto negativo...
	Preferência por atividades práticas e exercícios físicos dirigidos para as necessidades em saúde	E2 - Fisioterapia, como é muito mais interventiva, como é muito mais focada naquilo que eles querem, porque já lhes dói a anca, porque os joelhos já não sei o quê, porque o braço já não eleva assim. Como é que eu me levanto se cair? Despertou-nos muito mais o interesse.
	Desejam projetos com atividades flexíveis e participativas	E2 - (...) dentro do projeto, dar-lhes a possibilidade de eles escolherem determinados temas ou pequenas ações que possam ser feitas para eles completarem o seu nível de satisfação face a determinada dúvida ou ausência de conhecimento, acho que seria o ideal.
Reconhecimento de características individuais que interferem no processo de aprendizagem	Diferentes interesses e conhecimentos anteriores	E3 - Por exemplo, a dona F, que se destacou imenso porque ela todas as semanas, mesmo vocês não estando, ela pedia-me o tablet para poder explorar receitas, ir ao Facebook, coisas assim.
	Distintos níveis de capacidade cognitiva	E2 - Também é uma idade em que facilmente fazem uma coisa e depois se não praticarem, esquecem.

DISCUSSÃO

Sobre o projeto, os técnicos fazem uma apreciação positiva, evidenciando a dimensão relacional intergeracional como o principal benefício. A interação entre jovens estudantes e adultos seniores foi descrita como uma das experiências mais significativas e enriquecedoras do projeto. Este aspeto encontra sustentação em diversos estudos que apontam os programas intergeracionais como promotores de benefícios mútuos: para os adultos seniores, ao reduzir sentimentos de solidão, promover a autoestima e estimular o envelhecimento ativo; e para os jovens, ao fomentar empatia, responsabilidade social e competências comunicacionais (Mota & Neves, 2019; Seguí et al., 2019). A literatura sublinha que o contacto intergeracional positivo favorece a desconstrução de estereótipos sobre o envelhecimento e contribui para uma maior coesão social (Knight et al., 2018). Além disso, os técnicos recomendam a replicação do projeto em outras instituições, o que, à semelhança do preconizado por outros autores (e.g. Shi et al., 2024), destaca a importância do desenvolvimento de intervenções de literacia digital em saúde, através de programas de educação, com o objetivo de incrementar a literacia digital em saúde dos adultos mais velhos.

Relativamente ao processo de aprendizagem, os técnicos observaram uma clara preferência pelas sessões práticas, particularmente aquelas que incluíam a atividade física adaptada às necessidades de saúde dos participantes. As atividades físicas têm demonstrado impacto positivo na cognição, mobilidade e bem-estar emocional de adultos seniores, inclusive nos que apresentam psicopatologia depressiva (Xu et al., 2025). Os técnicos verificaram ainda um maior envolvimento dos adultos seniores em atividades que promoviam a participação ativa, a autonomia e a escolha de conteúdos conforme os seus interesses e dúvidas. Essa abordagem está em consonância com os princípios da andragogia, nomeadamente com a valorização da experiência prévia, com a motivação intrínseca para a aprendizagem e com a aplicabilidade do conhecimento (Knowles et al., 2015).

No que diz respeito às características individuais dos adultos seniores, os técnicos reconhecem a sua influência no processo de aprendizagem, nomeadamente em termos dos conhecimentos prévios, interesses pessoais e capacidades cognitivas, aspetos também evidenciados noutros estudos (e.g. Charness & Boot, 2009). De acordo com a literatura, os profissionais consideram apoio e a flexibilidade elementos essenciais, para o sucesso de programas intergeracionais com base tecnológica (Ali et al., 2025), que passam pela adaptação das estratégias aos perfis individuais dos sujeitos e pela customização das intervenções (Lee & Kim, 2018; Phang et., 2022; Wang & Luan, 2022).

CONCLUSÕES

A avaliação da implementação do projeto DigiSaúde, analisada sob a perspetiva dos técnicos das instituições comunitárias envolvidas, aponta para um impacto positivo, traduzido na valorização do projeto e na ênfase colocada na intergeracionalidade como um aspeto central da intervenção, não apenas no desenvolvimento das competências de literacia digital em saúde, mas no estabelecimento de relações que sustentam o processo de aprendizagem, pautado pela participação, flexibilidade pedagógica e adaptabilidade ao perfil dos seniores. Esta perspetiva carece, ainda assim, de uma maior sustentabilidade, considerando que ela resulta da análise de entrevistas individuais a três técnicos a trabalhar nas três instituições comunitárias envolvidas no projeto. Como tal, será relevante analisar a perspetiva dos profissionais, em intervenções congéneres, de natureza intergeracional, no sentido de investigar a sua centralidade no impacto desses mesmas intervenções. Segundo Wang & Luan (2022), os profissionais reconhecem que a investigação atual focada na literacia digital em saúde em adultos mais velhos está ainda numa fase inicial. Pese embora a limitação deste estudo, no que diz respeito à representatividade dos inquiridos, é sabido que o processo de envelhecimento populacional confere à intergeracionalidade uma importância crescente, culminando na formulação de um novo paradigma orientado para a aprendizagem recíproca entre gerações, inserido num modelo social concebido para responder às exigências de sociedades envelhecidas. Enquanto estratégia educativa promotora da partilha de conhecimentos entre distintas gerações, reconhece-se que esta dinâmica de aprendizagem mútua acarreta benefícios significativos para todos os envolvidos (Pascoal et al., 2020). Em suma, tal como Bai et al. (2023) afirmam, a literacia digital e as relações intergeracionais contribuem para uma melhor preparação dos adultos seniores para responderem às suas necessidades.

Referências bibliográficas

- Ali, M., Ariff, M., Ahmad, N., Alias, N., Baharum, Z., & Shahdan, T. (2025). Intergenerational Methods to Promote Digital Application Usage among Older Adults: A Scoping Review. *International Journal on Studies in Education*, 7(1), 138-156. <https://doi.org/10.46328/ijonse.299>.
- Bai, X., Yu, W., & Liu, C. (2023). Digital literacy, intergenerational relationships, and care preparation among chinese aging adults in Hong Kong. *Innovation in Aging*, 7, 565 - 566. <https://doi.org/10.1093/geroni/igad104.1854>
- Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. Edições 70.
- Charness, N. & Boot, W. R. (2009). Aging and information technology use: Potential and barriers. *Current Directions in Psychological Science*, 18(5), 253–258. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01647.x>.
- Dong, Q., Liu, T., Liu, R., Yang, H., & Liu, C. (2023). Effectiveness of Digital Health Literacy Interventions in Older Adults: Single-Arm Meta-Analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 25, e48166. <https://doi.org/10.2196/48166>
- Finger, M., & Asun, J. M. (2001). *Adult education at the crossroads: Learning our way out*. London: Zed Books.
- He, A.W., Yuan, R., Luk, T.T., Wang, K.M., & Chan, S.S. (2025). Boosting Digital Health Engagement Among Older Adults in Hong Kong: Pilot Pre-Post Study of the Generations Connect Project. *JMIR Formative Research*, 9. doi: 10.2196/69611.
- Knight, T., Skouteris, H., & Hooley, M. (2018). The impact of intergenerational programs on children and young people: A systematic review. *Children and Youth Services Review*, 93, 421–432. [https://www.intpsychogeriatrics.org/article/S1041-6102\(24\)01615-6/fulltext](https://www.intpsychogeriatrics.org/article/S1041-6102(24)01615-6/fulltext)
- Knowles, M. S., Holton, E. F., & Swanson, R. A. (2015). *The Adult Learner: The Definitive Classic in Adult Education and Human Resource Development*. Routledge.
- Lages, C.; Costa, D.; Graça, D.; Matias, S.; Pires, M. & Valido, S. (2024). A Importância da Literacia em Saúde na População Portuguesa. *Riage – Revista Ibero-Americana de Gerontologia*, 6, 14-25. <https://doi.org/10.61415/riage.311>.
- Lee, O. E., Kim, D. H., Lee, H., & Beum, K. A. (2022). Information Communication Technology Use to Improve eHealth Literacy, Technophobia, and Social Connection among Community Dwelling Older Adults. *Educational Gerontology*, 48(10), 445–457. <https://doi.org/10.1080/03601277.2022.2045727>.
- Lee, O. & Kim, D. (2018). Bridging the Digital Divide for Older Adults via Intergenerational Mentor-Up. *Research on Social Work Practice*, 29, 786 - 795. <https://doi.org/10.1177/1049731518810798>.
- Merriam, S. B. & Bierema, L. L. (2014). *Adult learning: Linking theory and practice*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Martins, M. M., Antunes, M., & Ferreira, F. (2021). A aprendizagem intergeracional no contexto da inclusão digital. *Revista Kairós-Gerontologia*, 24(1), 143–160. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2021v24i1p143-160>.

- Mota, L., & Neves, D. (2019). Intergeracionalidade e TIC: aprendizagem digital com idosos. *Revista Kairós-Gerontologia*, 22(2), 49–67. <http://dx.doi.org/10.23925/2176-901X.2019v22i2p49-67>.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072–2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- Pascoal, D., Figueiredo, M., Afonso, C. & Pereira, I. (2020). “Vidas com História” Intergeracionalidade para a promoção de atividades recreativas com idosos. *Revista da Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, 8(1), 109-123. <https://doi.org/10.25746/ruiips.v8.i1.19883>.
- Phang, J., Kwan, Y., Yoon, S., Goh, H., Yee, W., Tan, C., & Low, L. (2022). Digital Intergenerational Program to Reduce Loneliness and Social Isolation Among Older Adults: Realist Review. *JMIR Aging*, 6. <https://doi.org/10.2196/39848>.
- PORDATA (2025). *Índice de envelhecimento em Portugal*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. <https://www.pordata.pt>.
- Saadati, N., & Yousefi, Z., Saadati, S.A.R. (2023). E-health Literacy and Older Adults: Challenges, Opportunities, and Support Needs. *AI and Tech in Behavioral and Social Sciences*, 1(1), 12-19. <https://doi.org/10.61838/kman.aitech.1.1.3>.
- Seguí, M. D., et al. (2019). An Intergenerational ICT Learning Project to Improve Digital Skills. *JMIR Aging*, 2(2), e13939. <https://aging.jmir.org/2019/2/e13939/>.
- Shi, Z., Du, X., Li, J., Hou, R., Sun, J., & Marohabutr, T. (2024). Factors influencing digital health literacy among older adults: a scoping review. *Frontiers in Public Health*, 12: 1447747. doi: 10.3389/fpubh.2024.1447747.
- Springate, I., Atkinson, M. & Martin, K. (2008). *Intergenerational Practice: a Review of the Literature (LGA Research Report F/SR262)*. Slough: NFER.
- Statistics Portugal (2019). *2019 Survey on Equipment and Use of Information and Communication Technologies in Households (ICT-H 2019)*. https://www.ine.es/en/metodologia/t25/t25304506619_en.pdf
- Wang, X. & Luan, W. (2022). Research progress on digital health literacy of older adults: A scoping review. *Frontiers in Public Health*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.906089>.
- Wu, V.X. (2021). Health Promotion in the Community Via an Intergenerational Platform: Intergenerational e-Health Literacy Program (I-HeLP). In Gørill Haugan, Monica Eriksson (eds.), *Health Promotion in Health Care – Vital Theories and Research*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-63135-2_24.
- Xu, C., Wang, Y., Tang, C., Chen, H., Cui, L., Yu, X., & Wang, F. (2025). Enhancing cognitive and emotional well-being in older adults through aerobic, strength, or balance training: insights from a randomized controlled trial. *Acta psychologica*, 257, 105068. <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2025.105068>.

Capítulo 27

Análise do impacto de um projeto de literacia digital em saúde: a relevância das relações intergeracionais nas perspetivas dos idosos.

Neide Feijó^{1,2}; Rita Barros^{1,2}; José Luís Sousa^{1,2,3}; Celestino Magalhães^{1,2}; Ana Ribas^{1,2,3}, Inês Pereira².

¹*Insight - Piaget Research Center for Ecological Human Development - Portugal*

²*Instituto Politécnico Jean Piaget do Norte - Portugal*

³*Unidade Local de Saúde de Santo António, E.P.E. - Portugal*

RESUMO

INTRODUÇÃO

O DigiSaúde é um projeto de investigação-ação de natureza intergeracional, dirigido à promoção da literacia em saúde de idosos, através da intervenção de jovens e da utilização de recursos digitais. O mesmo foi implementado ao longo do ano letivo 2023/2024, pelo Instituto Politécnico Jean Piaget do Norte, com o apoio da Câmara Municipal de Vila Nova de Gaia, ao abrigo do Fundo de Apoio à Recuperação Covid-19.

OBJETIVO

Avaliar o impacto do programa com base na análise das perceções dos idosos participantes nas ações de intervenção. Como foco de análise, procurou-se entender as suas opiniões acerca do processo de implementação, nomeadamente, competências adquiridas, principais interesses e sugestões de melhoria.

METODOLOGIA

Com abordagem qualitativa, os dados foram recolhidos através da realização de três grupos focais a um conjunto de vinte participantes das três instituições comunitárias de Vila Nova de Gaia, nas quais foi desenvolvido o projeto, nos meses de junho e julho de 2024. Após transcrição e análise de conteúdo, por 3 investigadores independentes, foram identificadas as categorias e subcategorias que deram resposta ao conhecimento pretendido.

RESULTADOS

As principais categorias e respetivas subcategorias foram: 1) Apreciação positiva do Projeto (Recomendam a participação no Projeto; Preferem atividades práticas e exercícios físicos e Destacam ganhos relacionais); 2) Processo de aprendizagem digital (Não evidenciam aprendizagem digital como recurso ao cuidado em saúde; Valorizam as competências relacionais dos formadores; Apontam interesses digitais em outras áreas de entretenimento; Reconhecem algumas dificuldades no processo de aprendizagem e Sugerem um menor intervalo entre as sessões).

CONCLUSÕES

A investigação possibilitou o alcance do objetivo, sendo que a avaliação global foi positiva, destacando a relação intergeracional como principal ganho da intervenção. Na opinião dos idosos, as atividades práticas, com exercícios físicos foram as preferidas. As aprendizagens e competências digitais para o cuidado em saúde não foram evidenciadas; sobressaíram outros interesses no domínio digital e ao acesso à internet, como a exploração de conteúdos na área da culinária e bricolagem, comunicação com familiares e para o entretenimento através de jogos online. Além disso, verificou-se alguma dificuldade cognitiva para novas aprendizagens, o que pode ter levado os idosos a sugerirem um menor intervalo de tempo entre as sessões. Contudo, apreciaram positivamente o projeto, o que confirma a sua pertinência e leva a repensar a possibilidade da sua reprodução futura, considerando de forma mais efetiva os interesses dos próprios idosos.

Palavras-chave: Intergeracionalidade; Literacia Digital em Saúde; Adultos Sénior; Inclusão digital.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional em Portugal tem-se acentuado nas últimas décadas. Desde 2011, o país regista um saldo natural negativo, e atualmente cerca de 24% da população tem 65 anos ou mais (Statistics Portugal, 2024). A maioria dos idosos portugueses viveu grande parte da sua vida sem acesso regular às tecnologias digitais, o que agrava a exclusão digital em contextos de rápida transformação tecnológica. Em 2019, os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) revelavam uma significativa disparidade no uso da internet entre jovens e idosos, evidenciando que apenas uma minoria dos mais velhos fazia uso regular das Tecnologias de Informação e Comunicação - TIC (Statistics Portugal, 2019).

A exclusão digital é uma forma de desigualdade cada vez mais relevante numa sociedade em rápida digitalização. A maior parte dos idosos portugueses não cresceu com acesso a tecnologias digitais, o que se reflete numa utilização reduzida e assistida dos dispositivos eletrónicos. Segundo o Inquérito à Utilização das TIC nos Agregados Familiares, apenas 28% das pessoas com 65 ou mais anos usavam a internet com regularidade em 2019, em contraste com 96% dos jovens entre os 16 e os 24 anos (Statistics Portugal, 2019). Esta disparidade revela não apenas uma diferença geracional, mas também um défice estrutural de acesso, formação e motivação para o uso das TIC (Tsai et al., 2015).

No domínio da saúde, esta exclusão digital torna-se particularmente crítica. A literacia digital em saúde – definida como a capacidade de aceder, compreender, avaliar e utilizar informações de saúde disponíveis em meios digitais – é hoje considerada essencial para o exercício da cidadania em ambientes digitais (Norman & Skinner, 2006; Sørensen et al., 2012). Com a crescente digitalização dos serviços de saúde – como marcação de consultas online, acesso a exames médicos, uso de *apps* de monitorização ou teleconsultas – os idosos com baixa literacia digital enfrentam barreiras ao acesso, comprometendo a gestão autónoma da sua saúde (Chesser et al., 2016; Stollefson et al., 2011). Estudos demonstram que baixos níveis de literacia digital estão correlacionados com menor adesão a terapias, maior utilização de serviços de urgência e pior controlo de doenças crónicas (Berkman et al., 2011).

Neste cenário, a promoção da literacia digital surge como uma ferramenta importante para a inclusão social, o empoderamento e a melhoria do bem-estar dos idosos. A literacia digital em saúde, em particular, permite um maior controlo sobre a gestão da saúde, o acesso a serviços e informações médicas, e a comunicação com profissionais de saúde ou redes de apoio (Correia, 2025; Cision News/Banco BPI, 2023). No entanto, a

aquisição dessas competências depende não só da motivação, sendo importante que as estratégias nacionais de promoção da saúde digital incluam medidas específicas dirigidas aos idosos, contemplando as questões da acessibilidade, capacitação e prestação de suporte técnico. Em Portugal, programas locais apoiados por autarquias e instituições de ensino superior têm sido desenvolvidos para responder a estas lacunas, com resultados promissores (Carvalho & Diogo, 2021).

O projeto *DigiSaúde* insere-se neste contexto como uma resposta intergeracional inovadora, que combina a participação de jovens e idosos na aprendizagem de competências digitais aplicadas à saúde. Através da partilha de saberes e da convivência intergeracional, pretende-se não apenas reduzir o fosso digital, mas também promover o envelhecimento ativo, a autonomia e a valorização das relações sociais. O referido projeto foi desenvolvido pelo Instituto Politécnico Jean Piaget do Norte, com participação ativa de estudantes de ensino superior; teve financiamento da Câmara Municipal de Vila Nova Gaia e ocorreu em três instituições comunitárias de intervenção junto à população idosa da mesma localidade.

Com base neste enquadramento, o presente estudo teve como objetivo principal avaliar o impacto do projeto *DigiSaúde* a partir da análise das perceções dos idosos participantes nas ações de intervenção. Especificamente, procurou-se compreender as suas opiniões sobre o processo de implementação, as competências adquiridas, os principais interesses manifestados durante a participação no projeto e as suas sugestões de melhoria para futuras edições. A investigação visou, assim, não apenas aferir a eficácia da intervenção, mas também contribuir para o desenvolvimento de estratégias mais adequadas e significativas no âmbito da literacia digital em saúde para a população idosa.

METODOLOGIA

Foi adotada uma abordagem qualitativa de investigação para aceder às perceções e opiniões dos idosos sobre a sua participação no projeto *DigiSaúde*. Para a recolha de dados foram realizados três grupos focais, gravados em áudio, entre junho e julho de 2024. Estes foram dirigidos por uma das investigadoras, com o apoio de um guião temático. A amostra de conveniência foi composta por 20 idosos voluntários com idades entre os 62 e 85 anos ($M = 70,67$ anos), provenientes de três instituições comunitárias no concelho de Vila Nova de Gaia, Portugal. A maioria dos participantes (77,8%) era do sexo feminino. Os participantes apresentavam níveis variados de escolaridade, apesar de que a maioria detinha apenas o 1º ciclo de escolaridade completo, e estavam integrados em atividades comunitárias regulares.

O tratamento dos dados foi feito pelo método de análise de conteúdo (Bardin, 2011), que se processa através da transcrição e leitura do conteúdo, análise de significação, organização e categorização dos dados, num processo de interpretação realizado por 3 investigadores, de forma independente. As categorias e subcategorias que emergiram da análise, descrevem o entendimento pretendido com o estudo, isto é, a perceção dos idosos sobre a sua participação no Projeto *DigiSaúde*. Assim, o material foi transcrito e, através da leitura e exploração do conteúdo, foi codificado e categorizado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados obtidos, organizados em categoria e subcategorias, serão apresentados no quadro 1, acompanhados de transcrições, como exemplos das informações dos idosos que participaram dos grupos focais.

Quadro 1 - Categorias e Subcategorias – Percepção dos idosos sobre a sua participação do projeto DigiSaúde

Categorias	Subcategorias	Transcrições
Apreciação global positiva	Recomendam a participação no projeto Preferem atividades práticas e exercícios físicos Destacam ganhos relacionais	MGR2 - Foi maravilhoso mesmo... eu gostava mesmo de repetir a dose, muito! OMA3 - É mais a ginástica. É mais completo. É mais ativo. AFS2 - (...) em questões de convívios, posso dizer que é a coisa melhor que pode existir... MAR1 – mas, não posso fazer isso, tenho medo de fazer bem.
Processo de aprendizagem digital	Não evidenciam aprendizagem digital como recurso ao cuidado em saúde Valorizam as competências relacionais dos formadores Apontam interesses digitais em outras áreas de entretenimento Reconhecem algumas dificuldades no processo de aprendizagem Sugerem menor intervalo entre as sessões	ASM3 - Era tudo super simpático. Não eram simpáticos, era super simpáticos. MCT1 - De culinária, também usei. Mas usei muito para fazer os jogos... EEL1 - Não é não conseguir...Tenho dificuldade. MFC3 - Havia de ter mais dias da atividade.

De forma geral, os participantes expressaram uma avaliação positiva do projeto, recomendando a sua continuidade e destacando os benefícios sociais, afetivos e relacionais da experiência. Esta valorização está em consonância com estudos que indicam que os contextos de aprendizagem para adultos mais velhos são mais eficazes quando promovem vínculos sociais significativos e reconhecimento pessoal. A componente intergeracional, com a presença ativa de jovens formadores, foi especialmente destacada como elemento motivador e facilitador da integração, reforçando as premissas da teoria da solidariedade intergeracional, que enfatiza os benefícios da cooperação entre gerações para o fortalecimento dos laços sociais e do capital afetivo (Mota & Neves, 2019; Seguí et al., 2019).

As atividades práticas, especialmente aquelas que envolviam movimento corporal, foram referidas como as mais agradáveis e memoráveis. Esta preferência é coerente com o estudo Xu et al. (2025) que destacam a importância da atividade física nos processos cognitivos, mobilidade e bem-estar emocional dos idosos.

Entre os benefícios mais frequentemente mencionados, destacaram-se os ganhos relacionais. Muitos participantes afirmaram sentir-se mais valorizados, escutados e conectados, tanto com os jovens formadores quanto com os seus pares. A valorização das relações intergeracionais, neste contexto educativo reforça a evidência de sua importância como fator protetor contra o isolamento e a solidão, problemas comuns em populações envelhecidas (Knight et al., 2018).

Por outro lado, a aquisição de competências digitais diretamente associadas ao cuidado em saúde não foi evidenciada pelos participantes. Os participantes mostraram-se mais entusiasmados com conteúdos digitais ligados ao entretenimento, como culinária, bricolagem, jogos e redes sociais. Esta preferência ilustra a importância de um planeamento pedagógico centrado nos interesses e contextos de vida dos idosos.

Apesar das dificuldades de aprendizagem mencionadas em outros estudos (Alvarenga et al., 2019) e referidas por alguns participantes – como problemas de memorização, dificuldades cognitivas e limitações

na manipulação dos dispositivos, a maioria reconheceu o esforço dos jovens formadores e elogiou as suas competências relacionais, destacando a paciência, empatia e clareza na comunicação. Neste processo afirmaram a aquisição de competências digitais básicas, indo ao encontro do estudo de Bai et al. (2023), que afirma que a literacia digital e as relações intergeracionais contribuem com a autonomia dos idosos, uma vez que facilitam as respostas às suas próprias necessidades.

Por outro lado, os participantes sugeriram que as sessões ocorressem com menor intervalo temporal, justificando essa preferência com a dificuldade em manter a continuidade dos conhecimentos adquiridos entre encontros espaçados. Tal evidência reforça a necessidade de frequência sistemática e oportunidades contínuas de prática, sobretudo quando se trata da introdução de competências digitais em públicos com menos contacto prévio com a tecnologia.

A experiência destaca a relevância de considerar, de forma mais efetiva, os interesses e ritmos da população idosa em projetos desta natureza. O sucesso de iniciativas intergeracionais como o DigiSaúde depende não apenas da qualidade técnica dos conteúdos, mas também da capacidade de criar ambientes de aprendizagem acolhedores, respeitosos e alinhados com os desejos e experiências dos idosos. Tal constatação aponta para a necessidade de desenhar futuras intervenções com maior flexibilidade curricular, incorporando conteúdos de interesse dos participantes, respeitando a diversidade etária e cognitiva e promovendo relações humanas significativas como parte essencial do processo educativo. A comunicação, a flexibilidade e a adaptação de estratégias às características dos idosos têm sido consideradas fundamentais para o êxito dos programas intergeracionais com o uso da tecnologia (Ali et al., 2025; Lee & Kim, 2018; Phang et., 2022; Wang & Luan, 2022, Zaid et al. 2022).

CONCLUSÕES

O projeto *DigiSaúde* revelou-se uma experiência enriquecedora e globalmente bem-sucedida na promoção da inclusão digital e social de pessoas idosas. A intervenção permitiu validar a relevância de abordagens intergeracionais na capacitação digital de idosos, evidenciando que o envolvimento de jovens formadores não só facilitou a aprendizagem, como também promoveu relações de empatia e respeito. Os resultados obtidos confirmam a importância de desenhar ações formativas ajustadas às motivações e interesses reais dos idosos, integrando atividades práticas, lúdicas e culturalmente significativas, que estimulem a autonomia e o bem-estar.

O facto de os participantes valorizarem mais os conteúdos digitais relacionados com entretenimento e comunicação interpessoal do que aqueles diretamente ligados à saúde digital, reforça a necessidade de adotar metodologias centradas no participante, respeitando os seus ritmos, preferências e contextos de vida. Da mesma forma, as dificuldades cognitivas e tecnológicas identificadas apontam para a importância de sessões mais frequentes e de suporte continuado, a fim de garantir a consolidação das aprendizagens.

Este estudo demonstra que intervenções orientadas por princípios de escuta ativa e pedagogia humanizada são fundamentais para promover um envelhecimento ativo e participativo. O reconhecimento explícito da utilidade social do projeto por parte dos idosos confirma a sua pertinência e justifica a sua replicação futura, desde que integrando melhorias sugeridas pelos próprios participantes. Como tal, recomenda-se que projetos semelhantes considerem a flexibilidade programática, a diversificação dos temas abordados e o reforço das dinâmicas intergeracionais como pilares estratégicos. Em última instância, iniciativas como o *DigiSaúde*

contribuem não apenas para a literacia digital, mas para a valorização do envelhecimento como etapa plena de aprendizagem, relação e cidadania.

Referencias bibliográficas

- Ali, M., Ariff, M., Ahmad, N., Alias, N., Baharum, Z., & Shahdan, T. (2025). Intergenerational Methods to Promote Digital Application Usage among Older Adults: A Scoping Review. *International Journal on Studies in Education*, 7(1), 138-156. <https://doi.org/10.46328/ijonse.299>.
- Alvarenga, G., Yassuda, M. & Cachioni, M. (2019). Inclusão digital com tablets entre idosos: metodologia e impacto cognitivo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 20(2), 384-401. <http://dx.doi.org/10.15309/19psd200209>.
- Bai, X., Yu, W., & Liu, C. (2023). Digital literacy, intergenerational relationships, and care preparation among chinese aging adults in Hong Kong. *Innovation in Aging*, 7, 565 - 566. <https://doi.org/10.1093/geroni/igad104.1854>
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Health literacy interventions and outcomes: An updated systematic review. *Agency for Healthcare Research and Quality*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK82482/>.
- Carvalho, D., & Diogo, M. (2021). Literacia digital e envelhecimento: O papel das autarquias e instituições locais. *Revista Portuguesa de Educação*, 34(1), 137–155. <https://doi.org/10.21814/rpe.18357>.
- Chesser, A., Burke, A., Reyes, J., & Rohrberg, T. (2016). Navigating the digital divide: A systematic review of eHealth literacy in underserved populations in the United States. *Informatics for Health and Social Care*, 41(1), 1–19. <https://doi.org/10.3109/17538157.2014.948171>.
- Cision News / Banco BPI. (2023). Relatório de envelhecimento: *População portuguesa necessita de respostas sociais para combater a pobreza*. <https://news.cision.com/pt/banco-bpi/r/relatorio-de-envelhecimento---populacao-portuguesa-necessita-de-respostas-sociais-para-combate-a-pob,c63856374065000000>.
- Correia, D. (2025). Idosos. Os desafios de uma população cada vez mais envelhecida. *iOnline*. <https://ionline.sapo.pt/2025/01/07/idosos-os-desafios-de-uma-populacao-cada-vez-mais-envelhecida/>.
- Knight, T., Skouteris, H., & Hooley, M. (2018). The impact of intergenerational programs on children and young people: A systematic review. *Children and Youth Services Review*, 93, 421–432. [https://www.intpsychogeriatrics.org/article/S1041-6102\(24\)01615-6/fulltext](https://www.intpsychogeriatrics.org/article/S1041-6102(24)01615-6/fulltext)
- Lee, O. E., Kim, D. H., Lee, H., & Beum, K. A. (2022). Information Communication Technology Use to Improve eHealth Literacy, Technophobia, and Social Connection among Community Dwelling Older Adults. *Educational Gerontology*, 48(10), 445–457. <https://doi.org/10.1080/03601277.2022.2045727>.
- Mota, L., & Neves, D. (2019). Intergeracionalidade e TIC: aprendizagem digital com idosos. *Revista Kairós-Gerontologia*, 22(2), 49–67. <http://dx.doi.org/10.23925/2176-901X.2019v22i2p49-67>.
- Norman, C. D., & Skinner, H. A. (2006). eHealth literacy: Essential skills for consumer health in a networked world. *Journal of Medical Internet Research*, 8(2), e9. <https://doi.org/10.2196/jmir.8.2.e9>.

- Phang, J., Kwan, Y., Yoon, S., Goh, H., Yee, W., Tan, C., & Low, L. (2022). Digital Intergenerational Program to Reduce Loneliness and Social Isolation Among Older Adults: Realist Review. *JMIR Aging*, 6. <https://doi.org/10.2196/39848>.
- Seguí, M. D., et al. (2019). An Intergenerational ICT Learning Project to Improve Digital Skills. *JMIR Aging*, 2(2), e13939. <https://aging.jmir.org/2019/2/e13939/>
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>.
- Statistics Portugal. (2024). *Estimates of resident population in Portugal 2023*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=645507713&DESTAQUEStema=55466&DESTAQUESmodo=2&xlang=en.
- Statistics Portugal. (2019). *2019 survey on equipment and use of information and communication technologies in households (ICT-H 2019)*. https://www.ine.es/en/metodologia/t25/t25304506619_en.pdf.
- Stellefson, M., Hanik, B., Chaney, B., & Tennant, B. (2011). eHealth literacy among college students: A systematic review with implications for eHealth education. *Journal of American College Health*, 59(6), 377–383. <https://doi.org/10.1080/07448481.2010.513406>.
- Tsai, H. S., Shillair, R., & Cotten, S. R. (2015). Social support and “playing around”: An examination of how older adults acquire digital literacy with tablet computers. *Journal of Applied Gerontology*, 36(1), 29–55. <https://doi.org/10.1177/0733464815609440>.
- Xu, C., Wang, Y., Tang, C., Chen, H., Cui, L., Yu, X., & Wang, F. (2025). Enhancing cognitive and emotional well-being in older adults through aerobic, strength, or balance training: insights from a randomized controlled trial. *Acta psychologica*, 257, 105068. <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2025.105068>.
- Wang, X. & Luan, W. (2022). Research progress on digital health literacy of older adults: A scoping review. *Frontiers in Public Health*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.906089>.
- Zaid, N., Rauf, M., Ahmad, N., Zainal, A., Razak, F. & Shahdan, T. (2022). Learning Elements for Digital Literacy among Elderly: A Scoping Review. *Journal of Algebraic Statistics*, 13(3), 2850-2859. <https://publishoa.com/index.php/journal/article/view/958/828>.

Capítulo 28

Serenia: Design of an Artificial Intelligence Conversational Assistant to Alleviate Solitude of Older Adults.

Daniel Rodríguez Silva¹, Francisco Javier González-Castaño², Francisco de Arriba-Pérez², Silvia García-Méndez², Ernest Companys Bertrán¹.

¹*Serenia Solutions SL, Spain.*

²*Information Technologies Group,atlanTTic, University of Vigo, Spain.*

ABSTRACT

Serenia (holaserenia.com) is an artificial intelligence-based conversational assistant developed by Serenia Solutions SL, incorporating health evaluation assets from the Information Technologies Group,atlanTTic, Universidade de Vigo. It currently provides companionship and mental health assessments (including cognitive decline, anxiety, and depression) to over 10,000 older adults. The assistant is available through a simple web app interface and integrates with WhatsApp, supporting both voice and text messages to enhance accessibility and user interaction. This article examines the development, functionalities, and future directions of Serenia.

INTRODUCTION

Population aging poses significant challenges to health and well-being, including unwanted loneliness and cognitive decline. Artificial intelligence offers innovative solutions to enhance the quality of life for older adults. Serenia, a conversational assistant, addresses these challenges by providing personalized companionship and a platform for monitoring cognitive health (Universidade de Vigo –atlanTTic., 2024a, 2024b).

DEVELOPMENT

The development of Serenia traces back to 2015 with the Táctica project, supported by the Fondo Tecnológico of Spain. Its current version, funded by the Ignicia Programme of the Xunta de Galicia, has benefited from collaborations with AFAGA (Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras Demencias de Galicia) and the Cluster da Saúde de Galicia.

Serenia aims to combat unwanted loneliness among older adults by prioritising their entertainment and interests, while also collecting data to support the evaluation of mental and emotional conditions through artificial intelligence. (Universidade de Vigo –atlanTTic., 2023a).

Nowadays, Serenia has over 10,000 users and continues to incorporate new features, such as the review of personal memories and the socialization of users with similar interests.

Serenia is designed to support older adults—especially those who live alone, have some degree of dependency, or reside in health and social care centres such as residential care homes or day care centres (Universidade de

Vigo – atlantTic, 2024a). It interacts with users via voice or text through common devices such as tablets and smartphones, offering a range of functionalities.

Serenia provides entertainment through natural dialogues that incorporate relevant information—such as updated news, data extracted from vector databases, and content accessed directly from the Internet—as well as games and activities like word searches and riddles (see Figure 1). It also conducts neuropsychological assessments by analysing voice and text markers, avoiding the white coat effect; monitors health status through trend reports and alerts; and sends reminders for medication and medical appointments. (Palacín, 2023; Universidade de Vigo – atlantTic., 2024a).



Figure 1. Screenshots showing games integrated into the dialogue flow. Note that the conversation can continue at any time (right).

Other key features of Serenia include its ability to remember shared history with each user, support empathetic interactions, and develop a relationship that evolves with increasing levels of mutual trust. Gamification techniques enhance user engagement. Figure 2 shows a gamification feedback screen designed to encourage participation by displaying friendship scores.



Figure 2. Gamification scores report

The primary objective of Serenia is to enhance the quality of life for elderly individuals by providing companionship and entertainment, while also offering a platform for embedded monitoring of cognitive health to enable the early detection of mental conditions. Its algorithms show a high correlation with standard tests (e.g., Mini-Mental State Examination, Goldberg, Yesavage), but the properties being evaluated—such as repetition, evocation, and others—are inferred from sequences of system responses and user interactions, rather than based on rigid references. This approach is protected by a filed patent.

The focus on entertainment fosters long-term engagement, making Serenia an ideal platform for longitudinal analyses (Universidade de Vigo – atlanTTic, 2023a). Additionally, Serenia aims to support family members and caregivers by delivering information and alerts regarding the user's cognitive status, enabling more effective care. To this end, it offers a control panel with different views, where users, caregivers, and care centers can access activity history and health reports (see Figure 3).



Figure 3. Screenshots of different views of the control panel

CONCLUSIONS

Serenia represents a significant innovation in the use of artificial intelligence for the care of older adults. By providing companionship and monitoring cognitive health, it stands out as a key tool to address the challenges of an ageing population. In the context of a growing elderly demographic, solutions like Serenia will be essential to ensuring the well-being and quality of life of this group.

Currently, over 15,000 users from more than 20 countries have interacted with the assistant, generating 1,500,000 interactions, including more than 1,000 health tests in the last two years.

As future work, we are introducing new functionalities to foster socialization: a life memory assistant for content generation and a social connection feature.

Referencias bibliográficas

- de Arriba Pérez, F. et al. (2023b). de Arriba Pérez, F., García Méndez, S., González Castaño, F. J., Costa Montenegro, E. Automatic detection of cognitive impairment in elderly people using an entertainment chatbot with Natural Language Processing capabilities. *Journal of Ambient Intelligence and Humanized Computing* 14/12, pp. 16283-16298.
- de Arriba Pérez, F. et al. (2024c). de Arriba-Pérez, F., García-Méndez, S., Otero- Mosquera, J., González Castaño, F. J. *Explainable cognitive decline detection in free dialogues with a Machine Learning approach based on pre-trained Large Language Models*. *Applied Intelligence*.
- Palacín, J. T. (2023). *Celia, la herramienta que combate la soledad de los mayores*. Innovaspain. Recuperado de <https://www.innovaspain.com/celia-asistente-personas- mayores/>.
- Universidade de Vigo –atlanTTic. (2023a). *atlanTTic presenta CELIA, un asistente conversacional en WhatsApp para combatir la soledad no deseada*. Recuperado de <https://atlanttic.uvigo.es/es/>.
- Universidade de Vigo –atlanTTic. (2024a). *Celia IA | El asistente conversacional para el cuidado de nuestros mayores*. Recuperado de <https://celiatecuida.com/>.
- Universidade de Vigo –atlanTTic. (2024b). *Diseñamos las tecnologías del futuro*. Recuperado de <https://atlanttic.uvigo.es/es/>.

Capítulo 29

Evaluación de la influencia de la realización de Fútbol a pé ® en la calidad de vida de las personas mayores en Cangas do Morrazo (Pontevedra).

Fornos Pérez José Antonio^{1,2}, Rial Chapela José María³, Chantada Alba Javier⁴, Andrés Rodríguez Nicanor Floro¹, Leirós Nieves Miguel², Fornos Rodríguez Marta⁵.

¹Grupo Berbés de Investigación y Docencia, Vigo.

²Farmacéutico comunitario, Cangas do Morrazo.

³Director técnico de Fútbol a pé.

⁴Sociedad Española de Farmacia Familiar, Clínica y Comunitaria, Teo (A Coruña).

⁵Médico de Atención Primaria, Luanco (Asturias).

RESUMEN

OBJETIVO PRINCIPAL:

Evaluar la influencia de la práctica de la modalidad Fútbol a pé, sobre la calidad de vida y el estado de salud de una población de mayores comparándola con una población de similares características sociodemográficas de Cangas do Morrazo.

METODOLOGÍA

Diseño: Estudio descriptivo comparativo.

Criterios de inclusión: en el grupo intervención, hombres y mujeres mayores de 50 años que llevan más de un año practicando Fútbol a pé y que lo practican en el momento del estudio.

Variables: Variables sociodemográficas, variables clínicas, calidad de vida percibida con cuestionario WHOQOL-BREF.

RESULTADOS

36 practicantes de Fútbol a pé y 16 grupo control. Variables sociodemográficas y antropométricas: Hombres, edad: $62,3 \pm 8,4$ años; IMC= $27,3 \pm 3,8$; PC= $98,1 \pm 11,1$; IC/T= $0,97 \pm 0,1$ (sin diferencias estadísticamente significativas en los dos grupos).

Grupo Fútbol a pé vs control: PAS $127,2 \pm 16,1$ vs $138,4 \pm 11,9$ mmHg $p=0,0167$; FC $63,7 \pm 11,9$ vs $71,4 \pm 7,1$ L/min $p=0,0184$; ColTotal= $181,0 \pm 38,4$ vs $229,8 \pm 24,9$ mg/dl $p<0,001$; LDL col= $100,5 \pm 35,7$ vs $130,9 \pm 17,9$ mg/dl $p=0,0023$.

DOM 1= 70,9± 15,7 vs 55,8 ± 13,7 p=0,0017; DOM 2= 69,7 ± 17,1 vs 40,9± 15,3 p<0,0001; DOM 3= 66,6± 16,5 vs 35,9± 13,9 p<0,0001; DOM 4= 29,0 ± 4,5 vs 25,1± 2,7 p=0,0025; TOTAL= 89,3 ± 12,9 vs 70,3± 9,8 p<0,0001

CONCLUSIONES

El perfil del participante de Fútbol a pé es hombre de 62 años con valores antropométricos ligeramente altos y hábitos dietéticos mejorables, sin diferencias con el grupo control.

Los parámetros clínicos evaluados están todos dentro de la normalidad y mejor que los encontrados en el grupo control.

En cuanto a la calidad de vida percibida, fue mucho mejor que en el grupo control, en todas las dimensiones del WHOQOL-BREF: físico, psicológico, social, ambiental y, especialmente, mejor en el dominio social.

Palabras clave: Fútbol a pé; walking football; personas mayores; calidad de vida, actividad física.

INTRODUCCIÓN

El proceso de envejecimiento suele acompañarse de limitaciones en las habilidades físicas y también en la vida social. Se presentan menos actividades y planes, aunque existen formas de compensar dichas situaciones, llegando incluso a lograr adecuados niveles de bienestar dependiendo de ciertas condiciones del entorno y del propio individuo.

El concepto de envejecimiento saludable incorpora distintos factores psicológicos y sociales que trascienden la salud física, por lo que se requiere, además de una alta capacidad de funcionamiento físico y cognitivo, un alto compromiso con la vida, mejores relaciones interpersonales y una mayor participación en actividades productivas (OMS, 2015). Su importancia radica en considerar la posibilidad que tienen las personas de cambiar sus estilos de vida, evitando así las enfermedades y mejorando la probabilidad de envejecer con éxito en términos de funcionamiento físico, mental y social.

El envejecimiento saludable está condicionado por factores personales y por los denominados determinantes sociales, en los que se basa el plan *Década del Envejecimiento Saludable 2020-2030* (OMS, 2020) que prevé la adopción de una serie de medidas, entre las que está potenciar la actividad física, cuyo objetivo final es conseguir mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

La calidad de vida es el grado en que una persona está sana, cómoda y es capaz de participar o disfrutar de los acontecimientos de la vida, por lo que es fundamental que los profesionales de la salud tengan en cuenta esta calidad de vida al establecer los objetivos de la atención de cada paciente y utilizarla como guía para todas las decisiones relacionadas con la atención.

La calidad de vida relacionada con la salud tiene numerosas dimensiones, como son:

- Ausencia o presencia de síntomas físicos que afecten al paciente (p. ej., dolor, disnea, náuseas, estreñimiento).
- Calidad del bienestar emocional (p. ej., felicidad, ausencia de ansiedad).

- Estado funcional físico y cognitivo (p. ej., capacidad de realizar actividades de la vida cotidiana y funciones más complejas, como actividades placenteras).
- Naturaleza y calidad de las relaciones interpersonales cercanas (p. ej., con miembros de la familia y amigos).
- Capacidad para participar y disfrutar de actividades sociales.
- Grado de satisfacción con los aspectos médicos y los arreglos financieros para la atención de la salud.
- Sexualidad, imagen corporal e intimidad.

La Organización Mundial de la Salud destaca el importante papel de la actividad física para alcanzar un envejecimiento saludable y con calidad de vida. En su informe mundial sobre el envejecimiento y la salud de 2015 este organismo internacional afirma que la actividad física a lo largo de la vida tiene como principal beneficio aumentar la longevidad. Son muchos los beneficios de la actividad física sobre la calidad de vida en la vejez: se preserva la fuerza muscular y la función cognitiva, reduce los niveles de ansiedad y depresión y mejora notablemente los sentimientos de autoestima. Además, desde el punto de vista físico, reduce los riesgos de enfermedades crónicas, principalmente las vasculares de cualquier localización (cerebral, central y periférica). En cuanto a lo social, promueve una mayor participación en la comunidad y permite el mantenimiento de redes sociales y vínculos entre las generaciones. En ese informe de 2015 se basa la Estrategia mundial 2016-2030.

En cuanto al fútbol a pie, fútbol caminando, *walking soccer o walking football (WF)*, existen pocos artículos publicados, siendo la mayoría en el Reino Unido; pero en una reciente revisión (Corepal et al. 2020) se concluye que es una actividad que tiene el potencial de conferir beneficios para la salud y en mayor medida que caminar exclusivamente (Borg, 1982; McEwan et al., 2019).

La actividad *Fútbol a pé*, tal y como nació en Cangas do Morrazo en el 2020, es una variante deportiva del fútbol de clubes que, a través de sus normas, busca ser, además de una actividad física, una actividad que tenga una vertiente integradora, inclusiva e intergeneracional además de inspiradora y divertida, libre de lesiones y enmarcada en un contexto primordialmente no competitivo. Está dirigida a personas de cualquier edad, género y condición física y/o que debido a la falta de movilidad u otra razón no pueden practicar esta disciplina de manera tradicional. Los valores que promulga son: el trabajo en equipo, el compromiso, el bienestar, la inclusión y las relaciones intergeneracionales.

Por todo lo anteriormente expuesto, creemos que la práctica del Fútbol a pé mejora la calidad de vida (física, psicológica, social y medioambiental) de los practicantes, especialmente de los mayores.

HIPÓTESIS

La práctica de *Fútbol a pé* dos horas semanales tiene un impacto positivo en la calidad de vida de personas mayores que lo practican frente a un grupo que no lo practica.

OBJETIVO PRINCIPAL:

1. Evaluar la influencia de la práctica de la modalidad *fútbol a pé* sobre la calidad de vida y el estado de salud de una población de mayores de Cangas do Morrazo.
2. Comparar los resultados con una población de similares características sociodemográficas que no lo practican.

OBJETIVOS SECUNDARIOS:

Identificar el perfil sociodemográfico y clínico de los dos grupos al inicio y comprobar si existen diferencias entre ambos.

Identificar los hábitos dietéticos y comprobar si existen diferencias entre los inscritos en programas de *fútbol a pé* y los que no lo practican.

Medir la calidad de vida percibida por los integrantes de los dos grupos al inicio y comprobar si existen diferencias entre ambos.

Medir el estado clínico y la calidad de vida percibida por los dos grupos al final y comprobar si existen diferencias entre ambos.

METODOLOGÍA

DISEÑO:

Estudio descriptivo comparativo.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

En el grupo intervención, hombres y mujeres mayores de 50 años que, previo control médico, puedan realizar ejercicio físico y que comiencen a practicar Fútbol a pé en el momento del estudio, practicándolo de forma regular y durante todo el tiempo del estudio. Con capacidad cognitiva y social y que consientan participar en el estudio.

En el grupo control: hombres y mujeres mayores de 50 años a los/as que, previo control médico, puedan realizar ejercicio físico pero que no hayan practicado, no practiquen en la actualidad, ni vayan a practicarlo durante el estudio. Con capacidad cognitiva social, y que consientan participar en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Todos aquellos individuos que no cumplan los criterios de inclusión o que los cumplan, pero no consientan o no tengan capacidad cognitiva social.

SELECCIÓN DE LA MUESTRA:

Se ofrecerá la realización del estudio a la totalidad de los/as practicantes de Fútbol a pé de Cangas y a usuarios de la farmacia.

TAMAÑO MUESTRAL:

Para el grupo intervención se ofrecerá a la totalidad de los participantes en la actividad de Fútbol a pé, con lo que no es necesario selección de muestra ni aleatorización.

Para el grupo control se ofrecerá a todos los usuarios de otras actividades físicas y/o usuarios de la farmacia, hasta obtener una muestra equivalente a la del grupo intervención.

VARIABLES Y SISTEMAS DE MEDICIÓN

Los procedimientos de medición de las variables serán llevadas a cabo según el PNT elaborado por los investigadores.

- Variables sociodemográficas: Sexo (H/M); edad (años); estudios (ninguno, primarios, medios, universitarios); situación laboral (trabaja, pensionista, en paro); vive solo/a (SI/NO: con pareja/ otra familia); realiza ejercicio de forma regular (SI/NO); tipo (No realiza/ No vigoroso/ vigoroso).
- Variables clínicas: enfermedades (número y tipo); medicamentos (número y tipo), PAS/PAD (mm Hg); FC (l/min); perímetro de cintura (cm); IMC (kg/m²); perfil lipídico (colesterol total, HDL colesterol, triglicéridos – mg/dl).
- Cuestionario WHOQOL-BREF: puntuación total, puntuaciones de cada dominio, puntuación de cada ítem.

Todas las variables registradas en una hoja de registro diseñada para el estudio y el procedimiento para su medición se detalla en el PNT correspondiente.

WHOQOL-BREF (Skevington et al., 2004): esta herramienta es una versión abreviada de 26 elementos de la evaluación de la calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que incluye la salud física/ psicológica, las relaciones sociales, el medioambiente, la calidad de vida y la salud en general. Esta encuesta ha sido validada internacionalmente y en castellano (Lucas-Carrasco, et al., 2011) e implementada con éxito en diversos entornos clínicos y poblaciones de pacientes.

La puntuación de cada dominio se puntúa de forma independiente. A mayor puntuación mayor calidad de vida. No se establece puntos de corte.

PROCEDIMIENTO:

1. En primer lugar, ofrecer la participación a los practicantes de Fútbol a pé.
2. Búsqueda de controles entre los usuarios de la farmacia que no practiquen esa actividad deportiva.
3. Llevar a cabo la cumplimentación de la encuesta y los datos antropométricos y clínicos.
 - a) La encuesta es autocumplimentada por el usuario.
 - b) Las determinaciones antropométricas y clínicas se realizan en la farmacia siguiendo el PNT específico.

TRATAMIENTO ESTADÍSTICO

Para el análisis de los datos se utilizará el programa estadístico SPSS® 22.0 para Windows®. Los datos cualitativos se expresarán como porcentajes y los cuantitativos como media \pm desviación estándar. Se utilizarán los test de chi-cuadrado para el análisis de variables cualitativas, t de Student para variables cuantitativas con distribución normal y Mann-Whitney para variables cuantitativas con distribución no normal. Para el análisis de los datos pareados el test de Wilcoxon. Para relacionar las variables cuantitativas se utilizarán técnicas analíticas de correlación de Spearman. Se realizarán análisis de medidas repetidas para valorar los efectos de tiempo x grupo (comparación intergrupo). La significación estadística se fija en $p < 0,05$.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio se desarrollará de acuerdo con las normas de Buena Práctica Clínica de la Conferencia Internacional sobre Armonización (ICH E6) para un estudio de estas características. Se respetará en todos los casos la autonomía de los participantes, siguiendo los principios éticos de la Declaración de Helsinki vigente y las leyes de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Se realizaron las preceptivas consultas al Consello de Bioética de Galicia y se solicitó permiso al CEI de la Universidad de Vigo.

MEMORIA ECONÓMICA Y FUENTES DE FINANCIACIÓN

El estudio no dispone de financiación externa de ninguna clase, ni de organismos públicos ni privados.

RESULTADOS

Se evaluaron 52 usuarios: 36 (69,2%) que practican fútbol a pé y 16 (30,8%) que no lo practican. La media de edad y el IMC era mayor en el grupo control y el perímetro de cintura en el grupo de fútbol a pé, pero sin significación estadística (tabla 1 m(DE))

Tabla 1: Variables antropométricas

Grupos	Edad	IMC	pC	I c/T
Fútbol a pé(36)	62,3 (8,4)	27,3 (3,8)	98,1(11,1)	0,97 (0,1)
Control (16)	66,1 (8,8)	28,8 (2,4)	97,6 (8,0)	0,97 (0,1)
	p=0,1386	p=0,1486	p=0,8822	p=0,9293

- Están trabajando 17 (48,6%) de *fútbol a pé* y 9 (56,3%) del grupo control $p=0,2815$
- Viven solos 5 (5,7%) de *fútbol a pé* y 3(18,8%) del grupo control $p=0,1463$
- La proporción de enfermedades que tienen es mayor estadísticamente significativa, en las personas usuarias de la farmacia que no practican *fútbol a pé* (tabla 2- N (%)).

Tabla 2: Enfermedades

Grupos	Diabetes	HTA	Dislipemia
Fútbol a pé (36)	2 (5,7)	4 (11,4)	2(5,7)
Control (16)	6 (37,5)	5 (31,2)	3 (18,8)
	p=0,0038	p=0,0849	p=0,1463

HÁBITOS:

30 (85,7%) afirman consumir frutas y verduras diariamente. 8 (22,9%) afirman consumir habitualmente alimentos ricos en grasas. 13 (37,1%) dicen añadir habitualmente sal a las comidas. 4 (11,4%) afirman consumir refrescos habitualmente. Sin diferencias significativas con el grupo control.

MEDIDAS CLÍNICAS

Los valores de las variables clínicas evaluadas se presentan en la tabla 3 como m(DE).

Tabla 3: Variables clínicas, en m(DE)

Grupo	PAS	PAD	FC	Col Total	HDL C	LDL C	Trigl
Fútbol a pé (36)	127,2 (16,1)	76,5 (8,0)	63,7 (11,9)	181,0 (38,4)	59,5 (13,2)	100,5 (35,7)	105,5 (36,7)
Control (16)	138,4 (11,9)	79,6 (8,0)	71,4 (7,1)	229,8 (24,9)	59,7 (10,9)	130,9 (17,9)	126,1 (28,4)
	p=0,0167	p=0,1959	p=0,0184	p<0,001	p=0,9517	p=0,0023	p=0,0523

CALIDAD DE VIDA

No se observa diferencia en la percepción general de la calidad de vida y salud, aunque sí es mayor esa percepción en los todos los dominios y en el total del cuestionario WHOQOL-BREF, en tabla 4 m(DE)

Tabla 4: Dominios del cuestionario Whoqol-Bref, en m(DE)

Grupo	General	DOM 1	DOM 2	DOM 3	DOM 4	TOTAL
Fútbol a pé (36)	7,1 (1,3)	70,9 (15,7)	69,7 (17,1)	66,6 (16,5)	67,4 (13,8)	89,3 (12,9)
Control (16)	7,1 (0,7)	55,8 (13,7)	40,9 (15,3)	35,9 (13,9)	54,1 (7,8)	70,3 (9,8)
	p=0,8817	p=0,0017	p<0,0001	p<0,0001	p=0,0007	p<0,0001

DISCUSIÓN

La mayor dificultad que encontramos fue conseguir usuarios que no practicasen fútbol a pé, para el grupo control. Al ser reclutados en la farmacia, sus características no eran las más cercanas a la población de estudio, además de la limitación de número de los mismos.

Para comparar nuestros resultados con los encontrados en la bibliografía, la principal limitación es la variabilidad de normativas de actividad de WF en lo referente al tamaño de campo, número de jugadores, duración de la actividad (la mayoría de 60 min aunque algunos llegan a 90 y 120min; y el fútbol a pé 50 min), intensidad, con o sin portero, etc. (Price et al., 2025). Además de no se encontró ninguna modalidad cuyo primer objetivo fuese la integración, como es el caso de fútbol a pé.

El fútbol a pé es una modalidad cercana al WF, pero con diferencias substanciales como, por ejemplo: no puede haber contacto, tres toques máximos de pelota, no subir la pelota por encima de la cintura, etc. Sin embargo, el aspecto más relevante es la característica no competitiva e inclusiva.

En las variables clínicas evaluadas encontramos una menor presión diastólica en los participantes de fútbol a pé, aunque varios estudios sugieren que no existe ese efecto positivo del WF (McBain et al., 2022; McEwan et al., 2019; Reddy et al., 2017).

No hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas en la composición corporal, aunque cabe destacar que el valor medio de IMC $27,3 \pm 3,8$ indica la presencia de sobrepeso en ambos grupos. Coinciden los valores en la mayoría de estudios revisados, en los cuales también se examinaron los cambios en la composición corporal, aunque no observaron cambios significativos (Arnold et al. 2025; McBain et al., 2022; Boithias et al., 2024) excepto en adultos mayores de 60 años con sobrepeso ligero, que tuvieron disminución de IMC (Boithias et al., 2024). La razón podría ser que la presencia de sobrepeso ligero en estas edades es natural.

Los valores encontrados en los parámetros correspondientes al perfil lipídico estaban dentro de los valores recomendados e inferiores en colesterol total, LDL colesterol y triglicéridos, a los encontrados en el grupo control, aunque no encontramos diferencias en el HDL colesterol. En el estudio de Haq (März et al., 2017) se observó un aumento del HDL colesterol del 10%. De todas formas, es un resultado que deberemos analizar con un estudio pre-post y comprobar reducciones tal como se describen en los estudios encontrados (McBain et al., 2022; Reddy et al., 2017)

La frecuencia cardíaca fue inferior en el grupo de fútbol a pé que en el grupo control, lo que sugiere posibles beneficios más amplios para la salud cardíaca tal como se expresa en un estudio (Had & et al. 2024), en el que con tres sesiones de WF por semana también documentó reducciones en la frecuencia cardíaca en reposo (4,4 %; $p < 0,001$) y aumentos en la tasa metabólica basal (1,5 %; $p < 0,001$).

La característica diferencial de la actividad fútbol a pé con las diferentes modalidades de WF, es la integración y socialización de los practicantes. De hecho, la calidad de vida valorada con el cuestionario WHOQOL-BREF, en todos sus dominios (Físico, Psicológico, Social y Relación con el entorno) es mejor en el grupo de fútbol a pé. Aunque no encontramos estudios de WF que utilicen este cuestionario de la OMS, dos estudios reportaron impactos positivos en su bienestar mental, atribuidos a los diversos beneficios psicosociales asociados con asistir y jugar. Estos incluyeron la oportunidad de socializar y conectar con amigos, la sensación de diversión y disfrute, la estructura y el propósito que les agregó a su semana, la oportunidad de desconectar de los pensamientos negativos y un aumento en la autoconfianza (Lamont et al., 2017; Taylor & Pringle, 2022).

Un estudio que incorporó la medición objetiva utilizó la Escala de Bienestar Mental de Warwick-Edimburgo para evaluar el bienestar mental antes y después de una actividad de WF de 8 semanas (Erdoğan & Saygin, 2024). Los resultados indicaron una ligera mejora en las puntuaciones de bienestar.

El WF podría considerarse intermitentemente vigorosa para participantes de 55 o más años, siendo una actividad segura incluso en personas con enfermedades como: hipertensión, diabetes, demencia, cáncer de próstata, disnea crónica, etc. (Price et al., 2025).

Las investigaciones futuras deberían basarse en estos hallazgos comparando los resultados de salud mental en jugadores habituales de actividad física con quienes no lo hacen y examinando los cambios en la salud mental, medidos objetivamente, antes y después de las intervenciones de actividad física.

En conjunto, estos hallazgos resaltan la variabilidad en el impacto de la actividad física en la salud física según los diferentes diseños de intervención. Subrayan la necesidad de más estudios que exploren cómo factores como los niveles de actividad inicial, la frecuencia y duración de las sesiones, el tamaño del equipo y el tamaño del campo. Estudios futuros deberían controlar o registrar actividades físicas adicionales y factores dietéticos para evaluar la efectividad de la alimentación.

CONCLUSIONES

El perfil del participante a fútbol a pé es hombre de 62 años con valores antropométricos ligeramente altos y hábitos dietéticos mejorables, sin diferencias con el grupo control.

Los parámetros clínicos evaluados están todos dentro de la normalidad y mejor que los encontrados en el grupo control.

En cuanto a la calidad de vida percibida, fue mucho mejor que en el grupo control, en todas las dimensiones del WHOQOL-BREF: físico, psicológico, social, ambiental y especialmente mejor en el dominio social.

Esto sugiere la posible eficacia del fútbol a pé como intervención de salud pública, incluso en poblaciones con diversas comorbilidades.

Referencias bibliográficas

- Arnold, J. T., Bruce-Low, S., & Sammut, L. (2015). The impact of 12 weeks walking football on health and fitness in males over 50 years of age. *BMJ Open Sport & Exercise Medicine*, 1(1), e000048. <https://doi.org/10.1136/bmjsem-2015-000048>.
- Boithias, M., Le, T. T. T., Guillet-Descas, E., Belli, A., Julin, M., & Duncan, M. J. (2024). Physiological and psychological effects of short-term recreational football in adults 60+. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(9), 1194. <https://doi.org/10.3390/ijerph21091194>.
- Borg, G. A. (1982). Psychophysical bases of perceived exertion. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 14(5), 377–381. <https://doi.org/10.1249/00005768-198205000-00012>.
- Corepal, R., Zhang, J. Y., Grover, S., Hubball, H., & Ashe, M. C. (2020). Walking soccer: A systematic review of a modified sport. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 30(12), 2282–2290. <https://doi.org/10.1111/sms.13772>.
- Erdoğan Yüce, Ü., & Saygın, Ö. (2024). Investigation of the impact of walking football on selected physical fitness parameters and geriatric depression in elderly male individuals. *Balikesir Health Sciences Journal*, 13(2), 406–412. <https://doi.org/10.53424/balikesirsbd.1425967>.
- Haq, M. A. U, Tiwari, S. & Tiwari, S. (2024). Stepping towards better health: The effects of walking football for 12 weeks on cardiovascular health in hypertensive male senior citizens. *Physical Education Theory and Methodology*, 24(1), 102–109. <https://doi.org/10.17309/tmfv.2024.1.13>.
- Lamont, E., Harris, J., McDonald, G., Kerin, T., & Dickens, G. L. (2017). Qualitative investigation of the role of collaborative football and walking football groups in mental health recovery. *Mental Health and Physical Activity*, 12, 116–123. <https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2017.03.003>.
- Lucas-Carrasco, R., Laidlaw, K., & Power, M. J. (2011). Suitability of the WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD for Spanish older adults. *Aging & Mental Health*, 15(5), 595–604. <https://doi.org/10.1080/13607863.2010.548054>.
- März, W., Kleber, M. E., Scharnagl, H., Speer, T., Zewinger, S., Ritsch, A., Parhofer, K. G., von Eckardstein, A., Landmesser, U., & Laufs, U. (2017). HDL cholesterol: Reappraisal of its clinical relevance. *Clinical Research in Cardiology*, 106(9), 663–675. <https://doi.org/10.1007/s00392-017-1106-1>.
- McBain, T., & Broom, D. (2022). Effects of a 12-week walking football intervention on cardiovascular disease risk factors in an older adult population: A randomised controlled trial in the UK. *European Journal of Public Health*, 32(Suppl_2), ckac094.016. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckac094.016>.
- McEwan, G., Buchan, D., Cowan, D., Arthur, R., Sanderson, M., & Macrae, E. (2019). Recruiting older men to walking football: A pilot feasibility study. *Explore*, 15(3), 206–214. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2018.12.001>.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf?sequence=1.

- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Década del envejecimiento saludable 2021–2030*. Recuperado el 24 de enero de 2025, de <https://www.who.int/es/initiatives/decade-of-healthy-ageing>.
- Price, A. G., James, R. M., Hough, J., Hennis, P. J., Ahmed, A., & Varley, I. (2025). Benefits and risks of walking football for healthy ageing: A narrative review. *BMJ Open Sport & Exercise Medicine*, 11(2), e002438. <https://doi.org/10.1136/bmjsem-2024-002438>.
- Reddy, P., Dias, I., Holland, C., Campbell, N., Nagar, I., Connolly, L., Krstrup, P., & Hubball, H. (2017). Walking football as sustainable exercise for older adults: A pilot investigation. *European Journal of Sport Science*, 17(5), 638–645. <https://doi.org/10.1080/17461391.2017.1298671>.
- Skevington, S. M., Lotfy, M., O’Connell, K. A., & WHOQOL Group. (2004). The World Health Organization’s WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. *Quality of Life Research*, 13(2), 299–310. <https://doi.org/10.1023/B:QURE.0000018486.91360.00>
- Taylor, D., & Pringle, A. (2022). Investigating the effect of walking football on the mental and social wellbeing of men. *Soccer & Society*, 23(7), 805–820. <https://doi.org/10.1080/14660970.2021.1967933>.

Bloque temático V: Ética e intervención

Capítulo 30

Sujeciones en Geriátría: Retos Éticos y Alternativas Innovadoras. Visión general del marco normativo de las sujeciones físicas y químicas.

Dr. José Pascual Bueno¹.

¹*Dignitas Vitae Asociación.*

RESUMEN

El uso de sujeciones físicas y químicas en geriatría sigue generando debate ético y legal en España. Aunque existe un reconocimiento del derecho a no ser sometido a sujeciones, la legislación estatal no prohíbe explícitamente su uso, y la normativa autonómica es muy heterogénea. Este artículo revisa la evolución normativa, los modelos de gestión, el papel del consentimiento informado y las propuestas actuales para avanzar hacia centros libres de sujeciones, poniendo el foco en la atención centrada en la persona y la protección de derechos fundamentales.

Palabras clave: sujeciones, geriatría, legislación, derechos, ética

INTRODUCCIÓN

En el contexto de la atención a personas mayores, el uso de sujeciones físicas y químicas ha sido una práctica frecuente, justificada tradicionalmente por la seguridad del paciente. Sin embargo, la evolución del modelo asistencial y la creciente conciencia sobre los derechos fundamentales han impulsado un cambio de paradigma hacia la eliminación de su uso, fomentando alternativas innovadoras y éticamente responsables.

DESARROLLO

Los puntos más importantes a tener en cuenta sobre la evolución normativa en España son los siguiente:

1. Situación normativa en España, no existe una prohibición estatal explícita del uso de sujeciones. La legislación favorece más el sujetar que el no sujetar, aunque se reconoce el derecho a no ser sometido a sujeciones. El problema radica en que la cultura de cuidado no lo pone en práctica y la normativa suele legislar desde la sujeción, en lugar de hacerlo desde el derecho a no ser sujetado.

A nivel autonómico, sí existen leyes y decretos que establecen límites al uso de sujeciones físicas, pero con criterios muy dispares entre comunidades (Cantabria, Valencia, Cataluña, Navarra, Illes Balears, Asturias, País Vasco, La Rioja). Estas normas suelen exigir prescripción facultativa y supervisión, pero no siempre regulan adecuadamente los motivos o la temporalidad.

2. Evolución de la legislación. Entre 2000 y 2010, las primeras leyes de servicios sociales reconocían el derecho a no ser sometido a sujeciones sin prescripción facultativa, pero legitimaban su uso bajo ciertas condiciones. Desde 2018, la tendencia es reconocer abiertamente el derecho a no ser sujeto de sujeciones, permitiendo su uso solo en situaciones excepcionales y urgentes. Sin embargo, este cambio no es unánime entre todas las comunidades autónomas. Tabla 1. Evolución del modelo de gestión de sujeciones. Podemos observar cómo ha cambiado lo que se hacía, con normalidad, hasta los cambios de leyes y desarrollos normativos.

Tabla 1: Evolución del modelo de gestión de sujeciones.

ANTES (Modelo tradicional)	AHORA (Modelo centrado en la persona)
Uso habitual de sujeciones	Prioridad: dignidad y autonomía
Prevención de caídas y riesgos	Sujeciones solo en casos excepcionales
Decisión principalmente médica	Consentimiento informado imprescindible
Poca documentación y protocolos	Protocolos claros y registro obligatorio
Sujeciones prolongadas	Temporalidad estricta y revisión continua
Falta de alternativas	Búsqueda activa de alternativas no restrictivas

3. Principios básicos y derechos fundamentales. La Ley 41/2002 sobre autonomía del paciente y derechos en materia de información clínica establece los principios básicos para la restricción de derechos fundamentales. No se requiere autorización judicial para la sujeción prescrita con consentimiento, pero sí debe comunicarse al Ministerio Fiscal en todos los casos. Si no hay consentimiento, sí se exige autorización judicial.

4. Papel del Ministerio Fiscal. El Ministerio Fiscal supervisa la utilización de contenciones en centros residenciales y sociosanitarios, comprobando la existencia de prescripción médica, protocolos, documentación, consentimiento informado y coordinación entre administraciones. La Instrucción 1/2022 de la Fiscalía General del Estado marca los criterios actuales.

5. Criterios de calidad y acreditación. El acuerdo sobre Criterios Comunes de Acreditación y Calidad del SAAD (Resolución de 28 de julio de 2022) establece que todas las personas tienen derecho a una atención libre de sujeciones. Solo se permite su uso en situaciones excepcionales y justificadas, debiendo documentar los intentos alternativos y garantizando siempre el carácter temporal y proporcional de la medida.

6. Propuestas y retos actuales. La SEGG y otras entidades proponen planes personales de eliminación definitiva de la sujeción, protocolos de vigilancia y controles periódicos, y la promoción de cuidados sin sujeciones. La guía "Cuidado sin sujeciones 2023" marca la línea científica a seguir. A pesar de los avances legales, todavía no se exige de forma contundente que los centros estén libres de sujeciones, y queda mucho camino para lograr una atención verdaderamente centrada en la persona.

En la mayoría de las comunidades autónomas se exige prescripción facultativa y supervisión, aunque los criterios de excepcionalidad y temporalidad varían.

Hay una tendencia progresiva hacia la restricción y el uso excepcional de sujeciones, con especial énfasis en la protección de derechos y la atención centrada en la persona. Tabla 2. Cambio de

paradigma. Se puede observar cómo ha cambiado el modelo a seguir a la hora de plantearse las sujeciones.

Tabla 2:

Cambio de paradigma:	
De la seguridad física	a la protección de derechos.
De la rutina asistencial	a la atención personalizada.
De la sujeción como norma	a la sujeción como última opción.

Algunas comunidades han avanzado más hacia la eliminación de sujeciones, mientras otras mantienen enfoques más tradicionales.

CONCLUSIONES

La evolución normativa y el cambio de paradigma en la atención geriátrica apuntan claramente hacia la eliminación de las sujeciones, priorizando los derechos, la dignidad y la autonomía de las personas mayores. Sin embargo, la implantación real de estos principios requiere cambios culturales, formación y compromiso institucional. Solo así se podrá garantizar un cuidado centrado en la persona y libre de sujeciones.

Referencias bibliográficas

España. (2002). *Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente*, <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>.

Fiscalía General del Estado. (2022). *Instrucción 1/2022*, https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2022-2221.

Secretaría de Estado de Derechos Sociales (SAAD). (2022). *Resolución de 28 de julio de 2022*, <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2022-13580>.

Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG). (2023). *Guía: Cuidado sin sujeciones*. <https://www.segg.es/media/descargas/Guia-Cuidado-sin-sujeciones.pdf>.

Capítulo 31

Sujeciones en Geriátrica: retos éticos y alternativas innovadoras. Experiencia práctica: Implantación del “programa para el cuidado libre de sujeciones” en residencias de Castilla y León.

Ester Micó Albiach¹

¹Asociación Dignitas Vitae.

RESUMEN

El programa "No Sujetes" de la Asociación Dignitas Vitae ha desarrollado durante 24 meses una intervención integral en centros de atención a personas mayores y personas con discapacidad en Castilla y León, con el objetivo de eliminar el uso de sujeciones físicas y químicas. El proyecto ha incluido formación presencial y virtual, acompañamiento y evaluación, alcanzando 207 centros, más de 8.600 profesionales y 17.200 personas usuarias beneficiadas. Los resultados muestran una reducción total del 47,3% en el uso de sujeciones mecánicas, sin incremento en el uso de psicofármacos, y un alto grado de satisfacción entre los profesionales formados. El modelo refuerza la atención integral centrada en la persona y marca un avance relevante hacia una cultura de cuidados libres de sujeciones en el ámbito sociosanitario.

Palabras clave: sujeciones, formación, personas mayores, discapacidad, atención centrada en la persona.

INTRODUCCIÓN

El uso de sujeciones físicas y químicas en residencias ha sido una práctica habitual para prevenir caídas o manejar alteraciones conductuales, pero cada vez existe mayor consenso sobre sus riesgos, su impacto negativo en la calidad de vida y en la dignidad de la persona. La tendencia internacional y la legislación reciente apuestan por eliminar su uso, promoviendo alternativas que respeten la dignidad y los derechos de las personas mayores y con discapacidad. En este contexto, la Asociación Dignitas Vitae ha liderado la implantación de un programa innovador en Castilla y León, con el apoyo de la administración autonómica y la participación de cientos de centros.

DESARROLLO

OBJETIVO Y ALCANCE DEL PROGRAMA.

El programa surge a raíz de la convocatoria de subvenciones de la Junta de Castilla y León para financiar la formación de profesionales en la eliminación de sujeciones. El objetivo es capacitar a quienes trabajan en residencias y centros de día, impactando a más de 700 centros en la comunidad. La experiencia práctica se centra en 207 centros: 101 en León, 40 en Zamora y 66 en Salamanca. La distribución de los centros

participantes por provincia se muestra en la Tabla 1.

El tipo de centros que se incluyen en el programa se desglosa en la Tabla 2. Se incluyen residencias de mayores, personas con discapacidad y centros de día para Alzheimer.

Tabla 1. Distribución de centros participantes por provincia.

Provincia	Número de centros	%
León	101	49%
Salamanca	66	32%
Zamora	40	19%
Total	207	100%

Tabla 2. Tipo de centros participantes.

Tipo de centro	Número de centros
Mayores	189
CD Alzheimer	8
Discapacidad	10
Total	207

ESTRUCTURA Y FASES DEL PROGRAMA.

El proceso se divide en tres fases principales:

- Fase I: Sensibilización y formación (marzo 2023-septiembre 2024, 18 meses). Incluye sesiones informativas (178 conexiones y 384 visualizaciones en diferido), vídeos de presentación (736 visualizaciones) y difusión de material (6.200 trípticos y 600 carteles). La formación presencial alcanzó a más de 600 profesionales en 10 sesiones de 5 horas cada una, y la formación online llegó a más de 4.000 profesionales en 33 sesiones.
- Fase II: Capacitación y acompañamiento (junio 2023-abril 2024, 10 meses). Se realizaron 6 ediciones de formación, con entre 5 y 6 sesiones por edición y 833 conexiones. Además, se impartieron seminarios web sobre sujeciones químicas, consideraciones legales y trabajo con familias, así como píldoras formativas sobre alternativas a las sujeciones y eliminación de barandillas.
- Fase III: Seguimiento y evaluación (mayo-octubre 2024, 8 meses). El seguimiento en 124 centros mostró una reducción significativa del uso de sujeciones: de 1.406 a 731 (-47%) y de barandillas de 1.962 a 1.168. En total, se eliminaron 1.469 sujeciones, con una disminución del 50% en sujeciones mecánicas y del 40% en barandillas, manteniéndose la tasa de caídas y sus consecuencias.

METODOLOGÍA Y ACTIVIDADES.

La metodología ha sido activa y participativa, combinando teoría y práctica, con materiales adaptados, vídeos, píldoras formativas y recursos online para facilitar el aprendizaje y la implantación de buenas prácticas. Se ha potenciado el trabajo en red y el acompañamiento continuo a los centros, con boletines informativos, asesoramiento y resolución de dudas.

RESULTADOS Y GRADO DE CUMPLIMIENTO.

Los centros con mayor reducción fueron aquellos con alta participación en formación y reuniones de responsables, desarrollo documental y cambios organizativos. La satisfacción global con el programa fue muy alta. Factores clave para el éxito: implicación institucional (inversión <700€/centro), apoyo legislativo (Ley 3/2024), digitalización, flexibilidad del programa, trabajo en red y predisposición profesional.

PARTICIPACIÓN

207 centros (León 101, Salamanca 66, Zamora 40), principalmente residencias de mayores (189), centros de Alzheimer (8) y discapacidad (10).

REDUCCIÓN DE SUJECIONES

En la muestra analizada (120 centros), la reducción total de sujeciones mecánicas fue del 47,3%, destacando un 44,5% en barandillas y un 51,4% en otras sujeciones mecánicas. Se han dejado de utilizar 1.517 sujeciones. La reducción en el uso de sujeciones mecánicas tras la intervención se detalla en la Tabla 3.

Tabla 3. Reducción en el uso de sujeciones mecánicas

Tipo de sujeción	Valor inicial	Valor final	Reducción (%)
Barandillas	21,7	12,0	44,5%
Resto sujeciones mecánicas	15,3	7,4	51,4%
Total	37,0	19,2	47,3%

PSICOFÁRMACOS

No se ha producido un aumento en el uso de psicofármacos tras la retirada de sujeciones; al contrario, se ha observado una disminución del 12% en el total de psicofármacos administrados y del 10% en el número de personas medicadas.

FORMACIÓN

4.643 profesionales formados, con un total de 18.572 horas de formación impartidas. El 71% del personal técnico y de atención directa ha participado activamente. La Tabla 4 resume el número de profesionales formados y las horas de formación impartidas.

Tabla 4. Profesionales formados y horas de formación

Indicador	Valor
Profesionales formados	4.643
Horas totales de formación	18.572
% participación equipos	71%

SATISFACCIÓN

El grado de satisfacción global es de 3,81 sobre 4, con todos los ítems por encima de 3,66 (contenidos, utilidad, formador, duración y organización). La satisfacción global de los participantes puede consultarse en la Tabla 5.

Tabla 5. Satisfacción global de los participantes (escala 1-4)

Ítem	Puntuación media
Satisfacción global	3,81
Contenidos	3,74
Utilidad	3,66
Formador	3,81
Duración	3,72
Organización	3,77

El análisis de la causa frente a la consecuencia revela que el uso abusivo de sujeciones suele responder a la falta de recursos, formación o adaptación de los entornos, más que a necesidades reales de las personas. El programa promueve alternativas como la vigilancia activa, adaptación de actividades y espacios, trabajo con familias y protocolos de prevención de caídas, logrando una atención más humana, segura y respetuosa.

Entre lo que ha facilitado el trabajo realizado destacan la practicidad de las sesiones, la flexibilidad del programa y el uso de nuevas tecnologías para la formación telepresencial. Como dificultades, se señalan la variabilidad en criterios de inspección, la necesidad de mayor coordinación institucional y las limitaciones presupuestarias para adaptar recursos materiales y tecnológicos.

CONCLUSIONES

El programa "No Sujetes" ha demostrado que es posible avanzar hacia una cultura de cuidados libres de sujeciones, con resultados positivos en la reducción de su uso y sin efectos adversos asociados, como el aumento de psicofármacos. La formación, el acompañamiento y el trabajo en red son claves para el cambio de modelo, aunque persisten retos en la coordinación, recursos y adaptación a las nuevas normativas. El futuro es prometedor si se mantiene el esfuerzo y el compromiso de todos los agentes implicados en la atención socio-sanitaria.

Referencias bibliográficas

- Dignitas Vitae. (2024). Programa para el cuidado libre de sujeciones. Memoria técnica justificativa: Programa de formación y capacitación en el cuidado libre de sujeciones para trabajadores de los centros sociales de atención a personas mayores y personas con discapacidad en Castilla y León.
- Junta de Castilla y León. (2024a). *Instrucción EGE 2024 sobre eliminación de sujeciones en centros residenciales*.
- Junta de Castilla y León. (2024b). *Ley 3/2024, de 12 de abril, de atención a las personas en Castilla y León*, <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/recopilacion-normativa/asistencia-sanitaria/prestaciones-derechos/ley-3-2024-12-abril-reguladora-modelo-atencion-centros-cara>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2023). *Cuidados a largo plazo para personas mayores*, <https://iris.paho.org/server/api/core/bitstreams/40210786-0d61-4128-aed0-6d0bae94e8b2/content>.
- Sierra, M., & Martínez, J. (2022). Sujeciones físicas en residencias: revisión ética y alternativas. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 57(2), 89-97.
- Sudeck, G., et al. (2021). Reducción de sujeciones en instituciones geriátricas: impacto en la calidad asistencial. *Gaceta Sanitaria*, 35(3), 221-227.

Capítulo 32

Validación de una intervención para la mejora de las competencias actitudinales y habilidades del profesional sanitario para el trabajo con Población Mayor.

Ariadna de la Vega Castelo¹, Javier López Martínez², M^a Giovanna Caprara³, María del Sequeros Pedroso Chaparro⁴.

¹Universidad Rey Juan Carlos de Madrid, (URJC), España.

²Universidad San Pablo CEU, España.

³Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), España.

⁴Universidad a Distancia de Madrid (UDIMA), España.

RESUMEN

Los estudiantes de ciencias de la salud, así como los sanitarios españoles, presentan una alta presencia de actitudes edadistas, lo que repercute negativamente en la salud de los pacientes y supone un aumento de los costes en el sistema sanitario. El presente trabajo evalúa la eficacia de un programa de intervención breve, gratuito y compuesto por materiales audiovisuales en abierto, dirigido a estudiantes de ciencias de la salud, con el objetivo de reducir el edadismo y mejorar las competencias profesionales para el trato con personas mayores en el contexto sanitario. 75 estudiantes de Terapia Ocupacional participaron en el programa. Se midió el nivel de estereotipos edadistas antes y después de la intervención mediante el cuestionario CENVE. Tras completar el programa de intervención, el porcentaje de estudiantes por encima del umbral de estereotipos edadistas significativamente altos pasó del 21,3 % al 5,3 % tras completar el programa, reduciéndose en más de cuatro veces. Los resultados preliminares del programa sugieren que la intervención es eficaz para disminuir las actitudes edadistas y mejorar las competencias actitudinales y habilidades profesionales en el trato a personas mayores.

Palabras clave: edadismo, estudiantes de ciencias de la salud, intervención.

INTRODUCCIÓN, CONTEXTO Y NECESIDADES

El edadismo se define, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) como los estereotipos, prejuicios y discriminación hacia las personas por su edad, afectando de manera importante a las personas mayores. Estudios previos indican que el edadismo tiene como consecuencias adversas, efectos negativos en la salud de las personas, así como un aumento de los costes para el sistema sanitario (Levy et al., 2020). En España, los niveles de edadismo son frecuentes, tanto en profesionales sanitarios (Iglesias-Gómez et al., 2022; López Vargas et al., 2024), como en futuros profesionales sanitarios, es decir, en estudiantes de grados de ciencias de la salud (Chamorro, 2014; Sarabia Cobo y Castanedo Pfeiffer, 2015). Esta situación es especialmente relevante o preocupante o alarmante dado que los profesionales sanitarios tendrán entre sus pacientes con mayor

frecuencia una población cada vez más envejecida, debido al incremento de la longevidad de la población (OMS, 2022). Todo ello pone de manifiesto la importancia de disponer de programas de intervención validados para modificar estas creencias edadistas en estudiantes de ciencias de la salud y para dotar de competencias y habilidades para trabajar con población mayor en la práctica asistencial. Entre las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011), se encuentran las intervenciones educativas, que pueden aplicarse de manera presencial o en línea, dirigidas a reducir el edadismo, que incluyen la instrucción que transmite información, conocimientos, capacidades y competencias destinadas a reducir los estereotipos, los prejuicios y la discriminación edadistas. Actualmente, desde las universidades españolas se han llevado a cabo varias iniciativas como el programa “Acompaña-Te” (Rodes, Martínez y Maciá, 2020) llevado a cabo desde la Universidad Miguel Hernández, dirigido a estudiantes de Periodismo, Psicología, Comunicación Audiovisual, Terapia Ocupacional, Ciencias Políticas y Trabajo Social; el Programa Intergeneracional (Elliott y Rubio, 2017), llevado a cabo desde la Universidad de Granada y la Universidad de Jaén, dirigido a Trabajadores sociales; y el programa “Jue-go” (San-Martín-Gamboa et al., 2023) puesto en marcha desde la Universidad del País Vasco y dirigido a estudiantes de enfermería. Estas iniciativas son muy interesantes pero presentan algunos aspectos que el programa diseñado en el presente estudio pretende mejorar, específicamente el programa diseñado busca: (1) estar específicamente dirigido a estudiantes de ciencias de la salud (los dos primeros programas mencionados no están específicamente dirigidos a estudiantes del ámbito sanitario), pero ser lo suficientemente general para que sea aplicable y útil para cualquier grado en ciencias de la salud (el programa “Jue-go” solamente se dirigía a enfermería dentro de los grados sanitarios), (2) incluir el programa dentro de asignaturas obligatorias de la formación oficial de los grados de ciencias de la salud, para que la formación no dependa de que el alumno realice iniciativas de voluntariado extracurriculares (como ocurre en los dos primeros programas mencionados) y (3) por último, que los contenidos del programa estén totalmente en abierto (ninguno de los tres programas anteriormente mencionados dispone de materiales docentes en abierto), lo cual permitiría el abaratamiento de costes para su implementación por parte de otros docentes, una mayor divulgación y la posibilidad de recoger y comparar muestras multi-centro con una intervención estandarizada y protocolizada igual para todos los participantes. Por tanto, el actual programa pretende dar respuesta a las necesidades planteadas.

OBJETIVOS

Analizar la eficacia de un programa de intervención para la mejora de las competencias actitudinales y las habilidades del profesional sanitario para el trato con personas mayores que incluye: (1) un breve curso de formación gratuito con materiales audiovisuales en abierto que consta de cuatro vídeos elaborados por expertos en el tema, y (2) el diseño, por parte del estudiante de una propuesta de campaña contra el edadismo mediante la entrega de un breve trabajo escrito con una extensión máxima de 5 páginas donde debe demostrar saber aplicar los conocimientos adquiridos en el curso de formación y que se realiza como práctica individual de la asignatura.

DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA Y RESULTADOS OBTENIDOS

El presente trabajo ha recibido la aprobación del comité de ética de la Universidad Rey Juan Carlos (URJC) y forma parte de un proyecto de Innovación Educativa financiado en convocatoria competitiva desde: el Centro de Innovación en Educación Digital de la URJC y la V convocatoria de proyectos de innovación educativa de

la Universidad a Distancia de Madrid (UDIMA). El curso de formación en formato audiovisual incluido en el programa de intervención titulado “Competencias actitudinales y habilidades del profesional sanitario para el trabajo con población mayor” está disponible en abierto de manera totalmente gratuita en la plataforma Google Classroom:

(<https://classroom.google.com/c/NzU5ODcxODg5OTgy>).

El curso está compuesto por cuatro vídeos breves. El primer vídeo, de 13 minutos y 48 segundos de duración, incluye contenidos introductorios sobre el concepto de edadismo, (p.ej., definición, tipos y principales consecuencias) elaborado por la doctora Ariadna de la Vega Castelo, de la Universidad Rey Juan Carlos. El segundo vídeo, de 12 minutos y 41 segundos de duración incluye una breve psicoeducación para desmontar falsos mitos edadistas, aportando datos empíricos actualizados que desmienten las falsas creencias más frecuentes (por ejemplo, el supuesto deterioro inevitable de la salud, la aparición de discapacidades y el deterioro cognitivo), elaborado por el doctor Javier López Martínez de la Universidad San Pablo CEU. El tercer vídeo, de 12 minutos y 56 segundos, incluye contenidos prácticos y aplicados sobre habilidades verbales del profesional sanitario para el trato con población mayor, incluyendo conductas verbales edadistas por acción (p.ej., utilización de diminutivos y términos que infantilizan) y por inacción (p. ej., dejar de explorar y de preguntar explícitamente áreas como la sexualidad), elaborado por la doctora M^a Giovanna Caprara de la Universidad UNED. Por último, el cuarto vídeo, de 13 minutos 44 segundos de duración, aborda habilidades de tipo no verbal (como mantener una postura hacia la persona al hablar y establecer contacto visual principalmente con el paciente mayor en lugar de hacia el acompañante), elaborado por la doctora M^a del Sequeros Pedroso Chaparro de la Universidad UDIMA. Se facilitó tiempo dentro de clase para que cada alumno realizara la visualización individual del curso (con auriculares), de modo que pudiera pausar y volver a reproducir los vídeos tantas veces como lo considerase necesario; además, las grabaciones están a su disposición en cualquier momento. Para asegurar la realización del curso con aprovechamiento, tras la visualización de cada uno de los cuatro vídeos, los estudiantes debían completar un breve cuestionario de 10 preguntas tipo test (Verdadero/Falso). Al finalizar el curso los estudiantes recibían un certificado de realización con aprovechamiento para poder incluirlo en su currículum vitae. Además todos los estudiantes entregaban una breve actividad práctica de un máximo de 5 páginas de extensión en la que debían realizar una propuesta de intervención que tuviera el objetivo de reducir el edadismo (p.ej., proponiendo una iniciativa que implicara contacto intergeneracional y que entregaban al finalizar el cuatrimestre). Tras la entrega de dicha actividad los estudiantes volvían a completar el protocolo de evaluación para evaluar el cambio. Muestra: 75 estudiantes de primero de Terapia Ocupacional (85.3% mujeres; edad media = 19.31 años; DT= 1.93; rango = 18-29) completaron el protocolo de evaluación de manera previa y posterior a su participación en el programa. Instrumentos: En el protocolo se evaluaron las variables demográficas (sexo y edad), así como, el nivel de estereotipos edadistas, tanto global como por dimensiones, mediante el CENVE (Blanca et al., 2005) y las competencias profesionales percibidas con el PSDF (Gullberg et al., 1994). El cuestionario CENVE evalúa la presencia de estereotipos edadistas negativos, consta de 15 ítems agrupados en tres dimensiones o factores: La dimensión “salud” se evalúa creencias sobre el deterioro en la salud, la presencia de discapacidad, deterioro cognitivo y problemas de salud mental mediante (p. ej., “La mayor parte de las personas mayores de 65 años tienen una serie de incapacidades que les hacen depender de los demás”) la dimensión “carácter-personalidad” evalúa aspectos como problemas de habilidad emocional y cambios en la personalidad debidos a la edad (p.ej., “Las personas mayores se irritan con facilidad y son «cascarrabias»”). Por último, la dimensión “motivacional-social” evalúa la falta de intereses vitales y las

dificultades para llevar a cabo actividades laborales (p.ej., “Las personas mayores tienen menos amigos que las más jóvenes”). El formato de respuesta es una escala Likert de 4 puntos (desde 1 = muy en desacuerdo hasta 4 = muy de acuerdo). Si bien el estudio de desarrollo del cuestionario CENVE no proporciona puntos de corte para su interpretación (Blanca et al., 2005), algunos autores como León et al. (2015), proponen como punto de corte una puntuación igual o superior a 37.5 puntos en la escala total y de 12.5 puntos en cada dimensión. Las competencias profesionales se evaluaron mediante el cuestionario de Competencias Profesionales Percibidas (Gullberg et al., 1994), es un autoinforme en el que el estudiante debe puntuarse a sí mismo en comparación con otros en su misma categoría profesional en dimensiones como persistencia, liderazgo, creatividad, deseo de contribuir, adaptabilidad, etc. Los ítems tienen la siguiente instrucción “Por favor, puntúese a sí mismo en comparación con otros en su misma categoría profesional (ej. otros terapeutas ocupacionales)”. El formato de respuesta es una escala Likert de 7 (desde 1= “Definitivamente menos que la mayoría en mi categoría profesional”, hasta 7= “En un grado que es raramente igualado por la mayoría de mi categoría profesional”).

RESULTADOS

Los datos mostraron una distribución normal en todas las variables de estudio. Por tanto, se realizó un análisis de comparación de medias para evaluar la existencia de diferencias significativas en sus niveles previos y posteriores al programa en las variables evaluadas. Tras el programa, los participantes obtuvieron puntuaciones significativamente más bajas en estereotipos edadistas, tanto en su medida general ($t = 8.86$; $p < .001$), como en las dimensiones de salud ($t = 7.72$; $p < .001$), motivacional-social ($t = 6.44$; $p < .001$) y carácter-personalidad ($t = 7.81$; $p < .001$). Considerando el punto de corte establecido para la medida de estereotipos edadistas, los participantes pasaron de presentar estereotipos edadistas significativos en un 21.3% de los casos a cumplirlos solo en un 5.3%. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en las competencias profesionales auto-percibidas ($t = -.20$; $p = .84$).

CONCLUSIONES

Estos resultados apoyan la eficacia y el uso de este programa para la reducción específica del edadismo en los estudiantes de profesiones sanitarias, ya que se observa una disminución significativa de los estereotipos hacia las personas mayores, no modificando sin embargo las competencias profesionales generales auto-percibidas (evaluadas con el PSDF). Este patrón parece sugerir que el curso está orientado a desarrollar competencias específicas (con el trato con población mayor), más que a modificar habilidades generales del profesional sanitario. No obstante, conviene precisar que los resultados se refieren a competencias autopercebidas, por lo que no permiten concluir acerca de cambios en las competencias profesionales reales.

LIMITACIONES Y LÍNEAS FUTURAS

Este estudio presenta algunas limitaciones, se trata de un estudio piloto, que se ha aplicado únicamente en una muestra de terapeutas ocupacionales, se trata de una muestra de conveniencia con un tamaño muestral reducido, compuesta mayoritariamente por mujeres, lo que restringe la generalización de resultados. Además carece de grupo control y de seguimiento, lo que impide evaluar la sostenibilidad del cambio. Para trabajos futuros se recomienda ampliar la muestra e incluir distintas titulaciones de Ciencias de la Salud (grado y postgrado), comparar asignaturas generales frente a asignaturas de especialización en vejez, incorporar

centros presenciales y online —tanto universidades públicas como privadas— y muestras de distintos entornos geográficos (nacional e internacional), y diseñar estudios con grupo control y evaluaciones de seguimiento para confirmar la estabilidad de los efectos. Actualmente se ha solicitado una ampliación del actual proyecto de innovación docente para poder subsanar algunas de estas limitaciones. A pesar de las limitaciones mencionadas, cabe señalar a modo de conclusión, las principales aportaciones del presente trabajo: se trata de la primera iniciativa realizada desde universidades españolas que ha creado materiales formativos en abierto, disponibles de online totalmente gratuitos, lo que permite abaratar costes, pudiendo ser aplicado de manera gratuita en otras instituciones. Además, el material grabado supone ventajas a la hora de facilitar replicar resultados del estudio, colaborar con diferentes centros universitarios y comparar muestras, dado que el curso impartido es idéntico para todos los alumnos que lo reciban. Por último, cabe destacar la brevedad de la intervención (menos de una hora de visualización de los contenidos) y el formato ameno y atractivo al ser audiovisual y poder visualizarse las veces que el alumno requiera, en cualquier momento, desde cualquier lugar utilizando cualquier dispositivo (móvil, Tablet, ordenador). Con estas aportaciones, el programa no sólo facilita la reducción del edadismo en futuros profesionales sanitarios, sino que sienta las bases para su expansión, adaptación y validación en contextos formativos diversos.

Referencias bibliográficas

- Blanca M. J., Sánchez-Palacios, C., y Trianes, M. (2005). Cuestionario de evaluación de estereotipos negativos hacia la vejez. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 15(4), 212-221.
- Chamrro, J.S. (2014). Imágenes sobre la vejez en jóvenes estudiantes universitarios según área del conocimiento: Un estudio exploratorio. *Acciones e Investigaciones sociales*, 34, 105-124. https://doi.org/10.26754/ojs_ais/ais.201434913.
- Elliott, P.V. y Rubio, L. (2017). Cambios en los estereotipos sobre la vejez de estudiantes tras su participación en un proyecto intergeneracional. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1 (2), 61-68. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n2.v1.1108>.
- Gullbrg, M. T., Olsson, H. M., Alenfelt, G., Ivarsson, A.-B., & Nilsson, M. (1994). Ability to solve problems, professionalism, management, empathy, and working capacity in occupational therapy: The Professional Self Description Form. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 8(3), 173–178. <https://doi.org/10.1111/j.14716712.1994.tb00018.x>.
- Iglesias-Gómez, R., Álvarez-Estévez, L., González-Rodríguez, C., Amaro-Vázquez, N., Rodríguez-Pastoriza, S., Sanchez Sanchez, N.J., y Hernández-Gómez M. (2022). Edadismo: análisis de los estereotipos negativos del envejecimiento en profesionales de AP. *Cuadernos de atención primaria*, 28(1).
- LeónS, Correa-Beltrán, G., y Giacaman, R. A. (2015). Negative ageing stereoypes in students and faculty members from three health science schools. *Gerodontology*, 32(2), 141–148. <https://doi.org/10.1111/ger.12065>.
- Levy, B. R., Slade, M. D., Chang, E. S., Kannoth, S., y Wang, S. Y. (2020). Ageism Amplifies Cost and Prevalence of Health Conditions. *The Gerontologist*, 60(1), 174-181. <https://doi.org/10.1093/geront/gny131>.
- López Vargas, J., Nuñez Bautista, C. A., Rodea Solares, G. F., y Nájera Espinosa, L. C. (2024). Estereotipos Negativos Hacia la vejez en Estudiantes de Medicina de Pregrado. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(6),7574-7591. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i6.9297.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2021). *Global report on ageism*. World Health Organization. Recuperado de: <https://iris.who.int/handle/10665/340208>.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2022). *Envejecimiento y Salud*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-andhealth>.
- Rodes, P.B., Martínez, R.L., y Maciá, E.S. (2020). Efectos del Programa ACOMPAÑA TÉ sobre los estereotipos hacia la vejez en universitarios. *Revisa de Psicología de la Salud*, 8 (1). <https://doi.org/10.21134/pssa.v8i1.671>.
- San-Martín-Gamboa, B., Zarrazquín, I., Fernández-Atutxa, A., Cepeda-Miguel, S., Doncel García, B., Imaz-Aramburu, I., y Fraile-Bermúdez, A. B. (2023). Reducing ageism combining ageing education with clinical practice: A prospective cohort study in health sciences students. *Nursing Open*, 10, 3854-3861. <https://doi.org/10.1002/nop2.1643>.

Sarabia Cobo, C.M. y Castanedo Pfeiffer, C. (2015). Modificación de estereotipos negativos en la vejez en estudiantes de enfermería. *Gerokomos*, 26(1), 10-12. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2015000100003>.

Capítulo 33

Protegiendo la salud y calidad de vida de los adultos mayores frente a la desinformación: una experiencia de intervención desde atención primaria y universidad.

María Sanabria Barba¹; Isabel González Melgosa²; María Luisa Barba Munguía³.

¹Profesora Universidad Valladolid, España. Doctora Universidad Galway, Irlanda.

²Médico de familia Centro de Salud Venta de Baños, Palencia, España.

³Médico de familia Centro de Salud Laguna de Duero, Valladolid, España.

RESUMEN

En la actualidad la desinformación en salud es una amenaza creciente por un acceso fácil y continuado a información no verificada, proliferación de noticias falsas, especialmente para los adultos mayores, quienes presentan mayor vulnerabilidad debido a una alfabetización digital limitada y en muchos casos al aislamiento social que en ocasiones se asocia a esta etapa de la vida.

Esta intervención diseñada desde atención primaria de salud en colaboración con la universidad, pretende desarrollar intervenciones innovadoras que fortalezcan las competencias en este campo y promuevan el pensamiento crítico en los adultos mayores así como mejorar la capacidad crítica de esta población para identificar noticias falsas que puedan afectar a su salud tanto física como mental, toma de decisión en autocuidado, adherencia a los tratamientos y calidad de vida de este grupo vulnerable.

Se intentará dotar de herramientas para identificar y filtrar información fiable en temas de salud. A través de talleres participativos, materiales educativos adaptados y el acompañamiento de profesionales de la salud y estudiantes universitarios, se busca empoderar a los participantes, reducir el impacto de la desinformación y fomentar hábitos saludables sostenibles. Esta experiencia pretende servir de modelo replicable para otros entornos de atención primaria interesados en abordar la problemática de la desinformación en salud desde un enfoque comunitario y multidisciplinar.

Palabras clave: Desinformación, noticias falsas, adultos mayores / personas de edad avanzada, intervención.

Keyword: Misinformation, Fake news, Older Adults / Aged, Intervention

INTRODUCCIÓN

La desinformación en salud, especialmente en el contexto de la pandemia de COVID-19, ha emergido como un problema de salud pública que afecta de manera significativa a la población de adultos mayores. Este fenómeno, conocido como infodemia, se caracteriza por la rápida difusión de información no verificada o falsa, que puede generar confusión, miedo y conductas perjudiciales para la salud. Las personas mayores, debido a cambios fisiológicos, psicológicos y sociales propios del envejecimiento, así como a una menor alfabetización digital, se encuentran particularmente vulnerables a los efectos negativos de esta sobrecarga informativa.

Se hace imprescindible que, desde atención primaria en colaboración con instituciones universitarias, se desarrollen intervenciones que fortalezcan la alfabetización en salud y las habilidades críticas para discernir información confiable, con el fin de proteger la salud y mejorar la calidad de vida de este grupo etario. Esta experiencia de intervención busca contribuir a romper el ciclo de la desinformación mediante estrategias educativas adaptadas a las necesidades y contextos de los adultos mayores, promoviendo un abordaje multidisciplinario que involucre a profesionales sanitarios y académicos.

Esta intervención integra conceptos clave sobre la vulnerabilidad de los adultos mayores frente a la desinformación, el impacto en su salud mental y la importancia de intervenciones desde atención primaria y universidad.

CONTEXTO Y NECESIDADES

En el ámbito de atención primaria, se detecta un aumento de consultas relacionadas con creencias erróneas adquiridas en redes sociales o portales web. Los adultos mayores, por su contexto sociocultural y educativo, demandan orientación en el uso de fuentes fiables de información sanitaria. Esta necesidad fue detectada tanto por profesionales sanitarios como por docentes universitarios vinculados a la formación en salud pública, haciéndose más patente durante la pandemia covid-19.

Esta proliferación de noticias sin contrastar generó y genera confusión, ansiedad y, en algunos casos, la adopción de prácticas perjudiciales para la salud. Además, la desinformación puede afectar a la adherencia a tratamientos, a la confianza en los profesionales sanitarios y a la participación en programas preventivos, impactando negativamente en la calidad de vida y el bienestar de toda la población y especialmente en los adultos mayores.

Diversos estudios han demostrado que las personas mayores, debido a factores como la brecha digital, menor familiaridad con las tecnologías de la información, y cambios cognitivos asociados al envejecimiento, presentan mayor vulnerabilidad para identificar fuentes confiables y discriminar información falsa o engañosa.

Todo lo expuesto conlleva a la necesidad urgente de implementar en los centros de salud, estrategias que fortalezcan la alfabetización en salud y digital de este grupo, promoviendo el pensamiento crítico y la autonomía en la búsqueda y en el uso de información. La colaboración con universidades, en la que estamos integrados, permite enriquecer estas intervenciones mediante el desarrollo de materiales educativos adaptados, la formación de agentes comunitarios y la investigación sobre las mejores prácticas para combatir la desinformación. Atender estas necesidades es fundamental para proteger la salud de los adultos mayores y garantizar su derecho a una información veraz, comprensible y accesible.

DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA

OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN:

- Sensibilizar a la población mayor sobre los riesgos de la desinformación en salud.
- Mejorar su capacidad para discriminar entre noticias falsas y fuentes fiables, fomentando el pensamiento crítico.

- Fortalecer la colaboración entre atención primaria y universidad en actividades de educación digital e intergeneracional.

ACCIONES A REALIZAR:

- Talleres educativos participativos sobre “alfabetización digital en salud” en el centro de salud y centros cívicos de la zona básica de salud, centrándose en el desarrollo de habilidades para identificar información fiable.
- Encuestas iniciales para identificar creencias erróneas comunes. (*Anexo 1*)
- Creación y difusión de un decálogo práctico con pautas para identificar noticias falsas. (*Anexo 2*)
- Jornadas intergeneracionales con participación de estudiantes universitarios y mayores, fomentando el aprendizaje colaborativo.

Colaboradores: Personal médico y de enfermería de atención primaria, profesorado-alumnado universitario y agentes comunitarios.

EVALUACIÓN TEÓRICA DE LA EXPERIENCIA

Para medir la situación de partida y la efectividad de la intervención en los talleres se combinarán encuestas validadas tipo Digital Health Literacy Scale, test directo con noticias verdaderas y falsas y cuestionarios breves como el MIST, adaptados a nuestro contexto y enriquecido con variables cualitativas (fuentes consultadas, hábitos, confianza...) La evaluación se realizará mediante cuestionarios adaptados pre y post intervención (*Anexo 1*) para medir cambios en conocimientos, habilidades y actitudes frente a la desinformación. Además, se recogerá la percepción de los participantes sobre la utilidad de los talleres y su satisfacción con la metodología empleada. Se analizarán indicadores como la capacidad para reconocer noticias falsas, el uso de fuentes fiables y la confianza en los profesionales sanitarios.

RESULTADOS ESPERADOS

- Reducción del impacto negativo de la desinformación en la salud de los mayores.
- Mejora de su calidad de vida mediante decisiones más informadas.
- Empoderamiento digital de los adultos mayores.
- Fortalecimiento del vínculo entre salud pública y educación superior.
- Mejora significativa en la alfabetización en salud y digital de los participantes.
- Disminución de la credibilidad otorgada a bulos y desinformaciones en temas de salud.

- Aumento de la confianza en la información proporcionada por profesionales sanitarios y medios oficiales.
- Mayor participación activa de los adultos mayores en actividades comunitarias de promoción de la salud.
- Se facilitará a los participantes en los talleres distintos materiales, como “decálogo para llevar a casa” (Anexo 3)
- Generación de un modelo de intervención replicable en otros centros de atención primaria

Anexo 1. Encuesta pre y postintervención

Título del programa: Protegiendo la salud y calidad de vida de los adultos mayores frente a la desinformación



Datos Generales

Edad: _____

Sexo: Mujer Hombre Otro

Nivel de estudios: Sin estudios Primarios Secundarios Universitarios

¿Utiliza usted Internet regularmente? Sí No



1. CONOCIMIENTOS GENERALES

Marque con una "X" la opción que mejor refleje su respuesta.

Pregunta	Sí	No	No estoy seguro/a
¿Sabe qué es una "noticia falsa" (fake news)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cree que las noticias falsas pueden afectar su salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Sabe cómo verificar si una noticia de salud es verdadera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Confía en la información que recibe por WhatsApp o redes sociales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Conoce alguna página web oficial para informarse sobre salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



2. HABILIDADES Y USO DIGITAL

Marque con una "X" su grado de acuerdo con cada afirmación.

Afirmación	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Me siento seguro/a usando Internet para informarme sobre salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pido ayuda cuando no entiendo una noticia digital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verifico el origen de las noticias antes de compartirlas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identifico cuando una noticia parece dudosa o exagerada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



3. IMPRESIÓN PERSONAL (solo en la post)

¿Qué fue lo que más le gustó de la actividad?

¿Qué aprendió que le pareció más útil?

¿Qué le gustaría seguir aprendiendo?

4. PUNTAJE AUTOPERCEPTIVO DE CONFIANZA DIGITAL (0 A 10)

Antes de la intervención:

¿Qué tan seguro/a se sentía al identificar una noticia falsa? _____ /10

Después de la intervención:

¿Qué tan seguro/a se siente ahora? _____ /10



Anexo 2. Decálogo práctico con pautas para identificar noticias falsas

1. Mantente informado solo en fuentes fiables.
2. Usa el móvil con responsabilidad y limita el tiempo de uso.
3. Protege tu ordenador con contraseñas seguras.
4. Verifica la autenticidad de las páginas web.
5. No compartas información personal en apps o sitios desconocidos.
6. Reflexiona antes de reenviar noticias o mensajes.
7. Contrasta la información antes de creer en titulares llamativos.
8. No descargues archivos adjuntos de remitentes dudosos.
9. Cuidado con los bulos y noticias falsas.
10. Dedicar tiempo al descanso digital.

Anexo 3. Decálogo para llevar a casa

1. Lee más allá del titular. Los titulares pueden ser engañosos o exagerados. Lee todo el contenido antes de compartir o creer en una noticia.
2. Verifica la fuente. Consulta si la noticia proviene de un medio reconocido o de una institución oficial de salud. Desconfía si no puedes identificar la fuente.
3. Revisa la fecha. Algunas noticias vuelven a circular años después y ya no son relevantes. Comprueba siempre la fecha de publicación.
4. Observa el lenguaje utilizado. Las noticias falsas suelen usar palabras alarmistas o emotivas como “urgente”, “prohibido”, “oculto”. Si parece exagerado, probablemente lo sea.
5. Comprueba si hay autor o firma. Una noticia seria está firmada por un autor profesional. Si no hay nombre o contacto, desconfía.
6. Busca la noticia en otros medios confiables. Si es verdadera, otros medios como RTVE, BBC Mundo o el Ministerio de Sanidad también la habrán publicado.
7. Cuidado con los audios y cadenas por redes sociales. Los mensajes reenviados muchas veces no tienen fuente fiable. No los compartas sin verificar.
8. Revisa las imágenes y videos. Algunas imágenes son editadas o sacadas de contexto. Puedes buscar su origen con herramientas como Google Imágenes.
9. Consulta con un profesional de salud. Si tienes dudas sobre información sanitaria, consulta siempre a tu médico o personal de salud de confianza.
10. Si dudas, no compartas. Es mejor no compartir una información dudosa. Así evitas difundir desinformación y proteges a los demás.

Referencias bibliográficas

- Brashier, N. M., & Schacter, D. L. (2020). Aging in an era of fake news. **Current Directions in Psychological Science*, 29*(6), 580–586. <https://doi.org/10.1177/0963721420915872> (PMID: 32968336).
- Kim, S., Park, H., & Kim, M. (2025). Measuring digital health literacy in older adults: Development and validation study. *Journal of Medical Internet Research*, 27, e59807. <https://doi.org/10.2196/59807>.
- Li, X., Wang, Y., Chen, J., Zhang, Z., & Liu, H. (2024). Prevalence and intervention strategies of health misinformation among older adults: A meta-analysis. **JMIR Formative Research*, 8*, e60712. <https://doi.org/10.2196/> (PMID: 39607815).
- Moore, R. C., & Hancock, J. T. (2022). A digital media literacy intervention for older adults improves resilience to fake news. **Scientific Reports*, 12*, 6008. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-08437-0> (PMID: 35397631).
- Peng, W., et al. (2024). Leveraging chatbots to combat health misinformation for older adults: Participatory design study. **JMIR Formative Research*, 8*, e60712. <https://doi.org/10.2196/60712>.

Capítulo 34

Fake News. Decálogo para entenderlas y confrontarlas. Técnicas de desinformación dirigidas a adultos Mayores.

Isabel González Melgosa¹, María Sanabria Barba², María Luisa Barba Munguía³.

¹Atención Primaria GAP, Venta de Baños, Palencia, España

²Universidad Valladolid, España.

³Atención Primaria GAV Oeste, Laguna de Duero, Valladolid, España.

RESUMEN

La desinformación en salud dirigida a adultos mayores constituye una amenaza creciente para su bienestar, especialmente en un contexto digital donde la información circula de manera masiva y descontrolada. Este trabajo identifica y clasifica diversas técnicas empleadas para manipular y engañar a este grupo poblacional, entre ellas el uso indebido de celebridades, la creación de perfiles de “expertos” falsos, titulares sensacionalistas, contexto engañoso, y estrategias basadas en sesgos cognitivos como el sesgo de confirmación o el razonamiento motivado. Asimismo, se describen tácticas más sofisticadas como la imitación de sitios web legítimos, la viralización artificial mediante bots y el uso de vídeos deepfake. La investigación subraya la vulnerabilidad particular de los adultos mayores debido a la menor alfabetización digital y a factores socioemocionales que los predisponen a aceptar información falsa como verídica. Se plantea la necesidad de desarrollar estrategias de prevención y educación digital en el ámbito de la Atención Primaria de Salud para mitigar los riesgos asociados.

Palabras clave: Anciano, Atención Primaria de Salud, Desinformación, Salud Digital.

INTRODUCCIÓN

El acceso creciente a internet y redes sociales ha modificado los canales de comunicación en salud, pero también ha incrementado la exposición a información falsa o manipulada. Los adultos mayores, por su menor familiaridad con entornos digitales y la confianza depositada en fuentes percibidas como autorizadas, representan un grupo especialmente susceptible a la desinformación.

CONTEXTO Y NECESIDADES

La desinformación en salud es un fenómeno que, en los últimos años, ha crecido de forma exponencial gracias a la expansión de las redes sociales y aplicaciones de mensajería instantánea. En el caso de los adultos mayores, el impacto es especialmente grave debido a la menor familiaridad con entornos digitales, la confianza depositada en personas conocidas o figuras de autoridad, y el valor otorgado a la información impresa o audiovisual que aparenta ser “seria”.

En la práctica clínica, se observan con frecuencia decisiones erróneas en salud derivadas de bulos o promesas milagrosas. Estas prácticas pueden provocar daños directos, retrasar tratamientos efectivos o generar gastos innecesarios. Existe la necesidad de identificar y visibilizar las técnicas más utilizadas para dirigir la desinformación a este segmento poblacional y, en consecuencia, diseñar intervenciones preventivas. La investigación en este campo podría contribuir a una mayor capacidad de detección temprana de contenidos falsos por parte de profesionales de salud, a un incremento de la alfabetización digital en adultos mayores y a la reducción del impacto de bulos en salud en la población objetivo.

DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA

Se ha realizado una recopilación y clasificación de técnicas a partir de casos reales documentados y de literatura científica especializada en desinformación en salud. Se incluyeron elementos visuales y ejemplos para facilitar su comprensión y detección por profesionales sanitarios.

OBJETIVOS

- Identificar las principales técnicas de desinformación dirigidas a adultos mayores.
- Analizar los mecanismos psicológicos y comunicativos que favorecen su eficacia.
- Proponer líneas de acción para su detección y prevención en Atención Primaria.
- Desarrollar un decálogo de técnicas identificadas como las más frecuentes y peligrosas, aportando ejemplos y recomendaciones para su detección y prevención.

RESULTADOS OBTENIDOS

A partir de la revisión realizada se ha identificado una serie de factores que, a continuación, se definen e ilustran con ejemplos, indicando también su impacto y la forma en que pueden detectarse.

1. Uso indebido de celebridades

Definición: Consiste en utilizar la imagen, el nombre o supuestas declaraciones de personajes famosos para dar credibilidad a un producto, tratamiento o información.

Ejemplo: Anuncio en redes sociales con la fotografía de un reconocido médico o actor, afirmando que recomienda una “cura natural” para la diabetes.

Impacto: Puede inducir a la compra o consumo de productos no regulados.

Cómo detectarlo: Verificar si la fuente oficial del personaje o institución respalda esa información.

2. “Expertos” falsos

Definición: Creación de perfiles ficticios de médicos o científicos con credenciales inventadas.

Ejemplo: Video de una supuesta “doctora en Harvard” que en realidad no existe.

Impacto: Genera una falsa autoridad que aumenta la credibilidad del mensaje.

Cómo detectarlo: Buscar el nombre del profesional en registros oficiales o colegios profesionales.

3. Imitación de cuentas oficiales

Definición: Apertura de perfiles en redes sociales que copian el nombre y logotipo de instituciones legítimas.

Ejemplo: Una cuenta con nombre similar al de la OMS que difunde información engañosa sobre vacunas.

Impacto: Confusión y propagación de contenido no verificado.

Cómo detectarlo: Revisar la verificación oficial de la cuenta y su historial de publicaciones

4. Términos pseudocientíficos

Definición: Uso de jerga técnica o conceptos científicos mal empleados para aparentar rigor.

Ejemplo: “Este suplemento activa la sinergia mitocondrial para rejuvenecer las células”.

Impacto: Dificulta la comprensión real y aprovecha la confianza en el lenguaje técnico.

Cómo detectarlo: Consultar fuentes científicas o profesionales de salud.

5. Titulares sensacionalistas

Definición: Encabezados exagerados o alarmistas para captar la atención.

Ejemplo: “El alimento que cura el cáncer y no quieren que conozcas”.

Impacto: Despierta curiosidad y fomenta la difusión sin leer la información completa.

Cómo detectarlo: Evaluar si el contenido mantiene el mismo tono o si contradice la exageración inicial.

6. Contexto falso

Definición: Presentación de información real pero sacada de su contexto original.

Ejemplo: Una fotografía de un hospital en 2018 usada para ilustrar un brote en 2025.

Impacto: Crea interpretaciones erróneas y refuerza creencias previas.

Cómo detectarlo: Verificar fecha y lugar en medios confiables.

7. Ofertas por tiempo limitado y exclusividad

Definición: Mensajes que crean urgencia o apelan a la pertenencia a un grupo selecto.

Ejemplo: “Oferta válida solo para nuestros mejores clientes hoy”.

Impacto: Induce compras impulsivas sin evaluar riesgos.

Cómo detectarlo: Desconfiar de ofertas urgentes vinculadas a productos de salud.

8. Sesgo de confirmación y razonamiento motivado

Definición: Presentar información que coincide con las creencias previas del receptor o apela a sus deseos y temores.

Ejemplo: Noticias falsas sobre los peligros de un tratamiento que ya se desconfía.

Impacto: Refuerza prejuicios y dificulta el pensamiento crítico.

Cómo detectarlo: Buscar fuentes que presenten perspectivas distintas.

9. Uso de bots sociales y viralización artificial

Definición: Cuentas automatizadas que amplifican un mensaje y manipulan su visibilidad.

Ejemplo: Cientos de cuentas publicando la misma información en minutos.

Impacto: Crea la ilusión de consenso social.

Cómo detectarlo: Observar patrones repetitivos de publicación y perfiles sin actividad personal.

10. Manipulación visual y audiovisual

Definición: Alteración digital de imágenes, gráficos o videos (incluyendo deepfakes).

Ejemplo: Imágenes “antes y después” retocadas o vídeos falsos de supuestas declaraciones.

Impacto: Refuerza la credibilidad de una mentira mediante pruebas visuales falsas.

Cómo detectarlo: Usar herramientas de verificación de imágenes y videos.

PROPUESTAS PREVENTIVAS

La desinformación en salud dirigida a adultos mayores aprovecha su menor familiaridad con la tecnología, pero también su alta confianza en mensajes que perciben como cercanos o respaldados por figuras reconocidas.

PARA COMBATIRLA, SE RECOMIENDA:

- Programas de alfabetización digital en centros de salud y asociaciones.
- Materiales educativos adaptados al lenguaje y formato que los adultos mayores usan habitualmente.

- Formación específica para profesionales sanitarios en detección de bulos.
- Colaboración entre autoridades sanitarias, medios y redes sociales para frenar la difusión de contenidos falsos.

Asimismo, en la Figura 1 se recoge el cartel informativo elaborado a partir de este trabajo.

TÉCNICAS DE DESINFORMACIÓN DIRIGIDAS A ADULTOS MAYORES

Autores: Isabel Gonzalez Melgosa, MAP Palencia.
María Sanabria Barba, profesora Universidad Valladolid.
María Luisa Barba Munguía, MAP Valladolid

USO DE FIGURAS DE AUTORIDAD

Celebridades Utilización de imágenes o nombres de famosos sin su consentimiento para respaldar productos o tratamientos.

Expertos falsos Creación de perfiles ficticios de médicos o científicos para dar credibilidad a afirmaciones falsas.

Imitación de cuentas oficiales Creación de perfiles en redes sociales que imitan a figuras de autoridad o instituciones reconocidas.

MANIPULACIÓN EMOCIONAL

Testimonios milagrosos Historias exageradas o inventadas de curaciones o resultados increíbles.

Apelación al miedo Uso de amenazas o consecuencias exageradas para incitar a la acción.

Nostalgia Explotación de recuerdos o añoranza del pasado para generar confianza.

EVIDENCIA VISUAL ENGAÑOSA

Fotos manipuladas Imágenes de 'antes y después' alteradas digitalmente para mostrar resultados increíbles.

Gráficos confusos Uso de estadísticas o gráficos mal presentados para respaldar afirmaciones falsas.

Videos deepfake Creación de contenido audiovisual falso utilizando inteligencia artificial.

LENGUAJE Y PRESENTACIÓN ENGAÑOSA

Términos pseudocientíficos Uso de jerga compleja para dar una falsa impresión de legitimidad científica.

Titulares sensacionalistas Encabezados exagerados o alarmistas para captar la atención.

Contexto falso Presentación de información real en un contexto engañoso.

TÁCTICAS DE PRESIÓN

Ofertas por tiempo limitado Creación de falsa urgencia para tomar decisiones apresuradas.

Exclusividad Afirmaciones de que el producto o información solo está disponible para un grupo selecto.

EXPLOTACIÓN DE SESGOS COGNITIVOS

Sesgo de confirmación Presentación de información que refuerza creencias preexistentes.

Razonamiento motivado Apelación a deseos o temores para influir en el razonamiento.

TÉCNICAS DE DIFUSIÓN DIGITAL

Uso de bots sociales Empleo de cuentas automatizadas para amplificar la difusión de contenido falso.

Viralización artificial Manipulación de algoritmos para aumentar la visibilidad de contenido engañoso.

ESTRATEGIAS DE CONFIANZA

Imitación de sitios web legítimos Creación de páginas web que se asemejan a fuentes confiables de noticias o información médica.

Uso de logotipos o sellos falsos Incorporación de símbolos de organizaciones respetadas sin autorización.

TÉCNICAS DE MARKETING ENGAÑOSO

Pruebas gratuitas engañosas Ofertas aparentemente sin costo que ocultan suscripciones o cargos recurrentes.

Testimonios falsos Uso de reseñas o comentarios fabricados para respaldar productos o servicios.

Comparaciones engañosas Contrastes injustos o manipulados con otros productos o tratamientos.

Bibliografía:

RosenbEEK J, van der Linden S. How to combat health misinformation: a psychological approach. *Am J Health Promot.* 2022;36(3):569-75. doi: 10.1177/08901171211070958

Salud Sin Bulos, Consejo General de Colegios Oficiales de Dietistas-Nutricionistas. Informe dietas milagro: promesas y riesgos [Internet]. 2023 [citado 1 abril 2023]. Disponible en: https://www.consejo dietistasnutricionistas.com/wp-content/uploads/2023/04/Informe_Dietas-Milagro_2023_589.pdf

FALTA DE CULTURA DIGITAL

Falta de cultura digital en este segmento de población

Palabras clave:

Anciano, Atención Primaria de Salud, Desinformación, Salud Digital

Figura 1

CONCLUSIONES

La desinformación en salud es un fenómeno multifactorial que aprovecha tanto vulnerabilidades cognitivas como limitaciones tecnológicas de los adultos mayores. Su abordaje requiere un enfoque integral que combine educación, detección activa y comunicación clara desde el sistema sanitario. La Atención Primaria, por su proximidad y confianza con este grupo, es el espacio idóneo para implementar dichas estrategias.

Capítulo 35

Ponte en su piel: proyecto de sensibilización a la sociedad sobre las personas mayores.

Cristina Méndez García¹, María Pombal Souto¹, Emma Varela Álvarez¹, Lorena López Rodríguez¹.

¹*Cruz Roja Española, Área de Personas Mayores, España.*

RESUMEN

La longevidad representa un desafío y una oportunidad para la sociedad y las personas mayores, que pueden disfrutar de nuevas experiencias profesionales, sociales y personales si mantienen buena salud física y mental. El aumento en la esperanza de vida ofrece la posibilidad de reactivar pasiones olvidadas, aprender nuevas habilidades y seguir contribuyendo activamente a la comunidad. Sin embargo, para que estas oportunidades se materialicen, es fundamental fomentar un envejecimiento saludable, basado en hábitos adecuados y una comprensión realista de las limitaciones asociadas a la edad avanzada.

A pesar de ello, existe una notable falta de conciencia social sobre el envejecimiento saludable y escasa empatía hacia las personas mayores. Esta situación dificulta la promoción de hábitos saludables y limita el entendimiento intergeneracional, generando barreras que afectan la calidad de vida de este colectivo y la cohesión social. En este contexto, el proyecto “Ponte en su piel” surge como una iniciativa innovadora para sensibilizar a la sociedad mediante una experiencia interactiva. Utilizando un traje simulador de envejecimiento, las personas participantes pueden experimentar de primera mano las limitaciones físicas propias de la edad avanzada, como la reducción de movilidad, pérdida de fuerza o disminución de la agudeza sensorial.

Este enfoque inmersivo fomenta la reflexión y el diálogo sobre la importancia de cuidar la salud física desde edades tempranas para lograr un envejecimiento activo y con calidad de vida. En 2024, se han realizado 31 sesiones con la participación de 608 personas, incluyendo personal laboral y voluntariado de Cruz Roja, alumnado de centros educativos y trabajadores de Vegalsa-Eroski. Los resultados preliminares muestran un aumento en la empatía hacia las personas mayores y un mayor conocimiento sobre el envejecimiento saludable entre los participantes.

Palabras clave: envejecimiento saludable, sensibilización social, empatía, personas mayores, hábitos saludables.

INTRODUCCIÓN

La longevidad creciente en la sociedad actual abre nuevas posibilidades tanto para las personas mayores como para el conjunto social, ofreciendo la oportunidad de reactivar pasiones olvidadas, retomar proyectos personales postergados y desarrollar nuevas competencias profesionales. Este fenómeno demográfico, lejos de ser un obstáculo, puede convertirse en un motor de cambio positivo si se acompaña de políticas, entornos y actitudes que favorezcan un envejecimiento activo.

No obstante, estas oportunidades están estrechamente condicionadas por el estado de salud y el bienestar físico y emocional, factores que influyen de manera decisiva en la calidad de vida durante la vejez. Es precisamente en este contexto donde nace la iniciativa “Ponte en su piel”, con el propósito de sensibilizar y fomentar la empatía hacia las personas mayores a través de una experiencia inmersiva.

El proyecto se apoya en el uso de un traje simulador de envejecimiento que reproduce, con gran realismo, algunas de las limitaciones físicas más comunes asociadas al paso del tiempo, como la pérdida de fuerza, rigidez articular, disminución de la agudeza visual o auditiva, entre otras. Esta herramienta permite que las personas participantes vivan en primera persona los retos cotidianos que enfrentan muchas personas mayores, generando así una mayor comprensión de su realidad.

Además, esta vivencia no solo busca impactar emocionalmente, sino también provocar una reflexión profunda sobre la importancia de adoptar hábitos saludables desde edades tempranas. En última instancia, el objetivo es contribuir a una sociedad más empática, informada y comprometida con la mejora de la calidad de vida en todas las etapas del ciclo vital.

CONTEXTO Y NECESIDADES

Uno de los principales retos actuales es la falta de conciencia general sobre el envejecimiento saludable, especialmente entre la población joven, que en muchos casos desconoce el impacto que sus hábitos y decisiones actuales pueden tener en su calidad de vida futura. Esta desconexión con el proceso de envejecimiento se ve agravada por la escasa presencia de educación en salud preventiva y en promoción de estilos de vida saludables en entornos formales como los centros educativos o comunitarios.

Además, existe un claro déficit de información accesible y comprensible sobre cómo implementar hábitos saludables desde edades tempranas, lo que limita significativamente las posibilidades de alcanzar un envejecimiento pleno, autónomo y activo. Esta carencia de conocimiento no solo afecta a nivel individual, sino que también impide que las comunidades y las instituciones desarrollen entornos que faciliten una vida longeva en condiciones dignas.

Paralelamente, la escasa empatía hacia las personas mayores continúa siendo un obstáculo relevante. A menudo, los estereotipos negativos asociados a la vejez perpetúan actitudes discriminatorias o condescendientes, dificultando la comprensión real de sus necesidades y vivencias. Esto contribuye a la creación de barreras emocionales y sociales que entorpecen la comunicación y el entendimiento entre generaciones, debilitando el tejido social.

Este contexto evidencia la urgente necesidad de desarrollar estrategias efectivas que no solo informen, sino que también sensibilicen a la sociedad en su conjunto. Es fundamental fomentar un cambio positivo en las actitudes hacia el envejecimiento, promoviendo el respeto, la empatía y el compromiso colectivo con la construcción de una sociedad más inclusiva, intergeneracional y preparada para afrontar los retos del envejecimiento desde una perspectiva preventiva y humanizadora.

DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA INCLUYENDO OBJETIVOS

El objetivo general del proyecto es promover la comprensión y la empatía hacia el envejecimiento, así como fomentar hábitos saludables que favorezcan un proceso de envejecimiento activo, autónomo y satisfactorio. Este enfoque parte de la convicción de que un envejecimiento digno comienza mucho antes de la vejez, y que la prevención, la educación en salud y la concienciación social son claves para lograrlo.

Entre los objetivos específicos se encuentran: sensibilizar a la población sobre las realidades físicas, emocionales y sociales que acompañan al envejecimiento; promover prácticas saludables desde edades tempranas para aumentar las probabilidades de una vida longeva en condiciones óptimas; y facilitar experiencias vivenciales que provoquen una reflexión crítica sobre el propio estilo de vida, la salud y la percepción que se tiene del proceso de envejecer.

La intervención se desarrolla mediante sesiones organizadas en centros educativos, espacios comunitarios, entidades sociales y otros entornos de participación social, adaptando el contenido y el enfoque a cada grupo destinatario. Durante estas sesiones, las personas participantes utilizan un traje simulador de envejecimiento, diseñado para reproducir algunas de las limitaciones físicas más comunes asociadas a la edad avanzada, como la rigidez articular, la pérdida de equilibrio, la disminución de la agudeza visual o auditiva, y la dificultad para realizar tareas cotidianas.

Esta experiencia inmersiva y práctica permite a quienes la viven ponerse literalmente en la piel de una persona mayor, generando así una comprensión más profunda y empática de los desafíos que enfrentan en su vida diaria. Además, se acompaña de una dinámica de reflexión posterior, donde se comparten impresiones y aprendizajes, y se introducen herramientas y pautas para la incorporación de hábitos saludables en la rutina diaria. De esta forma, el proyecto no solo informa, sino que transforma actitudes y despierta conciencia.

EVALUACIÓN DE LA EXPERIENCIA

La evaluación del proyecto se lleva a cabo mediante instrumentos cualitativos y cuantitativos, que permiten recoger información relevante antes, durante y después de cada intervención. Entre las herramientas utilizadas se encuentran dinámicas grupales de reflexión y feedback, en las que las personas participantes comparten impresiones sobre la experiencia vivida, sus aprendizajes y posibles cambios en su percepción del envejecimiento.

Se recogen datos sobre aspectos clave como el nivel de empatía, el grado de conocimiento y las actitudes hacia las personas mayores y el envejecimiento saludable. También se evalúa el impacto emocional de la experiencia, la identificación de dificultades concretas al utilizar el traje simulador, y la disposición a incorporar cambios en los hábitos personales de salud y autocuidado.

Los resultados preliminares obtenidos hasta el momento evidencian un aumento significativo en la conciencia sobre las dificultades físicas y sensoriales que enfrentan las personas mayores en su día a día. Asimismo, se observa una mayor disposición a adoptar hábitos saludables y una mejora en la actitud hacia el proceso de envejecimiento, especialmente en públicos más jóvenes.

Otro aspecto destacable es el impacto positivo en la mejora de la comunicación y la comprensión intergeneracional, especialmente en contextos educativos, donde la actividad ha servido como puente para

abordar temas relacionados con el respeto, la diversidad generacional y la construcción de una sociedad más inclusiva. Además, la vivencia práctica contribuye a reducir estereotipos negativos y concepciones erróneas sobre la vejez, fomentando una mirada más realista, humana y empática hacia esta etapa de la vida.

RESULTADOS OBTENIDOS O ESPERADOS

Durante el año 2024 se han realizado un total de 31 sesiones del proyecto “Ponte en su piel”, alcanzando a 608 personas participantes de forma directa, a través de diversas acciones adaptadas a los distintos perfiles y contextos. La diversidad de públicos ha permitido ampliar el alcance del proyecto y validar su aplicabilidad en entornos tanto educativos como laborales y comunitarios.

- Se llevaron a cabo 6 sesiones dirigidas a personal laboral, voluntariado y alumnado de Cruz Roja, logrando involucrar a 110 personas vinculadas directamente a la organización. Estas sesiones permitieron reforzar la mirada empática dentro del entorno de trabajo y promover buenas prácticas en la atención y acompañamiento a personas mayores.
- En el ámbito educativo, se realizaron 16 sesiones con alumnado de centros educativos de enseñanza secundaria y facultades universitarias, en las que participaron 314 estudiantes. Estas actividades resultaron especialmente enriquecedoras, generando espacios de diálogo y reflexión sobre el proceso de envejecimiento y el rol de las nuevas generaciones en la construcción de una sociedad más inclusiva y solidaria.
- Por otra parte, se llevaron a cabo 9 sesiones en colaboración con el personal laboral de Vegalsa-Eroski, enmarcadas en una experiencia de compra inclusiva desarrollada en 92 centros de toda Galicia. Estas acciones involucraron de manera directa a 184 personas y, de forma indirecta, a más de 3.500 personas a través de la figura de las “personas embajadoras”, trabajadores y trabajadoras sensibilizados que han trasladado lo aprendido a su entorno profesional y personal.

Estos resultados evidencian la viabilidad operativa, la versatilidad metodológica y el impacto positivo del proyecto, que ha logrado promover la sensibilización, reducir estereotipos negativos y favorecer un cambio real de actitudes hacia las personas mayores y el envejecimiento saludable en distintos colectivos de la sociedad gallega

CONCLUSIONES

El proyecto “Ponte en su piel” ha demostrado ser una herramienta innovadora y eficaz para sensibilizar a la sociedad sobre las realidades del envejecimiento, al mismo tiempo que fomenta una mayor empatía intergeneracional y promueve la incorporación de hábitos saludables desde edades tempranas. A través de una experiencia inmersiva basada en el uso del traje simulador de envejecimiento, se ha logrado que personas de diferentes perfiles y contextos vivan en primera persona los retos cotidianos que enfrentan las personas mayores, generando un cambio perceptible en sus actitudes y en su nivel de conciencia.

Esta vivencia directa facilita una comprensión más profunda y emocional de las limitaciones físicas y sensoriales propias de la vejez, rompiendo estereotipos y promoviendo el respeto hacia este colectivo. Además, contribuye

a mejorar la comunicación y el entendimiento entre generaciones, un aspecto especialmente relevante en entornos educativos y comunitarios, donde es clave cultivar valores como la solidaridad, el cuidado mutuo y la convivencia inclusiva.

Los resultados obtenidos hasta la fecha reflejan un impacto positivo y medible, tanto en términos de sensibilización como de intención de cambio en los hábitos y percepciones de los y las participantes. A partir de esta evidencia, se considera muy recomendable dar continuidad al proyecto, consolidarlo como una línea estable de trabajo e incluso ampliar su aplicación a nuevos sectores y colectivos, como profesionales del ámbito sanitario, cuidadores, empresas, asociaciones vecinales o familias.

Asimismo, se sugiere incorporar mecanismos de evaluación más específicos y longitudinales, así como adaptaciones metodológicas que permitan llegar a públicos con diversidad funcional o de contextos culturales diversos, con el fin de maximizar el alcance, la accesibilidad y la efectividad global de esta iniciativa.

Referencias bibliográficas

Cruz Roja Española (2022). *Informe anual sobre atención a personas mayores*. Madrid: Cruz Roja.

Cruz Roja Española. (2024). *Memoria de Actividades del Área de Personas Mayores*. [Fuente interna o institucional].

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). (2022). *Estrategia Nacional de Envejecimiento Activo y para la Prevención de la Dependencia 2021-2030*. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. <https://www.imserso.es>.

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2023). *Estrategias para el envejecimiento activo*. Madrid: Gobierno de España.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015). *Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud*. Ginebra: OMS. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042>.

Vegalsa-Eroski & Cruz Roja. (2024). *Informe de resultados del proyecto "Ponte en su piel"*. United Nations Department of Economic and Social Affairs. (2023). *World Population Ageing 2023 Highlights*. <https://www.un.org/development/desa/pd/>.



WWW.SGXX.ORG