

Envejecimiento, **calidad de vida** y dependencia

*Retos y
perspectivas
actuales*



Coordinadoras:
María Yolanda Castaño Blanco
Laura Muñoz Bermejo



WANCEULEN
EDUCACIÓN

Envejecimiento, calidad de vida y dependencia

Retos y perspectivas actuales

Coordinadoras:

María Yolanda Castaño Blanco es enfermera, Doctora Internacional por la Universidad de Extremadura y premio extraordinario de doctorado. Tiene un Máster Universitario en Investigación con especialización en atención sociosanitaria por la misma Universidad. Además, es enfermera especialista en enfermería familiar y comunitaria.

Actualmente es Profesora Ayudante Doctora en la Universidad de Extremadura, en el departamento de enfermería de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud.

Investigadora del grupo Neuroinmunofisiología y Crononutrición. Cuenta con numerosas publicaciones en revistas indexadas, capítulos de libro, comunicaciones a congresos tanto en el ámbito nacional como internacional y ha coordinado y participado en diversos proyectos de investigación, innovación docente y divulgación científica.

Laura Muñoz Bermejo es enfermera, Doctora Internacional por la Universidad de Sevilla y profesora en el Grado en Enfermería de la Universidad de Extremadura, donde desarrolla su actividad docente en el ámbito de enfermería del envejecimiento y cuidados paliativos.

Su labor investigadora se desarrolla en el grupo de investigación InHEALTH y se centra en el estudio de la calidad de vida en personas mayores, cuidadores informales y colectivos vulnerables. Ha participado en diversos proyectos de investigación e innovación docente y es autora de publicaciones científicas en revistas indexadas, capítulos de libro y comunicaciones en congresos nacionales e internacionales.

Compagina la docencia con la investigación y la divulgación científica, promoviendo una formación basada en la evidencia.

El envejecimiento debe entenderse como un proceso complejo y multifactorial, que trasciende la mera presencia de enfermedades o limitaciones funcionales. Implica dimensiones físicas, psicológicas, sociales y emocionales que requieren una atención integral, basada en la evidencia científica, pero también en el reconocimiento de la dignidad, los valores y la singularidad de cada persona.

En esta obra se ofrece una visión amplia e interdisciplinar del envejecimiento. A lo largo de sus capítulos, el lector encontrará una reflexión actualizada sobre cuestiones tan relevantes como el papel de los cuidadores mayores, la salud mental, la sexualidad, la actividad física o los distintos factores que condicionan la calidad de vida durante la vejez.

Esta publicación ofrece una visión integral del envejecimiento, a través del análisis de sus fundamentos biológicos, psicológicos y sociales, enfatizando en la perspectiva de género, la salud mental y la promoción de la salud. Y constituye un recurso académico riguroso, orientado a facilitar el aprendizaje y la práctica profesional, y refleja su trayectoria investigadora en torno a dos ejes fundamentales: el envejecimiento y la calidad de vida.

ENVEJECIMIENTO, CALIDAD DE VIDA Y DEPENDENCIA

Retos y perspectivas actuales

Coordinación:

María Yolanda Castaño Blanco
Laura Muñoz Bermejo



©Copyright: Los autores y las autoras

©Copyright: De la presente Edición, Año 2026 WANCEULEN EDITORIAL

Título: ENVEJECIMIENTO, CALIDAD DE VIDA Y DEPENDENCIA. RETOS Y PERSPECTIVAS ACTUALES

Coordinación: MARÍA YOLANDA CASTAÑO BLANCO, LAURA MUÑOZ BERMEJO

Editorial: WANCEULEN EDITORIAL

Sello Editorial: WANCEULEN EDUCACIÓN

ISBN (Papel): 979-13-88210-59-4

ISBN (Ebook): 979-13-88210-60-0

Depósito Legal: SE 3170-2026

WANCEULEN S.L.

www.wanceuleneditorial.com y www.wanceulen.com

info@wanceuleneditorial.com

Reservados todos los derechos. Queda prohibido reproducir, almacenar en sistemas de recuperación de la información y transmitir parte alguna de esta publicación, cualquiera que sea el medio empleado (electrónico, mecánico, fotocopia, impresión, grabación, etc.), sin el permiso de los titulares de los derechos de propiedad intelectual. Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

Coordinación del monográfico:

María Yolanda Castaño Blanco
Laura Muñoz Bermejo
Universidad de Extremadura

Lista de autores/as (en orden alfabético):

José Alberto Becerra-Mejías
María Yolanda Castaño Blanco
Valentina Castilla Fernández
Núria Cebrián Gazapo
David Conde Caballero
Raquel Caballero de la Calle
Cláudia Ferreira
Patricia Ferrero Sereno
Elisa María Garrido Ardila
Blanca González Sánchez
Helena José
María del Rocío Jerez Barroso
María Jiménez Palomares
Olga Leal Hernández
Patricia Luna Castaño
Nelson Guerra
Joana Marques
Mariana Martínez Álvarez
María Mendoza Muñoz
Alberto Muñoz Bermejo
Laura Muñoz-Bermejo
Raquel Pastor Cisneros
Damián Pereira Payo
Carolina Pérez Corraliza
Salvador Postigo Mota
Juan Rodríguez Mansilla
Yeray Rodríguez Redondo
Sandy Severino
Luís Sousa
Filipe Teixeira

PRÓLOGO	9
----------------------	----------

PARTE I. FUNDAMENTOS DEL ENVEJECIMIENTO Y LA CALIDAD DE VIDA

Capítulo 1. Envejecimiento y calidad de vida en la sociedad contemporánea	13
--	-----------

Patricia Luna Castaño, Patricia Ferrero Sereno

Capítulo 2. Mujer y envejecimiento: perspectivas biológicas, psicológicas y sociales.....	35
--	-----------

María del Rocío Jerez Barroso

Capítulo 3. Sexualidad en el envejecimiento: una perspectiva de enfermería	47
---	-----------

Filipe Teixeira, Nelson Guerra, Joana Marques, Sandy Severino, Helena José, Luís Sousa

PARTE II. PROMOCIÓN DE LA SALUD Y ENVEJECIMIENTO ACTIVO

Capítulo 4. Alimentación, envejecimiento y calidad de vida: desafíos emergentes en el siglo XXI.....	67
---	-----------

David Conde Caballero

Capítulo 5. Actividad física y envejecimiento saludable.....	81
---	-----------

Patricia Ferrero Sereno, Patricia Luna Castaño, Raquel Caballero de la Calle, Alberto Muñoz Bermejo

Capítulo 6. Actividad física en personas mayores: prevención de la fragilidad y la dependencia.....	105
--	------------

Raquel Pastor Cisneros y Damián Pereira Payo

Capítulo 7. La actividad física como estrategia para un envejecimiento saludable en personas con VIH.....	119
--	------------

Cláudia Ferreira, Nelson Guerra, Joana Marques, Sandy Severino, Helena José, Luís Sousa

Capítulo 8. Polifarmacia y adherencia terapéutica en el adulto mayor	131
--	------------

José Alberto Becerra-Mejías

PARTE III. SALUD MENTAL, BIENESTAR EMOCIONAL Y RELACIONES SOCIALES

Capítulo 9. Salud mental y bienestar emocional en el anciano..... 145

Carolina Pérez Corraliza

Capítulo 10. Trastornos mentales con mayor prevalencia en los adultos mayores 163

María del Rocío Jerez Barroso

Capítulo 11. Estrategias de afrontamiento de la soledad en el adulto mayor: enfoques psicosociales y terapéuticos 175

*Blanca González Sánchez, Núria Cebrián Gazapo,
Juan Rodríguez Mansilla, Elisa María Garrido Ardila,
María Jiménez Palomares*

Capítulo 12. Más allá del cuidado: vulnerabilidad emocional y redes de apoyo en cuidadores mayores..... 189

*Laura Muñoz-Bermejo, Valentina Castilla Fernández,
María Mendoza Muñoz, Salvador Postigo Mota*

PARTE IV. DEPENDENCIA, FUNCIONALIDAD Y CUIDADOS

Capítulo 13. Pérdida de audición y uso de audífonos: efectos en la comunicación, la calidad de vida y la autoestima..... 213

Olga Leal Hernández

Capítulo 14. Cuidados de enfermería en personas mayores institucionalizadas: impacto en la calidad de vida y la dependencia..... 227

*Valentina Castilla Fernández, Salvador Postigo Mota,
Laura Muñoz Bermejo*

PARTE V. ENVEJECIMIENTO EN CONTEXTOS ESPECÍFICOS Y DESAFÍOS TERRITORIALES

Capítulo 15. Envejecimiento, calidad de vida y dependencia en la población rural: el caso de Las Hurdes..... 247

*María Yolanda Castaño Blanco, Mariana Martínez Álvarez,
Yeray Rodríguez Redondo*

PRÓLOGO

Constituye para mí un verdadero privilegio presentar el libro *Envejecimiento, calidad de vida y dependencia*, un trabajo colectivo que aborda con exigencia, sensibilidad y una marcada orientación práctica algunos de los principales desafíos que plantea el envejecimiento de la población en las sociedades actuales.

El notable incremento de la esperanza de vida alcanzado en las últimas décadas representa uno de los mayores logros del progreso científico, de la mejora de la atención sanitaria y de las políticas de salud pública. Sin embargo, este éxito demográfico lleva asociado un importante reto sanitario, social y ético: garantizar que los años ganados se vivan con la mayor calidad de vida posible, preservando la autonomía, favoreciendo la participación activa de las personas mayores y ofreciendo respuestas eficaces ante las situaciones de fragilidad y dependencia.

En este contexto, el envejecimiento debe entenderse como un proceso complejo y multifactorial, que trasciende la mera presencia de enfermedades o limitaciones funcionales. Implica dimensiones físicas, psicológicas, sociales y emocionales que requieren una atención integral, basada en la evidencia científica, pero también en el reconocimiento de la dignidad, los valores y la singularidad de cada persona.

Precisamente, uno de los mayores aciertos de esta obra reside en ofrecer una visión amplia e interdisciplinar del envejecimiento. A lo largo de sus capítulos, el lector encontrará una reflexión actualizada sobre cuestiones tan relevantes como el papel de los cuidadores mayores, la salud mental, la sexualidad, la actividad física o los distintos factores que condicionan la calidad de vida durante la vejez. Cada una de estas contribuciones aporta una perspectiva complementaria que permite comprender el envejecimiento desde una mirada global, integradora y centrada en la persona.

Como profesional vinculada al ámbito de las ciencias de la salud, considero especialmente valioso el equilibrio que los autores han sabido alcanzar entre el rigor metodológico y la aplicabilidad de los contenidos. No se trata únicamente de una recopilación de conocimientos científicos, sino de una obra que invita a la reflexión crítica y proporciona herramientas útiles para orientar la práctica profesional, la investigación y la toma de decisiones en el ámbito sociosanitario. El resultado es una obra sólida, actual y necesaria, que refleja el compromiso de sus autores con la generación y transferencia del conocimiento científico.

Deseo que la lectura de estas páginas contribuya no solo a ampliar el conocimiento de quienes se acerquen a ellas, sino también a reforzar el compromiso con una atención cada vez más humana, personalizada y basada en la mejor evidencia disponible. Porque comprender el envejecimiento en toda su complejidad constituye, hoy más que nunca, una responsabilidad compartida y una oportunidad para seguir construyendo una sociedad más justa, inclusiva y comprometida con el bienestar de las personas mayores.

Laura Muñoz Bermejo
Profesora Titular de Universidad
Grado en Enfermería
Universidad de Extremadura

Parte I

FUNDAMENTOS DEL ENVEJECIMIENTO Y LA CALIDAD DE VIDA

Envejecimiento y calidad de vida en la sociedad contemporánea

Patricia Luna Castaño¹, Patricia Ferrero Sereno¹

¹ Universidad Alfonso X El Sabio, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional constituye una de las principales transformaciones demográficas del siglo XXI. El aumento sostenido de la esperanza de vida y la reducción de la natalidad han provocado un crecimiento progresivo de la población mayor en la mayoría de los países, especialmente en Europa y en España, donde las personas de edad avanzada representan un porcentaje cada vez más elevado de la población. Este fenómeno supone importantes desafíos sanitarios, sociales y económicos, relacionados con el incremento de enfermedades crónicas, fragilidad, dependencia y necesidad de cuidados de larga duración (Eurostat, 2025; United Nations Department of Economic and Social Affairs, 2024; World Health Organization, 2024).

Sin embargo, el envejecimiento no puede entenderse únicamente desde una perspectiva biológica ni reducirse a la presencia de enfermedad. La evidencia científica actual señala que se trata de un proceso complejo, heterogéneo y multidimensional, condicionado por la interacción entre factores físicos, psicológicos, sociales, económicos y ambientales. En este contexto, la calidad de vida adquiere un papel central, ya que el principal reto de las sociedades envejecidas no consiste únicamente en aumentar la longevidad, sino en garantizar que los años adicionales puedan vivirse con autonomía, bienestar y dignidad (Gaviano et al., 2024; Van Leeuwen et al., 2019; Noto, 2023).

Asimismo, factores como la funcionalidad, la participación social, el bienestar emocional, el apoyo comunitario y la autopercepción del envejecimiento influyen de forma significativa en la manera en que las personas experimentan la vejez. Del mismo modo, elementos como la desigualdad social, el edadismo, el aislamiento y la vulnerabilidad económica pueden afectar negativamente la salud y la calidad de vida de las personas mayores (Sulandari et al., 2024; Velaithan et al., 2024; Ye et al., 2026).

Ante esta realidad, ha cobrado especial relevancia el paradigma del envejecimiento activo y saludable impulsado por la Organización Mundial de la Salud, orientado a promover la capacidad funcional, la autonomía y la parti-

cipación social a lo largo del curso de vida. Desde esta perspectiva, el presente capítulo analiza la relación entre envejecimiento y calidad de vida desde un enfoque biopsicosocial, abordando los principales factores que condicionan el bienestar en la vejez, así como las estrategias orientadas a favorecer un envejecimiento saludable y funcional (WHO, 2024; Tsai & Jones, 2024; Acuña Tejena et al., 2026).

OBJETIVO/S

Analizar los principales factores biopsicosociales que influyen en la calidad de vida durante el envejecimiento, así como las estrategias orientadas a promover un envejecimiento saludable, funcional y centrado en la autonomía y el bienestar de las personas mayores

1. ENVEJECIMIENTO: CONCEPTUALIZACIÓN Y PERSPECTIVAS ACTUALES

1.1. ¿Qué es el envejecimiento?

El envejecimiento es un proceso universal, gradual, heterogéneo y multifactorial que trasciende el simple paso del tiempo, integrando cambios biológicos, psicológicos y sociales cuya expresión depende tanto de la trayectoria vital como del entorno. Desde una perspectiva biológica, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo relaciona con la acumulación progresiva de daños moleculares y celulares que favorecen el descenso de la capacidad funcional y aumentan el riesgo de enfermedad, aunque de forma no lineal ni uniforme entre individuos. A nivel psicológico y social, el envejecimiento implica transformaciones en la cognición, la regulación emocional, la identidad, los roles sociales, las redes de apoyo y la participación comunitaria. En este sentido, el envejecimiento debe entenderse como un proceso biopsicosocial dinámico que condiciona la adaptación al entorno, la autonomía y la calidad de vida de las personas mayores (WHO, 2024; Gaviano et al., 2024; López-Otín et al., 2023).

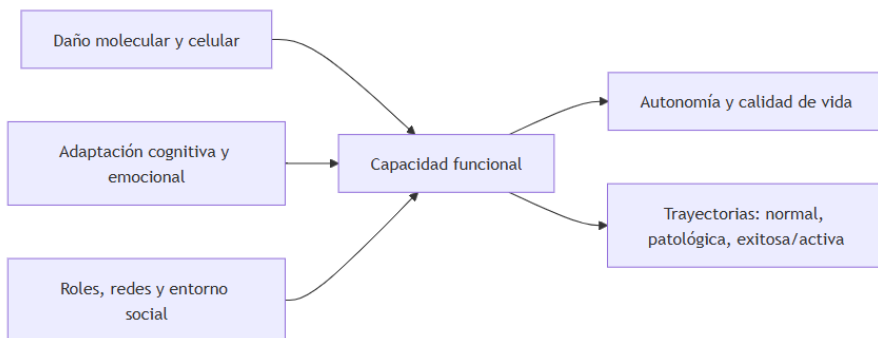
La OMS refuerza esta perspectiva al definir el envejecimiento saludable como el mantenimiento de la capacidad funcional que permite a las personas “ser y hacer” aquello que consideran valioso, desplazando el foco desde la mera ausencia de enfermedad hacia la preservación de la autonomía, el bienestar y la participación social. Esta visión supone un cambio respecto al modelo tradicional centrado exclusivamente en el deterioro biológico y reconoce la importancia de factores sociales, psicológicos y ambientales en la experiencia del envejecimiento (WHO, 2024; Tsai & Jones, 2024).

En la actualidad, el envejecimiento poblacional constituye una de las principales transformaciones demográficas del siglo XXI. El aumento de la esperanza de vida y el crecimiento progresivo de la población mayor generan importantes desafíos sanitarios, sociales y económicos, relacionados con el

incremento de enfermedades crónicas, fragilidad, dependencia y necesidad de cuidados de larga duración. No obstante, las trayectorias de envejecimiento no son homogéneas, sino que difieren según factores como el sexo, el nivel educativo, los ingresos, el entorno social y la trayectoria vital. Esta realidad ha favorecido el desarrollo de enfoques multidimensionales centrados no solo en la longevidad, sino también en la preservación de la funcionalidad, la calidad de vida y la dignidad durante la vejez (Eurostat, 2025; United Nations Department of Economic and Social Affairs, 2024; Ye et al., 2026).

La evidencia científica actual señala además que la salud en la vejez no depende exclusivamente de factores genéticos, sino de la interacción continua entre la herencia biológica, los estilos de vida y las condiciones físicas, sociales y económicas a lo largo del curso vital. En consecuencia, el envejecimiento no debe interpretarse únicamente como un proceso de pérdida o declive, sino como una etapa dinámica en la que las personas mantienen capacidad de adaptación, participación y desarrollo personal, incluso en presencia de enfermedad o limitaciones funcionales (WHO, 2024; Gaviano et al., 2024; Tsai & Jones, 2024).

La relación entre las dimensiones biológica, psicológica y social del envejecimiento puede establecerse del siguiente modo:



Fuente: Elaboración propia a partir de Gaviano L, et al. Definitions of Ageing According to the Perspective of the Psychology of Ageing: A Scoping Review. *Geriatrics*. 23 de agosto de 2024;9(5):107. doi:[10.3390/geriatrics9050107](https://doi.org/10.3390/geriatrics9050107)

1.1.1. Dimensiones biológica psicológica y social

La **dimensión biológica** del envejecimiento se refiere a la pérdida progresiva de reserva fisiológica y a la mayor vulnerabilidad frente a estresores, con efectos sobre fuerza, movilidad, homeostasis e inmunidad. La **dimensión psicológica** alude a cambios en memoria, velocidad de procesamiento, regulación emocional, sentido de propósito y percepción subjetiva del propio envejecimiento; La literatura reciente señala que no existe una definición única del envejecimiento psicológico, debido a la complejidad y multidimensionalidad del fenómeno. La **dimensión social** incluye jubilación, cambios de rol, participación comunitaria, apoyos formales e informales, recursos económi-

cos y barreras derivadas del edadismo; esta dimensión no es secundaria, porque condiciona tanto la salud mental como la posibilidad de mantener independencia y calidad de vida. Asimismo, el edadismo constituye una forma de discriminación estructural que influye negativamente sobre la salud, la participación social y la autopercepción del envejecimiento, favoreciendo estereotipos que pueden limitar la autonomía y el bienestar de las personas mayores (Gaviano et al., 2024; WHO, 2024; Ye et al., 2026).

Tipos de envejecimiento y modelos explicativos

En términos analíticos, el **envejecimiento normal** describe cambios esperables de la edad compatibles con funcionalidad y adaptación; el **patológico** alude a trayectorias en las que enfermedad, fragilidad o discapacidad aceleran el deterioro por encima de lo esperable; y el **exitoso/activo** se refiere a trayectorias con mantenimiento relativo de funcionamiento, bienestar y participación. La literatura reciente insiste en que el envejecimiento exitoso no debe definirse solo por “ausencia de enfermedad”, sino por funcionamiento y bienestar significativos para la persona (Tsai & Jones, 2024; Acuña Tejena et al., 2026). No obstante, algunos autores han cuestionado el concepto de envejecimiento exitoso por considerar que puede generar modelos normativos de vejez difícilmente alcanzables para gran parte de la población. Desde perspectivas críticas, se advierte que asociar el envejecimiento saludable únicamente con independencia y alto funcionamiento puede invisibilizar situaciones de enfermedad, discapacidad o vulnerabilidad social, así como minimizar el impacto de las desigualdades económicas y estructurales sobre las trayectorias de envejecimiento. En paralelo, el envejecimiento activo y saludable enfatiza salud, participación, seguridad y capacidad funcional (Tsai & Jones, 2024; WHO, 2024; Ye et al., 2026).

Para comprender esta heterogeneidad, se han desarrollado distintos modelos teóricos orientados a explicar las diferencias en las trayectorias de envejecimiento y adaptación funcional. Los modelos más útiles hoy son complementarios. El **modelo biopsicosocial** integra mecanismos orgánicos, recursos psicológicos y contexto social. La **teoría de la reserva** explica por qué algunas personas toleran mejor los cambios cerebrales o la patología gracias a educación, ocupación, estimulación intelectual y redes sociales, es decir, por una mayor resiliencia cognitiva. El **modelo de fragilidad** describe un estado de disminución de la reserva fisiológica y aumento de la vulnerabilidad frente a eventos adversos, lo que incrementa el riesgo de discapacidad, dependencia y deterioro de la calidad de vida (Pappalettera et al., 2024; Kim & Rockwood, 2024; Gaviano et al., 2024).

1.1.2. Mecanismos biológicos clave

La evidencia científica actual señala que el envejecimiento biológico no responde a una única causa, sino a la interacción de múltiples mecanismos

celulares y moleculares que contribuyen de forma progresiva al deterioro funcional del organismo. Entre los procesos más relevantes se encuentra la senescencia celular, caracterizada por la pérdida de la capacidad de regeneración de las células y por la liberación de sustancias proinflamatorias que favorecen el deterioro tisular y funcional (López-Otín et al., 2023).

Otro mecanismo importante es la inflamación crónica de bajo grado o *inflammaging*, asociada al aumento de la fragilidad, la vulnerabilidad y diversas enfermedades relacionadas con la edad. No obstante, la evidencia reciente sugiere que este fenómeno no se presenta de forma homogénea en todas las personas, sino que está influido por factores ambientales, sociales y estilos de vida acumulados a lo largo del curso vital (López-Otín et al., 2023; Kim & Rockwood, 2024).

Asimismo, la disfunción mitocondrial altera los mecanismos celulares relacionados con la producción energética y favorece el daño progresivo de los tejidos, mientras que las alteraciones epigenéticas reflejan cómo el envejecimiento también está condicionado por la influencia acumulada de exposiciones ambientales, hábitos de vida y trayectorias personales (López-Otín et al., 2023).

En conjunto, estos mecanismos biológicos interactúan de manera constante con factores psicológicos, sociales y ambientales, condicionando la capacidad funcional, la aparición de fragilidad y la calidad de vida durante el envejecimiento (López-Otín et al., 2023; Gaviano et al., 2024; Kim & Rockwood, 2024).

1.2. Envejecimiento activo y saludable

El envejecimiento activo y saludable constituye uno de los principales paradigmas contemporáneos de la gerontología y de las políticas internacionales de salud, desarrollado como respuesta al progresivo envejecimiento poblacional y a la necesidad de promover una mayor calidad de vida durante la vejez. Este enfoque supera la visión tradicional centrada exclusivamente en la enfermedad y el deterioro biológico, proponiendo una concepción más amplia del envejecimiento basada en el bienestar físico, psicológico y social, así como en la participación activa de las personas mayores en la comunidad (WHO, 2024; Acuña Tejena et al., 2026).

En este contexto, la Organización Mundial de la Salud define el envejecimiento saludable como el proceso de desarrollar y mantener la capacidad funcional que permite a las personas alcanzar bienestar en la vejez. Dicha capacidad funcional no depende únicamente de factores biológicos o genéticos, sino también de la interacción continua entre las condiciones físicas, sociales, económicas, culturales y ambientales presentes a lo largo del curso vital. Por su parte, el envejecimiento activo hace referencia a la participación continuada de las personas mayores en actividades sociales, culturales, eco-

nómicas y comunitarias, de acuerdo con sus intereses, necesidades y capacidades (WHO, 2024).

Este paradigma sustituye el tradicional modelo deficitario del envejecimiento —centrado en las pérdidas, la dependencia y el deterioro— por una perspectiva orientada al desarrollo, la adaptación y el mantenimiento de la autonomía. Desde esta visión, envejecer no implica necesariamente declive, sino la posibilidad de conservar funcionalidad, participación social y sentido de propósito a pesar de los cambios asociados al paso del tiempo (Tsai & Jones, 2024; WHO, 2024).

No obstante, diversos autores han cuestionado algunos planteamientos del envejecimiento activo por considerar que pueden centrarse excesivamente en la responsabilidad individual sobre el propio proceso de envejecimiento, minimizando el impacto de las desigualdades sociales, económicas y estructurales. Desde esta perspectiva crítica, no todas las personas envejecen en las mismas condiciones ni disponen de iguales oportunidades para mantener salud, participación social o autonomía funcional, especialmente en contextos de vulnerabilidad, dependencia o exclusión social (Tsai & Jones, 2024; Ye et al., 2026).

La evidencia científica actual destaca la importancia de intervenciones multidimensionales orientadas a preservar la funcionalidad y retrasar la dependencia. Entre las estrategias más estudiadas destacan las intervenciones multicomponente basadas en actividad física, las cuales han demostrado efectos positivos sobre la fragilidad, la prevención de caídas, la movilidad y el mantenimiento de la autonomía. Asimismo, la estimulación cognitiva y el aprendizaje continuo contribuyen al mantenimiento de las funciones cognitivas y favorecen la adaptación y la participación social durante la vejez (Vásquez-Carrasco et al., 2025; Kim & Rockwood, 2024).

Otro componente esencial del envejecimiento saludable es el bienestar emocional y la autopercepción positiva del envejecimiento. Diversos estudios señalan que las personas mayores que mantienen una visión más optimista de esta etapa presentan mejores indicadores de salud, mayor funcionalidad y mayor satisfacción vital. En este sentido, factores como la autoestima, la resiliencia, el sentido de propósito y la capacidad de adaptación desempeñan un papel protector frente al deterioro funcional y psicológico. Sin embargo, el bienestar emocional durante la vejez también puede verse condicionado por situaciones de soledad, aislamiento social, pérdidas afectivas o vulnerabilidad económica, factores estrechamente relacionados con una peor percepción de calidad de vida (Velaithan et al., 2024; Ribeiro et al., 2020; Benavente Cuesta & Quevedo Aguado, 2019; Sulandari et al., 2024).

De igual manera, la participación social constituye un elemento fundamental del envejecimiento activo, actuando como factor protector frente a la soledad, la depresión y el deterioro funcional. Mantener vínculos familiares, comunitarios y afectivos favorece la integración social y potencia los be-

neficios de las intervenciones físicas y cognitivas. A pesar de ello, muchas personas mayores experimentan situaciones de aislamiento, pérdida de redes de apoyo o exclusión social, especialmente en contextos de fragilidad o dependencia, lo que pone de manifiesto la necesidad de fortalecer estrategias comunitarias orientadas a favorecer la inclusión y la participación social (Sulandari et al., 2024; Van Leeuwen et al., 2019; Rodríguez-Martínez et al., 2023).

En respuesta a estos desafíos, la OMS impulsó la Década del Envejecimiento Saludable (2021–2030), una iniciativa orientada a promover sistemas de atención centrados en la persona, fortalecer la atención primaria y desarrollar entornos accesibles y amigables que favorezcan la autonomía, la funcionalidad y la participación activa de las personas mayores. Entre sus principales líneas de acción destacan programas como ICOPE, dirigidos a la detección temprana del deterioro funcional y a la implementación de estrategias preventivas e integrales desde el ámbito comunitario y sociosanitario (World Health Organization, 2024; Acuña Tejena et al., 2026).

2. CALIDAD DE VIDA EN LA VEJEZ

2.1. Definición de calidad de vida

La calidad de vida es un concepto amplio, dinámico y multidimensional que hace referencia al grado de bienestar que experimenta una persona en las distintas áreas de su vida. Según la Organización Mundial de la Salud, se define como la percepción que tiene el individuo sobre su posición en la vida, dentro de su contexto cultural y sistema de valores, y en relación con sus objetivos, expectativas, normas e intereses. Esta definición integra tanto una dimensión subjetiva —centrada en la satisfacción personal y la percepción individual del bienestar— como una dimensión objetiva relacionada con las condiciones materiales, sociales y sanitarias en las que vive la persona (Van Leeuwen et al., 2019; Noto, 2023).

No obstante, la calidad de vida constituye un constructo complejo y difícil de operacionalizar, debido a su marcado componente subjetivo y a la influencia de factores culturales, sociales y personales. La percepción de bienestar puede variar considerablemente entre individuos, incluso en presencia de condiciones de salud similares, lo que refleja la heterogeneidad de las experiencias de envejecimiento y la dificultad de establecer una definición universal aplicable a todas las personas mayores (Van Leeuwen et al., 2019; Frias-Goytia et al., 2024).

En la vejez, la calidad de vida integra dimensiones físicas, psicológicas, sociales y económicas estrechamente interrelacionadas. Aspectos como la funcionalidad, el bienestar emocional, la autonomía, las relaciones sociales, la participación comunitaria y la seguridad económica condicionan de manera significativa la satisfacción vital y la percepción subjetiva del bienestar. Asimismo, la calidad de vida en el envejecimiento no se experimenta de

forma homogénea, sino que está influida por factores como el género, el nivel socioeconómico, el estado de salud, el entorno social y las trayectorias vitales acumuladas a lo largo del tiempo (Van Leeuwen et al., 2019; Frías-Goytia et al., 2024; Ye et al., 2026).

La evidencia científica actual señala que la calidad de vida en la vejez no depende exclusivamente de la ausencia de enfermedad, sino también de la capacidad de adaptación frente a los cambios físicos, psicológicos y sociales asociados al envejecimiento. En este sentido, factores como el apoyo social, la actividad física, la salud mental, la participación comunitaria y una percepción positiva del envejecimiento actúan como elementos protectores frente a la dependencia y el deterioro funcional. Del mismo modo, el bienestar subjetivo suele relacionarse estrechamente con la percepción de autonomía, utilidad y sentido de propósito, más que con la edad cronológica por sí sola (Frías-Luque & Toledano-González, 2022; Sulandari et al., 2024; Velaithan et al., 2024).

Diversos estudios han mostrado además que muchas personas mayores mantienen niveles satisfactorios de bienestar subjetivo incluso en presencia de enfermedad o limitaciones funcionales, lo que sugiere que la calidad de vida depende también de procesos de adaptación psicológica, reajuste de expectativas y capacidad de encontrar significado y propósito en las distintas etapas del envejecimiento (Ribeiro et al., 2020; Benavente Cuesta & Quedo Aguado, 2019; Noto, 2023).

2.2. Factores que influyen en la calidad de vida

La calidad de vida durante el envejecimiento está condicionada por múltiples factores físicos, psicológicos, sociales, económicos y ambientales que interactúan de forma dinámica a lo largo del curso vital. La evidencia científica actual señala que elementos como la funcionalidad, el bienestar emocional, las relaciones sociales, la autopercepción del envejecimiento y las condiciones socioeconómicas influyen significativamente sobre el bienestar y la satisfacción vital de las personas mayores (Frías-Luque & Toledano-González, 2022; Sulandari et al., 2024; Ye et al., 2026).

2.2.1. Salud física y capacidad funcional

Uno de los factores más importantes que influyen en la calidad de vida es el estado de salud física y funcional. La presencia de enfermedades crónicas, fragilidad, dolor persistente o limitaciones en la movilidad puede afectar significativamente la autonomía y la independencia de las personas mayores. Sin embargo, la evidencia científica demuestra que la práctica regular de actividad física contribuye a preservar la funcionalidad y retrasar la dependencia (Kim & Rockwood, 2024; Sulandari et al., 2024). En particular, los programas multicomponentes que combinan ejercicios de fuerza, equilibrio y resistencia han mostrado resultados positivos en la prevención de caídas, la re-

ducción de la fragilidad y la mejora de la percepción de salud y bienestar (Vásquez-Carrasco et al., 2025; Kim & Rockwood, 2024).

Además, el mantenimiento de hábitos saludables, como una alimentación equilibrada, el descanso adecuado y el autocuidado, favorece una mejor adaptación al envejecimiento y se asocia con mayores niveles de satisfacción vital y calidad de vida (Capuz Toalombo & Rojas Conde, 2025; Cho & Cheon, 2023).

No obstante, la capacidad de mantener hábitos saludables y preservar la funcionalidad también se encuentra condicionada por factores socioeconómicos, educativos y ambientales, lo que genera importantes desigualdades en las trayectorias de envejecimiento y calidad de vida (Ye et al., 2026; WHO, 2024).

2.2.2. Bienestar psicológico y salud emocional

El bienestar psicológico y la salud emocional en el envejecimiento no se definen únicamente como la ausencia de trastornos mentales, sino como un estado de equilibrio emocional, cognitivo y conductual que permite a la persona adaptarse a los cambios asociados al paso del tiempo, mantener relaciones significativas y desarrollar una vida con sentido y propósito. La evidencia científica actual destaca que, incluso en presencia de enfermedades crónicas o deterioro físico, muchas personas mayores pueden mantener niveles satisfactorios de bienestar gracias a la interacción de recursos psicológicos, sociales y emocionales (Benavente Cuesta & Quevedo Aguado, 2019; Noto, 2023; Ribeiro et al., 2020).

La literatura contemporánea distingue dos grandes enfoques del bienestar psicológico. El primero corresponde al bienestar hedónico, relacionado con la satisfacción vital, la percepción de felicidad y el equilibrio entre emociones positivas y negativas. El segundo es el bienestar eudaimónico, centrado en la autorrealización y el desarrollo del potencial humano, incorporando dimensiones especialmente relevantes en la vejez, como la autonomía, el crecimiento personal, el sentido de propósito y la capacidad de encontrar significado frente a las dificultades. En este sentido, diversos estudios identifican el propósito vital como uno de los principales factores protectores de la calidad de vida y del bienestar subjetivo en las personas mayores (Noto, 2023; Benavente Cuesta & Quevedo Aguado, 2019).

La evidencia científica señala que los trastornos mentales afectan aproximadamente al 15 % de la población mayor a nivel mundial, siendo la depresión, la ansiedad y la demencia los problemas más prevalentes. La depresión constituye uno de los principales predictores de baja calidad de vida, ya que afecta no solo al estado de ánimo, sino también a la capacidad de adaptación frente a pérdidas físicas, sociales y funcionales. Por su parte, la ansiedad se asocia con mayor deterioro cognitivo, fragilidad y limitaciones funcionales, mientras que en la demencia la percepción subjetiva del bienestar

puede diferir significativamente entre la persona afectada y sus cuidadores debido a las alteraciones en la conciencia de enfermedad (Ribeiro et al., 2020; Sulandari et al., 2024; Pappalettera et al., 2024).

Además, el bienestar psicológico durante la vejez se encuentra profundamente condicionado por factores sociales y estructurales, como la soledad, la pobreza, la dependencia funcional o la pérdida de redes de apoyo, los cuales pueden incrementar la vulnerabilidad emocional y limitar la capacidad de afrontamiento de las personas mayores (Sulandari et al., 2024; Ye et al., 2026).

Acontecimientos vitales frecuentes en esta etapa —como la jubilación, el duelo, la pérdida de roles sociales o la disminución de capacidades funcionales— pueden afectar significativamente al bienestar emocional. En este contexto, factores como la resiliencia, la autoestima y la capacidad de adaptación desempeñan un papel protector frente al deterioro psicológico y favorecen una mejor adaptación al envejecimiento (Benavente Cuesta & Quedo Aguado, 2019; Ribeiro et al., 2020).

Otro mecanismo adaptativo relevante es el denominado *response shift* o “cambio de respuesta”, fenómeno mediante el cual la persona reajusta sus expectativas, prioridades y metas personales frente a situaciones de deterioro físico o funcional. Este proceso permite mantener niveles satisfactorios de bienestar subjetivo al reducir la discrepancia entre las circunstancias reales y las expectativas previas. Del mismo modo, algunas perspectivas gerontológicas señalan que, en etapas avanzadas de la vida, muchas personas desarrollan una visión más reflexiva y trascendente de la existencia, favoreciendo una mayor aceptación de las limitaciones y una adaptación emocional más satisfactoria (Noto, 2023; Van Leeuwen et al., 2019).

En conjunto, el bienestar psicológico durante la vejez depende no solo de factores individuales, sino también de las condiciones sociales, afectivas y ambientales que rodean a la persona. Por ello, la promoción de la salud emocional y el fortalecimiento de recursos psicológicos y sociales constituyen elementos fundamentales para preservar la calidad de vida y favorecer un envejecimiento saludable (Ribeiro et al., 2020; Sulandari et al., 2024; WHO, 2024).

2.2.3. Autopercepción del envejecimiento

Dentro de los factores psicológicos, la autopercepción del envejecimiento (Self-Perception of Aging, SPA) ha adquirido una relevancia creciente en la investigación gerontológica contemporánea. La SPA se define como el conjunto de creencias, expectativas y valoraciones que una persona desarrolla acerca de su propio proceso de envejecimiento. Lejos de ser únicamente un reflejo pasivo del estado de salud, se considera un factor psicosocial capaz de influir activamente en la manera en que se vive la vejez, condicionando el

bienestar físico, emocional y social (Velaithan et al., 2024; Benavente Cuesta & Quevedo Aguado, 2019).

La evidencia científica demuestra que las personas mayores con una autopercepción positiva del envejecimiento presentan mayores niveles de satisfacción vital, bienestar emocional y resiliencia psicológica, además de menores tasas de depresión, ansiedad y sentimientos de soledad. Diversos estudios longitudinales han señalado incluso que una percepción positiva de la vejez puede asociarse con una mayor esperanza de vida, alcanzando diferencias de hasta siete años respecto a quienes mantienen percepciones negativas del envejecimiento (Velaithan et al., 2024; Ribeiro et al., 2020).

La SPA también influye directamente sobre la capacidad funcional y la adopción de estilos de vida saludables. Los adultos mayores que no consideran el deterioro físico como inevitable muestran una mayor predisposición a participar en programas de actividad física, estrategias de autocuidado y actividades sociales, aspectos estrechamente vinculados con una mejor calidad de vida. Asimismo, las personas con percepciones positivas presentan mejores procesos de recuperación tras enfermedades graves y una mayor capacidad de adaptación frente a las pérdidas funcionales asociadas al envejecimiento (Velaithan et al., 2024; Cho & Cheon, 2023; Capuz Toalombo & Rojas Conde, 2025).

La autopercepción del envejecimiento se construye a lo largo de toda la vida mediante la internalización de estereotipos sociales sobre la vejez. Estas creencias pueden actuar como una “profecía autocumplida”: cuando las personas asumen que el deterioro es inevitable, disminuye su motivación para mantenerse activas y cuidar de su salud. En este sentido, el edadismo no solo actúa como una forma de discriminación social, sino también como un mecanismo capaz de influir negativamente sobre la autoestima, la autoeficacia y las expectativas de envejecimiento de las personas mayores. La influencia de la SPA se manifiesta a través de mecanismos psicológicos, conductuales y fisiológicos, afectando la autoestima, la percepción de autoeficacia, la motivación para buscar atención sanitaria y los procesos relacionados con el estrés y la respuesta inmunológica (Velaithan et al., 2024; World Health Organization, 2024).

Además, la evidencia señala que la SPA puede modificarse mediante intervenciones específicas. Programas de ejercicio físico, educación para la salud y participación comunitaria han demostrado mejorar significativamente la percepción de la vejez, favoreciendo tanto la salud mental como el rendimiento funcional (Velaithan et al., 2024; Vásquez-Carrasco et al., 2025; Acuña Tejerna et al., 2026).

2.2.4. Relaciones sociales y participación comunitaria

Las relaciones sociales y la participación comunitaria constituyen componentes fundamentales de la calidad de vida durante el envejecimiento, ac-

tuando como factores protectores frente al deterioro físico, emocional y funcional. La evidencia científica actual señala que el apoyo social no solo favorece el bienestar psicológico, sino que también influye sobre la capacidad funcional, la adaptación al envejecimiento y la percepción subjetiva de salud y satisfacción vital (Sulandari et al., 2024; Van Leeuwen et al., 2019; Frías-Luque & Toledano-González, 2022).

La participación social debe entenderse como un elemento central del envejecimiento activo y saludable, más allá de una función exclusivamente recreativa. La integración en actividades comunitarias, asociaciones, talleres o redes de apoyo favorece el sentido de pertenencia, la autoestima y la percepción de utilidad social, además de potenciar los beneficios de otras intervenciones orientadas a la salud física y cognitiva. Diversos estudios muestran que las personas mayores socialmente activas presentan menores niveles de dependencia, mejor funcionalidad y una mayor percepción de bienestar emocional (Sulandari et al., 2024; Acuña Tejena et al., 2026; Cho & Cheon, 2023).

Asimismo, la participación en redes sociales y comunitarias actúa como un importante factor protector frente a la soledad, el aislamiento y la depresión, fenómenos estrechamente relacionados con una peor calidad de vida y un mayor riesgo de deterioro físico y psicológico. En este sentido, la percepción de pertenencia y el mantenimiento de vínculos significativos favorecen una visión más positiva del envejecimiento y facilitan los procesos de adaptación frente a pérdidas y cambios asociados a esta etapa vital (Sulandari et al., 2024; Velaithan et al., 2024; Ribeiro et al., 2020).

El apoyo social puede manifestarse a través de distintas dimensiones. El apoyo familiar continúa siendo una de las principales fuentes de cuidado, afecto y seguridad emocional para muchas personas mayores. La calidad de las relaciones familiares influye de forma significativa sobre el bienestar psicológico y la percepción de calidad de vida. Sin embargo, las relaciones familiares también pueden convertirse en fuente de conflicto, dependencia o sobrecarga emocional, especialmente en situaciones de deterioro funcional o cuidados prolongados (Van Leeuwen et al., 2019; Sulandari et al., 2024).

Además de la familia, las relaciones afectivas basadas en la confianza, la escucha y la reciprocidad desempeñan un papel esencial en el bienestar emocional. Muchas personas mayores valoran especialmente la posibilidad de mantener relaciones recíprocas en las que no solo reciben ayuda, sino que también pueden sentirse útiles y contribuir al cuidado y bienestar de otras personas mediante actividades de voluntariado, apoyo familiar o participación comunitaria (Van Leeuwen et al., 2019; Noto, 2023).

La evidencia científica también señala importantes diferencias contextuales. Las áreas urbanas suelen ofrecer un mayor acceso a redes formales de apoyo, recursos sociosanitarios y oportunidades de participación social, mientras que en áreas rurales la despoblación y la pérdida progresiva de re-

des de convivencia pueden incrementar el riesgo de aislamiento social y soledad no deseada (Ye et al., 2026; World Health Organization, 2024).

En el caso de las residencias y centros de larga estancia, la calidad de la comunicación y de las relaciones interpersonales constituye uno de los principales factores asociados al bienestar de las personas mayores. Las oportunidades de interacción social y participación dentro de estas instituciones pueden mejorar la percepción de calidad de vida y reducir sentimientos de aislamiento. No obstante, estos entornos también enfrentan importantes desafíos relacionados con la despersonalización del cuidado, la pérdida de autonomía y el riesgo de desconexión social y emocional (Rodríguez-Martínez et al., 2023; Van Leeuwen et al., 2019).

En conjunto, las relaciones sociales y el apoyo comunitario conforman un verdadero “tejido protector” que facilita la adaptación a los cambios asociados al envejecimiento, preservando la autonomía, la dignidad y el bienestar emocional de las personas mayores. Por ello, el fortalecimiento de redes sociales y comunitarias constituye un elemento esencial en la promoción de un envejecimiento saludable y una adecuada calidad de vida (Sulandari et al., 2024; Acuña Tejena et al., 2026; World Health Organization, 2024).

2.2.5. Factores socioeconómicos y entorno

Las condiciones socioeconómicas constituyen uno de los principales determinantes de la calidad de vida durante el envejecimiento. Factores como el nivel educativo, los ingresos económicos, las trayectorias laborales y las condiciones de vivienda condicionan significativamente el acceso a recursos sanitarios, redes de apoyo, oportunidades de participación social y estrategias de prevención y cuidado de la salud (Ye et al., 2026; World Health Organization, 2024).

La evidencia científica actual muestra que las desigualdades acumuladas a lo largo del curso vital influyen de manera directa sobre las trayectorias de envejecimiento. Las personas con menor nivel educativo, ingresos más bajos o situaciones de precariedad laboral presentan mayor riesgo de enfermedad crónica, dependencia funcional, fragilidad y exclusión social, así como menores niveles de bienestar y calidad de vida en edades avanzadas. En este sentido, el envejecimiento no puede comprenderse únicamente desde una perspectiva biológica o individual, sino también como el resultado de condicionantes sociales y económicos acumulados a lo largo de la vida (Ye et al., 2026; Eurostat, 2025).

La seguridad económica desempeña un papel esencial en el mantenimiento de la autonomía y la independencia, permitiendo cubrir necesidades básicas, acceder a recursos sanitarios y participar activamente en la comunidad. Por el contrario, la vulnerabilidad económica y la pobreza se asocian con mayores niveles de aislamiento social, peor salud mental y mayor riesgo de

dependencia y deterioro funcional (Ye et al., 2026; Sulandari et al., 2024; World Health Organization, 2024).

Asimismo, el entorno físico y social influye de forma significativa sobre la calidad de vida de las personas mayores. La existencia de espacios accesibles, seguros y adaptados favorece la movilidad, la participación comunitaria y la autonomía funcional. En contraste, las barreras arquitectónicas, la inseguridad urbana o la falta de recursos comunitarios pueden limitar la independencia y aumentar el riesgo de exclusión social (World Health Organization, 2024; Acuña Tejena et al., 2026).

Las desigualdades de género también representan un factor relevante en el envejecimiento. Las mujeres mayores, aunque presentan una mayor esperanza de vida, suelen experimentar mayores niveles de discapacidad, vulnerabilidad económica y riesgo de soledad, debido en parte a trayectorias laborales más precarias y a la sobrecarga histórica de tareas de cuidado no remuneradas (United Nations Department of Economic and Social Affairs, 2024; Eurostat, 2025; Ye et al., 2026).

Del mismo modo, la brecha digital constituye un nuevo factor de desigualdad en las personas mayores. Las dificultades de acceso y alfabetización tecnológica pueden limitar el acceso a información, servicios sanitarios, recursos sociales y oportunidades de participación comunitaria, favoreciendo situaciones de exclusión y aislamiento (World Health Organization, 2024; Acuña Tejena et al., 2026).

En este contexto, las políticas públicas orientadas al envejecimiento saludable y la creación de entornos amigables adquieren un papel fundamental para reducir desigualdades y garantizar una vejez digna, inclusiva y con una adecuada calidad de vida (World Health Organization, 2024; Ye et al., 2026).

3. AUTONOMÍA, AUTOCUIDADO Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

La autonomía y el autocuidado constituyen elementos fundamentales para preservar la capacidad funcional y la calidad de vida durante el envejecimiento. La evidencia científica actual señala que la posibilidad de participar activamente en las decisiones relacionadas con la propia salud y mantener cierto grado de independencia influye significativamente sobre el bienestar físico, emocional y social de las personas mayores (Capuz Toalombo & Rojas Conde, 2025; Frías-Luque & Toledano-González, 2022).

La autonomía representa uno de los aspectos más valorados durante la vejez y se relaciona con la capacidad de conservar el control sobre la propia vida, tomar decisiones y mantener un sentido de identidad y propósito. Desde una perspectiva gerontológica, la autonomía no debe entenderse únicamente como independencia física absoluta, sino también como la posibilidad de participar activamente en la sociedad, expresar preferencias y mantener capacidad de decisión incluso en contextos de enfermedad, fragilidad o dependencia funcional. En este sentido, preservar la autonomía implica

también respetar la dignidad, las preferencias personales y la participación de la persona mayor en los procesos relacionados con su cuidado y bienestar (Van Leeuwen et al., 2019; Noto, 2023; World Health Organization, 2024).

En estrecha relación con la autonomía se encuentra el autocuidado, entendido como el conjunto de conductas y decisiones orientadas a preservar la salud, prevenir el deterioro funcional y favorecer la adaptación a los cambios asociados al envejecimiento. El autocuidado incluye dimensiones físicas, emocionales, sociales y cognitivas relacionadas con hábitos saludables, adherencia terapéutica, regulación emocional y mantenimiento de vínculos afectivos y redes de apoyo (Capuz Toalombo & Rojas Conde, 2025; Cho & Cheon, 2023).

La evidencia científica muestra que una mayor capacidad de autocuidado se asocia con mejores niveles de autoeficacia, menor fragilidad y mayor funcionalidad en las actividades de la vida diaria. Asimismo, factores como el nivel educativo, la alfabetización en salud y el acceso a información y recursos sociosanitarios influyen significativamente sobre la capacidad de las personas mayores para adoptar conductas preventivas y tomar decisiones informadas sobre su salud (Capuz Toalombo & Rojas Conde, 2025; Ye et al., 2026).

Sin embargo, la capacidad de desarrollar conductas de autocuidado no depende exclusivamente de decisiones individuales, sino también de factores sociales, económicos, educativos y culturales que condicionan el acceso a recursos sanitarios, apoyo social y oportunidades de envejecimiento saludable. Desde esta perspectiva, las desigualdades acumuladas a lo largo del curso vital pueden limitar significativamente la posibilidad de mantener autonomía funcional y estilos de vida saludables durante la vejez (Ye et al., 2026; World Health Organization, 2024).

Los estilos de vida saludables desempeñan además un papel importante en la preservación de la funcionalidad y el bienestar durante el envejecimiento. La evidencia científica actual señala que hábitos como la actividad física regular, una alimentación equilibrada y un adecuado descanso se asocian con una mejor capacidad funcional, menor fragilidad y mayores niveles de bienestar subjetivo. En particular, las intervenciones multicomponente basadas en ejercicio físico han demostrado efectos positivos sobre la movilidad, el equilibrio, la prevención de caídas y el mantenimiento de funciones cognitivas (Vásquez-Carrasco et al., 2025; Kim & Rockwood, 2024; Cho & Cheon, 2023).

No obstante, las oportunidades para mantener estilos de vida saludables y participar activamente en el cuidado de la salud no se distribuyen de forma homogénea entre la población mayor. Factores como la desigualdad económica, las barreras ambientales, la accesibilidad del entorno y la disponibilidad de redes de apoyo condicionan significativamente las posibilidades de envejecimiento saludable y calidad de vida (Ye et al., 2026; World Health Organization, 2024; Sulandari et al., 2024).

En conjunto, la autonomía, el autocuidado y los estilos de vida saludables deben entenderse desde una perspectiva integral que considere no solo las capacidades individuales, sino también las condiciones sociales y ambientales que influyen sobre el bienestar y la calidad de vida de las personas mayores (Frías-Luque & Toledano-González, 2022; World Health Organization, 2024; Acuña Tejena et al., 2026).

4. RETOS FUTUROS Y PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN

El envejecimiento poblacional plantea importantes desafíos sanitarios, sociales y económicos que exigen replantear los modelos tradicionales de atención y cuidado. En este contexto, las estrategias contemporáneas orientadas al envejecimiento saludable priorizan la preservación de la capacidad funcional, la autonomía y la calidad de vida, promoviendo enfoques integrales y centrados en la persona (World Health Organization, 2024; Acuña Tejena et al., 2026).

La magnitud y rapidez del cambio demográfico representan uno de los principales retos del siglo XXI. El incremento de la esperanza de vida y el aumento progresivo de la población mayor generan una creciente presión sobre los sistemas sanitarios y de cuidados de larga duración, especialmente debido al aumento de enfermedades crónicas, fragilidad, dependencia y deterioro funcional asociado a la longevidad. Esta situación resulta especialmente compleja en países con limitaciones estructurales y escasez de recursos sociosanitarios, donde frecuentemente existen dificultades para garantizar una atención geriátrica integral y continuada (United Nations Department of Economic and Social Affairs, 2024; Eurostat, 2025; World Health Organization, 2024).

A ello se suman importantes desafíos sociales y culturales. El edadismo continúa representando una de las principales formas de discriminación hacia las personas mayores, favoreciendo estereotipos negativos que afectan la autopercepción del envejecimiento, la participación social y el bienestar psicológico. Además de sus consecuencias individuales, el edadismo también se manifiesta a nivel estructural mediante desigualdades en el acceso a recursos sanitarios, oportunidades de participación y servicios de apoyo, contribuyendo a reforzar situaciones de exclusión y vulnerabilidad (World Health Organization, 2024; Velaithan et al., 2024; Gaviano et al., 2024).

Otro reto relevante es la denominada “feminización del envejecimiento”. Las mujeres representan el grupo mayoritario dentro de la población envejecida y, aunque presentan una mayor esperanza de vida, también experimentan mayores niveles de discapacidad, vulnerabilidad económica y riesgo de soledad y dependencia. Esta situación se relaciona en gran medida con desigualdades acumuladas a lo largo del curso vital, incluyendo trayectorias laborales más precarias, menor protección económica y una histórica

sobrecarga de tareas de cuidado no remuneradas (United Nations Department of Economic and Social Affairs, 2024; Eurostat, 2025; Ye et al., 2026).

Frente a estos desafíos, la literatura científica actual propone modelos de intervención integrales basados en los principios del envejecimiento activo y saludable. Entre las principales estrategias destacan los modelos de atención centrados en la persona, orientados a preservar la funcionalidad, promover la autonomía y adaptar los cuidados a las necesidades, preferencias y valores de cada individuo. En esta línea, la Organización Mundial de la Salud ha impulsado programas como ICOPE (Integrated Care for Older People), orientados a la detección temprana del deterioro funcional y a la implementación de intervenciones preventivas desde la atención primaria y el ámbito comunitario (World Health Organization, 2024; Acuña Tejena et al., 2026).

Asimismo, la evidencia científica subraya la necesidad de integrar la atención física y la salud mental dentro de los modelos de cuidado geriátrico. La detección precoz de depresión, ansiedad, deterioro cognitivo y situaciones de soledad no deseada resulta fundamental para prevenir el deterioro funcional y preservar la calidad de vida. Del mismo modo, el fortalecimiento de recursos psicológicos y sociales puede favorecer una mejor adaptación emocional y funcional durante la vejez (Ribeiro et al., 2020; Sulandari et al., 2024; Pappalettera et al., 2024).

Las intervenciones preventivas basadas en actividad física, estimulación cognitiva y participación social han demostrado efectos positivos sobre la funcionalidad, la fragilidad y el mantenimiento de capacidades cognitivas y emocionales. En particular, las intervenciones multicomponente orientadas al ejercicio físico contribuyen a preservar la movilidad, reducir el riesgo de caídas y retrasar la dependencia funcional, mientras que la estimulación cognitiva y el aprendizaje continuo favorecen la adaptación y el bienestar psicológico (Vásquez-Carrasco et al., 2025; Kim & Rockwood, 2024; Pappalettera et al., 2024).

Otro eje fundamental de intervención es el fortalecimiento de factores psicosociales y comunitarios. La evidencia actual destaca la importancia de promover programas dirigidos a mejorar la autopercepción del envejecimiento, fortalecer las redes de apoyo social y favorecer la participación comunitaria. Estas estrategias no solo contribuyen a reducir la soledad y el aislamiento social, sino que también mejoran la autoestima, la percepción de utilidad y la adaptación psicológica frente a los cambios asociados al envejecimiento (Velaithan et al., 2024; Sulandari et al., 2024; Acuña Tejena et al., 2026).

La tecnología y la creación de entornos amigables representan igualmente áreas prioritarias de innovación. El desarrollo de dispositivos digitales, herramientas de teleasistencia, aplicaciones móviles y tecnologías de apoyo está permitiendo mejorar la rehabilitación, la comunicación interpersonal y

el apoyo a cuidadores. No obstante, el acceso desigual a recursos tecnológicos y las dificultades de alfabetización digital continúan representando importantes barreras para muchas personas mayores, especialmente en contextos de vulnerabilidad social o económica (World Health Organization, 2024; Ye et al., 2026).

Por otro lado, la transformación de residencias y centros de larga estancia hacia modelos más humanizados constituye otro de los grandes retos sociosanitarios actuales. Estos enfoques priorizan el respeto a la autonomía, la dignidad, la intimidad y las relaciones significativas de las personas mayores, promoviendo entornos más centrados en la persona y menos institucionalizados. A pesar de ello, estos centros continúan enfrentando importantes desafíos relacionados con la escasez de recursos, la sobrecarga asistencial y el riesgo de despersonalización del cuidado (Rodríguez-Martínez et al., 2023; Van Leeuwen et al., 2019).

En definitiva, el principal desafío de las sociedades envejecidas no reside únicamente en aumentar la esperanza de vida, sino en garantizar que los años ganados puedan vivirse con dignidad, autonomía y bienestar. Afrontar este reto requiere estrategias integrales que combinen atención sanitaria, apoyo social, políticas públicas inclusivas y entornos que favorezcan la participación activa y la calidad de vida de las personas mayores (World Health Organization, 2024; United Nations Department of Economic and Social Affairs, 2024).

CONCLUSIONES

El envejecimiento constituye un proceso complejo, heterogéneo y multidimensional que trasciende ampliamente la dimensión biológica y exige comprender la interacción dinámica entre factores físicos, psicológicos, sociales, económicos y ambientales. En este contexto, la calidad de vida en la vejez no puede interpretarse únicamente desde la ausencia de enfermedad, sino desde la capacidad de las personas para mantener bienestar, autonomía y participación significativa en la vida cotidiana a lo largo del curso vital (Gaviano et al., 2024; Van Leeuwen et al., 2019; World Health Organization, 2024).

La evidencia científica actual demuestra que el envejecimiento saludable depende tanto de factores individuales como de las condiciones estructurales y sociales en las que transcurre la vida. Aspectos como la actividad física, la estimulación cognitiva, las relaciones sociales significativas, una autopercepción positiva del envejecimiento y el acceso a entornos seguros y accesibles actúan como factores protectores frente a la fragilidad, la dependencia y el deterioro funcional. Del mismo modo, elementos como la desigualdad socioeconómica, el aislamiento social, el edadismo y la vulnerabilidad emocional pueden limitar las oportunidades de bienestar y participa-

ción durante la vejez (Velaithan et al., 2024; Sulandari et al., 2024; Ye et al., 2026).

Uno de los principales desafíos contemporáneos consiste en superar los modelos tradicionales centrados exclusivamente en la enfermedad y avanzar hacia enfoques integrales orientados a preservar la capacidad funcional, la dignidad y el bienestar global de las personas mayores. Esto implica desarrollar sistemas sanitarios y sociales más humanizados, preventivos y centrados en la persona, capaces de responder no solo a las necesidades clínicas, sino también a las dimensiones emocionales, sociales y comunitarias del envejecimiento (World Health Organization, 2024; Acuña Tejena et al., 2026).

Asimismo, resulta fundamental evitar visiones homogéneas o estereotipadas de la vejez. Las trayectorias de envejecimiento son profundamente diversas y están condicionadas por factores como el género, el nivel educativo, la situación económica, las experiencias vitales y el contexto sociocultural. En consecuencia, las políticas públicas y las intervenciones gerontológicas deben adoptar una perspectiva multidimensional y equitativa que reduzca desigualdades y favorezca oportunidades reales de autonomía, inclusión y calidad de vida (Ye et al., 2026; Eurostat, 2025; United Nations Department of Economic and Social Affairs, 2024).

En este sentido, el envejecimiento saludable no debe interpretarse únicamente como el resultado de decisiones individuales o estilos de vida, sino también como una responsabilidad colectiva que requiere políticas públicas inclusivas, sistemas de cuidados sostenibles y entornos que reduzcan las desigualdades y favorezcan oportunidades reales de bienestar a lo largo de toda la vida (World Health Organization, 2024; Ye et al., 2026).

Finalmente, el principal reto de las sociedades envejecidas no reside únicamente en aumentar la esperanza de vida, sino en garantizar que los años ganados puedan vivirse con dignidad, funcionalidad y sentido. Promover un envejecimiento saludable implica reconocer a las personas mayores como sujetos activos de derechos, con capacidad de decisión, experiencia y potencial de contribución social. En consecuencia, el futuro de las sociedades envejecidas dependerá no solo de los avances biomédicos o del aumento de la longevidad, sino también de la capacidad colectiva para construir entornos más inclusivos, equitativos y centrados en la dignidad humana (World Health Organization, 2024; Acuña Tejena et al., 2026; Tsai & Jones, 2024).

REFERENCIAS

- Acuña Tejena, S. G., Alarcón Mestanza, B. A., Cedeño Intríago, L. P., Giler Cantos, D. L., & Ponce Alencastro, J. A. (2026). Envejecimiento activo y saludable como eje para la mejora integral de la calidad de vida de la persona mayor. *Atlantic Research Journal*, 4(1), 22–42. <https://doi.org/10.65305/arj.v4n1.2026.47>
- Benavente Cuesta, M. H., & Quevedo Aguado, M. P. (2019). Autopercepción de salud, calidad de vida y bienestar psicológico en una muestra de mayores. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 10(1), 21–34. <https://doi.org/10.20318/recs.2019.3993>

- Capuz Toalombo, A. P., & Rojas Conde, L. G. (2025). Self-care and quality of life in older adults: A literature review. *Enfermería y Cuidados*, 8. <https://doi.org/10.51326/ec.8.9825354>
- Cho, D., & Cheon, W. (2023). Older adults' active aging and life satisfaction levels: Effects of lifestyles and health capabilities. *Behavioral Sciences*, 13(4), 293. <https://doi.org/10.3390/bs13040293>
- Eurostat. (2025). *Population structure and ageing*. European Commission. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing
- Fernández, I., Sansó, N., & Tomás, J. M. (2024). A longitudinal study of the effect of memory on the quality of life of European adults and older adults. *Applied Research in Quality of Life*, 19(4), 1859–1876. <https://doi.org/10.1007/s11482-024-10310-3>
- Frias-Goytia, G. L., Lojo-Seoane, C., Mallo, S. C., Nieto-Vieites, A., Juncos-Rabadán, O., & Pereiro, A. X. (2024). A systematic review of quality of life studies using the CASP scale in older adults. *Quality of Life Research*, 33(11), 2915–2927. <https://doi.org/10.1007/s11136-024-03750-9>
- Frías-Luque, M. D., & Toledano-González, A. (2022). Determinants of quality of life and well-being in cognitively unimpaired older adults: A systematic review. *PeerJ*, 10, e12900. <https://doi.org/10.7717/peerj.12900>
- Gaviano, L., Pili, R., Petretto, A. D., Berti, R., Carrogu, G. P., Pinna, M., et al. (2024). Definitions of ageing according to the perspective of the psychology of ageing: A scoping review. *Geriatrics*, 9(5), 107. <https://doi.org/10.3390/geriatrics9050107>
- Instituto Nacional de Estadística. (2024). *Movimiento natural de la población e indicadores demográficos básicos*. <https://www.ine.es/dyngs/Prensa/MNP2024.htm>
- Kim, D. H., & Rockwood, K. (2024). Frailty in older adults. *The New England Journal of Medicine*, 391(6), 538–548. <https://doi.org/10.1056/NEJMr2301292>
- Lopez, J., Perez-Rojo, G., Noriega, C., Sánchez-Cabaco, A., Sitges, E., & Bonete, B. (2024). Quality of life in older adults: Its association with emotional distress and psychological well-being. *BMC Geriatrics*, 24(1), 815. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-05401-7>
- López-Otín, C., Blasco, M. A., Partridge, L., Serrano, M., & Kroemer, G. (2023). Hallmarks of aging: An expanding universe. *Cell*, 186(2), 243–278. <https://doi.org/10.1016/j.cell.2022.11.001>
- Mendorf, S., Heimrich, K. G., Mühlhammer, H. M., Prell, T., & Schönenberg, A. (2025). Age-related trajectories of quality of life in community dwelling older adults: Findings from the Survey of Health, Aging and Retirement in Europe (SHARE). *Frontiers in Aging Neuroscience*, 17, 1632607. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2025.1632607>
- Noto, S. (2023). Perspectives on aging and quality of life. *Healthcare*, 11(15), 2131. <https://doi.org/10.3390/healthcare11152131>
- Oliveira, S. G. D., Caldas, C. P., Castro, E. A. B., Silva, F. V. C. E., Cardoso, R. B., & Nicoli, E. M. (2025). Qualidade de vida de idosos: Análise transversal sob a perspectiva do pensamento complexo. *Escola Anna Nery*, 29, e20250087. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2025-0087pt>
- Pappalettera, C., Carrarini, C., Miraglia, F., Vecchio, F., & Rossini, P. M. (2024). Cognitive resilience/reserve: Myth or reality? A review of definitions and measurement methods. *Alzheimer's & Dementia*, 20(5), 3567–3586. <https://doi.org/10.1002/alz.13744>
- Ribeiro, O., Teixeira, L., Araújo, L., Rodríguez-Blázquez, C., Calderón-Larrañaga, A., & Forjaz, M. J. (2020). Anxiety, depression and quality of life in older adults: Trajectories of influence across age. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(23), 9039. <https://doi.org/10.3390/ijerph17239039>
- Rodríguez-Martínez, A., De-la-Fuente-Robles, Y. M., Martín-Cano, M. D. C., & Jiménez-Delgado, J. J. (2023). Quality of life and well-being of older adults in nursing homes: Systematic review. *Social Sciences*, 12(7), 418. <https://doi.org/10.3390/socsci12070418>

- 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>
- Tsai, J., & Jones, A. L. (2024). Applying concepts of successful aging in measuring and promoting whole person health. *Medical Care*, 62(12 Suppl. 1), S21–S23. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000002040>
- United Nations Department of Economic and Social Affairs. (2024). *World population prospects 2024: Summary of results*. United Nations.
- Van Leeuwen, K. M., Van Loon, M. S., Van Nes, F. A., Bosmans, J. E., De Vet, H. C. W., Ket, J. C. F., et al. (2019). What does quality of life mean to older adults? A thematic synthesis. *PLoS ONE*, 14(3), e0213263. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213263>
- Vásquez-Carrasco, E., Gómez, C. S., Valdés-Badilla, P., Hernandez-Martinez, J., Villagrán-Silva, F., Aravena-Sagardia, P., et al. (2025). Effectiveness of combined cognitive stimulation and physical activity interventions on activities of daily living, cognitive function, and physical function in older people with mild cognitive impairment: A systematic review with meta-analysis. *Journal of Clinical Medicine*, 14(7), 2261. <https://doi.org/10.3390/jcm14072261>
- 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. <https://doi.org/10.1093/geront/gnad041>
- World Health Organization. (2024). *Ageing and health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- World Health Organization. (2024). *Population ageing*. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/population-ageing>
- Ye, Y., Long, C., Chua, K. C., Moreno-Agostino, D., & Prina, M. (2026). Socio-economic position and healthy ageing across the life course: A systematic review of longitudinal studies. *GeroScience*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s11357-026-02137-7>

Mujer y envejecimiento: perspectivas biológicas, psicológicas y sociales

María del Rocío Jerez Barroso¹

¹ Universidad de Extremadura, Departamento de Enfermería, Badajoz, España.

1. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional se ha consolidado como uno de los fenómenos demográficos más relevantes del siglo XXI, con importantes implicaciones para los sistemas sanitarios, sociales y económicos. El aumento progresivo de la esperanza de vida, junto con la reducción de la natalidad en las últimas décadas, ha provocado una transformación profunda en la estructura de la población. En este contexto, países como España destacan especialmente, situándose entre los de mayor esperanza de vida a nivel mundial, con una media superior a los 83 años y diferencias significativas entre hombres y mujeres (1).

Ante esta realidad, la Organización Mundial de la Salud ha impulsado el concepto de envejecimiento saludable, entendido como el proceso de desarrollo y mantenimiento de la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez. Este enfoque supone una evolución respecto a modelos centrados exclusivamente en la enfermedad, al reconocer el carácter multidimensional del envejecimiento, condicionado por factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales. En esta línea, la Década del Envejecimiento Saludable (2021–2030) promueve estrategias orientadas a mejorar la calidad de vida de las personas mayores, reforzar su participación social y reducir desigualdades en salud (2,3).

Sin embargo, el envejecimiento no es un proceso homogéneo. Las trayectorias vitales están condicionadas por la acumulación de determinantes sociales, económicos y culturales a lo largo de la vida. Entre ellos, el sexo y el género desempeñan un papel fundamental en la configuración de la salud en la vejez. Aunque las mujeres presentan una mayor esperanza de vida que los hombres, esta ventaja no siempre se traduce en mejores condiciones de salud, ya que con frecuencia se asocia a una mayor prevalencia de enfermedades crónicas, discapacidad y limitaciones funcionales, fenómeno descrito como la paradoja de la salud femenina (4,5,6).

Desde el punto de vista biológico, el envejecimiento implica una serie de cambios progresivos que afectan a distintos sistemas del organismo, como el metabólico, inmunológico y endocrino. En el caso de las mujeres, la transición menopáusica constituye un hito relevante, ya que la disminución de estrógenos se relaciona con alteraciones metabólicas, mayor riesgo cardiovascular y pérdida de masa ósea, incrementando la probabilidad de patologías como la osteoporosis. Además, la evidencia actual sugiere que existen diferencias en los mecanismos celulares del envejecimiento entre hombres y mujeres, especialmente en procesos como la inflamación crónica o el estrés oxidativo (7,8, 9,10).

En el ámbito de la geriatría, la fragilidad se ha consolidado como un síndrome clave para comprender la vulnerabilidad en la vejez. Se caracteriza por una disminución de la reserva fisiológica y una mayor susceptibilidad a eventos adversos como caídas, hospitalizaciones o dependencia. Diversos estudios han mostrado diferencias según el sexo, observándose una mayor prevalencia de fragilidad en mujeres, aunque con menores tasas de mortalidad en comparación con los hombres, lo que refleja la complejidad de los patrones de envejecimiento (11,12).

Junto a los cambios físicos, el envejecimiento implica también transformaciones psicológicas relevantes. La adaptación a esta etapa vital, marcada por la jubilación, las pérdidas o los cambios en la salud, requiere recursos personales como la resiliencia o las estrategias de afrontamiento. En este sentido, variables como el optimismo, el sentido de propósito o la participación en actividades significativas se asocian con un mejor estado de salud mental y física. Del mismo modo, las redes de apoyo social desempeñan un papel protector frente al aislamiento y la sintomatología depresiva (13).

La dimensión social resulta igualmente fundamental para comprender el envejecimiento diferencial entre hombres y mujeres. A lo largo del curso vital, muchas mujeres han experimentado desigualdades estructurales en ámbitos como la educación, el empleo o la distribución de los cuidados, lo que puede repercutir en su situación socioeconómica en la vejez. De hecho, es frecuente que presenten mayores niveles de vulnerabilidad económica, derivada en parte de trayectorias laborales interrumpidas o del desempeño de trabajos no remunerados (14,15).

En los últimos años, la investigación ha profundizado en las diferencias biológicas y epidemiológicas entre hombres y mujeres en relación con el envejecimiento, evidenciando patrones específicos de enfermedad y diferencias en la esperanza de vida saludable. Estos hallazgos subrayan la importancia de considerar variables como el nivel educativo, el contexto socioeconómico y las condiciones de vida a lo largo del ciclo vital (16).

En conjunto, el enfoque biopsicosocial se ha consolidado como el marco teórico más adecuado para comprender el envejecimiento. Este modelo permite integrar los distintos niveles de análisis —biológico, psicológico y so-

cial— y facilita una comprensión más completa de los procesos asociados a la vejez. Desde esta perspectiva, el estudio del envejecimiento femenino requiere una aproximación interdisciplinar que tenga en cuenta tanto los factores individuales como los determinantes estructurales (5,17).

En consecuencia, el presente capítulo tiene como objetivo analizar el envejecimiento en la mujer desde una perspectiva integral, abordando sus dimensiones biológicas, psicológicas y sociales, y destacando la necesidad de incorporar el enfoque de género en la investigación y en las políticas orientadas a promover un envejecimiento saludable.

2. OBJETIVO/S

2.1 Objetivo general

Analizar el proceso de envejecimiento en las mujeres desde una perspectiva integral que contemple las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales, con el fin de comprender los principales factores que influyen en su salud, bienestar y calidad de vida en la vejez.

2.2 Objetivos específicos

- Describir los principales cambios biológicos asociados al envejecimiento femenino.
- Analizar los factores psicológicos relacionados con el bienestar y la adaptación al envejecimiento en las mujeres.
- Examinar los determinantes sociales y de género que influyen en el envejecimiento femenino.
- Identificar factores asociados al envejecimiento saludable en las mujeres

3. MATERIAL Y METODOS

3.1. Diseño del estudio

El presente capítulo se desarrolló mediante una revisión narrativa de la literatura científica, con el objetivo de identificar y analizar la evidencia más reciente sobre el envejecimiento en las mujeres desde una perspectiva biológica, psicológica y social. Este tipo de diseño permite integrar resultados de diferentes disciplinas relacionadas con la gerontología, la salud pública, la psicología y las ciencias sociales, facilitando una visión global del proceso de envejecimiento femenino.

La revisión se centró en publicaciones científicas recientes con el fin de recoger los avances más actuales en el estudio del envejecimiento saludable y las diferencias de género en la vejez.

3.2. Bases de datos consultadas

La búsqueda bibliográfica se realizó en diversas bases de datos científicas de reconocido prestigio en el ámbito de las ciencias de la salud y las ciencias sociales. Entre las principales bases de datos consultadas se incluyeron:

- PubMed/MEDLINE
- Scopus
- Web of Science
- ScienceDirect
- Google Scholar

Asimismo, se revisaron informes institucionales y documentos de organismos internacionales relacionados con el envejecimiento y la salud, especialmente aquellos publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Instituto Nacional de Estadística (INE). También se incluyeron trabajos académicos relevantes, como la tesis doctoral titulada *Factores asociados al envejecimiento saludable de la población extremeña mayor de 65 años en Extremadura*.

3.3. Estrategia de búsqueda

La estrategia de búsqueda se llevó a cabo utilizando combinaciones de palabras clave relacionadas con el tema de estudio tanto en español como en inglés. Entre los principales descriptores utilizados se encuentran: *aging, healthy aging, women and aging, gender differences in aging, frailty, psychological wellbeing, social determinants of health, envejecimiento saludable, mujer y envejecimiento y perspectiva de género*.

Estos términos se combinaron mediante operadores booleanos (AND, OR) con el fin de ampliar o delimitar los resultados de búsqueda. Un ejemplo de estrategia de búsqueda utilizada fue:

("healthy aging" OR "successful aging") AND ("women" OR "gender differences") AND ("biological" OR "psychological" OR "social").

La búsqueda se limitó principalmente a publicaciones comprendidas entre 2022 y 2025, con el objetivo de incluir la evidencia científica más reciente disponible.

3.4 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

Se incluyeron en la revisión aquellos estudios que cumplieran los siguientes criterios:

- Publicaciones científicas relacionadas con el envejecimiento y la salud en mujeres.
- Estudios que abordaran el envejecimiento desde perspectivas biológicas, psicológicas o sociales.

- Artículos publicados en revistas científicas indexadas en bases de datos internacionales.
- Publicaciones recientes comprendidas entre los años 2020 y 2026.
- Artículos disponibles en español o inglés.
- Informes institucionales y documentos científicos relevantes sobre envejecimiento saludable

Criterios de exclusión

Se excluyeron aquellos trabajos que presentaban las siguientes características:

- Estudios que no abordaban específicamente el envejecimiento o las diferencias de género.
- Publicaciones anteriores al año 2020, salvo aquellas consideradas de referencia para el marco teórico.
- Documentos con información insuficiente

3.5 Procedimiento

El proceso de selección de los artículos se llevó a cabo en varias fases. En primer lugar, se realizó una búsqueda inicial en las bases de datos seleccionadas utilizando las palabras clave previamente definidas. Posteriormente, se revisaron los títulos y resúmenes de los artículos identificados con el fin de determinar su relevancia para el tema de estudio.

En una segunda fase, se procedió a la lectura completa de los documentos que cumplían los criterios de inclusión. Finalmente, se seleccionaron aquellos estudios que aportaban información relevante sobre los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del envejecimiento en las mujeres.

La información obtenida de las publicaciones seleccionadas fue analizada y sintetizada con el objetivo de identificar los principales hallazgos y evidencias científicas relacionadas con el envejecimiento femenino. Estos resultados permitieron estructurar el contenido del capítulo en diferentes apartados temáticos, abordando el envejecimiento de las mujeres desde una perspectiva integral.

4. RESULTADOS

4.1 Diagrama de flujo del proceso de selección de estudios

La búsqueda bibliográfica realizada en las diferentes bases de datos identificó inicialmente 250 registros potencialmente relevantes relacionados con el envejecimiento en mujeres y el envejecimiento saludable desde perspectivas biológicas, psicológicas y sociales. Tras la eliminación de 58 registros duplicados, se obtuvo un total de 192 artículos únicos para su evaluación inicial.

En una segunda fase, se llevó a cabo la revisión de títulos y resúmenes, lo que permitió excluir 152 artículos por no cumplir los criterios de inclusión establecidos.

Posteriormente, 40 artículos fueron evaluados mediante lectura completa del texto. Durante esta fase se excluyeron 26 estudios, por no cumplir con los criterios de inclusión establecidos.

Finalmente, 14 estudios cumplieron los criterios de inclusión y fueron seleccionados para su análisis en profundidad.

El proceso de selección de estudios se resume en el siguiente diagrama de flujo adaptado del modelo PRISMA.

Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de selección de estudio.

Identificación

- Registros identificados en bases de datos: 250
- Depuración
- Registros duplicados eliminados: 58
- Registros tras eliminar duplicados: 192
- Cribado
- Registros excluidos tras lectura de título y resumen: 152
- Elegibilidad
- Artículos evaluados a texto completo: 40
- Artículos excluidos tras lectura completa: 26
- Inclusión
- Estudios incluidos en la revisión: 14

Total final analizado: 14 documentos

4.2 Características de los artículos seleccionados

Los estudios incluidos en la revisión presentan una amplia diversidad metodológica y temática, lo que refleja la naturaleza multidimensional del envejecimiento femenino. En cuanto al diseño de los estudios, se identificaron principalmente estudios observacionales, especialmente investigaciones transversales y longitudinales centradas en población adulta mayor. También se incluyeron revisiones narrativas y revisiones sistemáticas que abordaban aspectos relacionados con el envejecimiento saludable, las diferencias de género en salud y los determinantes sociales del envejecimiento.

Respecto al ámbito geográfico, la mayoría de los estudios analizados proceden de países europeos y norteamericanos, aunque también se identificaron investigaciones desarrolladas en otros contextos internacionales. Asimismo, se incluyeron estudios realizados en España que analizan aspectos específicos del envejecimiento de la población mayor, como las desigualdades sociales en salud, los hábitos de vida o la fragilidad en personas mayores.

En relación con las principales temáticas abordadas, los artículos seleccionados se pueden agrupar en tres grandes áreas: aspectos biológicos del envejecimiento en mujeres, factores psicológicos y bienestar en la vejez, determinantes sociales y perspectiva de género.

5.DISCUSIÓN

5.1. Síntesis comparativa de la información obtenida

La revisión de la literatura realizada pone de manifiesto que el envejecimiento femenino es un proceso complejo y multidimensional en el que confluyen factores biológicos, psicológicos y sociales que interactúan a lo largo del ciclo vital. Los estudios analizados coinciden en señalar que las mujeres presentan, en términos generales, una mayor esperanza de vida que los hombres, fenómeno ampliamente documentado en la literatura científica internacional. Sin embargo, esta mayor longevidad suele ir acompañada de una mayor prevalencia de enfermedades crónicas, fragilidad y discapacidad en edades avanzadas, lo que ha sido descrito como la paradoja de la salud femenina. Este hallazgo coincide con los resultados de investigaciones recientes que señalan que las mujeres tienden a vivir más años, aunque con una mayor carga de morbilidad en comparación con los hombres (18,19, 20).

Desde el punto de vista biológico, los estudios revisados destacan el papel de factores hormonales, metabólicos e inmunológicos en la evolución de la salud de las mujeres durante el envejecimiento. En particular, la menopausia constituye un punto de inflexión importante en el proceso de envejecimiento femenino, ya que los cambios hormonales asociados a esta etapa pueden influir en la aparición de enfermedades cardiovasculares, pérdida de masa ósea y otras patologías relacionadas con la edad. Asimismo, diversas investigaciones han señalado que las mujeres presentan con mayor frecuencia síndrome de fragilidad, aunque con menores tasas de mortalidad asociadas en comparación con los hombres, lo que sugiere la existencia de mecanismos biológicos y adaptativos que podrían favorecer su supervivencia en edades avanzadas (21,22,23,24).

En relación con la dimensión psicológica del envejecimiento, los estudios analizados subrayan la importancia de factores como el bienestar emocional, la resiliencia, la percepción positiva del envejecimiento y el mantenimiento de redes de apoyo social. La evidencia científica indica que las personas mayores que mantienen una actitud positiva hacia el envejecimiento y participan activamente en la vida social presentan mejores indicadores de salud física y mental. En el caso de las mujeres, diversos trabajos destacan el papel protector de las redes sociales y familiares, que pueden contribuir a reducir el riesgo de aislamiento social y favorecer el bienestar psicológico durante la vejez (25,26, 27).

Por otro lado, los determinantes sociales de la salud desempeñan un papel fundamental en las trayectorias de envejecimiento de las mujeres. Los

estudios revisados evidencian que factores como el nivel educativo, la situación socioeconómica, las condiciones laborales y la distribución del trabajo de cuidados influyen significativamente en la salud y la calidad de vida en la vejez. Muchas mujeres mayores pertenecen a generaciones que tuvieron un acceso limitado a la educación y al empleo formal, lo que se traduce en menores ingresos económicos y mayor riesgo de vulnerabilidad en edades avanzadas. Además, las responsabilidades de cuidado asumidas a lo largo de la vida pueden generar una carga física y emocional acumulada que repercute en la salud durante el envejecimiento (28,29,30).

La evidencia científica sugiere que el envejecimiento saludable en las mujeres depende no solo de la ausencia de enfermedad, sino también de la capacidad de mantener la autonomía funcional, el bienestar emocional y la participación activa en la sociedad (31).

5.2. Limitaciones del trabajo

Una limitación importante se relaciona con la heterogeneidad metodológica de los estudios incluidos. Los artículos seleccionados presentan diferentes diseños de investigación, tamaños muestrales y contextos geográficos, lo que dificulta en algunos casos la comparación directa de los resultados.

Además aunque se han incluido algunos estudios realizados en España, gran parte de la evidencia científica disponible procede de investigaciones internacionales, lo que puede limitar la extrapolación de algunos resultados al contexto sociocultural específico de la población española.

5.3. Líneas de futuro

Los resultados de esta revisión ponen de manifiesto la necesidad de continuar desarrollando investigaciones que analicen el envejecimiento femenino desde una perspectiva multidisciplinar e integradora. En este sentido, futuras investigaciones deberían profundizar en el estudio de los mecanismos biológicos que explican las diferencias de género en la longevidad y la fragilidad, así como en la influencia de factores hormonales, genéticos y metabólicos en el proceso de envejecimiento. Este tipo de investigaciones permitiría desarrollar intervenciones más eficaces dirigidas a mejorar la autonomía, la participación social y la calidad de vida de las mujeres mayores.

6.CONCLUSIONES

El envejecimiento de la población femenina constituye un fenómeno complejo que debe abordarse desde una perspectiva integral que contemple las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales. A lo largo del presente capítulo se ha puesto de manifiesto que las mujeres presentan una mayor esperanza de vida en comparación con los hombres, aunque esta mayor lon-

geidad suele acompañarse de una mayor prevalencia de enfermedades crónicas, fragilidad y limitaciones funcionales en edades avanzadas.

Desde el punto de vista biológico, factores como los cambios hormonales asociados a la menopausia, la aparición de enfermedades relacionadas con la edad y la mayor prevalencia de fragilidad influyen en el proceso de envejecimiento femenino. No obstante, las mujeres también presentan determinados mecanismos adaptativos que pueden contribuir a una mayor supervivencia en edades avanzadas.

En relación con los factores psicológicos, el bienestar emocional, la resiliencia y la percepción positiva del envejecimiento se han identificado como elementos clave para favorecer una mejor calidad de vida en la vejez. Asimismo, el mantenimiento de redes de apoyo social y la participación activa en la comunidad desempeñan un papel fundamental en la promoción del envejecimiento saludable.

Por otra parte, los determinantes sociales de la salud, como el nivel educativo, la situación socioeconómica o las trayectorias laborales y de cuidado, influyen de manera significativa en las condiciones de envejecimiento de las mujeres. Estas desigualdades acumuladas a lo largo del ciclo vital pueden generar situaciones de vulnerabilidad en edades avanzadas.

En conjunto, los resultados analizados subrayan la importancia de incorporar la perspectiva de género en la investigación y en el desarrollo de políticas públicas orientadas a promover el envejecimiento saludable. La adopción de enfoques multidisciplinarios que integren los aspectos biológicos, psicológicos y sociales permitirá avanzar hacia estrategias más eficaces destinadas a mejorar la salud, la autonomía y la calidad de vida de las mujeres mayores.

7. REFERENCIAS

1. Instituto Nacional de Estadística (INE). Proyecciones de población 2024–2074. Nota de prensa. Madrid: INE; 2024 [citado 2026 Abr 21].
2. Gutiérrez-Domingo T. Reto Mundial: Decenio del Envejecimiento Saludable 2021-2030. Análisis y Modificación de Conducta. 2024;50(182):3-19.
3. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el edadismo. Ginebra: OMS; 2021.
4. Instituto Nacional de Estadística. Cifras de población [Internet]. Madrid: INE; 2024 [citado 22 abr 2026].
5. Ramos Toro M. Estudio etnográfico sobre el envejecer de las mujeres mayores desde una perspectiva de género y de curso vital. *Rev Prisma Soc.* 2018;(21):75-107.
6. Piña Morán M, Olivo Viana MG, Martínez Matamala C, Poblete Troncoso M, Guerra Guerrero V. Envejecimiento, calidad de vida y salud: Desafíos para los roles sociales de las personas mayores. *Rumbos TS.* 2022;(28):7-27.
7. Gutiérrez-Domingo T, Luque B, Castillo-Mayén R, Cuadrado E. Programas de intervención para la promoción del envejecimiento saludable en la comunidad: una revisión sistemática. *Gac Sanit [Internet].* 2025 [citado 22 abr 2026];39:101469.

8. Motlani V, Motlani G, Pamnani S, Sahu A, Acharya N. Endocrine Changes in Postmenopausal Women: A Comprehensive View. *Cureus* [Internet]. 2023 [citado 22 abr 2026];15(12):e51287.
9. Dela Justina V, Miguez JSG, Priviero F, Sullivan JC, Giachini FR, Webb RC. Sex Differences in Molecular Mechanisms of Cardiovascular Aging. *Front Aging* [Internet]. 2021 [citado 22 abr 2026];2:725884.
10. News-Medical. Study reveals immune aging differs significantly between men and women [Internet]. Manchester: News-Medical; 2026 abr 11 [citado 22 abr 2026].
11. Zijlstra EB, Slaets JPI, de Rooij SE, Schuurmans MJ, Smidt N. Gender Differences in the 3-Year Mortality Rate of Vulnerable Older Adults: A Prospective Cohort Study. *J Am Med Dir Assoc* [Internet]. 2025 [citado 22 abr 2026];26(5):105124.
12. Jerez Barroso MR. Factores asociados al envejecimiento saludable en la población extremeña mayor de 65 años [tesis doctoral]: Universidad de Extremadura; 2025.
13. Carmona-Torres JM, Rodríguez-Borrego MA, López-Soto PJ. The influence of resilience and social support on mental health of older adults living in community: a cross-sectional study. *BMC Geriatr* [Internet]. 2024 [citado 22 abr 2026];24(1):608.
14. Gallardo-Peralta L, Córdova Jorquera I, Piña Morán M, Urrutia Quiroz B. Diferencias de género en salud y calidad de vida en personas mayores del norte de Chile. *Polis* (Santiago). 2018;17(49):153-175.
15. Fuentes Arenas N, Garcés Estrada C. Las desigualdades del trabajo de cuidado: significados y prácticas de cuidadoras principales de personas adultas mayores en situación de dependencia. *An Gerontol*. 2020;(12):29-64.
16. Hägg S, Jylhävä J. Sex differences in biological aging with a focus on human studies. *eLife* [Internet]. 2021 [citado 22 abr 2026];10:e63425.
17. Murniati N, Al Aufa B, Kusuma D, Kamso S. A Scoping Review on Biopsychosocial Predictors of Mental Health among Older Adults. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022 [citado 22 abr 2026];19(17):10909.
18. Gordon EH, Peel NM, Samanta M, Theou O, Howlett SE, Hubbard RE. Sex differences in frailty: A systematic review and meta-analysis. *Exp Gerontol*. 2017;89:30-40.
19. Roman Lay AA, Ferreira do Nascimento C, Caba Burgos F, Larraín Huerta ADC, Rivera Zeballos RE, Pantoja Silva V, et al. Gender Differences between Multimorbidity and All-Cause Mortality among Older Adults. *Curr Gerontol Geriatr Res* [Internet]. 2020 [citado 22 abr 2026];2020:7816785.
20. Hu J, Chen H, Lin J, He G, Wang H, Gu S, et al. Association between intrinsic capacity and frailty among older adults: a cross-sectional study. *BMC Geriatr* [Internet]. 2024 [citado 22 abr 2026];24(1):980.
21. Vicentini C, Zese SM, Chiaradonna G, Corradini L, Di Capua P, Mandarelli G, et al. The role of frailty in elderly patients with cancer: a systematic review of its prevalence and impact on clinical outcomes. *J Clin Med* [Internet]. 2025 [citado 22 abr 2026];14(11):3663.
22. Li J, Liao Q, Yang Y, Wang K, Liu W, Zhou F, et al. Metabolic, epigenetic, and immune crosstalk in ovarian aging. *iScience* [Internet]. 2026 [citado 22 abr 2026];29(3):114733.
23. O'Brien S. Menopause and cardiovascular disease: What are the health risks? *The Cardiology Advisor* [Internet]. 2024 [citado 22 abr 2026].
24. Loewenthal JV, Bart NK, Burton W, Kamali S, Montgomery E, Lee Ivey K, et al. What Do We Know About Prevention of Frailty in Women? *Am J Lifestyle Med* [Internet]. 2025 [citado 22 abr 2026].
25. Asociación Europea para la Educación de Adultos (EAEA). Envejecer bien: herramientas para un envejecimiento positivo [Internet]. Bruselas: EAEA; 2024 [citado 22 abr 2026].

26. Hu M, Wu X, Wang S, Zhang G, Li Y, Tan J, et al. Perceptions of ageing and psychological well-being in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Psychol Aging* [Internet]. 2024 [citado 22 abr 2026];39(8):1102-1118.
27. Gallardo-Peralta Lorena P, Sánchez-Moreno Esteban, Rodríguez Rodríguez Vicente, García Martín María. La investigación sobre soledad y redes de apoyo social en las personas mayores: una revisión sistemática en Europa. *Rev. Esp. Salud Publica* [Internet]. 2023 [citado 2026 Abr 22] ; 97: e202301006.
28. Valle Villamarín SM, De la Cruz G, Santillán J, Pilaguano M, Valle S. Cuidado a la salud de mujeres adultas mayores para un envejecimiento activo. *Salud Cienc Tecnol* [Internet]. 2024 [citado 22 abr 2026];4:901.
29. Vázquez-Casas S, Paredes-Carbonell JJ, Torijano-Casalengua ML. Impacto en la salud y sus determinantes en personas mayores: un estudio cualitativo. *Aten Primaria* [Internet]. 2023 [citado 22 abr 2026];55(2):102553.
30. Economía de la Salud. Decenio del Envejecimiento Saludable (2020-2030): ante el reto de añadir vida a los años. *Economía de la Salud* [Internet]. 2021.
31. Vallejo-Martín M, Martínez-Daza M. El papel del género en el buen envejecer: una revisión sistemática desde la perspectiva científica. *Ambito Cient.* [Internet]. 2020 [citado 22 abr 2026];1:1-12.

Sexualidad en el envejecimiento: enfoque de enfermería

Filipe Teixeira¹, Nelson Guerra², Joana Marques³, Sandy Severino⁴,
Helena José⁵, Luís Sousa⁶

¹ Escuela Superior de Salud Atlántica, Universidad Atlántica, Barcarena, Portugal.
Unidad Local de Salud Amadora/Sintra, Hospital de Sintra, Sintra, Portugal.

² Escuela Superior de Salud Atlántica, Universidad Atlántica, Barcarena, Portugal.
RISE – Red de Investigación en Salud, Oporto, Portugal.

³ Escuela Superior de Salud Atlántica, Universidad Atlántica, Barcarena, Portugal.

⁴ Escuela Superior de Salud Atlántica, Universidad Atlántica, Barcarena, Portugal.
Centro de Investigación, Innovación y Desarrollo en Enfermería de Lisboa (CIDNUR),
Escuela de Enfermería, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.

⁵ Escuela Superior de Salud Atlántica, Universidad Atlántica, Barcarena, Portugal.
RISE – Red de Investigación en Salud, Oporto, Portugal.

⁶ Escuela Superior de Salud Atlántica, Universidad Atlántica, Barcarena, Portugal.
RISE – Red de Investigación en Salud, Oporto, Portugal. Comprehensive Health
Research Center (CHRC), Universidad de Évora, Évora, Portugal.

INTRODUCCIÓN

La sexualidad es considerada un tema tabú por la sociedad, lo que dificulta que las enfermeras lo aborden (de Souza & Gagliotto, 2023; Ekrem et al., 2022; Finlay, 2026; Flores-Yuen & Ziegler, 2022). Esta forma de ver la sexualidad está relacionada con la existencia de varios mitos y prejuicios sociales sobre la sexualidad, especialmente entre los mayores (Brito et al., 2023; Finlay, 2026; Gonzalez et al., 2021; Ibrahim et al., 2022).

Actualmente, se sabe que la sexualidad puede verse afectada por diversas enfermedades, cirugías y tratamientos, incluyendo terapias farmacológicas y de diálisis (Åsberg et al., 2025; Brito et al., 2023; Finlay, 2026; Lourenço, 2023; Marques et al., 2008; de Souza et al., 2019). En este contexto, puede tener repercusiones en la disfunción sexual (Finlay, 2026; Lourenço, 2023).

En presencia de disfunción sexual, la funcionalidad y la calidad de vida pueden verse afectadas (Júnior et al., 2022; Lourenço, 2023; Marques-Vieira et al., 2023; Ordem dos enfermeiros, 2015), inducir/agravar el malestar psicológico de la persona (Lourenço, 2023; Meesters et al., 2020; Srinivasan et al., 2019).

Desde esta perspectiva, la persona mayor presenta varias alteraciones derivadas del envejecimiento, que pueden modificar o anular la experiencia de la sexualidad (Brito et al., 2023; Finlay, 2026). Por otro lado, algunas personas mayores también consideran que, debido a su edad, no deberían tener experiencias sexuales (Brito et al., 2023; Finlay, 2026; Ibrahim et al., 2022). La posición de la sociedad hacia la sexualidad y hacia la persona mayor tiene su origen en un bajo nivel de alfabetización en salud sexual (Brito et al., 2023; Finlay, 2026; Flores-Yuen & Ziegler, 2022; Ibrahim et al., 2022; Toprak & Turan, 2021).

Esta brecha puede superarse mediante el desarrollo de protocolos y la revisión de los planes de estudio académicos de enfermería, con el fin de proporcionar a los enfermeros directrices específicas para abordar la sexualidad a lo largo de la prestación de atención, especialmente a través de la educación sexual (Auger et al., 2023; Brito et al., 2023; Finlay, 2026; Flores-Yuen & Ziegler, 2022; Teixeira, Guerra, Marques, Severino & Sousa, 2026). La principal acción terapéutica en este ámbito es la comunicación y, para ello, existen varios modelos de asesoramiento sexual que ofrecen estrategias de comunicación efectivas (Evcili & Demirel, 2018; Teixeira, Guerra, Marques, Severino & Sousa, 2026).

OBJETIVO

La sexualidad y la salud sexual son dimensiones fundamentales en el bienestar y la calidad de vida de las personas mayores. Sin embargo, siguen siendo descuidados en el contexto de la atención sanitaria.

En este sentido, es esencial comprender los conceptos de sexualidad, salud sexual, personas mayores y envejecimiento, los cambios en la sexualidad de los ancianos, los factores que dificultan el enfoque de la sexualidad en la enfermería y las acciones terapéuticas de enfermería más relevantes en el ámbito de la sexualidad, para apoyar un enfoque inclusivo y centrado en la persona.

1. SEXUALIDAD, SALUD SEXUAL, PERSONAS MAYORES Y ENVEJECIMIENTO: DEFINICIÓN DE CONCEPTOS

Ante los desafíos iniciales, es esencial aclarar los conceptos fundamentales de sexualidad, salud y derechos sexuales, que sustentan todo el enfoque clínico y educativo.

La sexualidad es un aspecto central de la vida humana que implica sexo, identidad y rol de género, orientación sexual, erotismo, placer, intimidad y reproducción, así como manifestarse en pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones, influenciados por la interacción entre lo biológico y lo psicológico, social, económico, político, cultural, legal, histórico, religioso y espiritual (World Health Organization, 2002). De este modo, la sexualidad se experimenta de

forma diferente para cada persona y también a lo largo de la vida (Giles et al., 2023). Aun así, está erróneamente presente en los pensamientos de la gente que el sexo es la actividad principal o única de la sexualidad (Marques et al., 2008).

El sexo se asocia principalmente con respuestas fisiológicas, y Kaplan presentó en 1977 la versión más actual de un modelo lineal sobre la respuesta sexual, que consta de 4 fases:

- **Deseo sexual:** surge del deseo de la persona de experimentar sensaciones y/o actividades sexuales, con o sin pareja o parejas;
- **Excitación:** estimulación fisiológica y/o psicológica para el acto sexual;
- **Orgasmo:** sensación de máximo placer, que puede no ocurrir siempre;
- **Resolución:** sensación de bienestar absoluto, con relajación muscular y psicológica, independientemente de la ocurrencia de la fase orgásmica (sland Sexual Health Community Health Centre, s.f.).

Recientemente, ha surgido una versión circular del modelo, que considera la experiencia sexual, especialmente en el caso de las mujeres, en la que las fases pueden solaparse e intensificarse sin necesidad de deseo sexual (Basson, 2000, 2005).

En este sentido, es importante entender en qué consiste la salud sexual, el principal objetivo de la atención de enfermería a este nivel. A Organización Mundial de la Salud (2002) Definido la salud sexual como: “un estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad; No se trata solo de la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coacción, discriminación y violencia. Para que se logre y se mantenga la salud sexual, deben respetarse, protegerse y realizarse los derechos sexuales de todas las personas”. (p.1)

Los derechos sexuales surgieron en la Declaración de los Derechos Sexuales de 1999, con el objetivo de mejorar la experiencia de la sexualidad libre sin discriminación (World Health Organization, 1999, 2002). Hay 11 derechos sexuales y deberían ser considerados por todas las personas, independientemente de su edad (World Health Organization, 1999). Estos derechos son: el derecho a la libertad sexual; el derecho a la autonomía sexual, la integridad sexual y la seguridad del cuerpo sexual; el derecho a la privacidad sexual; el derecho a la equidad sexual; el derecho al placer sexual; el derecho a la expresión sexual emocional; el derecho a la libre asociación sexual; el derecho a tomar decisiones reproductivas libres y responsables; el derecho a información sexual basada en investigaciones científicas; el dere-

cho a una educación sexual integral; Derecho a la salud sexual World Health Organization, 1999).

Aun así, es importante comprender los conceptos de persona mayor y envejecimiento, para facilitar el análisis de su impacto en la sexualidad y la salud sexual en personas de este grupo de edad. La Organización Mundial de la Salud (2025) define a una persona mayor como una persona que tiene ≥ 60 años. En cuanto al concepto de envejecimiento, consiste en un proceso heterogéneo, natural y gradual que resulta de la acumulación de daños biológicos a lo largo del tiempo, lo que conduce a una disminución progresiva de la capacidad física y mental y a un mayor riesgo de enfermedades, también influenciado por factores sociales y culturales (World Health Organization, 2025). La Organización Mundial de la Salud aborda ambos conceptos simultáneamente, ya que los efectos del envejecimiento suelen manifestarse en el grupo de edad de la persona mayor.

2. ALTERACIÓN DE LA EXPERIENCIA DE LA SEXUALIDAD EN LOS ANCIANOS

Tras una comprensión general de los conceptos principales en este ámbito, es importante analizar cómo el proceso de envejecimiento influye en la experiencia de la sexualidad y qué cambios pueden surgir en esta etapa de la vida.

El envejecimiento provoca cambios fisiológicos que influyen en la respuesta sexual de mujeres y hombres (Brito et al., 2023; Finlay, 2026; Srinivasan et al., 2019). En las mujeres, la menopausia conduce a una disminución de los niveles de estrógenos, lo que provoca atrofia vaginal, menor lubricación, menor sensibilidad e incomodidad durante las relaciones sexuales, así como cambios en la autoimagen y la autoestima (de Souza et al., 2019; Srinivasan et al., 2019). En los hombres, la andropausia se traduce en una reducción progresiva de la testosterona, con una disminución de la libido, erecciones menos frecuentes y menos duraderas, mayor tiempo para alcanzar la excitación y el orgasmo, y prolongación del periodo refractario (Brito et al., 2023; Srinivasan et al., 2019). Estos cambios forman parte del proceso natural de envejecimiento, aunque varían significativamente entre individuos.

Además de los cambios hormonales, varias enfermedades crónicas interfieren directamente con la función sexual. Se identificó que la diabetes mellitus, las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión, las enfermedades neurológicas (como el ictus, Parkinson y la demencia) y la depresión son condiciones clínicas que comprometen la vascularización, la conducción nerviosa, el estado de ánimo, la energía y la autoimagen, afectando el deseo, la excitación y el orgasmo (Srinivasan et al., 2019; Valeiro et al., 2022). Los resultados de algunos estudios refuerzan este impacto: tras un ictus, las dificultades para el orgasmo, las molestias genitales y la insatisfacción sexual

son frecuentes (Meesters et al., 2020); En la enfermedad de las arterias coronarias, hay una alta prevalencia de disminución del deseo y cambios en el orgasmo (Smith & Barton, 2020); y, en los supervivientes de cáncer, hay una reducción del deseo sexual, la satisfacción sexual y el bienestar general (Åsberg et al., 2025).

La polifarmacia, común en personas mayores, es otro factor determinante en la disfunción sexual. Algunos fármacos como antidepresivos, antipsicóticos, antihipertensivos, benzodiazepinas, estatinas y opioides se asocian con una disminución del deseo sexual, dificultades de excitación, disfunción eréctil y cambios en el orgasmo (Hinchliff et al., 2021; Srinivasan et al., 2019; Valeiro et al., 2022). Muchos de estos efectos son prevenibles o reversibles, lo que refuerza la importancia de integrar la sexualidad en la evaluación clínica y la revisión terapéutica (Valeiro et al., 2022).

Además de los factores biológicos, la sexualidad en los ancianos está profundamente influenciada por aspectos sociales, culturales y relacionales. Algunas personas mayores valoran la sexualidad como expresión de intimidad, afecto, contacto físico y conexión emocional, más que la actuación física del sexo (Brito et al., 2023; Hinchliff et al., 2021). Sin embargo, persisten mitos que asocian el envejecimiento con la asexualidad, lo que lleva a muchos a silenciar deseos y dificultades (Hinchliff et al., 2021). Las normas culturales, los roles de género, el estado civil, la pérdida de pareja, el aislamiento social y la falta de privacidad (especialmente en personas institucionalizadas) pueden contribuir a evitar la práctica sexual (Brito et al., 2023; Flores-Yuen & Ziegler, 2022; Hinchliff et al., 2021).

A pesar de los cambios fisiológicos y los desafíos que plantean la enfermedad, la medicación y factores sociales, muchos adultos mayores siguen valorando el afecto, el contacto físico y la cercanía emocional. La sexualidad sigue siendo una dimensión amplia de la vida, que incluye vínculos, afecto y expresión afectiva, requiriendo adaptación y comunicación a lo largo del envejecimiento (Brito et al., 2023). La incidencia de disfunción sexual en personas mayores pone de manifiesto la necesidad de un enfoque especializado, en el que las enfermeras desempeñen un papel central en la identificación de dificultades, la promoción de la salud sexual y la implementación de estrategias que respondan a las necesidades de esta población.

3. FACTORES QUE DIFICULTAN EL ENFOQUE DE LA SEXUALIDAD EN LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Varios factores siguen dificultando la expresión de la sexualidad de los ancianos y, sobre todo, su enfoque por parte de los enfermeros. Por tanto, es necesario comprender las barreras que afectan a la práctica de enfermería en esta área.

La connotación negativa asociada a la sexualidad, que mantiene el tema tabú en la sociedad actual, se originó hace varios siglos debido a la influencia

de la religión católica, que consideraba el tema peligroso, prohibido y asociado con supersticiones (Brito et al., 2023; Ekrem et al., 2022; Paiva, 2022; Rizzo & Gonçalves, 2022).

Desde esta perspectiva, han surgido algunos mitos sobre la sexualidad que dificultan que los enfermeros y las personas aborden el tema (Correa et al., 2022; de Souza & Gagliotto, 2023). Aquí tienes algunos mitos:

- Hablar de sexualidad es una ofensa para las personas enfermas (Gonzalez et al., 2021).
- Las personas mayores son asexuales (Akalin & Ozkan, 2021; Finlay, 2026; Gonzalez et al., 2021).
- La práctica sexual está limitada al coito (Flores-Yuen & Ziegler, 2022; Lourenço, 2023; Zuin et al., 2021).
- La actividad sexual requiere mucha energía y es perjudicial para las personas enfermas (Lourenço, 2023).
- El cáncer es contagioso a través del sexo (Lourenço, 2023).

Las connotaciones y mitos negativos son posibles barreras para la experiencia de una sexualidad libre sin discriminación, dificultando que los ancianos cumplan sus derechos sexuales. Esta suposición se debe a la baja alfabetización en salud sexual, lo que también dificulta el acceso a la atención sanitaria sexual por miedo o falta de conocimiento de las personas (Finlay, 2026; Flores-Yuen & Ziegler, 2022). En algunos estudios, se destaca que la falta de acceso o búsqueda de información adecuada hace que las personas recurran a internet, a la pornografía o a personas cercanas para aclarar dudas, lo que puede derivar en conductas de riesgo para su salud sexual (Ekrem et al., 2022; Flores-Yuen & Ziegler, 2022). Por tanto, una baja alfabetización en salud sexual reduce la capacidad de la persona para tomar decisiones informadas (Ayaz, 2013; Toprak & Turan, 2021).

Los enfermeros también destacan algunas barreras en el enfoque de la sexualidad:

- Consideración del tema inapropiado.
- Sensación de intromisión en la intimidad de la persona.
- Falta de conocimiento/confianza sobre el tema.
- Timidez de enfermera.
- Escasez de tiempo en la práctica clínica (Auger et al., 2023; Giles et al., 2023; Gündül Öz et al., 2022; Teixeira, Guerra, Marques, Severino & Sousa, 2026).

La falta de políticas organizativas claras también contribuye a la omisión de la sexualidad en la atención de enfermería y a la inseguridad de las enfermeras (Auger et al., 2023; Giles et al., 2023; Teixeira, Guerra, Marques, Severino & Sousa, 2026). Esta brecha organizativa compromete la integración de la salud sexual como componente esencial de la atención de enfer-

mería, a pesar de su reconocimiento como área prioritaria de intervención (Registered Nurses' Association of Ontario, 2025). Paralelamente, los planes de estudio académicos de enfermería tienen un enfoque limitado sobre la sexualidad y la salud sexual (Teixeira, Guerra, Marques, Severino & Sousa, 2026).

Ante estas dificultades, es esencial identificar estrategias e intervenciones que permitan a los enfermeros abordar la sexualidad de manera segura, competente y centrada en la persona.

4. ACCIONES TERAPÉUTICAS: ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA Y PRÁCTICA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

La integración de la salud sexual en la práctica de enfermería implica una atención centrada en la persona, inclusiva y respetuosa con los derechos humanos y sexuales, basada en una relación de asociación, igualdad y respeto por la dignidad, los valores y la participación activa de la persona en la atención sanitaria (Registered Nurses' Association of Ontario, 2025). Los enfermeros debe establecer una colaboración auténtica con la persona, definiendo objetivos terapéuticos e intervenciones que promuevan su empoderamiento y respondan a sus preferencias (McCance & McCormack, 2025; Meleis, 2010; Santos, 2023).

4.1. Enfoque de la sexualidad: identificación de las preferencias de la persona

El enfoque de la sexualidad debe centrarse en identificar las preferencias y expectativas de la persona mayor respecto a su experiencia sexual. Para ello, es esencial promover una comunicación abierta y terapéutica, que permita comprender los valores, intereses, expresión de género y orientación sexual de las personas mayores, comprendiendo a la persona como una unidad dinámica en constante interacción y transformación (Åsberg et al., 2025; Brito et al., 2023; Finlay, 2026; Hinchliff et al., 2021; de Souza et al., 2019; Teixeira et al., 2025).

En este contexto, los enfermeros deben adoptar una práctica reflexiva y centrada en la persona, con una evaluación y reformulación continua de las intervenciones terapéuticas en colaboración con la persona (Lourenço, 2023; McCance & McCormack, 2025; Meleis, 2010; Santos, 2023; Teixeira, Guerra, Marques, Severino, José, et al., 2026). Este enfoque favorece la implicación activa de la persona mayor en la toma de decisiones y la adecuación de la atención a sus preferencias individuales a lo largo del proceso de atención (Flores-Yuen & Ziegler, 2022; Teixeira, Guerra, Marques, Severino, José, et al., 2026).

La sexualidad de los mayores debe abordarse como algo natural, placentero, saludable y con un impacto positivo en la calidad de vida (Júnior et al., 2022).

Para operacionalizar este enfoque centrado en la persona, los modelos de asesoramiento sexual son herramientas esenciales que guían la comunicación y la intervención clínica.

4.2. Modelos de asesoramiento sexual

Existen varios modelos de asesoramiento sexual que contienen estrategias que facilitan la comunicación sobre la sexualidad para que los enfermeros puedan utilizar. La Tabla 1 presenta algunos modelos de asesoramiento sexual que son los más destacados en la literatura.

Tabla 1. Modelos de asesoramiento sexual.

Acrónimo	Nombre del modelo
PLISSIT	<i>Permission, Limited Information, Specific Suggestion and Intensive Therapy</i> (Ayaz, 2013; Darooneh et al., 2024; Lourenço, 2023; Mick, 2007)
BETTER	<i>Bring up, Explain, Tell, Timing, Educate and Record</i> (Mick, 2007);
REDI	<i>Rapport building, Exploring, Decision making and Implementing</i> (Engender Health, n.d.);
-	<i>Check In, Affirm, Clarify, and Answer Tool</i> (Centre for Sexuality, n.d.)

PLISSIT, creado por Annon en 1976, es uno de los más utilizados en el ámbito de la sexualidad. Este modelo ofrece un enfoque progresivo y organizado, ayudando a los enfermeros a introducir el tema de la sexualidad de manera segura y adecuada en diferentes contextos clínicos (Ayaz, 2013; Carroll et al., 2022; Lourenço, 2023; Tuncer & Oskay, 2022). Su aplicación facilita la apertura del diálogo, permitiendo a la persona expresar dudas y preocupaciones, lo que contribuye a mejorar la satisfacción sexual y la calidad de vida (Carroll et al., 2022; Esmkhani et al., 2021; Tuncer & Oskay, 2022). La Tabla 2 presenta las fases del modelo PLISSIT.

Tabla 2. Fases del Modelo PLISSIT.

Fase	Descripción del escenario
<i>Permission (Permisión)</i>	Crear un entorno positivo que facilite el intercambio de las preguntas de la persona sobre la sexualidad (Ayaz, 2013; Carroll et al., 2022; Lourenço, 2023)
<i>Limited Information (Información limitada)</i>	Transmisión de información limitada y directamente relacionada con los problemas revelados por la persona (Ayaz, 2013; Carroll et al., 2022)
<i>Specific Suggestion (Sugerencia específica)</i>	Realizando investigación para obtener información basada en evidencia científica (Ayaz, 2013)
<i>Intensive Therapy (Terapia intensiva)</i>	Derivación de la persona y/o pareja para consulta con un especialista en sexualidad (Ayaz, 2013; Carroll et al., 2022; Darooneh et al., 2024; Lourenço, 2023)

BETTER, desarrollado por Mick et al., fue creado en el contexto de la enfermería oncológica para facilitar el enfoque de la sexualidad en personas en tratamiento (Ayaz, 2013; Hassan et al., 2023; Mick, 2007). Su aplicación ayuda a reducir la ansiedad, aumentar el conocimiento sobre la salud sexual, mejorar la satisfacción sexual y mejorar la calidad de vida (Hassan et al., 2023; Salim et al., 2023; Shalamzari et al., 2022). La Tabla 3 presenta las fases del modelo BETTER.

Tabla 3. Fases del modelo BETTER.

Fase	Descripción del escenario
<i>Bring up (Saca)</i>	Aborda la sexualidad para que la persona se sienta cómoda hablando del tema.
<i>Explain (Explica)</i>	Explica que todos los aspectos de tu vida afectados por enfermedades y/o discapacidades son relevantes.
<i>Tell (decir)</i>	Informa que puede ocurrir disfunción sexual, pero es superable.
<i>Timing (Sincronización)</i>	Recalca que los enfermeros siempre están disponibles para hablar sobre la sexualidad.
<i>Educate (Educa)</i>	Infórmate sobre los efectos secundarios de los tratamientos.
<i>Record (Registro)</i>	Registrar todas las evaluaciones e intervenciones (Ayaz, 2013; Hassan et al., 2023; Mick, 2007; Salim et al., 2023; Shalamzari et al., 2022).

REDI, desarrollado por *Engender Health*, se centra en la persona y apoya la toma de decisiones informadas, promoviendo una relación terapéutica colaborativa entre los enfermeros y la persona. Se utiliza en contextos de salud sexual y reproductiva, tanto en hospitales como en entornos comunitarios, y busca fortalecer la autonomía de la persona en la gestión de su salud sexual. La aplicación de este modelo contribuye a decisiones más libres e informadas, fortalece la relación terapéutica y aumenta la autonomía en el proceso de atención (Darooneh et al., 2024; Engender Health, s.f.). La Tabla 4 presenta las fases del modelo REDI.

Tabla 4. Fases del modelo REDI.

Fase	Descripción del escenario
Construcción de relaciones	Garantía de confidencialidad y privacidad. En esta fase se identifica el tipo de consulta (inicial o reevaluación), se evalúa la satisfacción con consultas previas y se explican los objetivos de la consulta. También se destaca la importancia de la sexualidad, con información sobre los problemas sexuales más comunes y nociones generales sobre la anatomía de los genitales.
Exploración	Los enfermeros realizan la evaluación de la sexualidad, identificando posibles disfunciones sexuales y analizando los

	conocimientos y necesidades de la persona. Al mismo tiempo, proporciona información individual y/o grupal sobre el ciclo de respuesta sexual y los factores que pueden influir en la experiencia de la sexualidad.
Toma de decisiones	Se refuerza la importancia de las relaciones sexuales y se comparte información sobre la disfunción sexual y las opciones que pueden contribuir a mejorar la sexualidad. El plan terapéutico se define junto con la persona, teniendo en cuenta sus opiniones, habilidades y experiencias previas.
Implementación	La persona aplica las estrategias definidas para afrontar la disfunción sexual. Durante el seguimiento, el profesional sanitario evalúa las capacidades físicas y mentales de la persona, ayuda a identificar dificultades y estrategias para superarlas, y define el plan de seguimiento (Daroonch et al., 2024; Engender Health, s.f.).

La Herramienta de *Check-in*, “Afirmar, Aclarar y Responder”, desarrollado por el Centro de Sexualidad (Canadá), es un modelo de comunicación estructurada utilizado en la educación en salud sexual y el asesoramiento clínico, que abarca diversos grupos de edad. El uso del modelo facilita la promoción de una comunicación clara y sin juicios, aumenta la confianza de los enfermeros en el enfoque de la sexualidad y mejora el conocimiento de la persona sobre la salud sexual y los derechos sexuales. Además, contribuye a reforzar la autonomía y el empoderamiento en la toma de decisiones (Blamey et al., 2022; Centre for Sexuality, s.f.). La Tabla 5 presenta las fases del modelo *Herramienta de Check In, Affirm, Clarify and Answer*.

Tabla 5. Fases de la herramienta de *Check In, Affirm, Clarify and Answer*.

Fase	Descripción del escenario
<i>Check in</i> (Confirmar)	Los enfermeros reflexionan sobre sus actitudes, valores y creencias relacionados con la sexualidad, para asegurar un enfoque adecuado y sin juicios.
<i>Affirm</i> (Afirmar)	Se da una retroalimentación positiva a las preguntas planteadas por la persona, reforzando que sus dudas son válidas e importantes, valorando su experiencia.
<i>Clarify</i> (Aclarar)	Las dudas de la persona se aclaran, explorando lo que quiere saber y el conocimiento que ya tiene.
<i>Answer</i> (Respuesta)	También se abordan los hechos, sentimientos y valores más relevantes para la persona, transmitiendo información basada en la evidencia adaptada y adecuada para ella (Blamey et al., 2022).

Los diferentes modelos de asesoramiento sexual presentan directrices para el enfoque de la sexualidad en un contexto clínico, apoyando a los profesionales sanitarios en la comunicación, evaluación e intervención de per-

sonas con cambios en la sexualidad. A pesar de sus diferencias, todos buscan un enfoque terapéutico estructurado que facilite el diálogo sobre la sexualidad.

Entre estos modelos, la *herramienta Check In, Affirm, Clarify and Answer* destaca por su simplicidad. Su estructura facilita el enfoque de la sexualidad de manera progresiva, centrada en la persona y sin juicios, promoviendo la creación de un espacio seguro para la expresión de preocupaciones, dudas y preferencias relacionadas con la sexualidad.

Este principio está en línea con la evidencia que identifica a los enfermeros como un profesional clave para la creación de un entorno de confianza, esencial para que la persona mayor se sienta legitimada para abordar cuestiones sexuales. Algunos estudios muestran que muchas personas mayores solo verbalizan sus dudas o dificultades cuando los enfermeros utilizan la comunicación terapéutica y la escucha activa, validando la sexualidad como parte integral de la salud (Brito et al., 2023; Finlay, 2026; Flores-Yuen & Ziegler, 2022; Ibrahim et al., 2022; de Souza et al., 2019).

Por tanto, estos modelos no deben entenderse como instrumentos rígidos, sino como referencias para apoyar la práctica clínica, contribuyendo a una atención individualizada y a un enfoque más digno de la sexualidad.

4.3. Contenido docente principal en salud sexual

Para continuar con el enfoque de la sexualidad presentado anteriormente, ahora es importante profundizar en los contenidos didácticos más frecuentemente descritos en la literatura, que apoyan la intervención educativa de las enfermeras en un contexto clínico.

Los contenidos de la educación en salud sexual descritos en la literatura abarcan diferentes dimensiones de la experiencia de la sexualidad, adaptándose al contexto del cuidado para cada persona. De forma transversal, temas como la imagen corporal, el manejo de la ansiedad asociada a la actividad sexual, el deseo y la satisfacción sexual, la prevención de infecciones de transmisión sexual, así como la exploración de formas alternativas de expresión sexual, incluyendo el tacto, las caricias y la masturbación (Ayaz, 2013; Evçili & Demirel, 2018; Ibrahim et al., 2022; Marques et al., 2008; Meesters et al., 2020; de Souza et al., 2019).

Otro grupo de contenidos frecuentemente tratados incluye información sobre anticoncepción, fertilidad, el impacto de la enfermedad y los tratamientos en la función sexual, comunicación con la pareja, estrategias para gestionar la continencia y adaptar las posiciones durante la actividad sexual (Duchene, 2011; Giles et al., 2023; Iyer et al., 2025; Marques, 2023; Meesters et al., 2020).

La literatura también muestra que existen preferencias informativas específicas de género. En los hombres, es común valorar estrategias que permitan preservar la función sexual, como la estimulación vibratoria, la mani-

pulación de la civeta, el uso de calor local, la colocación de un implante pe-
neano, ejercicios de Kegel y técnicas de desensibilización (Iyer et al., 2025;
Marques, 2023; Marques et al., 2008; Meesters et al., 2020).

En mujeres, destaca contenido relacionado con el alivio del dolor du-
rante las relaciones sexuales, la sexualidad en la menopausia, el uso de lubri-
cantes vaginales y el uso de vibradores como recurso para mejorar la res-
puesta sexual (Basson, 2005; Evcili & Demirel, 2018; Marques, 2023;
Marques et al., 2008; Moon, 2023).

Sin embargo, para que la educación sexual sea eficaz, es esencial que
los enfermeros reciban una formación adecuada y continua, lo que refuerza
la necesidad de cambios estructurales en los planes de estudio y las políticas
institucionales.

4.4. Cambios en las políticas de formación de enfermería

Superar muchos de los retos que enfrentan los enfermeros para abordar
la sexualidad con personas mayores implica en gran medida invertir en edu-
cación y formación específica en este ámbito (Åsberg et al., 2025; Auger et
al., 2023; Flores-Yuen & Ziegler, 2022; Teixeira et al., 2025; Toprak & Turan,
2021). En este sentido, es esencial reforzar la integración de la salud sexual
en los planes de estudio de enfermería, de manera estructurada y coherente,
formando profesionales para una práctica basada en conocimientos, habili-
dades clínicas y una visión positiva de la sexualidad (Åsberg et al., 2025;
Ekrem et al., 2022; Flores-Yuen y Ziegler, 2022; Toprak & Turan, 2021).

Los programas de formación deberían abarcar áreas como la salud se-
xual, los derechos sexuales, factores biológicos, psicológicos y sociales que
influyen en la sexualidad, cambios sexuales inducidos por la edad, disfuncio-
nes sexuales, comportamientos sexuales, violencia y abuso sexual, educa-
ción en salud sexual, prevención de infecciones de transmisión sexual, así
como las especificidades asociadas a la sexualidad en personas LGBTQ y per-
sonas con enfermedades crónicas o oncológicas (Brito et al., 2023; Flores-
Yuen & Ziegler, 2022; de Souza et al., 2019; Srinivasan et al., 2019; Toprak &
Turan, 2021).

Al mismo tiempo, es esencial desarrollar políticas institucionales claras
que promuevan la igualdad, la equidad y la dignidad de las personas mayores
(Brito et al., 2023; Donovan et al., 2022; Ibrahim et al., 2022).

CONCLUSIONES

La sexualidad es una dimensión fundamental de la salud y la calidad de
vida de las personas mayores, pero sigue marcada por tabúes, mitos y una
baja alfabetización en salud sexual. Los cambios fisiológicos del envejeci-
miento, asociados a enfermedades crónicas, tratamientos y polifarmacia,
pueden afectar la respuesta sexual, pero el envejecimiento no representa el

fin de la sexualidad: es una fase que requiere adaptación, comunicación y reconocimiento de nuevas formas de placer e intimidad.

El enfoque de la sexualidad en la enfermería se ve obstaculizado por prejuicios sociales, inseguridad profesional, falta de formación y ausencia de políticas institucionales claras. Para superar estas barreras, es esencial adoptar una atención centrada en la persona, promover la comunicación abierta y crear un entorno seguro que legitime la expresión de las necesidades sexuales.

Los modelos de asesoramiento sexual (PLISSIT, BETTER, REDI y *Check In, Affirm, Clarify, and Answer Tool*) ofrecen marcos útiles para guiar la comunicación y la intervención, facilitando una atención individualizada y basada en la evidencia. La educación en salud sexual desempeña un papel central, abordando temas como la imagen corporal, el impacto de la enfermedad, la comunicación con la pareja y las estrategias de adaptación.

Por último, se refuerza la necesidad de integrar la salud sexual en los planes de estudio de enfermería y de desarrollar políticas institucionales que promuevan la dignidad, la equidad y el respeto a los derechos sexuales de las personas mayores.

REFERENCIAS

- Akalin, A., & Ozkan, B. (2021). Sexual myths and attitudes regarding sexuality of nursing students: A mixed method study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(3), 1497–1504. <https://doi.org/10.1111/ppc.12717>
- Åsberg, E., Giskeødegård, G., Karlsen, J., Kiserud, C., Aune, G., Nilsen, M., & Reidunsdatter, R. (2025). Sexual health in female and male cancer survivors – compared with age-matched cancer-free controls in Norway. *Acta Oncologica*, 64, 380–390. <https://doi.org/10.2340/1651-226X.2025.42451>
- Auger, L.-P., Filiatrault, J., Allegue, D. R., Vachon, B., Thomas, A., Morales, E., & Rochette, A. (2023). Sexual rehabilitation after a stroke: A multi-site qualitative study about influencing factors and strategies to improve services. *Sexuality and Disability*, 41(3), 503–529. <https://doi.org/10.1007/s11195-023-09795-x>
- Ayaz, S. (2013). Sexuality and nursing process: A literature review. *Sexuality and Disability*, 31(1), 3–12. <https://doi.org/10.1007/s11195-012-9280-6>
- Basson, R. (2000). The female sexual response: A different model. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(1), 51–65. <https://doi.org/10.1080/009262300278641>
- Basson, R. (2005). Women's sexual dysfunction: Revised and expanded definitions. *Canadian Medical Association Journal*, 172(10), 1327–1333. <https://doi.org/10.1503/cmaj.1020174>
- Blamey, G., Van Tassel, B., Sagermann, E., Stain, A. M., Waterhouse, L., & Iorio, A. (2022). Sexual issues in people with haemophilia: Awareness and strategies for overcoming communication barriers. *Haemophilia*, 28(1), 36–41. <https://doi.org/10.1111/hae.14447>
- Brito, P. S., Silva, J. O. L., Silva, J. O. L., Almeida, J. S., Silva, T. A., Cezar, J. G., Sousa, L. S., Silva, D. A., Campos, V. A., & Santos, L. B. dos. (2023). A importância da sexualidade na saúde do idoso. *Research, Society and Development*, 12(2), e18112240155. <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i2.40155>

- Carroll, C., Trotter, K., Mcmillian-Bohler, J., & Thompson, J. (2022). Improving perinatal sexual health assessment: PLISSIT model implementation. *Women's Healthcare*, 10(6), 46–50. <https://www.npwomenshealthcare.com/wp-content/uploads/2022/11/DNP.pdf>
- Centre for Sexuality. (n.d.). *Communication tips for parents*. Retrieved July 2, 2025, from <https://www.centreforsexuality.ca/learning-centre/communication-tips/>
- Correa, A. B., Moreno, J. D., & Castro, A. (2022). A meta-analytic review of attitudes towards the sexuality of adults with intellectual disabilities as measured by the ASQ-ID and related variables: Is context the key? *Journal of Intellectual Disability Research*, 66(10), 727–742. <https://doi.org/10.1111/jir.12971>
- Darooneh, T., Ozgoli, G., Keshavarz, Z., & Nasiri, M. (2024). Educational programs and counseling models for improving postpartum sexual health: A narrative review. *Sexual and Relationship Therapy*, 39(3), 1044–1060. <https://doi.org/10.1080/14681994.2022.2085250>
- Donovan, H., French, K., Everett, S., Warriner, J., Bailey, R., Loftus, B., Galloway, C., Evans, D., Kelso, L., Walker-Haywood, J., Crossman, J., Williams, S., McGrath, M., & Ward, P. (2022). *Sexual and reproductive health – Education, training and career progression in nursing and midwifery*. Royal College of Nursing. <https://www.rcn.org.uk/Professional-Development/publications/sexual-and-reproductive-health-uk-pub-010-383>
- Duchene, P. (2011). Educação e aconselhamento sexual. In S. Hoeman (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação - Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (4ª edição, pp. 591–618). Lusodidacta.
- Ekrem, E., Kurt, A., & Önal, Y. (2022). The relationship between sexual myths and intercultural sensitivity in university students. *Perspectives in Psychiatric Care*, 58(4), 2910–2917. <https://doi.org/10.1111/ppc.13140>
- Engender Health. (n.d.). *EngenderHealth's new curriculum launches the next phase of client-centered counseling*. https://www.engenderhealth.org/wp-content/uploads/2021/12/REDI_Brochure.pdf
- Esmkhani, M., Kharaghani, R., Shakibazadeh, E., Faghihzadeh, S., Korte, J., & Merghati-Khoei, E. (2021). Comparison of the effects of the PLISSIT model versus the sexual health model on quality of life among women with breast cancer. *Sexuality and Disability*, 39(1), 85–96. <https://doi.org/10.1007/s11195-020-09661-0>
- Evcili, F., & Demirel, G. (2018). Patient's sexual health and nursing: A neglected area. *International Journal of Caring Sciences*, 11(2), 1282–1288. https://internationaljournalofcaringsciences.org/docs/72_evcili_original_10_2.pdf
- Finlay, S. L. (2026). Exploring sexuality and ageism and the nurse's role in supporting sexual health in older adults. *Nursing Older People*, 38(1), 34–41. <https://doi.org/10.7748/nop.2026.e1519>
- Flores-Yuen, K., & Ziegler, E. (2022). Aging love: A sexual health model for older adults. *Creative Nursing*, 28(2), 88–93. <https://doi.org/10.1891/CN-2021-0070>
- Giles, M. L., Juando-Prats, C., McPherson, A., & Gesink, D. (2023). "But, You're in a Wheelchair!": A systematic review exploring the sexuality of youth with physical disabilities. *Sexuality and Disability*, 41(1), 141–171. <https://doi.org/10.1007/s11195-022-09769-5>
- Gonzalez, M. E., Kawahara, C., Gandolfi, F., Vilela, T., Francisco, C., & Torres, R. (2021). Sexualidade e pessoa idosa: Mitos e desafios. *Revista Longevidade*, 144–146. <https://revistalongevidade.com.br/anteriores/index.php/revistaportal/article/download/880/940>
- Güdü ÖZ, H., Balcı Yangın, H., & Ak Sözer, G. (2022). Attitudes and beliefs of nursing students toward sexual healthcare: A descriptive study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 58(1), 266–272. <https://doi.org/10.1111/ppc.12780>

- Hassan, M. M., Elmordy, Z. R. A., & Emam, A. M. (2023). Effect of nursing counseling based on BETTER model on sexuality and marital satisfaction among infertile women. *Egyptian Journal of Health Care*, 14(3), 342–360. <https://doi.org/10.21608/ejhc.2023.316908>
- Hinchliff, S., Fileborn, B., Alba, B., Lyons, A., Minichiello, V., Barrett, C., Brown, G., Malta, S., & Dow, B. (2021). Talking about sex with friends: perspectives of older adults from the Sex, Age & Me study in Australia. *Culture, Health & Sexuality*, 23(3), 367–382. <https://doi.org/10.1080/13691058.2019.1710568>
- Ibrahim, S., Carneiro, P. A., Seitz, D. R., Jesus, J. T. L. de, & Perondi, A. (2022). A preceção da pessoa idosa sobre a sexualidade e a saúde sexual no envelhecimento. *Arquivos de Ciências Da Saúde Da UNIPAR*, 26(3), 910–926. <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v26i3.2022.8718>
- Island Sexual Health Community Health Centre. (n.d.). *Understanding sexual response*. Retrieved July 1, 2025, from <https://www.islandsexualhealth.org/body/sexual-response/>
- Iyer, P., Mitra, S., Shyam, A., & Sancheti, P. (2025). Physiotherapy approaches for sexual dysfunction management in adults with spinal cord injury: An observational cross sectional analysis. *Indian Journal of Physiotherapy and Occupational Therapy - An International Journal*, 19(2), 58–65. <https://doi.org/10.37506/ydq1ek14>
- Júnior, E. V. de S., Souza, C. S., Santos, G. da S., Silva, C. dos S., Cruz, D. P., & Sawada, N. O. (2022). Correlational analysis between elderly people's sexuality and quality of life. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 31, 1–15. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2020-0629>
- Lourenço, H. (2023). Avaliação da saúde sexual. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da vida* (1ª edição, pp. 203–211). SABOOKS EDITORA.
- Marques-Vieira, C., Sousa, L., & Braga, R. (2023). Reabilitar a Pessoa com Acidente Vascular Cerebral. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da vida* (1ª edição, pp. 465–474). SABOOKS EDITORA.
- Marques, E. (2023). Reeducação sexo-afetiva nas pessoas com limitação física. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da vida* (1ª edição, pp. 281–285). SABOOKS EDITORA.
- Marques, F., Chedid, S., & Elzerik, G. (2008). Resposta sexual humana. *Revista de Ciências Médicas*, 17(6), 175–183. <https://puccampinas.emnuvens.com.br/cienciasmedicas/article/view/755>
- McCance, T., & McCormack, B. (2025). The Person-centred Nursing Framework: a mid-range theory for nursing practice. *Journal of Research in Nursing*, 30(1), 47–60. <https://doi.org/10.1177/17449871241281428>
- Meesters, J., van de Ven, D., Kruijver, E., Bender, J., Volker, W., Vliet Vlieland, T., & Goossens, P. (2020). Counselling patients with stroke still experience sexual and relational problems 1–5 Years after stroke rehabilitation. *Sexuality and Disability*, 38(3), 533–545. <https://doi.org/10.1007/s11195-020-09632-5>
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company. https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory_middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf
- Mick, J. (2007). Sexuality assessment: 10 strategies for improvement. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 11(5), 671–675. <https://doi.org/10.1188/07.CJON.671-675>
- Moon, H. (2023). Nursing care for women with gynecologic cancer receiving radiotherapy: Current updates. *Korean Journal of Women Health Nursing*, 29(4), 257–262. <https://doi.org/10.4069/kjwhn.2023.12.11>

- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. http://www.ordemEnfermeiros.pt/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf
- Paiva, M. J. (2022). História da sexualidade IV: As confissões da carne. *Teoria e Cultura*, 17(1), 213–217. <https://doi.org/10.34019/2318-101X.2022.v17.31702>
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2025). *People-Centred Care*. <https://rnao.ca/bpg/guidelines/people-centred-care>
- Rizzo, J. G. S., & Gonçalves, J. P. (2022). Sexualidade e surdez: Um diálogo a partir de Michel Foucault. *Research, Society and Development*, 11(1). <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i1.21024>
- Salim, H., Abdelmonem, M., & ElSayed, A. (2023). Nursing counseling utilizing BETTER model on sexuality, marital satisfaction and quality of life among cervical cancer women. *Egyptian Nursing Journal*, 20(1), 57–67. https://doi.org/10.4103/enj.enj_54_22
- Santos, L. (2023). O Processo de Reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da vida* (1ª edição, pp. 15–23). SABOOKS EDITORA.
- Shalamzari, K. H., Asgharipour, N., Jamali, J., Kermani, A. T., & Babazadeh, R. (2022). The effect of sexual counseling based on BETTER and PLISSIT model on quality of sexual life in women with breast cancer after mastectomy. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 10(4), 3490–3498. <https://doi.org/10.22038/jmrh.2022.63241.1820>
- Smith, A. B., & Barton, D. L. (2020). Prevalence and severity of sexual dysfunction and sexual dissatisfaction in coronary artery disease: An integrative review. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 30(2), 22–30. <https://research.ebsco.com/c/kw4on3/search/details/ezzrjwb7o5?db=ccm%2Cmdc%2Cnyh%2Ccgh%2Cchh%2Ccmr%2Clxh%2Clth%2Clsdcca&isDashboardExpanded=true&limiters=None&q=Prevalence and Severity of Sexual Dysfunction and Sexual Dissatisfaction in Coronary Artery Di>
- Souza, A. de, & Gagliotto, G. M. (2023). A construção histórica da Sexualidade: Porque ela ainda é um tabu? *Educere - Revista Da Educação Da UNIPAR*, 23(2), 547–559. <https://doi.org/10.25110/educere.v23i2.2023-002>
- Souza, C. L. de, Gomes, V. S., Silva, R. L. da, Silva, E. S. da, Alves, J. P., Santos, N. R., Reis, V. N., & Ferreira, S. A. (2019). Aging, sexuality and nursing care: the elderly woman's look. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(suppl 2), 78–85. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0015>
- Srinivasan, S., Glover, J., Tampi, R. R., Tampi, D. J., & Sewell, D. D. (2019). Sexuality and the older adult. *Current Psychiatry Reports*, 21(10), 97. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1090-4>
- Teixeira, F., Frasilho, A. R., Saraiva, D., Frasilho, V., Rabiais, I., Tomás, J., Severino, S., & Sousa, L. (2025). Rehabilitation nursing interventions at the level of the sexuality function in disabled persons. Rapid review. *Rehabilitation and Sports Medicine*, 5(109), 109. <https://doi.org/10.56294/ri2025109>
- Teixeira, F., Guerra, N., Marques, J., Severino, S., José, H., & Sousa, L. (2026). Person-centered care in rehabilitation nursing: Integrating sexual health into transformative nursing practice. *Salud Integral y Comunitaria*, 4(305). <https://doi.org/10.62486/sic2026305>
- Teixeira, F., Guerra, N., Marques, J., Severino, S., & Sousa, L. (2026). From taboo to practice: Integrating sexual health in rehabilitation nursing. *South Health and Policy*, 5(415). <https://doi.org/10.56294/shp2025415>

- Toprak, F. Ü., & Turan, Z. (2021). The effect of sexual health courses on the level of nursing students' sexual/reproductive health knowledge and sexual myths beliefs in Turkey: A pretest-posttest control group design. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(2), 667–674. <https://doi.org/10.1111/ppc.12593>
- Tuncer, M., & Oskay, Ü. Y. (2022). Sexual counseling with the PLISSIT model: A systematic review. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 48(3), 309–318. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2021.1998270>
- Valeiro, C., Matos, C., Scholl, J., & van Hunsel, F. (2022). Drug-induced sexual dysfunction: an analysis of reports to a national pharmacovigilance database. *Drug Safety*, 45(6), 639–650. <https://doi.org/10.1007/s40264-022-01174-3>
- World Health Organization. (1999). Declaration of sexual rights. In *14th World Congress of Sexology*. https://www.worldsexualhealth.net/_files/ugd/793f03_5c0e5a958d5d4a6e9e17c362c9b22f12.pdf
- World Health Organization. (2002). *Defining sexual health - Report of a technical consultation on sexual health*. https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2009/defining_sexual_health.pdf
- World Health Organization. (2025). *Ageing and health*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health?utm_source=copilot.com
- Zuin, L. F., Denari, F. E., & Vicente, A. R. (2021). Sexualidade e deficiência: reflexões a partir de um curta metragem. *Ensino & Pesquisa*, 19(2), 216–226. <https://doi.org/10.33871/23594381.2021.19.2.216-226>

ACTIVIDADES

- ¿Cómo definiría la importancia de la sexualidad en las personas mayores y cómo debería integrarse esta dimensión en la atención de enfermería?
- ¿Cuáles son las principales barreras que enfrentan los enfermeros al abordar la sexualidad con personas mayores y cómo pueden superarse?
- ¿Cómo pueden los modelos *PLISSIT*, *BETTER*, *REDI* y *Check In, Affirm, Clarify and Answer Tool* apoyar la comunicación terapéutica y la promoción de la salud sexual?
- ¿Cómo pueden los enfermeros promover la autonomía y la toma de decisiones informada de las personas mayores en el contexto de la atención sanitaria?

Parte II

PROMOCIÓN DE LA SALUD Y ENVEJECIMIENTO ACTIVO

Alimentación, envejecimiento y calidad de vida Desafíos emergentes en el siglo XXI¹

David Conde Caballero^{1,2}

¹ Universidad de Extremadura, Cáceres, España

² University of Gävle, Gävle, Suecia

1. MÁS ALLÁ DE LAS PROBLEMÁTICAS CLÁSICAS: LA NECESIDAD DE UNA MIRADA HOLÍSTICA A LA ALIMENTACIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES

La búsqueda de la eterna juventud es una de las grandes quimeras de la historia. El ser humano ha mostrado una fascinación casi enfermiza por desafiar el paso del tiempo, un anhelo expresado no solo en el deseo de preservar la belleza o la vitalidad, sino también a través de un profundo temor a la enfermedad y la muerte. A lo largo de los siglos, mitos y leyendas han buscado dar respuesta a esta aspiración. Salvando las distancias, quizá nunca habíamos estado tan cerca de lograrlo. Es verdad que no somos eternos; pero también es cierto que nunca habíamos esperado vivir tanto al nacer como lo hacemos ahora.

La cara "b" de la moneda es que no sabemos muy bien qué hacer con tanto éxito. La segunda transición demográfica descrita por Van de Kaa (2002) nos sitúa en un escenario sin precedentes, donde el envejecimiento acelerado de la población y un espectacular descenso de la natalidad nos confrontan con una transformación profunda de las estructuras sociales. Se trata de un fenómeno especialmente visible en Europa. En España, la proporción de personas mayores de 65 años se sitúa en torno al 20,4% (Instituto Nacional de Estadística, 2025), con proyecciones que apuntan a un 30% en 2050 (Instituto Nacional de Estadística, 2024). Portugal presenta una estructura aún más envejecida si cabe: el 24,3% de su población tiene 65 años o más (Instituto Nacional de Estadística, 2024a), con un índice de envejeci-

¹ Este trabajo ha sido posible gracias al proyecto "Soledad, alimentación y calidad de vida. Aproximaciones interdisciplinares en los enfoques socioculturales del envejecimiento", desarrollado en el marco de la convocatoria "Ejecución de actuaciones orientadas al desarrollo y mejora de las capacidades científicas y tecnológicas de los grupos de investigación de Extremadura pertenecientes al Sistema Extremeño de Ciencia, Tecnología e Innovación" (Referencia: IB24081), cofinanciado en un 85 % por la Unión Europea a través del Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER) y por la Junta de Extremadura.

miento de 192,4 y un índice de dependencia de 38,6 (Instituto Nacional de Estadística, 2024b, 2024c). Fuera del contexto mediterráneo, otros países como Suecia muestran tendencias similares: en diciembre de 2024, el 20,6% de la población superaba los 65 años, y las proyecciones para 2050 se aproximan al 25,6% (Eurostat & European Commission, 2025).

Las implicaciones de este fenómeno tan solo han comenzado a atisbarse, pero sabemos que son profundas. Los desafíos tienen que ver con la sostenibilidad de los sistemas de protección social, la capacidad de respuesta de los sistemas de salud y la organización de los cuidados, pero también con los modelos de convivencia o la acción de los agentes políticos. También se verán afectados aspectos culturales e identitarios, en la medida en que a buen seguro se reconfigurarán los significados atribuidos a la vejez, las expectativas en torno a la autonomía y la productividad y las relaciones entre generaciones. El envejecimiento poblacional no constituye por ello tan solo un desafío demográfico, sino que se trata más bien de un proceso estructural que obligará a repensar los marcos normativos e incluso las propias representaciones sociales de lo que significa el paso de los años.

Una especial relevancia tendrá el fenómeno en el ámbito de la salud. El inevitable incremento en la incidencia de enfermedades asociadas a la edad -como el cáncer o las demencias-, junto con el aumento de situaciones de dependencia, ejercerá una presión creciente sobre los sistemas de cuidados, que deberán adaptarse en términos de infraestructuras, capital humano y recursos (Atella et al., 2019; Engel, 1977). A ello se suman los desafíos psicosociales que acompañan al envejecimiento, configurando un escenario asistencial y comunitario cada vez más complejo. No es de extrañar, por tanto, que la Organización Mundial de la Salud (OMS) haya señalado el envejecimiento poblacional como uno de los principales retos para la salud pública del siglo XXI (Organización Mundial de la Salud, 2015).

En este ámbito de la salud, la alimentación y la nutrición cobrarán una importancia central. No son pocos los estudios que ya han subrayado que la adopción de patrones dietéticos equilibrados y variados están asociados con mejoras de los resultados en la salud física, cognitiva y psicosocial (AlAmmar et al., 2020; Marx et al., 2021), pero también con efectos directos sobre la preservación de la autonomía y la funcionalidad, es decir, con lo que la OMS considera un envejecimiento saludable. Debemos tener en cuenta que en esta etapa del ciclo vital más que en cualquier otra son múltiples los factores que pueden contribuir a desequilibrios: dificultades para masticar, disfagia, alteraciones del gusto y del olfato, cambios en el apetito, enfermedades crónicas y situaciones de malestar emocional. Pero también condicionantes estructurales que pueden limitar el acceso y la disponibilidad de alimentos, barreras físicas para acudir a establecimientos de abastecimiento, el coste de los productos frescos o su limitada oferta en zonas rurales o despobladas, las

dificultades en la planificación y preparación de alimentos, así como factores sociales como la viudedad o la ausencia de redes de apoyo.

Por todo ello, la nutrición y la alimentación en la vejez serán ejes estratégicos prioritarios de actuación en el diseño de políticas y programas de promoción de la salud en el futuro. La propia Organización Mundial de la Salud y la Unión Europea ya han comenzado a realizar recomendaciones al respecto (Organización Mundial de la Salud, 2015; Comisión Europea, 2020), reconociendo con ello que garantizar una alimentación adecuada en esta etapa no es solo una cuestión de salud individual, sino un imperativo de salud pública con implicaciones directas sobre la sostenibilidad de los sistemas de cuidados. No resulta sorprendente, por tanto, que la literatura científica sobre esta cuestión sea cada vez más amplia y diversa, con aproximaciones que han comenzado a articular respuestas concretas.

Sin embargo, la mayor parte de estas aproximaciones se insertan en enfoques predominantemente cuantitativos de corte biologicista, centrados en dimensiones nutricionales objetivables tales como los balances calóricos, el aporte de proteínas o la ingesta de determinados micronutrientes. Un predominio que ha contribuido a la consolidación de un valioso corpus de conocimiento sobre las necesidades fisiológicas asociadas al envejecimiento, pero que al mismo tiempo ha tendido a relegar a un segundo plano otras dimensiones igualmente relevantes del hecho alimentario y los cuidados holísticos: los significados sociales y culturales de la comida, las prácticas cotidianas vinculadas a su preparación y consumo, o las propias experiencias y percepciones de las personas mayores sobre su relación con la alimentación. El riesgo de este reduccionismo no es menor: al privilegiar lo cuantificable sobre lo vivido, se corre el peligro de dejar en la sombra situaciones que pueden condicionar de manera determinante las prácticas alimentarias en la vejez y, con ellas, la salud y la calidad de vida de quienes la protagonizan.

Por ello, sostenemos que ante una realidad tan compleja como la que nos ocupa, resulta necesario ampliar el foco de análisis e incorporar la voz y las experiencias de las personas mayores como evidencias de primer orden. En este sentido, los enfoques cualitativos ofrecen un potencial singular para generar conocimiento empírico capaz de visibilizar realidades que, de otro modo, corren el riesgo de permanecer opacadas en la investigación. El presente capítulo se detiene en dos ejemplos al respecto: en primer lugar, se examina la relación entre la soledad y los hábitos alimentarios en la vejez; en segundo lugar, se analizan los trastornos de la conducta alimentaria en etapas avanzadas de la vida. En ambos casos, se propone una aproximación a fenómenos emergentes en este grupo etario, atendiendo especialmente a su vínculo con la alimentación y a la necesidad de incorporar perspectivas complementarias a las predominantes. Solo desde esta pluralidad metodológica será posible comprender de manera más holística los desafíos presentes y futuros que el envejecimiento poblacional nos plantea.

2. SOLEDAD Y ALIMENTACIÓN: UN EMERGENTE PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA QUE NECESITA SER REPENSADO

La soledad está emergiendo como uno de los retos sociales más relevantes en este contexto y ya ha sido reconocida como una prioridad en el diseño de políticas públicas por algunos países. Reino Unido o Japón, por ejemplo, han llegado a crear estructuras institucionales para tratar de abordarla (Gea, 2023). España, por su parte, ha comenzado a incorporar esta cuestión en la agenda pública mediante la aprobación del Marco Estratégico Estatal de Soledades (2026-2030), que busca confrontar la soledad no deseada desde un enfoque transversal y centrado en las personas (Ministerio de Derechos Sociales, 2026). Las causas son complejas, y además de con el cambio demográfico tienen que ver con los flujos migratorios, las nuevas tecnologías y un creciente individualismo post-capitalista que está modificando las estructuras de nuestra sociedad, entre otras cuestiones.

Los datos disponibles nos pueden ayudar a entender la magnitud del fenómeno. Según una encuesta europea reciente, aproximadamente el 13% de la población declara sentirse sola la mayor parte del tiempo, mientras que un 35% afirma experimentar sentimientos de soledad de forma ocasional (EU Loneliness Survey, 2024). Aunque la soledad puede afectar a cualquier etapa del ciclo vital, su incidencia resulta especialmente significativa en dos grupos etarios: las personas jóvenes —entre quienes su prevalencia parece estar aumentando— y las personas mayores. En este último grupo, diversos estudios estiman que más de una cuarta parte experimenta algún grado de soledad (Ortiz-Ospina, 2020). No es de extrañar que algunos autores se hayan referido al siglo XXI como el "siglo de la soledad", mientras que diversos debates académicos y mediáticos han descrito la situación como una auténtica "epidemia silenciosa" (Ozawa-de Silva, 2021), lo que pone en evidencia la creciente preocupación social y política al respecto.

Las implicaciones de este fenómeno han trascendido el ámbito estrictamente social, desplazando el foco hacia el impacto que la soledad tiene sobre la salud y la calidad de vida. La evidencia científica ha subrayado la asociación entre la experiencia de soledad y diversos indicadores de salud física y mental. Entre las personas mayores, por ejemplo, la soledad se ha relacionado con un mayor riesgo de deterioro cognitivo (Berlingieri et al., 2023), enfermedades cardiovasculares, depresión (Leigh-Hunt et al., 2017; Dell et al., 2019), debilitamiento del sistema inmunológico (Steptoe & Kivimäki, 2013) e incluso una mayor mortalidad (Wang et al., 2023). El impacto que la soledad tiene sobre los hábitos alimentarios también se ha convertido en un importante objeto de estudio, abordándose de manera predominante desde una óptica biomédica, tratando de medir su impacto a través de indicadores obtenidos mediante instrumentos cuantitativos, que permiten en buena medida aumentar el conocimiento de las consecuencias que esta relación tiene sobre la autonomía, independencia y calidad de vida (Hanna et al., 2015).

Sin embargo, diversos enfoques procedentes de las ciencias sociales han advertido que circunscribir el análisis al conteo de calorías, el aporte proteico o la frecuencia de determinadas ingestas supone, una vez más, opacar la complejidad en el altar de lo medible. Las preguntas que los enfoques hegemónicos dejan sin respuesta son precisamente las más relevantes para comprender qué ocurre cuando una persona mayor se sienta sola a la mesa: qué significa para ella ese momento, qué recuerdos o ausencias convoca, qué estrategias despliega o abandona, y de qué manera todo ello configura, día a día, su relación con la comida y con su propio cuerpo. Estas preguntas remiten a una comprensión de la alimentación que trasciende su dimensión fisiológica para inscribirse en un denso entramado de significados sociales, culturales y relacionales, modulado por factores tan diversos como el género, la trayectoria biográfica o la posición socioeconómica (Allen-Perkins et al., 2021). En este sentido, Poulain (2019) ha conceptualizado la comida como un espacio de confluencia entre ideologías, normas sociales y representaciones culturales que condicionan las elecciones alimentarias y, en última instancia, los propios resultados de salud. Ignorar estas dimensiones no constituye una opción metodológicamente neutral: es una decisión que empobrece el acervo de conocimiento disponible y restringe la capacidad de intervención futura, con implicaciones directas sobre la calidad del abordaje del envejecimiento al que ya se ha hecho referencia en páginas anteriores.

Por ello, defendemos que ante una relación tan compleja como la que existe entre la soledad y la alimentación, resulta necesario desde ya ampliar el foco analítico hacia las narrativas, los significados y las experiencias que las personas mayores atribuyen a sus prácticas alimentarias cotidianas, reconociéndolas no como datos secundarios o anecdóticos, sino como evidencias de primer orden para comprender una realidad que los indicadores cuantitativos, por sí solos, no alcanzan a iluminar. Este enfoque, anclado en una tradición que va de Goody (1982) a trabajos más recientes en el contexto español (Freire-Paz et al., 2025), presta especial atención a los contextos sociales en los que se producen las elecciones alimentarias, así como a los factores simbólicos, económicos y relacionales que las condicionan. La soledad no operaría únicamente como una variable que modifica el contexto material de las comidas, sino que tendría la capacidad de transformar también las expectativas sociales y culturales que las rodean, alterando el sentido mismo del acto de comer (López Doblas & Díaz Conde, 2018).

Desde esta perspectiva, es posible complejizar la cuestión y los cuidados, comprendiendo mejor cómo la experiencia de soledad y la pérdida de comensalidad se asocian con cambios en el apetito y dificultades para mantener una dieta equilibrada. Diversos estudios con este enfoque han mostrado que comer en soledad se relaciona con una menor satisfacción durante las comidas y una reducción del placer vinculado tanto a la preparación como al consumo de alimentos (Whitelock & Ensaff, 2018; Vesnaver et al., 2016), así como con un mayor recurso a productos precocinados o de preparación

rápida, lo que favorece un empobrecimiento progresivo de la dieta (Freire Paz et al., 2025). En algunos contextos, este proceso se traduce además en el abandono gradual de patrones dietéticos tradicionales, sustituidos por opciones menos variadas y menos equilibradas, una pérdida que no es solo nutricional, sino también identitaria y cultural. No obstante, la evidencia disponible también da cuenta de la capacidad de agencia que muchas personas mayores despliegan en este contexto, desarrollando estrategias adaptativas que les permiten mantener o resignificar sus prácticas alimentarias aun en ausencia de comensales (Ibid.). Esta tensión entre vulnerabilidad y agencia no hace sino subrayar la complejidad del fenómeno y la necesidad de abordarlo desde marcos analíticos que estén a la altura de dicha densidad.

La integración de estas perspectivas más holísticas tendría a nuestro entender implicaciones directas en el diseño de políticas públicas y programas de intervención orientados a mejorar la calidad de vida y la autonomía de las personas mayores. Comprender la alimentación como una práctica social y cultural profundamente modulada por la experiencia de la soledad permitiría a las estrategias de promoción de la salud trascender la mera prescripción nutricional e incorporar las condiciones relacionales y simbólicas en las que dicha práctica se produce. Los enfoques cualitativos posibilitarían, en este sentido, identificar grupos especialmente vulnerables y acceder a los significados que atribuyen a la comida, facilitando el diseño de intervenciones más sensibles, culturalmente pertinentes y ajustadas a sus necesidades reales, con efectos positivos sobre su autonomía e independencia.

En suma, considerar la alimentación desde la óptica de la experiencia vivida y los contextos sociales no solo ampliaría el horizonte del conocimiento académico sobre la relación entre soledad y salud en la vejez, sino que ofrecería herramientas conceptuales y prácticas para abordar un fenómeno que, como se ha señalado, se perfila como uno de los grandes desafíos del siglo XXI. Reconocer la dimensión afectiva, simbólica y relacional de la comida en el diseño de políticas públicas no es una concesión a la sensibilidad: es una condición de eficacia para cualquier intervención que aspire a promover un envejecimiento verdaderamente saludable.

3. LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA VEJEZ. UN PROBLEMA INVISIBILIZADO

Esta necesidad de ampliar el foco analítico cuando miramos a la relación entre alimentación y vejez se manifiesta también cuando nos enfrentamos a problemas que en la actualidad permanecen opacados y cuya repercusión futura podría ser considerable. Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) constituyen un ejemplo al respecto. Sin que exista un consenso terminológico completo, la Asociación Nacional de Trastornos de la Conducta Alimentaria de Estados Unidos (NEDA) los describe como un espectro de comportamientos problemáticos y actitudes distorsionadas hacia la comida, el

peso, la forma corporal y la apariencia, que pueden incluir la restricción prolongada de la ingesta, la preocupación obsesiva por las calorías o una relación perturbada con el propio cuerpo (NEDA, 2025). Para una delimitación diagnóstica más precisa, el DSM-5 reconoce condiciones como la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón, entre otros (American Psychiatric Association, 2013).

Aunque en el imaginario colectivo este tipo de trastornos se asocia casi de manera exclusiva al universo de las adolescentes y las mujeres jóvenes (Sala et al., 2024; Schoen et al., 2019), la evidencia disponible señala que las personas mayores también pueden verse afectadas. El concepto de anorexia del envejecimiento, descrito por primera vez por Morley y Silver en 1988, supuso el punto de partida del interés científico por esta cuestión (Morley & Silver, 1988). Desde entonces, las escasas investigaciones existentes han documentado que los TCA pueden persistir o incluso aparecer por primera vez en etapas avanzadas de la vida, con casos de inicio registrados después de los 65 años (Mangweth-Matzek et al., 2013). Los datos disponibles apuntan a una prevalencia que oscila entre el 1,5% y el 6% según los estudios, con cifras más recientes que la sitúan entre el 1,8% y el 3,8% en mujeres mayores de 60 años (Fadgyas Stanculete et al., 2019). Estas cifras deben leerse, además, a la luz de los múltiples factores que en esta etapa del ciclo vital pueden actuar como desencadenantes o agravantes: las transiciones vitales asociadas al envejecimiento -la jubilación, la viudedad, el aislamiento social, el duelo acumulado- constituyen estresores que incrementan la vulnerabilidad a la ansiedad y la depresión, condiciones que a su vez elevan el riesgo de desarrollar comportamientos alimentarios desordenados (Peat et al., 2008; Luca et al., 2014; Podfigurna-Stopa et al., 2015). La dimensión social y cultural no puede tampoco soslayarse: las actitudes generacionales hacia la imagen corporal y el peso difieren significativamente de las que predominan en grupos más jóvenes (Lewis & Cachelin, 2001), lo que implica que las manifestaciones sintomáticas pueden adoptar formas distintas y que los instrumentos de evaluación diseñados para otras poblaciones pueden carecer de validez en este contexto. Todo ello alimenta la preocupación de que las cifras disponibles subestimen significativamente la realidad y que, a medida que las generaciones actuales vayan alcanzando la vejez, el fenómeno se intensifique de manera considerable. Su estudio se convierte, por tanto, en una prioridad investigadora de primer orden, especialmente si se atiende a las consecuencias que los comportamientos alimentarios desordenados tienen sobre la autonomía funcional y la calidad de vida en esta etapa de la vida.

Sin embargo, insistimos, nos encontramos ante una realidad opacada. Resulta revelador que una revisión sistemática de 2021 sobre el tratamiento de los TCA en personas mayores encontrara únicamente estudios de caso y series de casos (Mulchandani et al., 2021), lo que significa que no existen guías clínicas ni buenas prácticas establecidas para este grupo de población. Múltiples factores contribuyen a esta invisibilidad. El primero, y quizás el más

persistente, es la representación social dominante que sitúa estos trastornos en otras edades y otros cuerpos, una representación que no solo opera en el imaginario de la población general, sino que impregna también la mirada clínica. Los profesionales de la salud, formados en marcos que raramente contemplan la vejez como escenario posible para los TCA, tienden a no activar los mecanismos de alerta pertinentes, atribuyendo los comportamientos alimentarios problemáticos a causas orgánicas o cognitivas -demencia, polimedización, enfermedades crónicas- antes que a una posible etiología psicopatológica (Lapid et al., 2010). La frecuente coexistencia de otras condiciones médicas facilita esta reinterpretación reduccionista, en la que la pérdida de peso o el rechazo a la comida quedan subsumidos bajo diagnósticos que, siendo plausibles, no agotan la complejidad del cuadro. A ello se añade la normalización cultural de ciertos cambios físicos en la vejez -la delgadez, la falta de apetito, la reducción de la ingesta-, que contribuye a enmascarar situaciones que en otras edades generarían una respuesta clínica inmediata. Esta dinámica se ve reforzada por la ausencia casi total de protocolos de cribado específicos para este grupo etario y por las carencias formativas que los propios profesionales reconocen abiertamente, lo que pone de manifiesto cómo el paradigma biomédico dominante no solo funciona como marco interpretativo, sino que se halla inscrito en la propia estructura de la formación clínica y el diseño de las herramientas diagnósticas disponibles. A estas barreras epistemológicas y formativas se superponen otras de carácter estructural, vinculadas a lógicas edadistas que operan tanto a nivel institucional como cultural: los TCA resultan sencillamente impensables en personas mayores, sus síntomas son reinterpretados como excentricidades propias de la edad, y la tendencia a homogeneizar a este grupo de población borra las diferencias individuales y las necesidades específicas de cada persona. El estigma que rodea la enfermedad mental en la vejez actúa, finalmente, como barrera adicional, propiciando la infradeclaración y el infradiagnóstico, y limitando el acceso oportuno a intervenciones adecuadas.

De continuar con esta invisibilidad, las implicaciones trascenderán con creces el ámbito clínico: impedirá identificar y apoyar adecuadamente a quienes padecen estos trastornos, perpetuará la ausencia de herramientas de evaluación validadas para esta población y dificultará el diseño de intervenciones terapéuticas adaptadas a sus necesidades particulares. En un horizonte más amplio, supondrá consolidar una brecha de conocimiento que, lejos de reducirse, podría agravarse a medida que el envejecimiento poblacional incrementa la prevalencia del fenómeno. Abordar esta situación exige, de nuevo, una apertura del prisma con el que miramos. Más allá de producir más datos, se trata de producir datos de otro tipo: conocimiento que incorpore la voz y la experiencia de las propias personas mayores como fuente legítima de evidencia, capaz de capturar lo que los instrumentos de cribado estandarizados y los balances nutricionales no alcanzan a ver. Comprender por qué una persona mayor restringe su ingesta, qué significados atribuye a

su cuerpo y a la comida, qué vivencias han configurado su relación con la alimentación a lo largo de su trayectoria biográfica: estas son preguntas que no admiten respuesta en una escala de puntuación, pero que resultan determinantes para orientar intervenciones que sean clínicamente pertinentes, culturalmente sensibles y verdaderamente centradas en la persona. Reconocer la dimensión experiencial, simbólica y relacional de la alimentación en la vejez no es, tampoco aquí, una concesión a la sensibilidad: es un requisito epistemológico y, al mismo tiempo, una condición práctica para cualquier respuesta que aspire a estar a la altura de la complejidad del fenómeno y de quienes lo padecen.

En suma, los TCA en la vejez representan un fenómeno que no es residual ni excepcional, sino sistemáticamente invisibilizado por marcos interpretativos que no estaban diseñados para reconocerlo. Al igual que en el caso de la soledad y la alimentación, una aproximación que se limite a lo cuantificable y lo biomédicamente legible resultará inevitablemente insuficiente. Reconocer la complejidad de este fenómeno -en su dimensión biológica, pero también psicológica, social y cultural- es una condición necesaria para generar el conocimiento que permita, en última instancia, diseñar respuestas a la altura de quienes lo padecen y del reto demográfico que tenemos por delante.

4. ALGUNAS CONCLUSIONES. HACIA UN ABORDAJE MÁS INTEGRAL DEL ENVEJECIMIENTO Y LA ALIMENTACIÓN

El recorrido realizado a lo largo de este capítulo permite extraer algunas conclusiones que, si bien se anclan en fenómenos concretos -la soledad y los trastornos de la conducta alimentaria-, apuntan hacia un horizonte más amplio: la necesidad de transformar los paradigmas desde los que la investigación, la clínica y las políticas públicas se aproximan a la alimentación en la vejez.

La primera conclusión es de orden demográfico y, por ello, estructural. El envejecimiento acelerado de nuestras sociedades no es una tendencia pasajera ni un dato estadístico abstracto: es el marco que redefine las condiciones en las que tendrá lugar la vida de una proporción creciente de la población durante las próximas décadas. En ese contexto, la alimentación no puede seguir siendo tratada como una variable secundaria o meramente técnica. Como se ha argumentado, su vínculo con la salud física, cognitiva y psicosocial, con la autonomía funcional y con la calidad de vida, la sitúa en el centro de cualquier agenda futura de promoción del envejecimiento saludable. Lo que está en juego no es solo la nutrición de las personas mayores, sino la sostenibilidad de los sistemas de cuidados y la dignidad de quienes envejecen.

La segunda conclusión es de orden epistemológico. El corpus de conocimiento acumulado sobre alimentación y vejez ha estado dominado, de ma-

nera casi hegemónica, por enfoques cuantitativos y biologicistas que han producido conocimiento valioso pero parcial. Los dos fenómenos analizados en este capítulo ilustran con claridad los límites de esa parcialidad: ambos permanecen opacados, infravalorados o directamente invisibilizados cuando se los mira exclusivamente a través del prisma de lo cuantificable. La soledad no es solo un factor de riesgo nutricional; es una experiencia vivida que transforma el sentido del acto de comer. Los TCA en la vejez no son una anomalía estadística; son el resultado de trayectorias biográficas, presiones culturales y vulnerabilidades psicosociales que ninguna escala de cribado puede capturar por sí sola. Ampliar el foco no significa renunciar al rigor: significa reconocer que la complejidad de la realidad exige la complejidad de los métodos.

La tercera conclusión es de orden metodológico. Los enfoques cualitativos, y más ampliamente las perspectivas procedentes de las ciencias sociales y humanas, no son un complemento ornamental de la investigación biomédica, sino una fuente de evidencia de primer orden para comprender fenómenos que son, en su raíz, experienciales, relacionales y culturales. Dar voz a las personas mayores -escuchar sus narrativas, atender a los significados que atribuyen a la comida, a su cuerpo y a su cotidianidad- no es un gesto de sensibilidad metodológica: es una condición necesaria para generar conocimiento que sea, al mismo tiempo, riguroso y pertinente.

La cuarta conclusión es de orden político y práctico. Las implicaciones de lo aquí argumentado no se agotan en el ámbito académico. El diseño de políticas públicas, programas de intervención y modelos de atención que aspiren a promover un envejecimiento verdaderamente saludable requiere incorporar estas perspectivas de manera sistemática. Intervenciones que aborden la soledad sin atender a su dimensión simbólica y relacional, o que ignoren la presencia de TCA en personas mayores por adherirse a representaciones sociales obsoletas, están condenadas a reproducir las mismas insuficiencias que este capítulo ha tratado de señalar.

Nos encontramos, en definitiva, ante una doble transición sin parangón en la historia los cuidados: la que ya está ocurriendo en la estructura demográfica de nuestras sociedades, y la que todavía no ha ocurrido en los paradigmas con los que la afrontamos. La primera es inevitable. La segunda es urgente.

REFERENCIAS

- Al Ammar, W. A., Albeesh, F. H., Ibrahim, L. M., Algindan, Y. Y., Yamani, L. Z., & Khattab, R. Y. (2020). Effect of omega-3 fatty acids and fish oil supplementation on multiple sclerosis: a systematic review. *Nutritional Neuroscience*, 24(7), 569–579.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). APA Publishing.
- Atella, V., Piano Mortari, A., Kopinska, J., Belotti, F., Lapi, F., Cricelli, C., & Fontana, L. (2019). Trends in age-related disease burden and healthcare utilization. *Aging Cell*, 18(1), e12861.

- Berlingieri, A., Bhatt, M., Christopoulos, G., & Ellsworth-Krebs, K. (2023). Loneliness and cognitive decline: A systematic review and meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 84, 101824.
- Chapman, I. M. (2006). Nutritional disorders in the elderly. *Medical Clinics of North America*, 90(5), 887–907.
- Comisión Europea. (2020). Farm to Fork Strategy: For a fair, healthy and environmentally-friendly food system. European Commission.
- Conde-Caballero, D., Rivero-Jiménez, B., Cipriano-Crespo, C., & Mariano-Juárez, L. (2021). Eating alone and social isolation in older adults: qualitative approaches. *Appetite*, 162, 105171.
- Dell, N. A., Pelham, M., & Murphy, A. M. (2019). Loneliness and depressive symptoms in middle aged and older adults experiencing serious mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 42(2), 113–120. <https://doi.org/10.1037/prj0000347>
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136.
- EU Loneliness Survey. (2024). Loneliness in the EU: Insights from surveys and online collected data. Publications Office of the European Union.
- Eurostat & European Commission. (2025). Ageing Europe: Looking at the lives of older people in the EU. Eurostat.
- Fadgyas Stanculete, M., Dumitrascu, D. L., Baban, A., Dumitrascu, D. I., Craciun, C., & Popa-Wagner, A. (2019). Eating disorders in elderly: Clinical implications. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies*, 19(2), 79–96.
- Freire Paz, E., Rivero Jiménez, B., Caballero, D. C., & Mariano Juárez, L. (2025). Loneliness, Food Practices, and Ageing: The Inclusion of Qualitative Evidence in Health Promotion Programmes. *Nutrients*, 17(17), 2906.
- Gea, J. (2023). Políticas públicas frente a la soledad: experiencias internacionales. Documentos de Trabajo del IMSERSO.
- Goody, J. (1982). *Cooking, cuisine and class: A study in comparative sociology*. Cambridge University Press.
- Hanna, K. L., & Collins, P. F. (2015). Relationship between living alone and food and nutrient intake. *Nutrition reviews*, 73(9), 594–611.
- Allen-Perkins, Diego, et al. "The Impact of Loneliness and Social Isolation on Dietary Choices and Practices among Older Adults: A Systematic Review of Qualitative and Mixed-Methods Research: D. Allen-Perkins et. al." *Journal of Population Ageing* 18.3 (2025): 467-501.
- Instituto Nacional de Estadística. (2024). Proyecciones de población 2024–2074. INE. <https://www.ine.es/dyngs/Prensa/es/PROP20242074.htm>
- Instituto Nacional de Estadística. (2025). Cifras de población. Estadística continua de población. INE. <https://www.ine.es/uc/pFdjFZnP>
- Instituto Nacional de Estatística. (2024a). Índice de envelhecimento. INE Portugal. <https://www.ine.pt>
- Instituto Nacional de Estatística. (2024b). Índice de dependência de idosos. INE Portugal. <https://www.ine.pt>
- Instituto Nacional de Estatística. (2024c). Estimativas da população residente. INE Portugal. <https://www.ine.pt>
- Koyanagi, A., Stickley, A., & Haro, J. M. (2016). Psychotic-like experiences and disordered eating in the English general population. *Psychiatry Research*, 241, 26–34.
- Lapid, M. I., Prom, M. C., Burton, M. C., McAlpine, D. E., Sutor, B., & Rummans, T. A. (2010). Eating disorders in the elderly. *International Psychogeriatrics*, 22(4), 523–536.

- Leigh-Hunt, N., Bagguley, D., Bash, K., Turner, V., Turnbull, S., Valtorta, N., & Caan, W. (2017). An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public Health*, 152, 157–171.
- Lewis, D. M., & Cachelin, F. M. (2001). Body image, body dissatisfaction, and eating attitudes in midlife and elderly women. *Eating Disorders*, 9(1), 29–39.
- López Doblas, J., & Díaz Conde, M. del P. (2018). El sentimiento de soledad en la vejez. *Revista Internacional de Sociología*, 76(1), e085–e085. <https://doi.org/10.3989/ris.2018.76.1.16.164>
- Luca, A., Luca, M., & Calandra, C. (2014). Eating disorders in late-life. *Aging and Disease*, 6(1), 48–55.
- Mangweth-Matzek, B., Hoek, H. W., Rupp, C. I., Kemmler, G., Pope, H. G., & Kinzl, J. (2013). The menopausal transition: A possible window of vulnerability for eating pathology. *International Journal of Eating Disorders*, 46(6), 609–616.
- Marx, W., Lane, M., Hockey, M., Aslam, H., Walder, K., Berk, M., & Jacka, F. N. (2021). Diet and depression: exploring the biological mechanisms of action. *Molecular Psychiatry*, 26(1), 134–150.
- McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472–479.
- Ministerio de Derechos Sociales. (2026). Marco Estratégico Estatal de Soledades 2026–2030. Gobierno de España.
- Morley, J. E. (1997). Anorexia of aging: Physiologic and pathologic. *American Journal of Clinical Nutrition*, 66(4), 760–773.
- Morley, J. E., & Silver, A. J. (1988). Anorexia in the elderly. *Neurobiology of Aging*, 9(1), 9–16.
- Mulchandani, M., Shetty, N., Conrad, A., Muir, P., & Mah, B. (2021). Treatment of eating disorders in older people: A systematic review. *Systematic Reviews*, 10(1), 275.
- National Eating Disorders Association (NEDA). (2025). Disordered eating vs. eating disorders. <https://www.nationaleatingdisorders.org>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. OMS.
- Ortiz-Ospina, E. (2020). Loneliness and social connections: A global overview. *Our World in Data*. <https://ourworldindata.org/social-connections-and-loneliness>
- Ozawa-de Silva, C. (2021). The anatomy of loneliness: Suicide, social connection, and the search for relational meaning in contemporary Japan (Vol. 14). Univ of California Press.
- Peat, C. M., Peyerl, N. L., & Muehlenkamp, J. J. (2008). Body image and eating disorders in older adults: A review. *The Journal of General Psychology*, 135(4), 343–358.
- Podfigurna-Stopa, A., Czyzyk, A., Katulski, K., Smolarczyk, R., Grymowicz, M., & Maciejewska-Jeske, M. (2015). Eating disorders in older women. *Maturitas*, 82(2), 146–152.
- Poulain, J. P. (2019). *The sociology of food: Eating and the place of food in society*. Bloomsbury Academic.
- Sala, M., Coll, S., & Flamer, R. (2024). Gender stereotypes in eating disorder recognition. *Eating and Weight Disorders*, 29(1), 45.
- Schoen, E., Brock, R., & Hannon, J. (2019). Gender bias, other specified and unspecified feeding and eating disorders, and college students: A vignette study. *Eating Disorders*, 27(3), 291–304.
- Solmi, F., Hatch, S. L., Hotopf, M., Treasure, J., & Micali, N. (2014). Prevalence and correlates of disordered eating in a general population sample: The South East London Community Health (SELCoH) study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(8), 1335–1346.
- Steptoe, A., & Kivimäki, M. (2013). Stress and cardiovascular disease: An update on current knowledge. *Annual Review of Public Health*, 34, 337–354.

- Van de Kaa, D. J. (2002). The idea of a second demographic transition in industrialized countries. *Birth*, 35(1), 1–18.
- Vesnaver, E., Keller, H. H., Sutherland, O., Mairenu, S., & Locher, J. L. (2016). Alone at the table: Food behavior and the loss of commensality in widowhood. *The Journals of Gerontology*, 71(6), 1059–1069.
- Wang, F., Gao, Y., Han, Z., Yu, Y., Long, Z., Jiang, X., & Luo, Y. (2023). A systematic review and meta-analysis of 90 cohort studies of social isolation, loneliness and mortality. *Nature Human Behaviour*, 7, 1307–1319.
- Whitelock, E., & Ensaff, H. (2018). On your own: Older adults' food choice and dietary habits. *Nutrients*, 10(4), 413.

Actividad Física y envejecimiento saludable

Patricia Ferrero Sereno¹ Patricia Luna Castaño² Raquel Caballero de la Calle³
Alberto Muñoz Bermejo⁴

^{1,2,3} Universidad Alfonso X el Sabio, Madrid, España

⁴ Universidad de Extremadura, Mérida, España

1.INTRODUCCIÓN

1.1. Envejecimiento poblacional y relevancia de la actividad física

El envejecimiento de la población mayor de 65 años a nivel global se asocia con un incremento del riesgo de discapacidad física y cognitiva, fragilidad, enfermedades crónicas y dependencia funcional (Multidomain Healthy-Age Programme. Recommendations for Healthy Ageing: On Behalf of the Healthy-Age Network),” 2021; San Martín et al., 2021). No obstante, el proceso de envejecimiento no es homogéneo, sino que está condicionado por múltiples factores, incluyendo variables biológicas, sociales, económicas y estilos de vida (San Martín et al., 2021).

En este escenario, la actividad física se posiciona como una de las intervenciones más eficaces para retrasar la aparición de discapacidad, fragilidad, depresión y deterioro cognitivo en personas mayores (Moreno-Agostino et al., 2020a). Asimismo, su práctica regular se asocia con una reducción significativa de la mortalidad global y cardiovascular, así como con una mejora de la función física y la probabilidad de envejecer sin discapacidad (Cruzat Bravo & Tauda Tauda, 2026; Moreno-Agostino et al., 2020b).

1.2. Concepto de envejecimiento saludable

La OMS define como envejecimiento saludable “el proceso de desarrollar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez” (Lu et al., 2019).

La capacidad funcional se entiende como poder:

- Cubrir necesidades básicas,
- Aprender, tomar decisiones,
- Cambiar,
- Mantener relaciones,
- Contribuir a la sociedad (Aronson, 2020)

Esta capacidad resulta de la interacción entre la capacidad intrínseca (capacidades físicas y mentales de la persona) y el entorno (hogar, comunidad, políticas, apoyo social) (Gianfredi et al., 2025).

Modelos y revisiones informan que el envejecimiento saludable es multidimensional y complejo, lo que dificulta una definición única y “monolítica” (Menassa et al., 2023; Piriú et al., 2025).

Envejecimiento saludable se entiende hoy como un proceso de vida en el que la persona mantiene, con apoyo de su entorno, las capacidades físicas, mentales, sociales y emocionales necesarias para vivir con bienestar y sentido en la vejez. No equivale a ausencia total de enfermedad, sino a preservar la capacidad funcional y la calidad de vida mediante la interacción entre la persona y su contexto.

Este concepto implica no solo vivir más años, sino hacerlo con menor discapacidad, mayor calidad de vida y menor vulnerabilidad a la fragilidad y la dependencia (Marzo et al., 2023).

2.JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

El envejecimiento poblacional constituye un fenómeno global con importantes implicaciones sanitarias, sociales y económicas. El aumento de la esperanza de vida se ha acompañado de una mayor prevalencia de enfermedades crónicas, fragilidad, discapacidad y dependencia, lo que plantea la necesidad de implementar estrategias eficaces orientadas a promover un envejecimiento saludable.

En este contexto, la actividad física ha sido ampliamente reconocida como una intervención coste-efectiva y basada en evidencia para mejorar la salud y la calidad de vida en personas mayores. Numerosos estudios han demostrado su impacto positivo sobre la capacidad funcional, la prevención de enfermedades crónicas, el mantenimiento de la salud mental y la reducción del riesgo de caídas y fragilidad. A pesar de ello, los niveles de inactividad física continúan siendo elevados en esta población, lo que evidencia una brecha entre la evidencia científica y la práctica real.

Asimismo, existe la necesidad de integrar el ejercicio físico dentro de un enfoque multidimensional del envejecimiento, que contemple no solo aspectos biomédicos, sino también factores psicológicos y sociales. En este sentido, el papel de los profesionales sanitarios —especialmente en el ámbito de la atención primaria y la enfermería— resulta clave en la promoción, prescripción y seguimiento de la actividad física.

Por tanto, este capítulo se justifica por la necesidad de sintetizar la evidencia científica disponible, analizar sus implicaciones clínicas y aportar un marco conceptual que facilite la implementación de intervenciones eficaces orientadas al envejecimiento saludable.

2.1. Objetivo general

- Analizar el papel de la actividad física como estrategia fundamental para promover un envejecimiento saludable, desde una perspectiva integral que incluya dimensiones fisiológicas, cognitivas y psicosociales.

2.2. Objetivos específicos

- Describir los principales cambios asociados al envejecimiento y su relación con la actividad física.
- Examinar los beneficios fisiológicos, cognitivos y emocionales del ejercicio en personas mayores.
- Revisar las recomendaciones internacionales sobre actividad física en población mayor, incluyendo las directrices de la Organización Mundial de la Salud.
- Analizar el papel del ejercicio físico en la prevención de caídas, fragilidad y discapacidad.
- Explorar modelos de programas comunitarios de actividad física y su impacto en la salud y la calidad de vida.
- Identificar barreras y facilitadores para la adherencia a la actividad física en personas mayores.

3. MARCO CONCEPTUAL DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN EL ENVEJECIMIENTO

3.1 Definición de actividad física, ejercicio y condición física en el envejecimiento

En personas mayores, los estudios distinguen con bastante claridad entre actividad física general, ejercicio estructurado y condición física. Esta diferenciación ayuda a diseñar programas de envejecimiento activo ya interpretar sus efectos en salud, funcionalidad y calidad de vida.

Conceptos clave

Actividad física (AF)

La actividad física (AF) se define como cualquier movimiento corporal producido por la musculatura esquelética que incrementa el gasto energético respecto al estado de reposo. Este concepto incluye actividades desarrolladas durante el tiempo libre, el transporte, las tareas domésticas, las acti-

vidades laborales y otras acciones cotidianas que implican movimiento corporal (Concepción et al., 2011).

En las personas mayores, la actividad física constituye un componente esencial del envejecimiento activo y saludable, ya que contribuye al mantenimiento de la funcionalidad, la autonomía y la participación social. Además, la práctica regular de actividad física se asocia con beneficios físicos, psicológicos y sociales, favoreciendo una mejor calidad de vida y una reducción del riesgo de dependencia funcional.

Ejercicio físico

El ejercicio físico representa un subconjunto específico de la actividad física caracterizado por ser planificado, estructurado y repetitivo, con el objetivo de mejorar o mantener distintos componentes de la condición física, como la capacidad aeróbica, la fuerza muscular, el equilibrio o la flexibilidad (Dias et al., 2022).

A diferencia de la actividad física general, el ejercicio físico implica una programación sistemática orientada a producir adaptaciones fisiológicas concretas. En el contexto del envejecimiento, el ejercicio físico constituye una de las intervenciones no farmacológicas más eficaces para prevenir fragilidad, sarcopenia, discapacidad y deterioro funcional.

Diversos estudios han demostrado que programas estructurados de ejercicio producen mejoras significativas en la capacidad funcional, la salud cardiovascular, el equilibrio y el bienestar psicológico de las personas mayores (Dias et al., 2022).

Condición física / aptitud física

La condición física o aptitud física hace referencia al conjunto de capacidades físicas que permiten realizar actividad física de manera eficaz y segura en un entorno físico, social y psicológico determinado. Entre sus principales componentes destacan la fuerza muscular, la resistencia cardiorrespiratoria, la flexibilidad, el equilibrio y la agilidad (Avello-Viveros et al., 2022).

La evaluación de la condición física en personas mayores suele realizarse mediante baterías funcionales validadas, como el Senior Fitness Test o la Short Physical Performance Battery (SPPB), que permiten valorar el rendimiento funcional y detectar situaciones de fragilidad o riesgo de discapacidad.

Mantener una adecuada condición física durante el envejecimiento se relaciona con una mayor autonomía funcional, menor riesgo de caídas y mejor capacidad para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

3.2 Tipos de ejercicio (aeróbico, fuerza, equilibrio, flexibilidad)

El ejercicio físico constituye una de las intervenciones no farmacológicas más eficaces para promover un envejecimiento saludable. En personas ma-

yores, la evidencia científica recomienda programas multicomponente que integren ejercicio aeróbico, entrenamiento de fuerza, trabajo de equilibrio y ejercicios de flexibilidad, adaptados siempre al estado funcional, presencia de enfermedades crónicas y nivel de fragilidad de cada individuo. Esta combinación contribuye a preservar la independencia funcional, reducir el riesgo de caídas y mejorar la calidad de vida (Izquierdo et al., 2024; Mora & Valencia, 2018).

Ejercicio aeróbico o de resistencia

El ejercicio aeróbico mejora la capacidad cardiorrespiratoria, la resistencia física, la movilidad y la velocidad de la marcha. Además, favorece el control de factores de riesgo cardiovascular y ayuda a mantener la autonomía funcional en las actividades de la vida diaria (Bai et al., 2022; Galloza et al., 2017).

Entre las actividades más recomendadas destacan caminar, utilizar cinta de marcha, ciclismo estático o al aire libre, natación, baile, senderismo y subir escaleras. Estas actividades pueden adaptarse fácilmente a distintos niveles funcionales y suelen presentar una buena adherencia en población mayor.

Diversos estudios han demostrado que el entrenamiento aeróbico regular se asocia con mejoras significativas en la capacidad funcional y en el rendimiento físico general, especialmente cuando se combina con otras modalidades de ejercicio (Buriticá-Marín et al., 2023; Valenzuela et al., 2023).

Ejercicio de fuerza o resistencia muscular

El entrenamiento de fuerza es fundamental para prevenir y tratar la pérdida de masa y fuerza muscular asociada al envejecimiento, especialmente en situaciones de sarcopenia y fragilidad. La evidencia actual señala que este tipo de ejercicio mejora la fuerza muscular, la capacidad funcional y el desempeño en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (Shen et al., 2023; Izquierdo et al., 2024).

Los ejercicios más utilizados incluyen sentarse y levantarse de una silla, sentadillas, prensa de piernas, extensiones de rodilla y trabajo con bandas elásticas, mancuernas o máquinas de musculación. Se recomienda realizar ejercicios de fuerza al menos dos veces por semana, ajustando progresivamente la intensidad y el volumen de entrenamiento según la tolerancia individual (Lee et al., 2017).

Además de sus efectos sobre la función física, el entrenamiento de fuerza contribuye a mejorar el equilibrio, la densidad mineral ósea y la prevención de discapacidad física en edades avanzadas (Paterson et al., 2007).

Ejercicio de equilibrio

El deterioro del equilibrio representa uno de los principales factores asociados al riesgo de caídas en personas mayores. Por ello, los programas de entrenamiento orientados a mejorar la estabilidad postural constituyen un componente esencial del ejercicio terapéutico en geriatría.

Las modalidades más eficaces incluyen Tai Chi, yoga adaptado, caminar en tándem, mantenerse sobre un pie, subir y bajar escalones lentamente y ejercicios realizados sobre superficies inestables. También se han incorporado estrategias de doble tarea cognitiva, que combinan movimiento y estimulación cognitiva para mejorar el control postural en situaciones funcionales complejas (Labata-Lezáun et al., 2023; Zhang et al., 2025).

La evidencia muestra que los programas de equilibrio reducen significativamente la incidencia de caídas y mejoran la movilidad y la confianza durante la marcha (Seco et al., 2013).

Ejercicio de flexibilidad

Los ejercicios de flexibilidad y movilidad articular ayudan a mantener el rango de movimiento y favorecen la realización de actividades funcionales cotidianas. Aunque la evidencia científica sobre sus beneficios clínicos es menos sólida que la disponible para el entrenamiento aeróbico y de fuerza, se considera un componente complementario importante dentro de los programas multicomponente (Mora & Valencia, 2018).

Los ejercicios más utilizados incluyen estiramientos estáticos suaves y ejercicios de movilidad articular realizados preferentemente durante la vuelta a la calma. No se recomienda realizar estiramientos intensos inmediatamente antes del entrenamiento de fuerza, ya que pueden disminuir temporalmente el rendimiento muscular (Baptista et al., 2024).

3.3 Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento

El envejecimiento es un proceso biológico progresivo, intrínseco e irreversible que afecta de manera gradual a todos los órganos y sistemas del organismo. Este proceso se caracteriza por una disminución progresiva de la reserva funcional y de la capacidad de adaptación frente al estrés fisiológico, lo que incrementa la vulnerabilidad a enfermedades, discapacidad, fragilidad y mortalidad (Aunan et al., 2016; Cai et al., 2022).

Aunque muchos cambios fisiológicos comienzan desde etapas tempranas de la adultez, suelen hacerse clínicamente relevantes en edades avanzadas o cuando se asocian a enfermedades crónicas y factores ambientales adversos (Boss & Seegmiller, 1981; Preston & Biddell, 2024). El envejecimiento afecta tanto a la estructura como a la función celular y tisular, generando alteraciones acumulativas que repercuten en la funcionalidad y calidad de vida de las personas mayores.

3.3.1. Sistema musculoesquelético y composición corporal

Uno de los sistemas más afectados por el envejecimiento es el musculoesquelético. Con el paso de los años se produce una pérdida progresiva de masa y fuerza muscular conocida como sarcopenia, que constituye uno de los principales factores asociados a fragilidad, dependencia funcional y riesgo de caídas (Andújar, 2019; Macena et al., 2018).

La disminución de la fuerza muscular afecta especialmente a la musculatura de las extremidades inferiores, dificultando actividades funcionales como caminar, levantarse de una silla o subir escaleras. Además, la sarcopenia se asocia a un incremento del riesgo de fracturas, hospitalización y mortalidad (Alsararate, 2025).

Paralelamente, el envejecimiento se acompaña de una reducción progresiva de la masa ósea y de cambios degenerativos articulares, como la artrosis, que generan dolor, rigidez y alteraciones de la movilidad. Estos cambios repercuten negativamente sobre la marcha, el equilibrio y la autonomía funcional (Esquenazi et al., 2014; Saa & García, 2016).

En relación con la composición corporal, también se observa un incremento progresivo del tejido adiposo y una reducción de la masa magra, especialmente de la masa muscular. Esta redistribución corporal favorece la disminución del rendimiento físico y el desarrollo de alteraciones metabólicas (Macena et al., 2018).

3.3.2 Sistema cardiovascular, respiratorio y metabólico

El sistema cardiovascular experimenta importantes modificaciones estructurales y funcionales asociadas al envejecimiento. Entre los cambios más frecuentes destacan el aumento de la rigidez arterial, la disminución de la elasticidad vascular y la reducción de la capacidad funcional cardíaca. Estas alteraciones favorecen el desarrollo de hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca y fibrilación auricular (Sánchez et al., 2014; Preston & Biddell, 2021).

Asimismo, el corazón envejecido presenta modificaciones adaptativas que inicialmente permiten mantener la función cardiovascular, aunque reducen la capacidad de respuesta frente a situaciones de estrés fisiológico o enfermedad aguda (Boss & Seegmiller, 1981).

En el sistema respiratorio se producen cambios anatómicos y funcionales que disminuyen la eficiencia del intercambio gaseoso. Entre ellos destacan la pérdida de elasticidad pulmonar, la reducción de la capacidad vital y el debilitamiento de la musculatura respiratoria. Como consecuencia, las personas mayores presentan menor tolerancia al ejercicio y mayor susceptibilidad a enfermedades respiratorias (Preston & Biddell, 2024).

Desde el punto de vista metabólico, el envejecimiento se asocia a una menor sensibilidad a la insulina y a un incremento progresivo de la glucemia, lo que aumenta el riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2 y otras en-

fermedades metabólicas (Guo et al., 2022). Además, existe un estado inflamatorio crónico de bajo grado relacionado con el envejecimiento —conocido como *inflammaging*— que contribuye al deterioro funcional y a la aparición de múltiples enfermedades crónicas (Khan et al., 2017).

3.4 Beneficios de la actividad física en personas mayores

3.4.1 Beneficios fisiológicos

- Mejora de la capacidad cardiovascular y respiratoria
- Mantenimiento de la masa muscular y prevención de la sarcopenia
- Control de enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión, obesidad)

3.4.2 Beneficios cognitivos

- Prevención del deterioro cognitivo
- Mejora de funciones ejecutivas y memoria
- Reducción del riesgo de demencia

3.4.3 Beneficios emocionales y psicosociales

- Disminución de síntomas de ansiedad y depresión
- Mejora de la autoestima y percepción de bienestar
- Fomento de la socialización y reducción del aislamiento

4. RECOMENDACIONES INTERNACIONALES SOBRE ACTIVIDAD FÍSICA

La evidencia científica actual resume recomendaciones globales orientadas a promover la salud mediante la práctica regular de actividad física, especialmente a partir de las guías de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2020 y de consensos internacionales recientes. Estas recomendaciones destacan las dosis mínimas eficaces de ejercicio, el uso del principio FITT/FITT-VP para la prescripción individualizada, las adaptaciones necesarias en personas mayores y pacientes con enfermedades crónicas, así como la importancia de la seguridad y el cribado previo al ejercicio.

4.1. Directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS)

Las guías de la OMS de 2020 recomiendan que los adultos y las personas mayores realicen entre 150 y 300 minutos semanales de actividad física aeróbica de intensidad moderada, o entre 75 y 150 minutos de intensidad vigorosa, o una combinación equivalente de ambas, además de incorporar ejercicios de fortalecimiento muscular de forma regular (Bull et al., 2020).

Asimismo, las recomendaciones internacionales subrayan la necesidad de reducir el comportamiento sedentario en todas las edades, debido a su asociación con un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares, metabólicas y deterioro funcional (Bull et al., 2020; Chaput et al., 2020; Segar et al., 2020).

Las guías también incluyen recomendaciones específicas para mujeres embarazadas, personas con enfermedades crónicas y personas con discapacidad, destacando que los beneficios de la actividad física superan ampliamente los riesgos cuando la progresión se realiza de manera gradual y adaptada a las características individuales (Bull et al., 2020; DiPietro et al., 2020; Pratt, 2021).

4.2. Frecuencia, intensidad, tiempo y tipo de ejercicio (principio FITT)

En personas mayores de 65 años se recomienda realizar al menos 150 minutos semanales de actividad física moderada o 75 minutos de intensidad vigorosa, complementados con ejercicios de fuerza al menos dos días por semana e incorporando trabajo de equilibrio y flexibilidad (Izquierdo et al., 2024).

Los programas multicomponente —que combinan entrenamiento aeróbico, fuerza, equilibrio y, en algunos casos, tareas cognitivas— han demostrado mejorar la capacidad funcional, prevenir la fragilidad y reducir el riesgo de caídas en población mayor (Izquierdo et al., 2024).

Los rangos de ejercicio más utilizados en personas mayores incluyen:

Figura 1. Ejemplos de dosis de ejercicio físico en personas mayores según consensos internacionales.

Modalidad	Frecuencia	Tiempo o volumen recomendado
Fuerza	2–3 días/semana	1–3 series de 8–12 repeticiones en 8–10 grupos musculares
Aeróbico	3–7 días/semana	20–60 minutos continuos o mediante intervalos
Equilibrio	1–7 días/semana	1–2 series de 4–10 ejercicios

4.2.1 Principio FITT y FITT-VP

Las guías internacionales estructuran la prescripción del ejercicio mediante el principio FITT —frecuencia, intensidad, tiempo y tipo de ejercicio— o FITT-VP, que añade además el volumen y la progresión del entrenamiento (Burnet et al., 2019; Morrison et al., 2026).

Este enfoque permite individualizar la carga de ejercicio y adaptar el estrés fisiológico a las características funcionales y clínicas de cada persona, tanto en población sana como en pacientes con enfermedades crónicas (Stavrinou et al., 2025).

En programas de entrenamiento interválico de alta intensidad, la duración de los intervalos de esfuerzo y recuperación resulta especialmente importante para optimizar las respuestas cardiorrespiratorias y favorecer la adherencia. La evidencia muestra que pueden obtenerse beneficios significativos incluso con una o dos sesiones semanales y sin necesidad de alcanzar intensidades máximas (Stavrinou et al., 2025).

Las recomendaciones actuales enfatizan también la importancia de la progresión gradual, la individualización y el disfrute de la actividad física como elementos clave para combatir el sedentarismo y mejorar la adherencia a largo plazo (Segar et al., 2020; Burnet et al., 2019).

4.3. Adaptaciones según nivel funcional y comorbilidades

La actividad física actúa tanto como estrategia preventiva como terapéutica frente a numerosas enfermedades crónicas, incluyendo patologías cardiometabólicas, respiratorias, musculoesqueléticas, neuropsicológicas y reumáticas (Anderson & Durstine, 2019; Booth et al., 2012).

En personas mayores frágiles se recomienda realizar una valoración geriátrica integral y un abordaje multidisciplinar que permita ajustar el tipo de ejercicio, la dosis y la progresión según las capacidades funcionales, el entorno y las preferencias individuales (Izquierdo et al., 2024).

En enfermedades como la EPOC o los trastornos reumáticos, los programas deben considerar síntomas específicos como disnea o dolor, así como las barreras motivacionales y funcionales, integrando ejercicio aeróbico, entrenamiento de fuerza y estrategias de cambio conductual (Xiang et al., 2022; Casanova-Rodríguez et al., 2025).

4.4. Seguridad en la práctica de actividad física

Las guías de la OMS señalan que, en todas las poblaciones, los beneficios de la actividad física superan ampliamente los posibles riesgos cuando la progresión del ejercicio se realiza de forma gradual y supervisada (Bull et al., 2020).

La evidencia disponible indica que los eventos graves relacionados con el ejercicio físico son muy infrecuentes cuando se aplican estrategias de “empezar despacio y progresar gradualmente”, especialmente en programas de intensidad moderada (Franklin et al., 2020; Hirata et al., 2025).

Las evaluaciones previas al ejercicio suelen incluir historia clínica, valoración de síntomas, factores de riesgo cardiovascular, nivel actual de actividad física y exploración funcional. Dependiendo de los hallazgos clínicos, pueden requerirse pruebas complementarias antes de iniciar programas de ejercicio de mayor intensidad (Riebe et al., 2015; Joisten et al., 2025).

La prescripción del ejercicio debe seguir el modelo FITT-VP y considerar los objetivos terapéuticos, el entorno, las limitaciones funcionales y las pre-

ferencias de la persona para garantizar seguridad y adherencia (Ory et al., 2005).

5. ACTIVIDAD FÍSICA COMO ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN

5.1. Prevención de caídas

La evidencia científica actual demuestra que la actividad física estructurada constituye una de las estrategias más eficaces para prevenir caídas, reducir la fragilidad y retrasar la aparición de discapacidad en personas mayores. Los programas de ejercicio mejoran la fuerza muscular, el equilibrio, la movilidad y la capacidad funcional, favoreciendo el mantenimiento de la autonomía y la calidad de vida.

5.2 Factores de riesgo

Las caídas representan uno de los principales síndromes geriátricos y constituyen una causa importante de discapacidad, institucionalización y mortalidad en la población mayor. Los factores de riesgo asociados a las caídas pueden clasificarse en intrínsecos y extrínsecos o ambientales.

Entre los factores intrínsecos destacan la debilidad muscular, la disminución de la velocidad de la marcha, las alteraciones del equilibrio y del control postural, el deterioro sensorial y la reducción del tiempo de reacción. Muchos de estos factores se relacionan estrechamente con el envejecimiento neuromuscular y el sedentarismo (Colón-Emeric et al., 2024; Zhong et al., 2024).

Asimismo, existen factores conductuales y ambientales que incrementan el riesgo de caídas, como la inactividad física, la baja adherencia al ejercicio, el uso de determinados medicamentos, la presencia de obstáculos en el hogar, los suelos irregulares y una iluminación deficiente (Guirguis-Blake et al., 2024).

5.3 Programas de entrenamiento de equilibrio

Diversos estudios y meta-análisis han demostrado que los programas de ejercicio físico reducen significativamente tanto la tasa de caídas como el número de personas que sufren caídas. Los mejores resultados se observan en programas que combinan entrenamiento de fuerza y ejercicios de equilibrio realizados al menos tres veces por semana durante períodos de 12 a 24 semanas (Sun et al., 2021; Wiedenmann et al., 2023).

Los programas centrados en el equilibrio y el control postural, incluyendo modalidades como el Tai Chi, muestran reducciones aproximadas del 23 % al 58 % en la incidencia de caídas, siendo una de las intervenciones más eficaces descritas en la literatura científica (Choudhary et al., 2025; Yu et al., 2025).

Por otra parte, los programas multicomponente —que integran fuerza, equilibrio y entrenamiento funcional— consiguen reducciones de entre un

20 % y un 45 % en las caídas, además de disminuir las lesiones relacionadas y las visitas a servicios de urgencias (Sadaqa et al., 2023).

Los programas domiciliarios de fuerza y equilibrio también han mostrado resultados favorables, especialmente en personas mayores con antecedentes previos de caídas. Liu-Ambrose et al. (2019) observaron una reducción significativa del riesgo de nuevas caídas mediante programas supervisados realizados en el domicilio.

Las intervenciones multifactoriales desarrolladas desde el ámbito clínico —que combinan ejercicio, revisión farmacológica, modificación ambiental y educación sanitaria— también muestran beneficios, aunque los efectos suelen ser algo menores que los obtenidos mediante programas de ejercicio estructurado aislado (Guirguis-Blake et al., 2024).

5.4. Prevención de fragilidad y discapacidad

La fragilidad es un síndrome geriátrico caracterizado por una disminución de la reserva fisiológica y de la resistencia frente a factores estresantes. Fried et al. (2001) definieron el fenotipo de fragilidad mediante la presencia de al menos tres de los siguientes criterios: pérdida de peso involuntaria, agotamiento, debilidad muscular, lentitud de la marcha y bajo nivel de actividad física.

La fragilidad se asocia con mayor riesgo de caídas, discapacidad, hospitalización, institucionalización y mortalidad (Shamliyan et al., 2013). Su prevalencia aumenta con la edad, aunque actualmente se reconoce que puede prevenirse e incluso revertirse, especialmente en fases iniciales o prefrágiles (Rohrmann, 2020).

La evidencia científica demuestra que los programas de ejercicio multi-componente —que combinan entrenamiento de fuerza, resistencia aeróbica, equilibrio y flexibilidad— producen mejoras significativas en la fuerza muscular, la velocidad de la marcha, el equilibrio y la capacidad funcional global (Yang et al., 2024).

Asimismo, diferentes estudios han observado mejoras relevantes en pruebas funcionales como la *Short Physical Performance Battery* (SPPB) y el *Timed Up and Go* (TUG), además de reducciones en los criterios clínicos de fragilidad (Angulo et al., 2020).

En personas mayores institucionalizadas, los programas multicomponente han mostrado incluso capacidad para revertir estados de fragilidad en aproximadamente un tercio de los participantes, mejorando además la autonomía funcional y la calidad de vida (Martínez-Montás et al., 2025).

De igual forma, el proyecto SPRINTT evidenció que un programa multi-componente asociado a asesoramiento nutricional y apoyo tecnológico reducía la incidencia de discapacidad de movilidad y ralentizaba el deterioro funcional hasta 36 meses en personas mayores frágiles con sarcopenia (Bernabei et al., 2022).

6. ROL DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

La literatura científica coincide en señalar que los profesionales sanitarios desempeñan un papel fundamental en la promoción de la AF y en la prevención del sedentarismo. No obstante, la integración de la actividad física en la práctica clínica cotidiana continúa siendo irregular y limitada debido a barreras como la falta de tiempo, la escasa formación específica, la baja confianza profesional y la ausencia de circuitos claros de derivación y coordinación interdisciplinar (Albert et al., 2020; Laflamme et al., 2025).

A pesar de estas limitaciones, existen recomendaciones internacionales y modelos organizativos que apoyan la incorporación sistemática de la promoción de actividad física en atención primaria, atención comunitaria y otros niveles asistenciales (Brannan et al., 2019).

6.1. Promoción de la actividad física desde enfermería

La enfermería, especialmente en el ámbito de atención primaria y comunitaria, ocupa una posición privilegiada para promover estilos de vida activos debido a su contacto continuado, cercano y de confianza con la población, particularmente con personas mayores y pacientes con enfermedades crónicas (Ribeiro et al., 2022).

Las enfermeras suelen percibir la promoción de la actividad física como parte inherente de su rol profesional y consideran que constituye una intervención relevante para favorecer el envejecimiento activo y prevenir enfermedades crónicas (Van Hell-Cromwijk et al., 2021; Cunningham & O'Sullivan, 2021).

Sin embargo, diferentes estudios identifican múltiples barreras que dificultan la incorporación sistemática de la promoción de actividad física en la práctica clínica diaria. Entre ellas destacan la falta de tiempo durante la consulta, la existencia de otras prioridades asistenciales, el desconocimiento de guías de ejercicio, la falta de herramientas específicas y el temor a posibles eventos adversos como caídas en personas mayores (Douglas et al., 2006; Albert et al., 2020).

Entre las principales funciones de enfermería relacionadas con la promoción de la actividad física destacan:

- Detectar niveles insuficientes de actividad física y sedentarismo.
- Educar y motivar a los pacientes sobre los beneficios del ejercicio.
- Integrar la actividad física dentro del plan terapéutico y del envejecimiento saludable.
- Realizar seguimiento de objetivos y adherencia.
- Coordinar recursos comunitarios y derivaciones a otros profesionales.

6.2. Educación para la salud y cambio de conducta

La estrategia más utilizada por los profesionales sanitarios para promover actividad física es el consejo breve o counselling sobre ejercicio. La evidencia muestra que estas intervenciones son más eficaces cuando se realizan de manera rutinaria y se acompañan de apoyo comunitario y seguimiento conductual (Lion et al., 2018; Osinaike et al., 2025).

Las intervenciones centradas en el cambio de comportamiento incluyen técnicas como la entrevista motivacional, las conversaciones centradas en la persona, el establecimiento de objetivos realistas y el refuerzo del apoyo social (Reid et al., 2022).

Asimismo, los programas de formación estructurada dirigidos a profesionales sanitarios —tanto en formación de grado como en programas de educación continuada y e-learning— mejoran significativamente los conocimientos, habilidades y confianza para abordar conversaciones sobre actividad física y sedentarismo (Alsop et al., 2023).

Las competencias básicas recomendadas para los profesionales sanitarios incluyen:

- Explicar los beneficios de la actividad física y los riesgos del sedentarismo.
- Iniciar conversaciones sobre movimiento y ejercicio en todas las oportunidades apropiadas.
- Aplicar técnicas breves de cambio conductual.
- Identificar barreras individuales y facilitar derivaciones cuando sea necesario.

6.3. Trabajo interdisciplinar

La promoción eficaz de la actividad física requiere un abordaje multidisciplinar e interdisciplinar que integre diferentes perfiles profesionales, incluyendo médicos, enfermeras, fisioterapeutas, psicólogos, dietistas, trabajadores sociales y especialistas en ejercicio físico (Boričić et al., 2023).

La evidencia muestra que las intervenciones integrales que combinan actividad física, alimentación saludable y apoyo psicológico mejoran los niveles de actividad física, la composición corporal, el riesgo cardiometabólico y la calidad de vida (Prats-Armon et al., 2024; Rapisarda et al., 2021).

En esta línea, los equipos interdisciplinarios favorecen una atención más centrada en la persona y una mayor continuidad asistencial. Sin embargo, la implementación de estos modelos presenta desafíos relacionados con la ambigüedad de roles, los problemas de coordinación y la falta de formación específica en trabajo colaborativo (Traylor et al., 2021).

En atención primaria, la incorporación de fisioterapeutas de primer contacto y profesionales comunitarios como link workers ha demostrado mejo-

rar el apoyo conductual, el seguimiento y la derivación hacia recursos de actividad física comunitaria (Osinaike et al., 2025).

7. CONCLUSIONES

La actividad física constituye una de las estrategias no farmacológicas más eficaces y con mayor respaldo científico para promover un envejecimiento saludable. La evidencia revisada demuestra que la práctica regular de ejercicio físico contribuye significativamente al mantenimiento de la capacidad funcional, la prevención de la fragilidad y la discapacidad, la mejora de la salud cardiovascular y metabólica, así como a la preservación de la función cognitiva y del bienestar emocional en las personas mayores.

El envejecimiento debe entenderse como un proceso multidimensional en el que intervienen factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales. En este contexto, la actividad física no solo favorece la longevidad, sino también la posibilidad de mantener autonomía, participación social y calidad de vida durante la vejez. Los programas multicomponente que integran ejercicio aeróbico, entrenamiento de fuerza, equilibrio y flexibilidad han demostrado ser especialmente eficaces para reducir el riesgo de caídas, mejorar la movilidad y retrasar la aparición de dependencia funcional.

Asimismo, las recomendaciones internacionales, especialmente las establecidas por la Organización Mundial de la Salud, subrayan la necesidad de incorporar la actividad física de forma regular y adaptada a las capacidades funcionales y comorbilidades de cada persona mayor. La individualización del ejercicio, la progresión gradual y el enfoque centrado en la persona son elementos esenciales para garantizar seguridad, adherencia y efectividad de las intervenciones.

Por otra parte, persisten importantes desafíos relacionados con el elevado sedentarismo en la población mayor, las barreras para la adherencia y la limitada integración de la promoción de la actividad física en la práctica clínica habitual. En este sentido, los profesionales sanitarios —y particularmente la enfermería— desempeñan un papel clave en la educación para la salud, el asesoramiento, la motivación y el acompañamiento de las personas mayores hacia estilos de vida más activos. La coordinación interdisciplinar y el desarrollo de programas comunitarios accesibles representan estrategias fundamentales para favorecer la implementación sostenible de estas intervenciones.

En conclusión, promover la actividad física en las personas mayores no debe considerarse únicamente una recomendación de estilo de vida, sino una intervención prioritaria de salud pública orientada a preservar la funcionalidad, reducir la carga de enfermedad y favorecer un envejecimiento más activo, autónomo y saludable. La incorporación sistemática de estrategias de ejercicio físico en los distintos niveles asistenciales y comunitarios constituye

una necesidad creciente ante el progresivo envejecimiento de la población mundial.

8. REFERENCIAS

- Albert, F., Crowe, M., Malau-Aduli, A., & Malau-Aduli, B. (2020). Physical activity promotion: A systematic review of the perceptions of healthcare professionals. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17. <https://doi.org/10.3390/ijerph17124358>
- Alsaratee, H. (2025). How do physiological ageing and frailty affect human body systems? *Journal of Prescribing Practice*. <https://doi.org/10.12968/jprp.2025.0091>
- Alsop, T., Lehman, E., Brauer, S., Forbes, R., Hanson, C., Healy, G., Milton, K., Reid, H., Rosbergen, I., & Gomersall, S. (2023). What should all health professionals know about movement behaviour change? An international Delphi-based consensus statement. *British Journal of Sports Medicine*, 57, 1419–1427. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2023-106870>
- Anderson, E., & Durstine, J. (2019). Physical activity, exercise, and chronic diseases: A brief review. *Sports Medicine and Health Science*, 1, 3–10. <https://doi.org/10.1016/j.smhs.2019.08.006>
- Andújar, A. (2019). Prevención de la fragilidad y caídas en mayores mediante el ejercicio físico. *Revista Española de Educación Física y Deportes*. <https://doi.org/10.55166/reefd.vi426.762>
- Angulo, J., Assar, E., Álvarez-Bustos, A., & Rodríguez-Mañas, L. (2020). Physical activity and exercise: Strategies to manage frailty. *Redox Biology*, 35. <https://doi.org/10.1016/j.redox.2020.101513>
- Arkkukangas, M., Bååthe, K., Hamilton, J., Hassan, A., & Tonkonogi, M. (2024). FallFitness exercise program provided using the train-the-trainer approach for community-dwelling older adults: A randomized controlled trial. *BMC Geriatrics*, 24. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-05575-0>
- Aronson, L. (2020). Healthy Aging Across the Stages of Old Age. *Clinics in Geriatric Medicine*, 36(4), 549–558. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2020.06.001>
- Aunan, J. R., Watson, M. M., Hagland, H. R., & Søreide, K. (2016). Molecular and biological hallmarks of ageing. *British Journal of Surgery*, 103(2), e29–e46. <https://doi.org/10.1002/bjs.10053>
- Avello-Viveros, C., Ulloa-Mendoza, R., Duran-Aguero, S., Carrasco-Castro, R., & Pizarro-Mena, R. (2022). Asociación entre nivel de actividad física y motivación en personas mayores que practican running (Association between level of physical activity and motivation in older people who practice running). *Retos*, 46, 431–441. <https://doi.org/10.47197/retos.v46.93397>
- Bai, X., Soh, K., Dev, R., Talib, O., Xiao, W., Soh, K., Ong, S., Zhao, C., Galeru, O., & Casaru, C. (2022). Aerobic exercise combination intervention to improve physical performance among the elderly: A systematic review. *Frontiers in Physiology*, 12, 798068. <https://doi.org/10.3389/fphys.2021.798068>
- Baptista, F., Andias, R., Rocha, N., & Silva, A. (2024). A practice guide for physical therapists prescribing physical exercise for older adults. *Journal of Aging and Physical Activity*, 1–13. <https://doi.org/10.1123/japa.2023-0283>
- Bauman, A., Merom, D., Bull, F. C., Buchner, D. M., & Fiatarone Singh, M. A. (2016). Updating the Evidence for Physical Activity: Summative Reviews of the Epidemiological Evidence, Prevalence, and Interventions to Promote “Active Aging.” *The Gerontologist*, 56(Suppl 2), S268–S280. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw031>

- Bernabei, R., Landi, F., Calvani, R., Cesari, M., Del Signore, S., Anker, S., Bejuit, R., Bordes, P., Cherubini, A., Cruz-Jentoft, A., Di Bari, M., Friede, T., Ayestarán, C., Goyeau, H., Jonsson, P., Kashiwa, M., Lattanzio, F., Maggio, M., Mariotti, L., et al. (2022). Multicomponent intervention to prevent mobility disability in frail older adults: Randomised controlled trial (SPRINTT project). *The BMJ*, 377. <https://doi.org/10.1002/jcsm.13870>
- Booth, F., Roberts, C., & Laye, M. (2012). Lack of exercise is a major cause of chronic diseases. *Comprehensive Physiology*, 2. <https://doi.org/10.1002/cphy.c110025>
- Boričić, K., Tošić, M., & Šiljak, S. (2023). A view of multidisciplinary health promotion teams. *Srpski Medicinski Casopis Lekarske Komore*. <https://doi.org/10.5937/smclk4-45438>
- Boss, G. R., & Seegmiller, J. E. (1981). Age-related physiological changes and their clinical significance. *Western Journal of Medicine*, 135(6), 434–440.
- Brannan, M., Bernardotto, M., Clarke, N., & Varney, J. (2019). Moving healthcare professionals – A whole system approach to embed physical activity in clinical practice. *BMC Medical Education*, 19. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1517-y>
- Bull, F., Al-Ansari, S., Biddle, S., Borodulin, K., Buman, M., Cardon, G., Carty, C., Chaput, J., Chastin, S., Chou, R., Dempsey, P., DiPietro, L., Ekelund, U., Firth, J., Friedenreich, C., Garcia, L., Gichu, M., Jago, R., Katzmarzyk, P., Lambert, E., et al. (2020). World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *British Journal of Sports Medicine*, 54, 1451–1462. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2020-102955>
- Buriticá-Marín, E., Daza-Arana, J., Jaramillo-Losada, J., Riascos-Zuñiga, A., & Ordóñez-Mora, L. (2023). Effects of a physical exercise program on the physical capacities of older adults: A quasi-experimental study. *Clinical Interventions in Aging*, 18, 273–282. <https://doi.org/10.2147/CIA.S388052>
- Burnet, K., Kelsch, E., Zieff, G., Moore, J., & Stoner, L. (2019). How fitting is F.I.T.T.? A perspective on a transition from the sole use of frequency, intensity, time, and type in exercise prescription. *Physiology & Behavior*, 199, 33–34. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2018.11.007>
- Cai, Y., Song, W., Li, J., Jing, Y., Liang, C., Zhang, L., et al. (2022). The landscape of aging. *Science China Life Sciences*, 65, 2354–2454. <https://doi.org/10.1007/s11427-022-2161-3>
- Casanova-Rodríguez, D., Ranchal-Sánchez, A., Rodríguez, R., & Jurado-Castro, J. (2025). Aerobic exercise prescription for pain reduction in fibromyalgia: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Pain*, 29. <https://doi.org/10.1002/ejp.4783>
- Chaput, J., Willumsen, J., Bull, F., Chou, R., Ekelund, U., Firth, J., Jago, R., Ortega, F., & Katzmarzyk, P. (2020). 2020 WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour for children and adolescents aged 5–17 years: Summary of the evidence. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 17. <https://doi.org/10.1186/s12966-020-01037-z>
- Chittrakul, J., Siviroy, P., Sungkarat, S., & Sapbamrer, R. (2020). Multi-system physical exercise intervention for fall prevention and quality of life in pre-frail older adults: A randomized controlled trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17. <https://doi.org/10.3390/ijerph17093102>
- Choudhary, P., Choudhary, S., Saha, S., Katanić, B., Ilbak, I., & Tornóczy, G. (2025). Effectiveness of balance- and strength-based exercise interventions for fall prevention in community-dwelling older adults: A systematic review of randomized controlled trials. *Life*, 16. <https://doi.org/10.3390/life16010041>
- Colón-Emeric, C., McDermott, C., Lee, D., & Berry, S. (2024). Risk assessment and prevention of falls in older community-dwelling adults: A review. *JAMA*. <https://doi.org/10.1001/jama.2024.1416>
- Concepción, M., M. M., B. R., & K. B. (2011). La actividad física y la psicomotricidad en las personas mayores: Sus contribuciones para el envejecimiento activo, saludable y satisfactorio (pp. 179–192).

- Cruzat Bravo, E., & Tauda Tauda, M. (2026). Actividad física y envejecimiento saludable: revisión sistemática de evidencia en cohortes prospectivas. *Retos*, 75, 523–544. <https://doi.org/10.47197/retos.v74.117489>
- Cunningham, C., & O'Sullivan, R. (2021). Healthcare professionals promotion of physical activity with older adults: A survey of knowledge and routine practice. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18. <https://doi.org/10.3390/ijerph18116064>
- Dias, B. L., Porto, A. L. D., & Andrade, D. L. M. de. (2022). Exercício físico e envelhecimento: Uma perspectiva muscular, cardiovascular e psicológica / Physical exercise and aging: A muscular, cardiovascular and psychological perspective. *Brazilian Journal of Health Review*, 5(2), 6706–6721. <https://doi.org/10.34119/bjhrv5n2-240>
- DiPietro, L., Al-Ansari, S., Biddle, S., Borodulin, K., Bull, F., Buman, M., Cardon, G., Carty, C., Chaput, J., Chastin, S., Chou, R., Dempsey, P., Ekelund, U., Firth, J., Friedenreich, C., Garcia, L., Gichu, M., Jago, R., Katzmarzyk, P., et al. (2020). Advancing the global physical activity agenda: Recommendations for future research by the 2020 WHO physical activity and sedentary behavior guidelines development group. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 17. <https://doi.org/10.1186/s12966-020-01042-2>
- Douglas, F., Van Teijlingen, E., Torrance, N., Fearn, P., Kerr, A., & Meloni, S. (2006). Promoting physical activity in primary care settings: Health visitors' and practice nurses' views and experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 55(2), 159–168. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03903.x>
- Esquenazi, D., Silva, S. B., Antônio, M., & Guimarães, M. A. (2014). Aspectos fisiopatológicos do envelhecimento humano e quedas em idosos. <https://doi.org/10.12957/rhupe.2014.10124>
- Franklin, B., Eijsvogels, T., Pandey, A., Quindry, J., & Toth, P. (2022). Physical activity, cardiorespiratory fitness, and cardiovascular health: A clinical practice statement of the American Society for Preventive Cardiology. *American Journal of Preventive Cardiology*, 12. <https://doi.org/10.1016/j.ajpc.2022.100425>
- Franklin, B., Thompson, P., Al-Zaiti, S., Albert, C., Hivert, M., Levine, B., Lobelo, F., Madan, K., Sharrief, A., & Eijsvogels, T. (2020). Exercise-related acute cardiovascular events and potential deleterious adaptations following long-term exercise training. *Circulation*, e705–e736. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000749>
- Fried, L., Tangen, C., Walston, J., Newman, A., Hirsch, C., Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, W., Burke, G., & McBurnie, M. (2001). Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology Series A*, 56(3), M146–M156. <https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.M146>
- Galloza, J., Castillo, B., & Micheo, W. (2017). Benefits of exercise in the older population. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 28(4), 659–669. <https://doi.org/10.1016/j.pmr.2017.06.001>
- Gianfredi, V., Nucci, D., Pennisi, F., Maggi, S., Veronese, N., & Soysal, P. (2025). Aging, longevity, and healthy aging: the public health approach. *Aging Clinical and Experimental Research*, 37(1), 125. <https://doi.org/10.1007/s40520-025-03021-8>
- Gschwind, Y., Kressig, R., Lacroix, A., Muehlbauer, T., Pfenninger, B., & Granacher, U. (2013). A best practice fall prevention exercise program to improve balance, strength/power, and psychosocial health in older adults. *BMC Geriatrics*, 13, 105. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-13-105>
- Guirguis-Blake, J., Perdue, L., Coppola, E., & Bean, S. (2024). Interventions to prevent falls in older adults: Updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*. <https://doi.org/10.1001/jama.2024.4166>

- Guo, J., Huang, X., Dou, L., Yan, M., Shen, T., Tang, W., & Li, J. (2022). Aging and aging-related diseases: From molecular mechanisms to interventions and treatments. *Signal Transduction and Targeted Therapy*, 7, 391. <https://doi.org/10.1038/s41392-022-01251-0>
- Hirata, A., Takao, Y., Seto, T., Kurose, S., Saito, Y., Sato, S., Tsuzuku, S., & Oguma, Y. (2025). Safe engagement in physical activity through pre-exercise risk assessment: An observational study at a single facility over 16 years. *Frontiers in Public Health*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1563385>
- Izquierdo, M., De Souto Barreto, P., Arai, H., Bischoff-Ferrari, H., Cadore, E. L., Cesari, M., Chen, L. K., Coen, P. M., Courneya, K. S., Duque, G., Ferrucci, L., Fielding, R. A., García-Hermoso, A., Gutiérrez-Robledo, L. M., Harridge, S. D. R., Kirk, B., Kritchevsky, S. B., Landi, F., Lazarus, N. R., et al. (2024). Global consensus on optimal exercise recommendations for enhancing healthy longevity in older adults (ICFSR). *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 29, 100401. <https://doi.org/10.1016/j.jnha.2024.100401>
- Izquierdo, M., De Souto Barreto, P., Arai, H., Bischoff-Ferrari, H., Cadore, E., Cesari, M., Chen, L., Coen, P., Courneya, K., Duque, G., Ferrucci, L., Fielding, R., García-Hermoso, A., Gutiérrez-Robledo, L., Harridge, S., Kirk, B., Kritchevsky, S., Landi, F., Lazarus, N., et al. (2024). Global consensus on optimal exercise recommendations for enhancing healthy longevity in older adults (ICFSR). *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 29. <https://doi.org/10.1016/j.jnha.2024.100401>
- Joisten, C., Hirschmüller, A., Bauer, P., Baum, E., Behrens, M., Berrisch-Rahmel, S., et al. (2025). Sports preparticipation evaluation for healthy adults: A consensus-based German guideline. *Sports Medicine*, 55, 1827–1851. <https://doi.org/10.1007/s40279-025-02230-5>
- Khan, S. S., Singer, B. D., & Vaughan, D. E. (2017). Molecular and physiological manifestations and measurement of aging in humans. *Aging Cell*, 16(4), 624–633. <https://doi.org/10.1111/accel.12601>
- La Touche, R., Fierro-Marrero, J., Sanchez-Ruiz, I., De Rivera-Romero, B., Cabrera-López, C., Lerma-Lara, S., Requejo-Salinas, N., De Asís-Fernández, F., Elizagaray-García, I., Fernández-Carnero, J., et al. (2023). Prescription of therapeutic exercise in migraine, an evidence-based clinical practice guideline. *The Journal of Headache and Pain*, 24. <https://doi.org/10.1186/s10194-023-01571-8>
- Labata-Lezáun, N., Rodríguez-Rodríguez, S., López-De-Celis, C., Rodríguez-Sanz, J., Canet-Vintró, M., Rodríguez-Oviedo, G., González-Rueda, V., & Pérez-Bellmunt, A. (2023). Effectiveness of different training modalities on static balance in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Life*, 13(5), 1193. <https://doi.org/10.3390/life13051193>
- Laflamme, G., Trudeau, F., Lehoux, M., Lemoyne, J., Brousseau-Foley, M., & Houle, J. (2025). Healthcare professionals' practices and barriers in assessing and promoting physical activity in primary care: A descriptive study. *BMC Primary Care*, 26. <https://doi.org/10.1186/s12875-025-03138-9>
- Lee, P. G., Jackson, E. A., & Richardson, C. R. (2017). Exercise prescriptions in older adults. *American Family Physician*, 95(7), 425–432.
- Lion, A., Vuillemin, A., Thornton, J., Theisen, D., Stranges, S., & Ward, M. (2018). Physical activity promotion in primary care: A Utopian quest? *Health Promotion International*, 34, 877–886. <https://doi.org/10.1093/heapro/day038>
- Liu-Ambrose, T., Davis, J., Best, J., Dian, L., Madden, K., Cook, W., Hsu, C., & Khan, K. (2019). Effect of a home-based exercise program on subsequent falls among community-dwelling high-risk older adults after a fall: A randomized clinical trial. *JAMA*, 321(21), 2092–2100. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.5795>

- Lu, W., Pikhart, H., & Sacker, A. (2019). Domains and Measurements of Healthy Aging in Epidemiological Studies: A Review. *The Gerontologist*, 59(4), e294–e310. <https://doi.org/10.1093/geront/gny029>
- Macena, W. G., Hermano, L. O., & Costa, T. C. (2018). Alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento. *Revista Mosaicum*, 15(27), 223–238. <https://doi.org/10.26893/rm.v15i27.64>
- Martínez-Montás, G., Sanz-Matesanz, M., Benítez-Sillero, J., & Martínez-Aranda, L. (2025). Prevention and mitigation of frailty syndrome in institutionalised older adults through physical activity: A systematic review. *Healthcare*, 13. <https://doi.org/10.3390/healthcare13030276>
- Marzo, R. R., Khanal, P., Shrestha, S., Mohan, D., Myint, P. K., & Su, T. T. (2023). Determinants of active aging and quality of life among older adults: systematic review. *Frontiers in Public Health*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1193789>
- Menassa, M., Stronks, K., Khatami, F., Roa Díaz, Z. M., Espinola, O. P., Gamba, M., Itodo, O. A., Buttia, C., Wehrli, F., Minder, B., Velarde, M. R., & Franco, O. H. (2023). Concepts and definitions of healthy ageing: a systematic review and synthesis of theoretical models. *EClinicalMedicine*, 56, 101821. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101821>
- Mora, J. C., & Valencia, W. M. (2018). Exercise and older adults. *Clinics in Geriatric Medicine*, 34(1), 145–162. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2017.08.007>
- Moreno-Agostino, D., Daskalopoulou, C., Wu, Y.-T., Koukounari, A., Haro, J. M., Tyrovolas, S., Panagiotakos, D. B., Prince, M., & Prina, A. M. (2020a). The impact of physical activity on healthy ageing trajectories: evidence from eight cohort studies. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 17(1), 92. <https://doi.org/10.1186/s12966-020-00995-8>
- Moreno-Agostino, D., Daskalopoulou, C., Wu, Y.-T., Koukounari, A., Haro, J. M., Tyrovolas, S., Panagiotakos, D. B., Prince, M., & Prina, A. M. (2020b). The impact of physical activity on healthy ageing trajectories: evidence from eight cohort studies. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 17(1), 92. <https://doi.org/10.1186/s12966-020-00995-8>
- Morrison, R., Mannion, L., & MacDonncha, C. (2026). Attention to principles of training and exercise prescription in systematic reviews of exercise for functional performance in older adults: An umbrella review. *Systematic Reviews*, 15. <https://doi.org/10.1186/s13643-025-03049-x>
- Ory, M., Resnick, B., Jordan, P., Coday, M., Riebe, D., Garber, C., Pruitt, L., & Bazzarre, T. (2005). Screening, safety, and adverse events in physical activity interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, 29, 20–28. https://doi.org/10.1207/s15324796abm2902s_5
- Osinaike, J., Copeland, R., Myers, A., & Hardcastle, S. (2025). Physical activity promotion practice within primary care: A cross-sectional survey of primary care health professionals in England. *BMJ Open*, 15. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-093632>
- Palomo, I., García, F., Albala, C., Wehinger, S., Fuentes, M., Alarcón, M., Arauna, D., Montecino, H., Méndez, D., Sepúlveda, M., Fuica, P., & Fuentes, E. (2022). Characterization by gender of frailty syndrome in elderly people according to frail trait scale and Fried frailty phenotype. *Journal of Personalized Medicine*, 12. <https://doi.org/10.3390/jpm12050712>
- Paterson, D. H., Jones, G. R., & Rice, C. L. (2007). Ageing and physical activity: Evidence to develop exercise recommendations for older adults. *Canadian Journal of Public Health*, 98(Suppl. 2), S69–S108. <https://doi.org/10.1139/H07-111>
- Pellerine, L., O'Brien, M., Shields, C., Crowell, S., Strang, R., & Fowles, J. (2022). Health care providers' perspectives on promoting physical activity and exercise in health care. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19. <https://doi.org/10.3390/ijerph19159466>

- Piriu, A. A., Bufali, M. V., Cappellaro, G., Compagni, A., & Torbica, A. (2025). Conceptualisation and measurement of healthy ageing: Insights from a systematic literature review. *Social Science & Medicine*, 374, 117933. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2025.117933>
- Prats-Armon, M., Puig-Llobet, M., Barceló-Peiró, O., Ribot-Domènech, I., Vilalta-Sererols, C., Fontecha-Valero, B., Heras-Ojeda, M., Agüera, Z., Lluch-Canut, T., Moreno-Poyato, A., & Moreno-Arroyo, M. (2024). An interdisciplinary intervention based on prescription of physical activity, diet, and positive mental health to promote healthy lifestyle in patients with obesity: A randomized control trial. *Nutrients*, 16. <https://doi.org/10.3390/nu16162776>
- Pratt, M. (2021). What's new in the 2020 World Health Organization guidelines on physical activity and sedentary behavior? *Journal of Sport and Health Science*, 10, 288–289. <https://doi.org/10.1016/j.jshs.2021.02.004>
- Preston, J., & Biddell, B. (2021). The physiology of ageing and how these changes affect older people. *Medicine*. <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2020.10.011>
- Preston, J., & Biddell, B. (2024). The physiology of ageing and how these changes affect older people. *Medicine*. <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2024.08.002>
- Programa de Intervención Multidominio Healthy-Age. Recomendaciones para un envejecimiento saludable: por la red Healthy-Age (Multidomain Healthy-Age Programme. Recommendations for Healthy Ageing: On Behalf of the Healthy-Age Network). (2021). *Cultura, Ciencia y Deporte*, 16(48). <https://doi.org/10.12800/ccd.v16i48.1743>
- Rapisarda, V., Cannizzaro, E., Barchitta, M., Vitale, E., Cinà, D., Minciullo, F., Matera, S., Bracci, M., Agodi, A., & Ledda, C. (2021). A combined multidisciplinary intervention for health promotion in the workplace: A pilot study. *Journal of Clinical Medicine*, 10. <https://doi.org/10.3390/jcm10071512>
- Reid, H., Smith, R., Williamson, W., Baldock, J., Caterson, J., Kluzek, S., Jones, N., & Copeland, R. (2022). Use of the behaviour change wheel to improve everyday person-centred conversations on physical activity across healthcare. *BMC Public Health*, 22. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14178-6>
- Ribeiro, L., Caldas, T., Vinhas, H., Castro, P., Frederico, A., & Tranco, A. (2022). The role of the primary health care nurse in promoting active aging: Scoping review. *Pensar Enfermagem – Revista Científica | Journal of Nursing*. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v26isup.252>
- Riebe, D., Franklin, B., Thompson, P., Garber, C., Whitfield, G., Magal, M., & Pescatello, L. (2015). Updating ACSM's recommendations for exercise preparticipation health screening. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 47(11), 2473–2479. <https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000000664>
- Rodríguez, R., & Eduardo, A. (2021). Efecto del ejercicio físico sobre la inflamación en adultos mayores hospitalizados en unidad de agudos. <https://doi.org/10.48035/tesis/2454/39685>
- Rohrmann, S. (2020). Epidemiology of frailty in older people. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 1216, 21–27. https://doi.org/10.1007/978-3-030-33330-0_3
- Saa, P., & García, M. (2016). Cambios fisiológicos de la aptitud física en el envejecimiento, 176–194. <https://doi.org/10.24267/23897325.178>
- Sadaqa, M., Németh, Z., Makai, A., Prémusz, V., & Hock, M. (2023). Effectiveness of exercise interventions on fall prevention in ambulatory community-dwelling older adults: A systematic review with narrative synthesis. *Frontiers in Public Health*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1209319>
- San Martín, A., Américo, F., Bonezi, A., & Bona, R. L. (2021). Actividad física y adultos mayores: Contribución desde la extensión universitaria. *Revista Brasileira de Extensão Universitária*, 12(01), 33–42. <https://doi.org/10.36661/2358-0399.2021v12i01.11755>

- Saz-Lara, A., Hortelano, J., Medrano, M., Luengo-González, R., Miguel, M., García-Sastre, M., Recio-Rodríguez, J., Lozano-Cuesta, D., & Caverro-Redondo, I. (2024). Exercise prescription for the prevention and treatment of chronic diseases in primary care: Protocol of the RedExAP study. *PLOS ONE*, 19. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0302652>
- Seco, J., Abecia, L. C., Echevarría, E., Barbero, I., Torres-Unda, J., Rodríguez, V., & Calvo, J. I. (2013). A long-term physical activity training program increases strength and flexibility, and improves balance in older adults. *Rehabilitation Nursing*, 38(1), 37–47. <https://doi.org/10.1002/rnj.64>
- Segar, M., Marques, M., Palmeira, A., & Okely, A. (2020). Everything counts in sending the right message: Science-based messaging implications from the 2020 WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 17. <https://doi.org/10.1186/s12966-020-01048-w>
- Shamliyan, T., Talley, K., Ramakrishnan, R., & Kane, R. (2013). Association of frailty with survival: A systematic literature review. *Ageing Research Reviews*, 12(2), 719–736. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2012.03.001>
- Shen, Y., Shi, Q., Nong, K., Li, S., Yue, J., Huang, J., Dong, B., Beauchamp, M. K., & Hao, Q. (2023). Exercise for sarcopenia in older people: A systematic review and network meta-analysis. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle*, 14(3), 1199–1211. <https://doi.org/10.1002/jcsm.13225>
- Stavrinou, P., Astorino, T., Giannaki, C., Aghamias, G., & Bogdanis, G. (2025). Customizing intense interval exercise training prescription using the FITT principle. *Frontiers in Physiology*, 16. <https://doi.org/10.3389/fphys.2025.1553846>
- Sun, M., Min, L., Xu, N., Huang, L., & Li, X. (2021). The effect of exercise intervention on reducing the fall risk in older adults: A meta-analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18. <https://doi.org/10.3390/ijerph182312562>
- Sánchez, A., Castillo, J., Díaz, G., & Sánchez, F. (2014). Enfermedades cardiovasculares, respiratorias y renales. *Medicine*, 11, 3677–3690. [https://doi.org/10.1016/S0304-5412\(14\)70829-7](https://doi.org/10.1016/S0304-5412(14)70829-7)
- Traylor, A., Schweissing, E., Di Bonaventura, C., & Salas, E. (2021). Training transdisciplinary health promotion teams: Opportunities and challenges from team science. *American Journal of Health Promotion*, 35, 740–744. <https://doi.org/10.1177/08901171211007955d>
- Valenzuela, P., Saco-Ledo, G., Morales, J. S., Gallardo-Gómez, D., Morales-Palomo, F., López-Ortiz, S., Rivas-Baeza, B., Castillo-García, A., Jiménez-Pavón, D., Santos-Lozano, A., Del Pozo Cruz, B., & Lucia, A. (2023). Effects of physical exercise on physical function in older adults in residential care: A systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. *The Lancet Healthy Longevity*, 4(5), e249–e259. [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(23\)00057-0](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(23)00057-0)
- Van Hell-Cromwijk, M., Metzelthin, S., Schoonhoven, L., Verstraten, C., Willemieke, K., & De Man Van Ginkel, J. (2021). Nurses' perceptions of their role with respect to promoting physical activity in adult patients: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jocn.15747>
- Wiedenmann, T., Held, S., Rappelt, L., Graudusius, M., Spickermann, S., & Donath, L. (2023). Exercise-based reduction of falls in community-dwelling older adults: A network meta-analysis. *European Review of Aging and Physical Activity*, 20. <https://doi.org/10.1186/s11556-023-00311-w>
- Xiang, X., Huang, L., Fang, Y., Cai, S., & Zhang, M. (2022). Physical activity and chronic obstructive pulmonary disease: A scoping review. *BMC Pulmonary Medicine*, 22. <https://doi.org/10.1186/s12890-022-02099-4>

- Yang, X., Li, S., Xu, L., Liu, H., Li, Y., Song, X., Bao, J., Liao, S., Xi, Y., & Guo, G. (2024). Effects of multicomponent exercise on frailty status and physical function in frail older adults: A meta-analysis and systematic review. *Experimental Gerontology*. <https://doi.org/10.1016/j.exger.2024.112604>
- Yu, H., Zhong, J., Li, M., & Chen, S. (2025). Effects of exercise intervention on falls and balance function in older adults: A systematic review and meta-analysis. *PeerJ*, 13. <https://doi.org/10.7717/peerj.20190>
- Zhong, Y., Meng, Q., & Su, C. (2024). Mechanism-driven strategies for reducing fall risk in the elderly: A multidisciplinary review of exercise interventions. *Healthcare*, 12. <https://doi.org/10.3390/healthcare12232394>

Actividad física en personas mayores: prevención de la fragilidad y la dependencia

Raquel Pastor Cisneros¹ y Damián Pereira Payo¹

¹ Universidad de Extremadura, Cáceres, España.

1. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional representa uno de los principales retos sociosanitarios actuales. Más allá de la longevidad, el objetivo es preservar la capacidad funcional, la autonomía y la calidad de vida en la vejez (World Health Organization, 2015). El envejecimiento es un proceso complejo y heterogéneo, resultado de múltiples mecanismos biológicos, entre ellos la inestabilidad genómica, la disfunción mitocondrial, la senescencia celular y la inflamación crónica (López-Otín et al., 2023). Estos cambios aumentan la vulnerabilidad y favorecen la aparición de fragilidad y dependencia, aunque no las determinan de forma inevitable. En este contexto, la actividad física constituye una estrategia fundamental para mantener la funcionalidad y la independencia, reduciendo el riesgo de fragilidad, discapacidad y pérdida de autonomía (Izquierdo et al., 2021).

2. ENVEJECIMIENTO Y DECLIVE FUNCIONAL

Sarcopenia

La sarcopenia es una enfermedad muscular asociada a la edad caracterizada por la pérdida de fuerza muscular y la reducción de masa o calidad muscular, el bajo rendimiento físico, confirma el diagnóstico (Cruz-Jentoft et al., 2019).

Su origen es multifactorial e incluye resistencia anabólica, inflamación crónica, disfunción mitocondrial, alteraciones neuromusculares, sedentarismo e ingesta proteica insuficiente. Se asocia con discapacidad, caídas, fracturas, hospitalización y mortalidad, por lo que constituye un importante factor de deterioro funcional (Xu et al., 2022).

Dinapenia

La dinapenia se refiere a la pérdida de fuerza asociada a la edad que no puede explicarse únicamente por la disminución de masa muscular (Clark & Manini, 2012). La dinapenia se relaciona estrechamente con discapacidad física, limitaciones funcionales y mortalidad, siendo un mejor predictor funcional que la masa muscular aislada.

Cambios neuromusculares

El envejecimiento provoca pérdida de motoneuronas, remodelación de unidades motoras y menor eficiencia neuromuscular. Estas alteraciones contribuyen al deterioro de la marcha, el equilibrio y la capacidad de reacción, aumentando el riesgo de caídas y fragilidad (Vermeulen et al., 2011).

Densidad ósea

La pérdida progresiva de densidad mineral ósea y el deterioro de la microarquitectura del hueso favorecen la osteoporosis y el riesgo de fracturas, especialmente en mujeres posmenopáusicas (Zanker & Duque, 2019).

Además, la coexistencia de deterioro muscular y óseo, conocida como osteosarcopenia, incrementa el riesgo de discapacidad, fracturas y mortalidad en la vejez (Teng et al., 2021).

2.1. Consecuencias funcionales

Perdida de Movilidad

La movilidad es una de las primeras funciones en deteriorarse con la edad. La reducción de la velocidad de la marcha, considerada un importante marcador funcional, refleja el deterioro conjunto de la fuerza, el equilibrio, la capacidad cardiorrespiratoria y el control neuromotor (Bhasin et al., 2020). Además limita el desplazamiento, favorece la inactividad y acelera el declive funcional.

Riesgo de caídas

Las caídas son una consecuencia frecuente del deterioro funcional y resultan de la interacción entre debilidad muscular, alteraciones del equilibrio, lentitud de marcha, deterioro sensorial y otras condiciones asociadas al envejecimiento (Oliveira et al., 2019). Sus consecuencias incluyen fracturas, hospitalización, pérdida de independencia y miedo a nuevas caídas, lo que contribuye a una mayor dependencia funcional.

Disminución de AVD

El declive funcional afecta inicialmente a las actividades instrumentales de la vida diaria y, en fases más avanzadas, a las actividades básicas. Factores como la lentitud de marcha, la debilidad muscular, el deterioro del equilibrio

y la baja actividad física se asocian con la aparición de discapacidad y dependencia (Vermeulen et al., 2011).

2.2. Fragilidad

La fragilidad es un estado de mayor vulnerabilidad fisiológica asociado a un incremento del riesgo de caídas, discapacidad, hospitalización y mortalidad. Puede conceptualizarse mediante el fenotipo de Fried, basado en criterios físico-funcionales, o mediante el modelo de acumulación de déficits de Rockwood y Mitnitski, (Fried et al., 2001; Rockwood & Mitnitski, 2007).

Entre sus principales factores de riesgo destacan la inactividad física y la comorbilidad.

2.3. Dependencia

La dependencia se define como la necesidad de ayuda para realizar actividades básicas o instrumentales de la vida diaria. Suele desarrollarse de forma progresiva, a través de una trayectoria que incluye pérdida de reserva fisiológica, deterioro de la movilidad y limitaciones funcionales.

En conjunto, el envejecimiento se asocia a cambios fisiológicos y funcionales que pueden conducir a fragilidad y dependencia. Este marco justifica el papel de la actividad física y el ejercicio como estrategias clave para preservar la funcionalidad y modificar la trayectoria del envejecimiento (Papa et al., 2017).

3. EJERCICIO FÍSICO PARA LA PREVENCIÓN DE LA FRAGILIDAD Y DE LA DEPENDENCIA EN PERSONAS MAYORES

El ejercicio físico es una de las intervenciones más eficaces para prevenir la fragilidad y retrasar la dependencia en personas mayores. Los programas multicomponente, especialmente aquellos que incluyen entrenamiento de fuerza, han demostrado beneficios sobre la fuerza muscular, la movilidad, el equilibrio y la capacidad para realizar actividades de la vida diaria (Izquierdo et al., 2021).

3.1. De la actividad física general al ejercicio terapéutico

Mientras que en personas mayores robustas puede ser suficiente promover actividad física y ejercicio estructurado, en individuos prefrágiles o frágiles se recomienda un enfoque de ejercicio terapéutico individualizado y orientado a objetivos funcionales específicos (Izquierdo et al., 2021).

3.2. Componentes del ejercicio con impacto en la fragilidad

Entrenamiento de fuerza: el componente protagonista

El entrenamiento de fuerza constituye el componente principal, debido a sus efectos sobre la sarcopenia, la dinapenia y la funcionalidad (Fragala et al., 2019). En mayores prefrágiles, frágiles o con sarcopenia se ha observado

que el entrenamiento de fuerza mejora de forma significativa la fuerza muscular, la velocidad de la marcha, el equilibrio y la función física. En esta población el aspecto más importante es su impacto sobre la capacidad funcional.

Equilibrio: clave en la prevención de caídas

El entrenamiento del equilibrio resulta esencial para prevenir caídas y mantener la movilidad (Sherrington et al., 2019). Esto también afecta positivamente al miedo a caer.

Resistencia: sostén de la capacidad funcional

El componente de resistencia o aeróbico es fundamental para preservar la capacidad funcional, la tolerancia al esfuerzo y la autonomía. Aunque su trabajo suele recomendarse incluyéndolo en programas multicomponente, junto a trabajo de fuerza y control postural.

Flexibilidad: componente complementario

La flexibilidad puede contribuir a mantener amplitud de movimiento y facilitar ciertos gestos funcionales, pero la evidencia no la sitúa como el componente con mayor impacto directo sobre fragilidad, caídas o dependencia.

3.3. Principios de prescripción orientados a la persona mayor

La prescripción debe adaptarse al estado funcional, la comorbilidad y las características individuales. La progresión del entrenamiento es fundamental, aunque los objetivos pueden centrarse tanto en mejorar como en mantener la función. La evidencia indica que el ejercicio adecuadamente supervisado es seguro incluso en personas mayores frágiles.

3.4. Adaptación del ejercicio según el estado funcional

Persona robusta

En la persona mayor robusta, el objetivo principal es preservar capacidad funcional y prevenir el inicio del declive acelerado. En este grupo tiene sentido combinar recomendaciones generales de actividad física con un programa estructurado que incluya trabajo aeróbico regular, fuerza al menos dos días por semana y tareas de equilibrio si existe algún factor de riesgo emergente.

Persona prefrágil

La evidencia sugiere que el entrenamiento de fuerza y los programas multicomponente tienen aquí un efecto particularmente favorable sobre velocidad de marcha, equilibrio y función, precisamente porque el deterioro aún no se ha consolidado (Izquierdo et al., 2021).

Por ello, en la persona prefrágil el programa de ejercicio debe tener un enfoque terapéutico: con énfasis en fuerza de extremidades inferiores, equilibrio dinámico, marcha y resistencia funcional. Siendo el objetivo principal revertir y frenar la transición hacia la fragilidad.

Persona frágil

La evidencia disponible apoya sobre todo el uso de programas multi-componente, con la fuerza como núcleo, complementada por equilibrio, marcha, resistencia y trabajo funcional (Prommaban et al., 2024). En este grupo, el éxito viene marcado por mejoras en la marcha, menor riesgo de caída, mantenimiento de AVD y reducción de eventos adversos.

Cuanto mayor es el grado de fragilidad, más necesario se vuelve un programa de ejercicio, progresivo y supervisado, que se oriente hacia recuperar la capacidad funcional y el mayor grado de independencia.

4. EVIDENCIA CIENTÍFICA: ACTIVIDAD FÍSICA Y FRAGILIDAD

A continuación, se desarrollan los principales mecanismos y efectos a través de los cuales la actividad física impacta en la fragilidad.

4.1. Sarcopenia y fuerza

La sarcopenia, definida como la pérdida progresiva de masa y función muscular asociada al envejecimiento, es un componente central de la fragilidad. A partir de los 50 años, la masa muscular y la fuerza disminuyen progresivamente (Tieland et al., 2018).

El entrenamiento de fuerza es la intervención más eficaz para contrarrestarla, con mejoras en masa muscular, fuerza y potencia mediante programas de 2–3 sesiones semanales a intensidades moderadas-altas (Hurst et al., 2022). Además, mejora la activación neuromuscular y la coordinación, con impacto directo en actividades funcionales (Pascual-Fernández et al., 2020). En personas frágiles las intervenciones multicomponente muestran los mayores beneficios (X. Yang et al., 2024).

4.2. Prevención de caídas

Las caídas son eventos frecuentes y graves en la vejez, asociados a fracturas, pérdida de independencia y mortalidad (Vaishya & Vaish, 2020). La relación entre fragilidad y caídas es bidireccional (Z.-C. Yang et al., 2023). En este contexto, la actividad física desempeña un papel primordial en la prevención. Los programas de ejercicio reducen el riesgo de caídas al mejorar fuerza, equilibrio, control postural y miedo a caer (Colón-Emeric et al., 2024). Son especialmente efectivos cuando incluyen entrenamiento de equilibrio, fuerza de miembros inferiores, ejercicios funcionales y propiocepción (Bastista et al., 2012). Estos efectos se explican por mejoras en control neuromuscular y velocidad de reacción (Sherrington et al., 2020).

4.3. Mejora de capacidad funcional

La capacidad funcional es la habilidad para realizar actividades de la vida diaria de forma independiente.

La fragilidad se asocia a su deterioro, pero el ejercicio puede mejorarla incluso en personas con limitaciones previas (Merchant et al., 2021). El ejercicio aeróbico mejora la capacidad cardiorrespiratoria y la autonomía en actividades sostenidas (Gao et al., 2025). Incluso dosis bajas de ejercicio generan beneficios clínicamente relevantes en personas frágiles (Sahin et al., 2018). Además, la mejora en la capacidad funcional tiene un impacto directo en la calidad de vida, al favorecer la autonomía, la participación social y la percepción de bienestar (De Labra et al., 2015).

4.4. Reducción de discapacidad

La discapacidad es una consecuencia clave de la fragilidad y supone pérdida de autonomía y aumento del coste sanitario (Kojima, 2017). La actividad física puede prevenirla y retrasar su progresión (Martín Ginis et al., 2021). Los mecanismos involucrados incluyen mantenimiento de fuerza y movilidad, mejora del equilibrio y reducción de comorbilidades (Małkowska, 2024). La relación es dosis-dependiente pero no lineal, con beneficios incluso en niveles bajos de actividad.

5. ACTIVIDAD FÍSICA Y PREVENCIÓN DE LA DEPENDENCIA

La dependencia en personas de edad avanzada se define como la necesidad de asistencia para llevar a cabo las actividades cotidianas, y representa una consecuencia habitual del deterioro funcional asociado al proceso de envejecimiento y a la fragilidad física y/o mental. El desarrollo de este fenómeno es progresivo y multifactorial, aunque modificable (Pahor et al., 2014).

La actividad física constituye una de las intervenciones más eficaces para prevenir o retrasar la dependencia, por su efecto sobre la capacidad funcional, la autonomía y los principales factores de riesgo asociados (debilidad muscular, inestabilidad, comorbilidad y deterioro psicológico) (Moral-García et al., 2017).

5.1. Capacidad funcional (AVD)

La capacidad funcional, valorada mediante la evaluación de las actividades de la vida diaria (AVD), constituye el principal determinante de la independencia. El deterioro funcional que experimenta el paciente marca el inicio de la transición hacia un estado de dependencia (Martín Moreno et al., 2025).

La actividad física, mediante el mantenimiento de la fuerza muscular, el equilibrio y la resistencia, mejora y preserva la capacidad motora. En particular, el entrenamiento de fuerza de las extremidades inferiores y los ejerci-

cios funcionales exhiben una transferencia significativa a las AVD (Hübner & Voelcker-Rehage, 2017).

Desde una perspectiva clínica, los programas multicomponente (fuerza, equilibrio y resistencia) han demostrado ser los más eficaces.

5.2. Autonomía

La autonomía, entendida como la capacidad de realizar actividades de manera independiente, implica no solo la capacidad física para llevar a cabo estas acciones, sino también la percepción de tener un sentido de control. Se ha demostrado la influencia de las limitaciones funcionales y los factores psicológicos, como el miedo a las caídas y la baja autoeficacia, en la pérdida de autonomía de las personas mayores (Pereira et al., 2020).

La actividad física contribuye al mantenimiento de la autonomía, a través de la optimización de la capacidad física y, de forma concomitante, del bienestar psicológico (Paterson & Warburton, 2010).

En la praxis clínica, la actividad física supervisada y progresiva resulta de especial utilidad en sujetos con fragilidad inicial, puesto que puede interrumpir el ciclo de inactividad-deterioro-dependencia (Martínez-Montas et al., 2025).

5.3. Institucionalización

La institucionalización constituye un desenlace habitual del deterioro funcional y la dependencia. La evidencia empírica demuestra que la actividad física reduce el riesgo de discapacidad, mejora la movilidad y disminuye la incidencia de eventos adversos, como caídas y hospitalizaciones (Rueda et al., 2025).

Además, la mejora funcional asociada al ejercicio reduce la carga del cuidador, un factor determinante en la decisión de institucionalización (Cardoso et al., 2025). Incluso en sujetos que han sido institucionalizados, los programas de ejercicio han demostrado beneficios en términos de movilidad y funcionalidad (Valenzuela et al., 2023).

6. INTERVENCIONES Y PROGRAMAS EFECTIVOS

La evidencia indica que los programas de actividad física más eficaces en personas mayores son aquellos estructurados, multicomponente y adaptados al nivel funcional. Estos permiten mejorar la capacidad funcional, reducir caídas y prevenir la discapacidad, especialmente en población con fragilidad.

6.1. Ejercicio multicomponente

El ejercicio multicomponente (fuerza, resistencia, equilibrio y flexibilidad) es el modelo de referencia (Li et al., 2023). Ha demostrado superioridad

frente a intervenciones aisladas, con beneficios en funcionalidad y prevención de dependencia (Labata-Lezaun et al., 2023).

En la práctica clínica, se recomienda:

- 2–3 sesiones/semana
- Priorizar fuerza de miembros inferiores y equilibrio
- Incluir ejercicios funcionales (levantarse, caminar)
- Progresión individualizada

6.2. Programas comunitarios

Los programas comunitarios mejoran la adherencia (Aditya et al., 2024). Su combinación de supervisión profesional y componente social favorece la continuidad y reduce el riesgo de discapacidad (Barragan, 2021). Son especialmente útiles en prevención, al facilitar la detección precoz del deterioro funcional y promover estilos de vida activos (Aditya et al., 2024; Barragan, 2021).

6.3. Adaptación en personas frágiles

En personas frágiles, el ejercicio debe ser individualizado, progresivo y seguro (Angulo et al., 2020). Se recomienda iniciar con baja intensidad, priorizando fuerza y equilibrio, y aumentar progresivamente según tolerancia (De Labra et al., 2015). Incluso intervenciones de baja intensidad generan beneficios relevantes, (Langlois et al., 2013).

7. IMPLICACIONES PRÁCTICAS Y SANITARIAS

La promoción de la actividad física en personas mayores debe integrarse de forma sistemática en la práctica clínica, considerándose una intervención básica para la prevención de la fragilidad y la dependencia.

Integración en atención primaria

La atención primaria es el entorno clave para la detección precoz del deterioro funcional y la promoción de la actividad física. La valoración funcional básica (marcha, levantarse de la silla) permite identificar pacientes en riesgo e iniciar intervenciones tempranas (Bravo-Argandoña et al., 2025).

Prescripción de ejercicio

El ejercicio debe ser prescrito de forma similar a un tratamiento, adaptado al nivel funcional, comorbilidad y riesgo del paciente (Li et al., 2023).

De forma general, se recomienda:

- Ejercicio multicomponente.
- 2–3 sesiones/semana.
- Priorizar fuerza y equilibrio.
- Progresión individualizada.

- Una prescripción sencilla, clara y supervisada mejora la adherencia y los resultados clínicos.

Enfoque interdisciplinar

El abordaje de la fragilidad y la dependencia requiere un enfoque interdisciplinar que incluya profesionales sanitarios, del ejercicio y del ámbito social, para optimizar la intervención, mejorar la continuidad asistencial y maximizar los beneficios funcionales (Acosta-Benito & Martín-Lesende, 2022).

8. CONCLUSIONES

El envejecimiento es un proceso complejo y heterogéneo en el que influyen factores biológicos, funcionales y sociales. A pesar de que el envejecimiento conlleva cambios fisiológicos, tales como la sarcopenia, la pérdida de fuerza muscular y el deterioro neuromuscular, la fragilidad y la dependencia no deben ser consideradas consecuencias inevitables, sino estados potencialmente prevenibles y modificables.

En este sentido, la actividad física se posiciona como una de las intervenciones más eficaces y coste-efectivas para preservar la capacidad funcional y favorecer un envejecimiento saludable. La evidencia científica ha demostrado que la realización de actividad física regularmente tiene un impacto positivo en diversos aspectos físicos y funcionales. Estos hallazgos sugieren que el ejercicio físico puede contribuir a la reducción del riesgo de caídas, discapacidad, institucionalización y pérdida de autonomía en las personas mayores.

Entre las distintas modalidades, el entrenamiento de fuerza y los programas multicomponente (combinando fuerza, equilibrio, resistencia y ejercicios funcionales) son los que han mostrado mayores beneficios, especialmente en personas con fragilidad. Además de optimizar la capacidad funcional, la actividad física contribuye al bienestar psicológico, a la confianza en la movilidad y a la participación social.

En consecuencia, la actividad física debe concebirse no solo como un hábito saludable, sino también como un instrumento preventivo y terapéutico esencial en el marco del abordaje geriátrico. La implementación de programas de ejercicio adaptados e individualizados se erige como una herramienta clave para mitigar el deterioro funcional y preservar la autonomía y la calidad de vida de los individuos de edad avanzada.

9. REFERENCIAS

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>

- Aditya, R. S., Yusuf, A., Rahmatika, Q. T., Masfi, A., Ramadhan, M. P., Sunaryo, E. Y. A. B., Afiani, N., Evi, N., Widjayanti, Y., Santi, N. F., Soares, D., & AlMutairi, R. I. (2024). Unlocking wellness: The comprehensive impact of community-based exercise programs on older adults. *Retos*, 60, 1365-1371. <https://doi.org/10.47197/retos.v60.106846>
- Angulo, J., El Assar, M., Álvarez-Bustos, A., & Rodríguez-Mañas, L. (2020). Physical activity and exercise: Strategies to manage frailty. *Redox Biology*, 35, 101513. <https://doi.org/10.1016/j.redox.2020.101513>
- Barragan, C. (2021). Social relationships and the importance of community-based fitness programs (CBFP). *Journal of Women & Aging*, 33(4), 428-441. <https://doi.org/10.1080/08952841.2021.1915685>
- Batista, F. S., Gomes, G. A. D. O., Neri, A. L., Guariento, M. E., Cintra, F. A., Sousa, M. D. L. R. D., & D'Elboux, M. J. (2012). Relationship between lower-limb muscle strength and frailty among elderly people. *Sao Paulo Medical Journal*, 130(2), 102-108. <https://doi.org/10.1590/S1516-31802012000200006>
- Bhasin, S., Travison, T. G., Manini, T. M., Patel, S., Pencina, K. M., Fielding, R. A., Magaziner, J. M., Newman, A. B., Kiel, D. P., & Cooper, C. (2020). Sarcopenia definition: The position statements of the sarcopenia definition and outcomes consortium. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(7), 1410-1418.
- Bravo-Argandoña, G. L., García-Gómez, V. M., García-Vera, V. M., Zambrano-Álava, J. D., & Ponce-Alencastro, J. A. (2025). Rol de la valoración funcional para la prevención de la fragilidad en adultos mayores desde la atención primaria: Role of functional assessment in preventing frailty in older adults in primary care. *Multidisciplinary Latin American Journal (MLAJ)*, 3(2), 690-708. <https://doi.org/10.62131/MLAJ-V3-N2-041>
- Cardoso, C., Lumini, M. J., & Martins, T. (2025). Effects of physical exercise in reducing caregivers burden: A systematic review. *Frontiers in Public Health*, 13, 1474913. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1474913>
- Clark, B. C., & Manini, T. M. (2012). What is dynapenia? *Nutrition*, 28(5), 495-503. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2011.12.002>
- Colón-Emeric, C. S., McDermott, C. L., Lee, D. S., & Berry, S. D. (2024). Risk Assessment and Prevention of Falls in Older Community-Dwelling Adults: A Review. *JAMA*, 331(16), 1397. <https://doi.org/10.1001/jama.2024.1416>
- Cruz-Jentoft, A. J., Bahat, G., Bauer, J., Boirie, Y., Bruyère, O., Cederholm, T., Cooper, C., Landi, F., Rolland, Y., & Sayer, A. A. (2019). Sarcopenia: Revised European consensus on definition and diagnosis. *Age and ageing*, 48(1), 16-31.
- De Labra, C., Guimaraes-Pinheiro, C., Maseda, A., Lorenzo, T., & Millán-Calenti, J. C. (2015). Effects of physical exercise interventions in frail older adults: A systematic review of randomized controlled trials. *BMC Geriatrics*, 15(1), 154. <https://doi.org/10.1186/s12877-015-0155-4>
- Fragala, M. S., Cadore, E. L., Dorgo, S., Izquierdo, M., Kraemer, W. J., Peterson, M. D., & Ryan, E. D. (2019). Resistance training for older adults: Position statement from the national strength and conditioning association. *The Journal of Strength & Conditioning Research*, 33(8).
- Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, W. J., & Burke, G. (2001). Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *The journals of gerontology series a: biological sciences and medical sciences*, 56(3), M146-M157.
- Gao, T., Hu, Y., Zhang, H., Shi, R., Song, Y., Ding, M., & Gao, F. (2025). Aerobic Capacity Beyond Cardiorespiratory Fitness Linking Mitochondrial Function, Disease Resilience and Healthy Aging. *The FASEB Journal*, 39(11), e70655. <https://doi.org/10.1096/fj.202500554R>

- Hübner, L., & Voelcker-Rehage, C. (2017). Does physical activity benefit motor performance and learning of upper extremity tasks in older adults? – A systematic review. *European Review of Aging and Physical Activity*, 14(1), 15. <https://doi.org/10.1186/s11556-017-0181-7>
- Hurst, C., Robinson, S. M., Witham, M. D., Dodds, R. M., Granic, A., Buckland, C., De Biase, S., Finnegan, S., Rochester, L., Skelton, D. A., & Sayer, A. A. (2022). Resistance exercise as a treatment for sarcopenia: Prescription and delivery. *Age and Ageing*, 51(2), afac003. <https://doi.org/10.1093/ageing/afac003>
- Izquierdo, M., Merchant, R., Morley, J., Anker, S., Aprahamian, I., Arai, H., Aubertin-Leheudre, M., Bernabei, R., Cadore, E., & Cesari, M. (2021). International Exercise Recommendations in Older Adults (ICFSR): Expert Consensus Guidelines. *The journal of nutrition, health & aging*, 25(7), 824-853.
- Kojima, G. (2017). Frailty as a predictor of disabilities among community-dwelling older people: A systematic review and meta-analysis. *Disability and Rehabilitation*, 39(19), 1897-1908. <https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1212282>
- Labata-Lezaun, N., González-Rueda, V., Llorca-Almuzara, L., López-de-Celis, C., Rodríguez-Sanz, J., Bosch, J., Vicente-Rodríguez, G., Gorczakowska, D., Araluze-Arizti, P., & Pérez-Bellmunt, A. (2023). Effectiveness of multicomponent training on physical performance in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 104, 104838. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2022.104838>
- Langlois, F., Vu, T. T. M., Chasse, K., Dupuis, G., Kergoat, M.-J., & Bherer, L. (2013). Benefits of Physical Exercise Training on Cognition and Quality of Life in Frail Older Adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 68(3), 400-404. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbs069>
- Li, Y., Gao, Y., Hu, S., Chen, H., Zhang, M., Yang, Y., & Liu, Y. (2023). Effects of multicomponent exercise on the muscle strength, muscle endurance and balance of frail older adults: A meta-analysis of randomised controlled trials. *Journal of Clinical Nursing*, 32(9-10), 1795-1805. <https://doi.org/10.1111/jocn.16196>
- López-Otín, C., Blasco, M. A., Partridge, L., Serrano, M., & Kroemer, G. (2023). Hallmarks of aging: An expanding universe. *Cell*, 186(2), 243-278. <https://doi.org/10.1016/j.cell.2022.11.001>
- Małkowska, P. (2024). Positive Effects of Physical Activity on Insulin Signaling. *Current Issues in Molecular Biology*, 46(6), 5467-5487. <https://doi.org/10.3390/cimb46060327>
- Martin Ginis, K. A., Van Der Ploeg, H. P., Foster, C., Lai, B., McBride, C. B., Ng, K., Pratt, M., Shirazipour, C. H., Smith, B., Vásquez, P. M., & Heath, G. W. (2021). Participation of people living with disabilities in physical activity: A global perspective. *The Lancet*, 398(10298), 443-455. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01164-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01164-8)
- Martín Moreno, V., Martínez Sanz, M. I., Martín Fernández, A., Guerra Maroto, S., Sevillano Fuentes, E., Pérez Rico, E., Sánchez González, I., Fernández Gallardo, M., Herranz Hernando, J., Benítez Calderón, M. P., Calderón Jiménez, L., Sánchez Rodríguez, E., Recuero Vázquez, M., Alonso Samperiz, H., León Saiz, I., & Marcos Guerra, J. (2025). Proposal for a revised Barthel index classification based on mortality risk assessment in functional dependence for basic activities of daily living. *Frontiers in Public Health*, 12, 1478897. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1478897>
- Martínez-Montas, G. F., Sanz-Matesanz, M., Benítez-Sillero, J. D. D., & Martínez-Aranda, L. M. (2025). Prevention and Mitigation of Frailty Syndrome in Institutionalised Older Adults Through Physical Activity: A Systematic Review. *Healthcare*, 13(3), 276. <https://doi.org/10.3390/healthcare13030276>
- Merchant, R. A., Morley, J. E., & Izquierdo, M. (2021). Exercise, Aging and Frailty: Guidelines for Increasing Function. *The Journal of Nutrition, Health and Aging*, 25(4), 405-409. <https://doi.org/10.1007/s12603-021-1590-x>

- Moral-García, J. E., Orgaz García, D., López García, S., Amatria Jiménez, M., & Maneiro Dios, R. (2017). Influencia de la actividad física en la autoestima y riesgo de dependencia en personas mayores activas y sedentarias. *Anales de Psicología*, 34(1), 162. <https://doi.org/10.6018/analesps.34.1.294541>
- Oliveira, A., Nossa, P., & Mota-Pinto, A. (2019). Assessing functional capacity and factors determining functional decline in the elderly: A cross-sectional study. *Acta medica portuguesa*, 32(10), 654-660.
- Paigor, M., Guralnik, J. M., Ambrosius, W. T., Blair, S., Bonds, D. E., Church, T. S., Espeland, M. A., Fielding, R. A., Gill, T. M., Groessl, E. J., King, A. C., Kritchevsky, S. B., Manini, T. M., McDermott, M. M., Miller, M. E., Newman, A. B., Rejeski, W. J., Sink, K. M., & Williamson, J. D. (2014). Effect of Structured Physical Activity on Prevention of Major Mobility Disability in Older Adults: The LIFE Study Randomized Clinical Trial. *JAMA*, 311(23), 2387. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.5616>
- Papa, E. V., Dong, X., & Hassan, M. (2017). Resistance training for activity limitations in older adults with skeletal muscle function deficits: A systematic review. *Clinical interventions in aging*, 955-961.
- Pascual-Fernández, J., Fernández-Montero, A., Córdova-Martínez, A., Pastor, D., Martínez-Rodríguez, A., & Roche, E. (2020). Sarcopenia: Molecular Pathways and Potential Targets for Intervention. *International Journal of Molecular Sciences*, 21(22), 8844. <https://doi.org/10.3390/ijms21228844>
- Paterson, D. H., & Warburton, D. E. (2010). Physical activity and functional limitations in older adults: A systematic review related to Canada's Physical Activity Guidelines. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 7(1), 38. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-7-38>
- Pereira, C., Bravo, J., Raimundo, A., Tomas-Carus, P., Mendes, F., & Baptista, F. (2020). Risk for physical dependence in community-dwelling older adults: The role of fear of falling, falls and fall-related injuries. *International Journal of Older People Nursing*, 15(3), e12310. <https://doi.org/10.1111/opn.12310>
- Prommaban, A., Moonkayaow, S., Phinyo, P., Siviroj, P., Sirikul, W., & Lerttrakarnnon, P. (2024). The effect of exercise program interventions on frailty, clinical outcomes, and biomarkers in older adults: A systematic review. *Journal of clinical medicine*, 13(21), 6570.
- Rockwood, K., & Mitnitski, A. (2007). Frailty in relation to the accumulation of deficits. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 62(7), 722-727.
- Rueda, A. V., Sánchez, M. W., Fernández-Ballbé, Ó., De La Torre, L., & Sánchez, S. W. (2025). A comparative analysis of physical activity and cognitive performance in both institutionalized and non-institutionalized older adults, controlling sociodemographic variables. *Frontiers in Psychology*, 16, 1719468. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1719468>
- Sahin, U. K., Kirdi, N., Bozoglu, E., Meric, A., Buyukturan, G., Ozturk, A., & Doruk, H. (2018). Effect of low-intensity versus high-intensity resistance training on the functioning of the institutionalized frail elderly. *International Journal of Rehabilitation Research*, 41(3), 211-217. <https://doi.org/10.1097/MRR.0000000000000285>
- Sherrington, C., Fairhall, N. J., Wallbank, G. K., Tiedemann, A., Michaleff, Z. A., Howard, K., Clemson, L., Hopewell, S., & Lamb, S. E. (2019). Exercise for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane database of systematic reviews*, (1).

- Sherrington, C., Fairhall, N., Kwok, W., Wallbank, G., Tiedemann, A., Michaleff, Z. A., Ng, C. A. C. M., & Bauman, A. (2020). Evidence on physical activity and falls prevention for people aged 65+ years: Systematic review to inform the WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 17(1), 144. <https://doi.org/10.1186/s12966-020-01041-3>
- Teng, Z., Zhu, Y., Teng, Y., Long, Q., Hao, Q., Yu, X., Yang, L., Lv, Y., Liu, J., Zeng, Y., & Lu, S. (2021). The analysis of osteosarcopenia as a risk factor for fractures, mortality, and falls. *Osteoporosis International*, 32(11), 2173-2183. <https://doi.org/10.1007/s00198-021-05963-x>
- Tieland, M., Trouwborst, I., & Clark, B. C. (2018). Skeletal muscle performance and ageing. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle*, 9(1), 3-19. <https://doi.org/10.1002/jcsm.12238>
- Vaishya, R., & Vaish, A. (2020). Falls in Older Adults are Serious. *Indian Journal of Orthopaedics*, 54(1), 69-74. <https://doi.org/10.1007/s43465-019-00037-x>
- Valenzuela, P. L., Saco-Ledo, G., Morales, J. S., Gallardo-Gómez, D., Morales-Palomo, F., López-Ortiz, S., Rivas-Baeza, B., Castillo-García, A., Jiménez-Pavón, D., Santos-Lozano, A., Del Pozo Cruz, B., & Lucia, A. (2023). Effects of physical exercise on physical function in older adults in residential care: A systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. *The Lancet Healthy Longevity*, 4(6), e247-e256. [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(23\)00057-0](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(23)00057-0)
- Vermeulen, J., Neyens, J. C., van Rossum, E., Spreeuwenberg, M. D., & de Witte, L. P. (2011). Predicting ADL disability in community-dwelling elderly people using physical frailty indicators: A systematic review. *BMC Geriatrics*, 11(1), 33. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-11-33>
- World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*. World Health Organization.
- Xu, J., Wan, C. S., Ktoris, K., Reijnierse, E. M., & Maier, A. B. (2022). Sarcopenia is associated with mortality in adults: A systematic review and meta-analysis. *Gerontology*, 68(4), 361-376.
- Yang, X., Li, S., Xu, L., Liu, H., Li, Y., Song, X., Bao, J., Liao, S., Xi, Y., & Guo, G. (2024). Effects of multicomponent exercise on frailty status and physical function in frail older adults: A meta-analysis and systematic review. *Experimental Gerontology*, 197, 112604. <https://doi.org/10.1016/j.exger.2024.112604>
- Yang, Z.-C., Lin, H., Jiang, G.-H., Chu, Y.-H., Gao, J.-H., Tong, Z.-J., & Wang, Z. (2023). Frailty Is a Risk Factor for Falls in the Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of Nutrition, Health and Aging*, 27(6), 487-495. <https://doi.org/10.1007/s12603-023-1935-8>
- Zanker, J., & Duque, G. (2019). Osteoporosis in older persons: Old and new players. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(4), 831-840.

La actividad física como estrategia para un envejecimiento saludable en personas con VIH

Cláudia Ferreira¹, Nelson Guerra², Joana Marques³, Sandy Severino⁴,
Helena José⁵, Luís Sousa⁶

¹ Escuela Superior de Salud Atlántica, Universidad Atlántica, Barcarena, Portugal.
Unidad Local de Salud de Santa María, Hospital Santa María, Lisboa, Portugal.

² Escuela Superior de Salud Atlántica, Universidad Atlántica, Barcarena, Portugal.
RISE – Red de Investigación en Salud, Oporto, Portugal.

³ Escuela Superior de Salud Atlántica, Universidad Atlántica, Barcarena, Portugal.

⁴ Escuela Superior de Salud Atlántica, Universidad Atlántica, Barcarena, Portugal.
Centro de Investigación, Innovación y Desarrollo en Enfermería de Lisboa (CIDNUR),
Escuela de Enfermería, Universidad de Lisboa, Lisboa, Portugal.

⁵ Escuela Superior de Salud Atlántica, Universidad Atlántica, Barcarena, Portugal.
RISE – Red de Investigación en Salud, Oporto, Portugal.

⁶ Escuela Superior de Salud Atlántica, Universidad Atlántica, Barcarena, Portugal.
RISE – Red de Investigación en Salud, Oporto, Portugal. Centro Integral de
Investigación en Salud (CHRC), Universidad de Évora, Évora, Portugal.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población es una de las principales transformaciones demográficas de Europa. La proporción de personas de 65 años o más alcanzó el 22% en la Unión Europea en 2025, y se estima que alcanzará alrededor del 32,5% para 2100 (Eurostat, 2026). Este fenómeno, transversal a los países europeos, conduce a un aumento significativo en la prevalencia de enfermedades crónicas, dependencia en las actividades diarias y la necesidad de atención sanitaria y rehabilitación, planteando nuevos desafíos para los sistemas de salud y las políticas que fomenten el envejecimiento activo.

Las enfermedades cardiovasculares siguen siendo la principal causa de muerte en Europa, representando alrededor de 3 millones de muertes al año (Timmis et al., 2024). Su asociación con factores de riesgo conductual modificables, como el consumo de tabaco y alcohol, patrones alimentarios pobres y bajos niveles de actividad física, la hace en gran medida prevenible, reforzando la importancia de intervenciones centradas en estilos de vida saludables a lo largo de todo el ciclo vital.

Este desafío adquiere ciertos aspectos en personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana (PVVIH). Los avances terapéuticos de las últimas décadas han hecho posible transformar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en una enfermedad crónica compatible con una longevidad cercana a la de la población general, resultando en un envejecimiento progresivo de esta población.

Actualmente, el 20,1% de las personas con VIH seguidos en Europa tienen 50 años o más en el momento del diagnóstico (European Centre for Disease Prevention and Control & WHO Regional Office for Europe, 2025).

Sin embargo, incluso en presencia de supresión virológica, el PVVIH presenta patrones inflamatorios crónicamente elevados que aceleran el proceso biológico de envejecimiento, aumentando su vulnerabilidad a cambios neurocognitivos, enfermedades cardiovasculares, síndromes metabólicos y geriátricos, cambios en la densidad ósea y cánceres no asociados al VIH (Fazeli et al., 2023).

En este contexto, el PVVIH en personas de mayor edad muestra crecientes necesidades de apoyo en salud y rehabilitación (Chetty et al., 2021), el seguimiento de la fragilidad y el riesgo de caídas es una recomendación explícita en las directrices europeas para la prevención y tratamiento de la infección por VIH (EACS, 2025).

La actividad física regular (AF) surge, en este escenario, como una intervención de valor reconocido para la promoción de la salud y la prevención del deterioro funcional, con especial relevancia en personas mayores y en poblaciones con enfermedades crónicas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la práctica regular de la FA para todas las personas, destacando sus beneficios para reducir la mortalidad por todas las causas, especialmente cardiovascular, en la prevención y gestión de enfermedades como la hipertensión y la diabetes, en la salud mental y cognitiva, en la calidad del sueño y en la prevención de caídas y disminución de la capacidad funcional (World Health Organization, 2020). En el contexto específico de la población de mayor edad con VIH, las directrices europeas recomiendan programas de ejercicio físico multicompetentes, introducidos de forma gradual y adaptados a las condiciones crónicas que puedan presentar (European AIDS Clinical Society, 2025).

Es en este contexto donde se enmarca este capítulo, centrado en el papel de la actividad física en el envejecimiento saludable de las PVVIH, y en las oportunidades de intervención de los profesionales de la salud, concretamente los especialistas en rehabilitación desempeñan un papel fundamental en la promoción, el asesoramiento y la prescripción de actividad física y ejercicio físico en esta población.

OBJETIVO

Este capítulo tiene como objetivo identificar oportunidades de intervención por parte de profesionales sanitarios, concretamente Enfermeros Especialistas en Enfermería de Rehabilitación (EEER), en la promoción, asesoramiento y prescripción de la actividad física y el ejercicio físico en la población de mayor edad con VIH.

1. ENVEJECIMIENTO, INFLAMACIÓN CRÓNICA E INFECCIÓN POR VIH

Mientras que España ocupa el octavo puesto en el ranking europeo del índice de envejecimiento, Portugal es el segundo país de la Unión Europea con el índice de envejecimiento más alto (PORDATA, 2024), con alrededor del 25% de la población residente de edad igual o superior a 65 años (INSA, 2025). El aumento de la longevidad suele conducir a la interconexión de limitaciones físicas, de salud y materiales, lo que agrava la discapacidad y la dependencia, con implicaciones para la capacidad funcional, cognitiva y la calidad de vida (Sadio et al., 2025).

Los desafíos para mantener el bienestar y la calidad de vida, combinados con el aumento de los costes sanitarios y las necesidades sociales, requieren respuestas integradas y multidimensionales (World Health Organization, 2016a). Las políticas dirigidas a las personas mayores deben fomentar la autonomía, la calidad de vida y el acceso tanto a la atención sanitaria como a los servicios sociales, permitiendo el desarrollo del aprendizaje, una vida laboral saludable, ingresos adecuados y la participación social, en entornos seguros e inclusivos (Resolução do Conselho de Ministros, 2024).

La esperanza de vida media de las personas con acceso a la atención sanitaria es actualmente cercana a la de quienes no tienen esta infección, con una diferencia media estimada de ocho años (Antiretroviral Therapy Cohort Collaboration, 2008; Marcus et al., 2016; Nasi et al., 2017; Sheets & Baker, 2024). La innovación en la terapia antirretroviral (TAR) ha contribuido decisivamente a la disminución de la mortalidad, pero el aumento de la supervivencia también se asocia con un incremento de comorbilidades relacionadas con la edad, como enfermedades oncológicas y cardiovasculares, y síndromes metabólicos o geriátricos, que tienden a aparecer antes que en la población general, reflejando un envejecimiento acelerado entre el VIH (Sheets & Baker, 2024; Quigley & MacKay-Lyons, 2020). La carga global de enfermedades cardiovasculares asociadas a la infección por VIH se ha triplicado en los últimos 20 años, y se estima que el riesgo cardiovascular en estas personas es el doble que en la población general (Shah et al., 2018).

La exposición a algunos antirretrovirales también puede estar relacionada con efectos adversos como toxicidad ósea, renal, hepática y cardiovas-

cular, lipodistrofia y trastornos neurológicos o psiquiátricos (European AIDS Clinical Society, 2025).

Los problemas asociados a la sarcopenia, con disminución de la fuerza muscular, cambios en el equilibrio y la marcha, reducción de la capacidad aeróbica y aumento de la fragilidad, son comunes entre el VIH y afectan directamente al riesgo de caídas y la autonomía (Quigley & MacKay-Lyons, 2020). Los desafíos psicosociales como la ansiedad, la depresión y los problemas con la adherencia terapéutica agravan aún más la vulnerabilidad y reducen el bienestar y la calidad de vida (Ibeneme et al., 2022).

La infección por VIH conduce a un estado de inflamación crónica, incluso con control inmunoviológico, debido a varios factores:

- Estimulación mediada por antígenos y el consiguiente estrés oxidativo.
- Persistencia del virus en el tejido linfático.
- Desequilibrio inmune.
- Coinfecciones y alteraciones genéticas asociadas a la activación inmunitaria (Sheets & Baker, 2024).

La inflamación crónica también puede agravarse por comportamientos sedentarios, siendo un factor de riesgo independiente para la salud (World Health Organization, 2016b) y por determinantes sociales como el aislamiento, los bajos estándares nutricionales, la exposición a sustancias nocivas y la baja alfabetización en salud (Sheets & Baker, 2024).

El concepto de *inflammaging* añade inflamación sistémica y activación inmunitaria como consecuencia del envejecimiento, contribuyendo a la morbilidad (Nasi et al., 2017; Sheets & Baker, 2024). Este proceso, típicamente observado en personas mayores, puede aparecer más precozmente en personas con VIH (PVVIH), incluso con control inmunoviológico (Sheets & Baker, 2024).

El tratamiento de *la inflammaging* ha recibido un interés creciente debido a su potencial para reducir el número de años con dependencia o discapacidad. Entre las PVVIH de edad avanzada, la forma más eficaz de modular la inflamación sistémica es modificar factores de riesgo, como la reducción de los niveles de lípidos; el estudio REPRIEVE destaca el papel de las estatinas en la reducción tanto de los niveles de colesterol LDL, la activación inmunitaria y la inflamación en el PVVIH (Grinspoon, 2023). La modificación de los valores de presión arterial y los niveles de AF es otra contribución relevante a la reducción de la inflamación sistémica, contribuyendo a la promoción de un envejecimiento saludable en esta población (Sheets & Baker, 2024).

2. INICIATIVAS DE ACTIVIDAD FÍSICA DIRIGIDAS A PERSONAS CON TRASTORNOS DEL ENVEJECIMIENTO

La OMS recomienda, para adultos mayores de 65 años, entre 150 y 300 minutos por semana de actividad aeróbica de intensidad moderada, complementados con entrenamiento de fuerza muscular y ejercicios de equilibrio al menos dos veces por semana (World Health Organization, 2020). El Plan de Acción Global para la Actividad Física 2018-2030, con el objetivo de reducir la prevalencia global de inactividad física en un 15% para 2030, estableció cuatro objetivos estratégicos: crear sociedades activas, entornos activos, personas y sistemas activos (World Health Organization, 2018). La creación de programas en múltiples contextos, la priorización de grupos menos activos, es decir, la población mayor, y la incorporación de la AF en los servicios de salud y sociales son algunas de las medidas recomendadas.

En Portugal, la prevalencia de la AF en la población mayor de 65 años está entre el 21,8% (Lopes et al., 2017) y el 30,6% (datos de 2018-2019), mostrando un margen considerable de inactividad (Pereira, 2024). Aunque la Unión Europea ha mejorado sus indicadores para la implementación de políticas que promueven las AF (del 64,7% en 2015 al 81,8% en 2024), persisten importantes carencias en la aplicación de su práctica (European Union, 2024).

El Programa Nacional para la Promoción de la Actividad Física (Direção Geral da Saúde, 2024), creado en 2016 como Programa Prioritario de Salud, reconoce a las personas mayores con enfermedades crónicas como un grupo prioritario. El papel de los enfermeros es único en la comunicación, la educación sanitaria y el empoderamiento de las personas, lo que las convierte en agentes fundamentales en este trabajo multidisciplinar e intersectorial, especialmente los EEER, que trabajan en diferentes niveles de atención y entran en contacto con la complejidad de múltiples contextos (Direção Geral da Saúde, 2016; Labanca et al., 2023). Sin embargo, un estudio transversal multicéntrico en 15 escuelas de enfermería reveló importantes lagunas en la formación específica en AF/ejercicio físico (EP), con implicaciones para la futura preparación de los profesionales sanitarios (Cruz et al., 2025).

En cuanto a la PVVIH específicamente, las directrices europeas (EACS, 2025) mencionan la promoción de la AF conforme a las recomendaciones de la OMS, aunque el Programa Nacional para la Infección por VIH/SIDA no contempla explícitamente la promoción de la AF como componente de atención (Direção Geral da Saúde, 2022). La Asociación Portuguesa para el Estudio Clínico del SIDA (APECS) lanzó en 2019 directrices que destacan la AF como estrategia para gestionar comorbilidades relacionadas con endocrinología, osteoporosis y psiquiatría (Associação portuguesa para o Estudo Clínico da SIDA, 2019).

En España, el *Proyecto Nacional de Política* menciona la inclusión del ejercicio físico en la atención especializada e integral del PVVIH en práctica-

mente todos los perfiles de clientes: con comorbilidades y/o fragilidad y/o dependencia; en el primer año de tratamiento tras el diagnóstico; consumidor de sustancias psicoactivas con dependencia física y/o mental; embarazadas; con infección controlada, autónoma, sin comorbilidades y con buen apoyo familiar (SI-Health, 2025).

3. ACTIVIDAD FÍSICA Y EL IMPACTO DEL VIH EN LA SALUD

3.1. Beneficios de la actividad física

Se ha demostrado en el VIH que la AF mejora la condición física, la composición corporal, el perfil lipídico, la salud mental (especialmente los síntomas de ansiedad y depresión) y los marcadores inflamatorios, además de no afectar negativamente ni al recuento de linfocitos TCD4+ ni a la carga viral (European AIDS Clinical Society, 2025).

Funcionalidad, fragilidad e inmunidad. Una revisión sistemática y un metaanálisis con doce ensayos controlados aleatorizados concluyeron que las intervenciones basadas en AF produjeron mejoras significativas en la capacidad de caminar en personas con VIH de 50 años o más, con un efecto más pronunciado cuando se combinaban con entrenamiento aeróbico, entrenamiento de resistencia o en la práctica de entrenamiento aeróbico de alta intensidad (Shim & Noh, 2022). El entrenamiento aeróbico de intensidad moderada a alta también se asocia con mejoras en la capacidad para subir escaleras y en el aumento de fuerza muscular (Erlandson et al., 2018). Como la sarcopenia es un síndrome geriátrico común en esta población, el aumento de la fuerza muscular es un beneficio adicional de la práctica de la AF (Fazeli et al., 2023).

En cuanto a la fragilidad, una condición potencialmente reversible, los programas de ejercicio, incluso de corta duración, han mostrado un impacto positivo en su atenuación (Kheler et al., 2022). Un estudio controlado longitudinal multicéntrico con adultos sedentarios mayores de 50 años, VIH positivos y VIH negativos confirmó que una mayor adherencia al ejercicio multicomponente de 12 semanas se asoció con una menor fragilidad y mejor rendimiento físico y fuerza muscular, independientemente del estado serológico (Brañas et al., 2024). La práctica regular de la AF también desempeña un papel protector en la salud musculoesquelética, atenuando la pérdida ósea y mejorando marcadores inflamatorios, en los que los ejercicios de carga de peso, como caminar, correr o subir escaleras, tienen beneficios adicionales al requerir simultáneamente los sistemas muscular y esquelético (Afraie et al., 2025). En el ámbito inmunitario, el entrenamiento aeróbico y el de resistencia no comprometen la inmunidad, pero contribuyen a una mejor modulación de los linfocitos TCD4+ en el PVVH (Ferrari Silva et al., 2022).

Salud mental, cognitiva y calidad de vida. La práctica regular de la AF contribuye a la reducción de los síntomas depresivos en las personas de mayor edad en general (Antunes et al., 2023), un beneficio que se extiende al

PVVIH y, en particular, al PVVIH en personas mayores (Chetty et al., 2021), un grupo en el que la depresión es un factor determinante para la adhesión a la AF (Fazeli et al., 2023). La AF también se ha asociado con mejoras en la función cognitiva, con una mejora de la memoria episódica y la fluidez verbal en la población de edad avanzada (Iso-Markku et al., 2024), y la función ejecutiva, la memoria de trabajo, la atención, la velocidad de procesamiento en el PVVIH de edad avanzada (Fazeli et al., 2022). Varios estudios asocian la práctica de la AF y la EF con una mejor calidad de vida y satisfacción con la vida, especialmente en personas mayores con VIH (Brañas et al., 2024; Chetty et al., 2021), y se recomienda que las intervenciones de promoción de la AF se implementen tanto en entornos hospitalarios como comunitarios (Arjunan et al., 2024).

3.2. Seguridad en la práctica de la actividad física

Aunque los beneficios de la AF/EF superan con creces sus riesgos potenciales (Novo et al. en Cruz et al., 2025), el reconocimiento de esta última es fundamental para una gestión adecuada de la AF/EF. Los principales riesgos están relacionados con eventos adversos cardiovasculares, agravados por la práctica de ejercicio de intensidad vigorosa (Goodman et al., 2016), y lesiones musculoesqueléticas, por lo que cualquier alteración ósea, como osteoporosis u osteopenia, debe evaluarse previamente (Afraie et al., 2025). La Dirección General de Salud propone un algoritmo para identificar el nivel de riesgo, centrado en el nivel actual de AF, la presencia de signos y síntomas de enfermedad cardiovascular, metabólica o renal y la intensidad del ejercicio a realizar (Direção Geral da Saúde, 2018).

La presencia de síntomas agudos de infección (fiebre, dolor, vómitos, diarrea) y comorbilidades inestables como angina de pecho, estenosis aórtica severa, miocardiopatía hipertrófica, arritmia incontrolada, insuficiencia cardíaca descompensada y diabetes mellitus no controlada son contraindicaciones absolutas (Marques et al., 2024). La AF debe suspenderse inmediatamente en caso de disnea severa, dolor torácico, arritmia o síntomas sugestivos de síndrome vasovagal. La fatiga excesiva o taquicardia tras la práctica debe considerarse una señal de advertencia, requiriendo una derivación urgente a un profesional sanitario (Marques et al., 2024).

3.3. Consideraciones sobre la práctica de la actividad física en personas mayores con VIH

Las directrices de la Sociedad Clínica Europea del SIDA están alineadas con las directrices de la OMS para la población mayor: se recomienda la AF multicomponente, incluyendo entrenamiento de fuerza y equilibrio, de intensidad moderada o superior, tres o más días a la semana; La progresión debe ser gradual, aumentando en frecuencia, intensidad y duración; las personas con enfermedades crónicas deben consultar a un especialista en AF o

a un profesional sanitario para adaptar la prescripción de AF (European AIDS Clinical Society, 2025).

La evidencia apunta a un asesoramiento multicomponente AF/EF en PVVIH en personas mayores de 50 años, de intensidad moderada, que puede progresar hasta alta intensidad (Erlandson et al., 2018; Brañas et al., 2024), incluso en personas con fragilidad. La práctica de AF de baja intensidad, como el yoga o el tai chi, ha demostrado ser beneficiosa para reducir la presión arterial, los síntomas depresivos, el equilibrio, el bienestar, la calidad de vida y la salud cognitiva (Montoya et al., 2019; Quigley & MacKay-Lyons, 2020). La introducción de pausas y caminatas activas puede ser una estrategia eficaz para quienes tienen bajos niveles de actividad, y hay evidencia de una relación entre el número de pasos diarios y la disminución de la adiposidad en la PVVIH, en contraste con la asociación entre el comportamiento sedentario y el aumento de la adiposidad en esta población (Webel et al., 2023). En resumen, hacer algo de AF siempre es mejor que ninguna y las intervenciones deben ajustarse a la condición, habilidades y contexto de cada persona.

CONCLUSIONES

El aumento de la longevidad en el PVVIH es en gran medida resultado de los avances en la TAR, que han contribuido decisivamente a la reducción de la mortalidad y a una esperanza de vida media cercana a la de la población general. Sin embargo, el aumento de la supervivencia está asociado al desarrollo de comorbilidades que tienden a aparecer antes que en la población en general, reflejando un proceso acelerado de envejecimiento. Contribuye a este fenómeno el hecho de que la infección por VIH mantiene un estado de inflamación sistémica crónica, incluso en presencia de control inmunoviroológico, mediado por mecanismos de inflamación persistente y activación inmunitaria.

Además de este contexto, existen otros factores que agravan la vulnerabilidad del VIH/SIDA: aumento del riesgo cardiovascular, estimado en el doble que en la población general, exposición a efectos adversos o toxicidad de algunos fármacos antirretrovirales, que puede provocar osteopenia u osteoporosis, lipodistrofia y cambios en el sistema nervioso central; sarcopenia, común entre el VIH y especialmente impactante en las etapas avanzadas de la enfermedad, asociada a disminución de la fuerza muscular, cambios en el equilibrio y la marcha, disminución de la capacidad aeróbica, mayor riesgo de caídas y pérdida de autonomía; y los desafíos psicosociales de la infección, es decir, síntomas de ansiedad y depresión, estigma y aislamiento social, que comprometen el bienestar y la calidad de vida.

En vista de este escenario, las respuestas dirigidas a los PVVIH de los ancianos deberían integrarse, promoviendo la autonomía y la calidad de vida. La modificación de los factores de riesgo conductuales, es decir, la re-

ducción de los niveles de lípidos, el control de la presión arterial y el aumento de los niveles de AF, es una estrategia importante para modular la inflamación sistémica en el PVVIH, contribuyendo a un envejecimiento saludable.

Los beneficios de la AF en el PVVIH están ampliamente documentados:

- A nivel físico, hay mejoras en el estado físico general, la composición corporal, el perfil lipídico, la funcionalidad y la fragilidad, así como mejoras en los marcadores inflamatorios y la modulación de los linfocitos T CD4+.
- A nivel mental y cognitivo, se ha documentado una reducción de los síntomas depresivos, especialmente en personas mayores con VIH, mejora de la memoria, velocidad de procesamiento, atención y fluidez verbal, así como satisfacción y calidad de vida.

Se recomienda la AF multicomponente para el VIH a partir de los 50 años, incluyendo entrenamiento de fuerza y equilibrio, de intensidad moderada a alta, tres o más días a la semana (entre 150 y 300 minutos), con progresión gradual y prescripción adaptadas a las condiciones crónicas de cada persona. Incluso la práctica de AF de baja intensidad, como el yoga y el tai chi, también ha demostrado tener beneficios para la salud del VIH. El principio rector debe ser: cualquier AF es preferible a la inactividad, y las intervenciones deben ajustarse a la condición, habilidades y contexto individual.

En este contexto, el EEER se encuentra en una posición privilegiada para asesorar y prescribir actividad física y ejercicio físico: tiene un desempeño único en comunicación, educación para la salud y empoderamiento de las personas, basado en la proximidad; trabajan en diferentes niveles de atención y entran en contacto con la complejidad de múltiples contextos; poseen conocimientos científicos y habilidades específicas que les permiten prescribir ejercicio físico en poblaciones especiales e identificar a personas en riesgo de desarrollar discapacidades.

REFERENCIAS

- Afraie, M., Zamani, K., Moradi, G., Khateri, S., Nikbakht, N., & Moradi, Y. (2025). Osteoporosis and fracture risk among individuals with HIV: a systematic review and meta-analysis. *Discover Public Health*, 22(1), 251. <https://doi.org/10.1186/s12982-025-00378-5>
- Antiretroviral Therapy Cohort Collaboration. (2008). Life expectancy of individuals on combination antiretroviral therapy in high-income countries: a collaborative analysis of 14 cohort studies. *The Lancet*, 372(9635), 293-299. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61113-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61113-7)
- Antunes, R., Domingues, D., Ribeiro, A., Oliveira, J., Torres, M., Braz, N., Russo, B., & Frontini, R. (2023). Exercício físico, bem-estar subjetivo, qualidade de vida e sintomatologia depressiva e ansiosa numa amostra de idosos portugueses. *Motricidade*, 19(2), 190–197. <https://doi.org/10.6063/motricidade.28728>
- Associação Portuguesa para o Estudo Clínico da SIDA [APECS]. (2019). *Cohmpromise interactive* [Apresentação de slides]. APECS. https://www.apecs.pt/uploads/apresenta_cohmpromise_interactive21mai19.pdf

- Arjunan, P., Annamalai, M., Subramaniam, A., & Arulappan, J. (2024). Physical activity, functional status, and quality of life among older adults in India. *SAGE Open Nursing*, 10, 23779608241290384. <https://doi.org/10.1177/23779608241290384>
- Brañas, F., Díaz-Álvarez, J., Fernández-Luna, J., Vázquez-Brolen, B. D., García-Molina, R., Moreno, E., ... & Sánchez-Conde, M. (2024). A 12-week multicomponent exercise program enhances frailty by increasing robustness, improves physical performance, and preserves muscle mass in older adults with HIV: MOVING study. *Frontiers in Public Health*, 12, 1373910. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1373910>
- Chetty, L., Cobbing, S., & Chetty, V. (2021). Physical activity and exercise for older people living with HIV: a scoping review. *HIV/AIDS-Research and Palliative Care*, 1079-1090. <https://doi.org/10.2147/HIV.S336886>
- Cruz, A., Novo, A., Queirós, C., Viana, M. C., Veríssimo, C., Petronilho, F., Couto, G., Sousa, L., Ferreira, M. S., Souto, N., Azevedo, P., Ferreira, P., Queiroz, S., Gonçalves, R., & Pinto, V. (2025). Currículos de enfermagem na área da atividade física: estudo transversal multicêntrico. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 8(2), 1-13. <https://doi.org/10.37914/riis.v8i2.520>
- Direção-Geral da Saúde. (2016). *Estratégia nacional para a promoção da atividade física, da saúde e do bem-estar*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/estrategia-nacional-para-a-promocao-da-atividade-fisica-da-saude-e-do-bem-estar-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2018). *Manual de Aconselhamento para a Mudança Comportamental*. [cited 2026 Apr 13]. Available from <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-promocao-da-atividade-fisica/ficheiros-externos-pnpaf/manual-aconselhamento-breve1.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2022). *Programas de Saúde Prioritários*. <https://www.dgs.pt>
- Direção-Geral da Saúde. (2024). *Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física*. <https://www.dgs.pt>
- European AIDS Clinical Society. 2025. *European AIDS Clinical Society guidelines for the clinical management and treatment of HIV-infected adults* (Version 13.0). <https://www.eacsociety.org/guidelines/eacs-guidelines/>
- European Centre for Disease Prevention and Control & WHO Regional Office for Europe. (2025). *HIV/AIDS surveillance in Europe 2025: 2024 data*. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/2025-Annual-HIV-Report.pdf>
- Erlandson, K. M., MaWhinney, S., Wilson, M., Gross, L., McCandless, S. A., Campbell, T. B., ... & Jankowski, C. M. (2018). Physical function improvements with moderate or high-intensity exercise among older adults with or without HIV infection. *AIDS*, 32(16), 2317-2326. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000000000>
- European Union. (2024). *Health-enhancing physical activity in the European Union, 2024*. WHO Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/49670dca-fe1e-4f05-b78f-dce788abbcc1/content>
- Eurostat (2026). Population structure and ageing. Statistics Explained. European Commission. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing
- Fazeli, P. L., Willig, A. L., Oliveira, V., Buford, T. W., Vance, D. E., Burkholder, G., ... & Webel, A. R. (2023). The association between objectively-measured physical activity and cognitive functioning in middle-aged and older people living with HIV. *AIDS and Behavior*, 27(4), 1199-1210. <https://doi.org/10.1007/s10461-022-03857-5>
- Ferrari Silva, B., Oliveira, G. H. D., Ferraz Simões, C., Vissoci, J. R. N., Peres, S. B., & Moraes, S. M. F. D. (2022). Effects of exercise modality and intensity on the CD4 count in people with HIV: a systematic review and meta-analysis. *AIDS Care*, 34(2), 163-172. <https://doi.org/10.1080/09540121.2021.1929816>

- Goodman, J. M., Burr, J. F., Banks, L., & Thomas, S. G. (2016). The acute risks of exercise in apparently healthy adults and relevance for prevention of cardiovascular events. *Canadian Journal of Cardiology*, 32(4), 523-532. <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2016.01.019>
- Grinspoon, S. K., Fitch, K. V., Zanni, M. V., Fichtenbaum, C. J., Umbleja, T., Aberg, J. A., Overton, E. T., Malvestutto, C. D., Bloomfield, G. S., Currier, J. S., Martinez, E., Roa, J. C., Diggs, M. R., Fulda, E. S., Paradis, K., Wiviott, S. D., Foldyna, B., Looby, S. E., Desvigne-Nickens, P., Alston-Smith, B., Leon-Cruz, J., McCallum, S., Hoffmann, U., Lu, M. T., Ribaud, H. J., & Douglas, P. S. (2023). Pitavastatin to prevent cardiovascular disease in HIV infection. *New England Journal of Medicine*, 389(8), 687–699. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2304146>
- Ibeneme, S. C., Uwakwe, V. C., Myezwa, H., Irem, F. O., Ezenwankwo, F. E., Ajidahun, T. A., ... & Fortwengel, G. (2022). Impact of exercise training on symptoms of depression, physical activity level and social participation in people living with HIV/AIDS: a systematic review and meta-analysis. *BMC infectious diseases*, 22(1), 469. <https://doi.org/10.1186/s12879-022-07145-4>
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge [INSA]. (2025, 1 de outubro). *Infográfico – Envelhecimento e saúde em Portugal – Quem somos e como envelhecemos* [Infográfico]. <https://www.insa.min-saude.pt/infografico-insa-envelhecimento-e-saude-em-portugal-quem-somos-e-como-envelhecemos/>
- Iso-Markku, P., Kujala, U. M., Knittle, K., Polet, J., Vuoksimaa, E., & Waller, K. (2024). Physical activity and cognitive decline among older adults: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Network Open*, 7(2), Article e2354285. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.54285>
- Kehler, D. S., Milic, J., Guaraldi, G., Fulop, T., & Falutz, J. (2022). Frailty in older people living with HIV: current status and clinical management. *BMC Geriatrics*, 22(1), 919. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03615-1>
- Labana, V. F., de Oliveira, C. L. A., Sotte, D. M. K. S., & Alves, M. S. (2023). Educação em saúde no combate ao sedentarismo. *Pensar Académico*, 21(5), 1713-1728. <https://doi.org/10.44681/1679-8902.v21i5.2024>
- Lopes, C., Torres, D., Oliveira, A., Severo, M., Alarcão, V., Guiomar, S., ... & Ramos, E. (2017). *Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física IAN-AF 2015-2016: relatório de resultados*. <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/wp-content/uploads/2020/01/IAN-AF-Relato%CC%81rio-Resultados.pdf>
- Marcus, J. L., Chao, C. R., Leyden, W. A., Xu, L., Quesenberry Jr, C. P., Klein, D. B., ... & Silverberg, M. J. (2016). Narrowing the gap in life expectancy between HIV-infected and HIV-uninfected individuals with access to care. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 73(1), 39-46. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000001014>
- Marques, A., Paixão, C., & Pereira, L. M. (Eds.). (2024). *Manual de atividade física adaptada para pessoas com doença respiratória crónica*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt>
- Montoya, J. L., Jankowski, C. M., O'Brien, K. K., Webel, A. R., Oursler, K. K., Henry, B. L., Moore, D. J., & Erlandson, K. M. (2019). Evidence-informed practical recommendations for increasing physical activity among persons living with HIV. *AIDS*, 33(6), 931–939. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000002137>
- Nasi, M., De Biasi, S., Gibellini, L., Bianchini, E., Pecorini, S., Bacca, V., ... & Cossarizza, A. (2017). Ageing and inflammation in patients with HIV infection. *Clinical & Experimental Immunology*, 187(1), 44-52. <https://doi.org/10.1111/cei.12814>
- Novo, A., Delgado, B., Vaz, S., Loureiro, M., Preto, L & Mendes, I. (2025). Conceitos gerais sobre atividade física e exercício físico In A. Cruz, H. Neves & V. Parola (Coords.). *Atividade física – Um conceito central da Enfermagem de Reabilitação*. UICISA: E / ESEnFC.
- Pereira, J. T. (2024). *Monitorização da atividade física em Portugal: Em busca de um sistema de vigilância* [Dissertação de mestrado, Universidade do Porto]. Repositório Aberto UP. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/164082/2/700082.pdf>

- PORDATA. (2024). *Índice de envelhecimento e outros indicadores de envelhecimento*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. <https://www.pordata.pt/portugal/indice+de+envelhecimento+e+outros+indicadores+d+e+envelhecimento-526>
- Quigley, A., & MacKay-Lyons, M. (2020). Physical deficits among people living with HIV: a review of the literature and implications for rehabilitation. *Physical Therapy Reviews*, 25(1), 29–41. <https://doi.org/10.1080/10833196.2019.1701763>
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 14/2024, de 12 de janeiro. (2024). Aprova o Plano de Ação do Envelhecimento Ativo e Saudável 2023-2026. *Diário da República: Série I*, n.º 9. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/resolucao-conselho-ministros/14-2024-836495389>
- Sadio, R., Henriques, A., Nogueira, P., & Costa, A. (2025). A multidimensional analysis of older adults wellbeing and health literacy in Alentejo: a cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*, 13, 1514968. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1514968>
- Shah, A. S., Stelzle, D., Lee, K. K., Beck, E. J., Alam, S., Clifford, S., ... & Mills, N. L. (2018). Global burden of atherosclerotic cardiovascular disease in people living with HIV: systematic review and meta-analysis. *Circulation*, 138(11), 1100-1112. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.118.033904>
- Sheets, K., & Baker, J. V. (2024). HIV and inflamm-aging: How do we reach the summit of healthy aging? *Topics in Antiviral Medicine*, 32(5), 589-594.
- Shim, M. S., & Noh, D. (2022). Effects of physical activity interventions on health outcomes among older adults living with HIV: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(14), 8439. <https://doi.org/10.3390/ijerph19148439>
- The Institute for Health and Strategy (SI-Health). (2025). *Documento para el cuidado enfermero experto de personas con VIH. Equipo multidisciplinar de trabajo del National Policy*. <https://viivhealthcare.com/es-es/horizonte-vih/>
- Timmis, A., Aboyans, V., Vardas, P., et al. (2024). European Society of Cardiology: the 2023 Atlas of Cardiovascular Disease Statistics. *European Heart Journal*, 45(38), 4019–4062. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae466>
- Webel, A. R., Davey, C. H., Oliveira, V., Cleveland, D., Crane, H. M., Gripshover, B. M., ... & Willig, A. L. (2023). Physical activity is associated with adiposity in older adults with HIV in the modern HIV era. *AIDS*, 37(12), 1819-1826. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000003620>
- World Health Organization. (2016a). *Action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases in the WHO European Region* (No. WHO/EURO: 2016-2582-42338-58618). WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization Regional Office for Europe. (2016b). *Physical activity strategy for the WHO European Region 2016–2025*. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289051477>
- World Health Organization. (2018). *Global action plan on physical activity 2018–2030: More active people for a healthier world*. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/33339c9c-3a9f-46d4-9f12-ae9ff0dfdc6a/content>
- World Health Organization. (2020). *WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>

Polifarmacia y adherencia terapéutica en el adulto mayor

José Alberto Becerra-Mejías¹

¹ Universidad de Extremadura, Badajoz, España

INTRODUCCIÓN

La polifarmacia constituye un problema frecuente en la población de adultos mayores y se asocia a múltiples efectos adversos en la salud, los cuales se intensifican en pacientes con fragilidad. En este grupo, el uso de múltiples fármacos se relaciona con una menor probabilidad de mejora del estado de fragilidad, un incremento del riesgo de mortalidad, una mayor incidencia de eventos adversos durante la hospitalización y una mayor necesidad de apoyo asistencial en comparación con aquellos que no presentan polifarmacia (Toh et al., 2023).

Además, la medicación es un motivo de preocupación para los pacientes y sus familiares. Con frecuencia se sienten confundidos e inseguros debido a la información procedente de distintas fuentes, incluidos los distintos profesionales sanitarios y los prospectos de los medicamentos. Por ello, es habitual que soliciten una revisión exhaustiva de su tratamiento que les ofrezca una visión global, así como información clara sobre posibles efectos secundarios, interacciones y la correcta pauta de administración (Mikkelsen et al., 2023). La polifarmacia inadecuada incrementa el riesgo de eventos adversos, la carga terapéutica, la falta de adherencia al tratamiento y los costes sanitarios, además de poder comprometer la seguridad del paciente y su calidad de vida (Oktora et al., 2026).

Dada la elevada prevalencia de la polifarmacia y su impacto negativo en los resultados clínicos, se hace necesario que los profesionales sanitarios y los responsables de las políticas de salud diseñen e implementen estrategias tanto preventivas como de intervención orientadas a reducir los efectos perjudiciales de la polifarmacia en adultos mayores (Toh et al., 2023).

OBJETIVO

El presente capítulo tiene como propósito analizar la evidencia científica disponible en torno a la polifarmacia y la adherencia terapéutica en la población adulta mayor.

En este contexto, se abordarán los cambios fisiológicos asociados al envejecimiento que resultan relevantes para la farmacoterapia, así como los principales riesgos y consecuencias derivados de la polifarmacia. Asimismo, se examinarán los factores que influyen en la adherencia terapéutica y las herramientas disponibles para su evaluación, junto con los métodos empleados para identificar la polifarmacia inapropiada. Finalmente, se revisarán las estrategias óptimas de intervención farmacológica orientadas a mejorar la adherencia terapéutica y se considerarán los aspectos éticos implicados en el manejo terapéutico de este grupo poblacional, así como el coste-efectividad y la carga económica de la polifarmacia.

METODOLOGÍA

Para la elaboración del presente capítulo se realizó una revisión bibliográfica de tipo narrativa de la literatura científica disponible sobre la polifarmacia y la adherencia terapéutica en la población adulta mayor.

La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo en mayo de 2026 en bases de datos y fuentes de información científica de reconocido rigor académico, incluyendo *PubMed*, *Scopus*, y *SciELO*, así como en portales institucionales de organismos internacionales de salud.

Se utilizaron descriptores controlados (MeSH y DeCS) y palabras clave en español e inglés, combinados mediante operadores booleanos (AND, OR), tales como: *polypharmacy*, *medication adherence*, *older adults*, *elderly*, *drug interactions*, *inappropriate prescribing* y *medication management*. Esta estrategia permitió identificar evidencia científica relacionada con la polifarmacia, la adherencia terapéutica y sus determinantes en la población geriátrica.

Como criterios de inclusión se consideraron estudios originales, revisiones sistemáticas y narrativas, así como guías clínicas y documentos institucionales relevantes. Se incluyeron publicaciones disponibles en texto completo, preferentemente publicadas en los últimos diez años, sin restricción temporal para literatura clásica de alto valor conceptual. Se seleccionaron estudios centrados en población adulta mayor que abordaran la polifarmacia, la adherencia terapéutica, sus factores asociados, consecuencias clínicas o estrategias de intervención.

Como criterios de exclusión se eliminaron duplicados, estudios en poblaciones no geriátricas, publicaciones sin acceso al texto completo, artículos no disponibles en español o inglés, y aquellos que, tras evaluación crítica, presentaran limitaciones metodológicas significativas o baja pertinencia respecto al objetivo del estudio.

1. CONCEPTUALIZACIÓN Y RIESGOS DE LA POLIFARMACIA

El uso simultáneo de varios medicamentos, conocido como polifarmacia, es frecuente en personas mayores con multimorbilidad, ya que cada pa-

tología suele requerir uno o más tratamientos farmacológicos. Esta situación se ha relacionado con múltiples efectos adversos, entre ellos un aumento de la mortalidad, caídas, reacciones adversas a los medicamentos, estancias hospitalarias más prolongadas y una mayor tasa de reingreso tras el alta hospitalaria. Asimismo, el riesgo de presentar eventos adversos y daño clínico se incrementa a medida que crece el número de fármacos utilizados. Estos efectos perjudiciales pueden explicarse por diversos mecanismos, como las interacciones entre medicamentos o entre fármacos y enfermedades. Además, las personas mayores presentan una mayor vulnerabilidad a estos problemas debido a cambios fisiológicos asociados al envejecimiento (Masnoon et al., 2017).

Dado los posibles efectos adversos asociados a la polifarmacia, resulta fundamental comprender su prevalencia y las poblaciones que presentan un mayor riesgo de exposición. La polifarmacia es un fenómeno complejo cuyos criterios de adecuación e implicaciones pueden variar entre personas con alta complejidad médica y aquellas con un estado de salud más estable. En términos generales, su uso debe estar clínicamente justificado y mantenerse en la medida de lo posible dentro de límites reducidos, especialmente en adultos mayores o en pacientes con fragilidad. Los profesionales clínicos deberían evaluar de forma periódica a los pacientes para identificar la presencia de polifarmacia e implementar estrategias orientadas a reducir su uso inapropiado cuando sea posible. Asimismo, es necesario continuar trabajando en la armonización de su definición con el fin de mejorar la consistencia en su notificación dentro de la literatura científica (Delara et al., 2022).

Y es que existe una gran variabilidad en las definiciones de polifarmacia, así como en términos relacionados. Aunque el término más empleado es polifarmacia, su definición operativa no es uniforme, ya que puede abarcar desde el uso de dos o más medicamentos hasta el consumo de once o más fármacos. En la literatura se habla en ocasiones de polifarmacia leve, moderada y grave. No obstante, la definición más ampliamente aceptada es la que la establece como el uso de cinco o más medicamentos diarios (Masnoon et al., 2017).

Por otro lado, existe también la polifarmacia apropiada y la inapropiada. La polifarmacia apropiada se refiere al uso de los medicamentos correctos, en las condiciones adecuadas, para tratar patologías bien definidas y con objetivos terapéuticos claros. Por el contrario, un medicamento se considera inapropiado cuando su balance beneficio-riesgo deja de ser favorable para el paciente. En este contexto, la polifarmacia inapropiada se ha asociado con un aumento del riesgo de hospitalización, la aparición de eventos adversos relacionados con medicamentos, interacciones farmacológicas clínicamente relevantes y un incremento de la mortalidad por cualquier causa (McQuade & Campbell, 2021).

2. CAMBIOS FISIOLÓGICOS DEL ENVEJECIMIENTO RELEVANTES

Ciertos cambios fisiológicos relacionados con el envejecimiento como la disminución de la función renal y hepática, la reducción de la masa corporal magra y el deterioro de funciones sensoriales y cognitivas, incluyendo audición, visión, capacidad cognitiva y movilidad, han de ser tenidos en cuenta a la hora de prescribir medicación al adulto mayor (Masnoon et al., 2017).

A medida que avanza la edad, la respuesta del organismo a los medicamentos se modifica, lo que puede traducirse en una mayor sensibilidad o, en algunos casos, en una menor eficacia terapéutica. Como consecuencia, los adultos mayores pueden presentar reacciones adversas más intensas o una respuesta clínica insuficiente, lo que obliga a ajustar cuidadosamente los tratamientos para mantener un equilibrio adecuado entre beneficio y riesgo. Por otro lado, el envejecimiento también influye en los procesos de absorción, distribución, metabolismo y eliminación de los fármacos. Estas alteraciones pueden cambiar la concentración y duración de acción de los medicamentos en el organismo, haciendo necesario adaptar las dosis y realizar un seguimiento más estrecho para evitar acumulaciones tóxicas o falta de efecto terapéutico. Además, como es frecuente que las personas mayores estén sometidas a polifarmacia, se incrementa el riesgo de interacciones farmacológicas, tanto farmacodinámicas como farmacocinéticas. Estas interacciones pueden desencadenar efectos adversos inesperados o modificar la eficacia de los tratamientos, por lo que resulta imprescindible una evaluación continua y una monitorización rigurosa para garantizar la seguridad y la efectividad terapéutica (Ngcobo, 2025).

3. HERRAMIENTAS PARA EVALUAR UNA POLIFARMACIA INAPROPIADA

Existen una serie de herramientas utilizadas internacionalmente que se pueden utilizar para evaluar la polifarmacia en ancianos. Entre las siguientes encontramos:

Los *Beers Criteria*, que son una herramienta desarrollada por la *American Geriatrics Society* para identificar medicamentos potencialmente inapropiados en pacientes de edad igual o mayor a sesenta y cinco años. Evalúan la idoneidad de los tratamientos farmacológicos en personas mayores clasificando los medicamentos en varias categorías: aquellos que deben evitarse en ancianos independientemente del diagnóstico, los que deben evitarse en presencia de determinadas enfermedades o síndromes, los que pueden utilizarse pero con precaución, las interacciones fármaco-fármaco con relevancia clínica y, por último, los fármacos que requieren ajuste de dosis según el estado de la función renal (American Geriatrics Society, 2019).

Los criterios *STOPP/START* son herramientas clínicas usadas en geriatría para optimizar la prescripción farmacológica en personas mayores y mejorar

la seguridad del tratamiento. Los criterios *STOPP (Screening Tool of Older Persons' Prescriptions)* se utilizan para identificar medicamentos potencialmente inapropiados, es decir, fármacos que pueden ser innecesarios, duplicados o que presentan un alto riesgo de efectos adversos en función de la edad, comorbilidades o interacciones. Ejemplos frecuentes incluyen las benzodiacepinas en pacientes con riesgo de caídas, los AINEs en la insuficiencia renal o los anticolinérgicos en la demencia. Por otro lado, los criterios *START (Screening Tool to Alert to Right Treatment)* detectan omisiones terapéuticas, es decir, tratamientos que deberían estar indicados y no se han prescrito. Entre los ejemplos habituales se encuentran la anticoagulación en la fibrilación auricular, las estatinas en la enfermedad cardiovascular o los IECA en la insuficiencia cardíaca. En conjunto, los *STOPP/START* permiten realizar una revisión sistemática de la medicación, reduciendo la polifarmacia, evitando efectos adversos y mejorando la calidad asistencial en pacientes mayores (Delgado-Silveira et al., 2023; O'Mahony et al., 2015).

Otra escala utilizada es la *Medication Appropriateness Index (MAI)*, desarrollada por Samsa y colaboradores (Samsa et al., 1994). Esta herramienta se basa en una serie de preguntas estructuradas que permiten evaluar si un medicamento es adecuado para un paciente concreto. Estas preguntas analizan aspectos como si existe una indicación clara y justificada para su uso, si la dosis es la correcta y eficaz, y si no hay duplicación con otros fármacos que el paciente esté tomando. A diferencia de otras herramientas, no se centra en listar medicamentos específicos que deben evitarse, sino que evalúa cada fármaco de manera individual dentro del contexto clínico del paciente (Lunghi et al., 2022).

4. ADHERENCIA TERAPEÚTICA EN EL ADULTO MAYOR

La polifarmacia se asocia con una menor adherencia terapéutica debido a que incrementa la complejidad del tratamiento, el riesgo de olvidos y la carga del paciente. En los resultados del proyecto *FOCUS* publicados en *Journal of the American College of Cardiology*, se observa que la simplificación del régimen farmacológico, mediante estrategias como la polipíldora, mejora la adherencia en pacientes con enfermedad cardiovascular, lo que apoya indirectamente que un mayor número de fármacos tiende a reducir el cumplimiento terapéutico (Castellano et al., 2014).

Además de la polifarmacia, existen otros factores que influyen en la adherencia al tratamiento en el adulto mayor. El deterioro cognitivo y la fragilidad, la implicación del cuidador, el uso de tecnologías digitales y la complejidad del tratamiento, se asocian con la adherencia a la medicación en adultos mayores. En la práctica clínica, es clave identificar a los pacientes en riesgo, considerando especialmente el deterioro cognitivo y la fragilidad, los síntomas depresivos, las quejas de memoria, la baja alfabetización sanitaria

o digital, la carga del tratamiento y las barreras económicas (Mehany et al., 2026).

4.1. Herramientas para la medición de la adherencia terapéutica

Una de las herramientas más utilizada para medir la adherencia terapéutica es la escala *Morisky-Green* (también llamada *Morisky-Green-Levine*). La escala *Morisky-Green* es un instrumento autoinformado de cribado rápido que evalúa la adherencia al tratamiento mediante cuatro preguntas dicotómicas (sí/no): “¿Olvida alguna vez tomar la medicación?”, “¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?”, “Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?” y “Si alguna vez se siente mal, ¿deja de tomarla?”. Se considera paciente adherente cuando responde el patrón esperado (No / Sí / No / No), mientras que cualquier desviación indica no adherencia (Morisky et al., 1986). La literatura reciente muestra que esta escala se utiliza de forma habitual en población geriátrica, especialmente en estudios en pacientes mayores con enfermedades crónicas y polimedicación. Diversos trabajos y revisiones en los últimos años han incluido este instrumento como medida estándar de adherencia terapéutica en adultos mayores, lo que respalda su uso extendido en este grupo poblacional (Scotti et al., 2026). Y es que esta herramienta ha sido ampliamente utilizada en numerosos estudios, especialmente en ensayos clínicos aleatorizados dirigidos a evaluar intervenciones para mejorar la adherencia terapéutica en pacientes con diversas enfermedades crónicas.

Posteriormente, con el objetivo de abordar ciertas limitaciones de la versión inicial, se añadieron cuatro ítems adicionales orientados a explorar con mayor detalle las circunstancias que influyen en el comportamiento de adherencia. Esta versión ampliada dio lugar a la *Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky de 8 ítems (MMAS-8)* (Morisky et al., 2008), que también ha sido extensamente empleada en la investigación clínica (Moon et al., 2017). Sin embargo, en 2023 se solicitó la retracción del artículo donde esta escala fue validada por cuestiones relacionadas con la sensibilidad y especificidad (The Editors of the Journal of Clinical Hypertension, 2023).

5. MEJORA DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA

La evidencia científica disponible muestra que existen múltiples tipos de intervenciones dirigidas a la población adulta mayor con el objetivo de mejorar la adherencia terapéutica. En términos generales, la mayoría de los estudios reportan un impacto positivo de estas intervenciones sobre la adherencia; sin embargo, su efectividad tiende a concentrarse principalmente en el corto y medio plazo. Asimismo, se ha identificado una importante limitación metodológica en la literatura existente, ya que gran parte de los estudios se centra en enfermedades individuales, en lugar de adoptar enfoques sistemáticos centrados en el paciente que integren la complejidad de la multimorbilidad. Esta aproximación fragmentada dificulta la evaluación real de

las intervenciones en contextos de alta carga clínica y constituye una limitación relevante en poblaciones con multimorbilidad y, en consecuencia, con alta prevalencia de polifarmacia (Scotti et al., 2026).

Como se ha dicho anteriormente, diversos factores influyen de manera consistente en la adherencia a la medicación en personas mayores, entre ellos la fragilidad, el deterioro cognitivo, las limitaciones socioeconómicas, la complejidad de los tratamientos y el grado de apoyo disponible por parte de los cuidadores (Mehany et al., 2026). No obstante existen estrategias de adherencia, tanto compensatorias como tecnológicas, que ayudan a las personas mayores a recordar su medicación. Estas estrategias utilizan métodos como rutinas diarias, asociaciones, simplificación, ubicaciones específicas, apoyo externo, listas impresas, horarios fijos o repetir instrucciones. Además, las herramientas tecnológicas como recordatorios electrónicos, mensajes de texto, *apps* y pastilleros electrónicos facilitan el cumplimiento del tratamiento (Pratiwi et al., 2023).

Por otro lado, los estudios en los que se han incorporado intervenciones combinadas que incluyen la provisión de instrucciones o asesoramiento al paciente sobre el uso del tratamiento farmacológico junto con un seguimiento estructurado mediante visitas presenciales o contacto telefónico, evidenciaron una mejora en la adherencia terapéutica medida por métodos directos o escalas validadas (Burgos-Alonso et al., 2024).

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

En la práctica clínica, la ética debe ocupar un lugar prioritario en la toma de decisiones terapéuticas y hay una serie de consideraciones a tener en cuenta cuando se trata de pacientes ancianos en situación de polifarmacia.

6.1. Principio de beneficencia y no maleficencia

El uso de múltiples medicamentos en personas de edad avanzada puede resultar problemático, sobre todo en aquellos pacientes con fragilidad y varias enfermedades coexistentes. Debido a que los ensayos clínicos suelen incluir poblaciones específicas, la evidencia disponible no siempre refleja bien aquellas situaciones en las que la relación entre beneficios y riesgos puede modificarse con el envejecimiento. Por ello, se aconseja revisar de forma regular el tratamiento farmacológico, fomentar la toma de decisiones conjunta entre profesional sanitario y paciente, y plantear la reducción o retirada de fármacos cuando sea apropiado, con el objetivo de mejorar la seguridad y la eficacia del tratamiento (Woodford, 2024).

6.2. Autonomía del paciente y toma de decisiones compartida

En los pacientes mayores con múltiples enfermedades crónicas, es bien conocido que esta situación se asocia a consecuencias negativas importantes, como pérdida de funcionalidad, mayor carga terapéutica, peor calidad

de vida, más uso de servicios sanitarios y aumento del riesgo de mortalidad. En este contexto, para muchas personas mayores, objetivos como mantener la independencia, reducir síntomas o preservar el bienestar emocional pueden ser más relevantes que los resultados estrictamente centrados en cada enfermedad. Esto implica que el tratamiento óptimo desde el punto de vista de una enfermedad concreta no siempre coincide con el más adecuado para el paciente en su conjunto. Por ello, es necesario un cambio en la forma de comunicación clínica, pasando de un enfoque centrado en patologías individuales a otro basado en las prioridades del paciente. En este modelo, se exploran primero sus valores y objetivos de salud para orientar las decisiones terapéuticas. Este proceso, que integra tanto la experiencia clínica como las preferencias del paciente, se conoce como toma de decisiones compartida (Pel-Littel et al., 2021).

La evidencia muestra que la disposición a reducir medicación aumenta cuando el paciente participa activamente en la conversación clínica y comprende riesgos y beneficios (Persaud et al., 2025).

6.3. Problema ético de la “inercia terapéutica” y la prescripción potencialmente inapropiada

El concepto de inercia terapéutica fue introducido por primera vez 2001 por Phillips y colaboradores. Se define como la incapacidad de los profesionales sanitarios para iniciar o intensificar un tratamiento cuando está indicado, a pesar de que existen objetivos terapéuticos bien establecidos, evidencia clara de los beneficios de alcanzarlos, tratamientos eficaces disponibles y guías clínicas que orientan cómo lograrlos (Rodríguez et al., 2024).

En contraposición, la polifarmacia inapropiada en pacientes mayores es muy frecuente, y la deprescripción requiere una toma de decisiones compleja y matizada en un grupo de pacientes muy heterogéneo. Existen numerosas barreras para llevarla a cabo, que abarcan desde la falta de tiempo y de confianza para aplicar el proceso, hasta el temor a las consecuencias de modificar tratamientos ya establecidos. Por ello, es fundamental mantener una buena comunicación entre los profesionales sanitarios, así como entre estos y los pacientes. Las relaciones sólidas basadas en la confianza y la transparencia resultan esenciales para garantizar una atención centrada en la persona, además de ayudar a reducir los riesgos asociados a la polifarmacia y a su abordaje (Robinson et al., 2024).

7. COSTE-EFECTIVIDAD Y CARGA ECONÓMICA

La polifarmacia, especialmente cuando está mal optimizada, suele generar una relación coste-beneficio desfavorable, al incrementar tanto el gasto en medicamentos como los costes asociados a eventos adversos, hospitalizaciones y mayor utilización de recursos sanitarios, sin que esto se traduzca necesariamente en beneficios clínicos proporcionales. Aunque las in-

tervenciones dirigidas a optimizar el uso de fármacos pueden reducir costes (principalmente al prevenir complicaciones y eliminar tratamientos innecesarios), su eficiencia económica no es uniforme, ya que los beneficios clínicos suelen ser modestos y dependen del contexto y de cómo se implementen. En este sentido, el problema no radica únicamente en el número de medicamentos, sino en la calidad y adecuación de la prescripción, dentro de un sistema donde ciertos incentivos pueden favorecer la sobreutilización, lo que con frecuencia conduce a un gasto elevado con un beneficio limitado (Laberge et al., 2021).

CONCLUSIONES

La polifarmacia constituye un fenómeno altamente prevalente en las personas mayores con multimorbilidad y representa un desafío clínico de primera magnitud debido a su asociación consistente con resultados adversos, incluyendo mayor mortalidad, eventos iatrogénicos, caídas y utilización intensiva de recursos sanitarios. Este riesgo se ve amplificado tanto por el incremento progresivo en el número de fármacos como por la mayor vulnerabilidad biológica propia del envejecimiento, caracterizada por alteraciones farmacocinéticas y farmacodinámicas, así como por el deterioro funcional, sensorial y cognitivo. En este contexto, la identificación y prevención de la prescripción potencialmente inapropiada mediante herramientas validadas, junto con una evaluación sistemática del riesgo individual, resultan elementos esenciales de la práctica clínica.

Paralelamente, la adherencia terapéutica emerge como un componente crítico en la efectividad de los tratamientos, viéndose negativamente afectada por la complejidad de los regímenes farmacológicos y por factores clínicos, cognitivos, sociales y económicos. La evidencia disponible sugiere que, si bien diversas intervenciones (especialmente aquellas de carácter multifactorial que combinan educación, simplificación terapéutica y seguimiento estructurado) pueden mejorar la adherencia, sus efectos tienden a ser limitados en el tiempo y han sido evaluados mayoritariamente desde enfoques centrados en enfermedades individuales, lo que restringe su aplicabilidad en escenarios de multimorbilidad.

En este sentido, resulta imprescindible avanzar hacia modelos de atención centrados en la persona que integren la complejidad clínica, promuevan la toma de decisiones compartida y contemplen tanto estrategias compensatorias como soluciones tecnológicas adaptadas a las capacidades del paciente. Asimismo, la implicación de cuidadores y el abordaje de barreras estructurales, como la alfabetización sanitaria o las limitaciones económicas, deben formar parte de una estrategia integral orientada a optimizar la adherencia.

En lo referente a cuestiones éticas, el manejo de la polifarmacia y la adherencia en el adulto mayor no puede desligarse de un marco ético sólido,

en el que los principios de beneficencia y no maleficencia guíen la práctica clínica, evitando tanto la inercia terapéutica como la sobreprescripción, y garantizando el respeto a la autonomía del paciente. Solo a través de un enfoque equilibrado, individualizado y éticamente fundamentado será posible mejorar los resultados en salud y la calidad de vida de esta población creciente y especialmente vulnerable.

Finalmente, la polifarmacia mal optimizada tiende a ser ineficiente, ya que incrementa costes sanitarios sin aportar beneficios clínicos proporcionales. Aunque optimizar la prescripción puede reducir parte de este gasto, los resultados en eficiencia económica son variables y dependen del contexto, lo que pone de manifiesto que el problema principal no es la cantidad de fármacos, sino su adecuación, en un entorno donde la sobreutilización puede generar un alto coste con escaso beneficio.

REFERENCIAS

- American Geriatrics Society. (2019). American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria(R) for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc*, 67(4), 674-694. <https://doi.org/10.1111/jgs.15767>
- Burgos-Alonso, N., Torrecilla, M., Mendiguren, A., Perez-Gomez Moreta, M., & Bruzos-Cidon, C. (2024). Strategies to Improve Therapeutic Adherence in Polymedicated Patients over 65 Years: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Pharmacy (Basel)*, 12(1). <https://doi.org/10.3390/pharmacy12010035>
- Castellano, J. M., Sanz, G., Penalvo, J. L., Bansilal, S., Fernandez-Ortiz, A., Alvarez, L., Guzman, L., Linares, J. C., Garcia, F., D'Aniello, F., Arnaiz, J. A., Varea, S., Martinez, F., Lorenzatti, A., Imaz, I., Sanchez-Gomez, L. M., Roncaglioni, M. C., Baviera, M., Smith, S. C., Jr., Taubert, K., Pocock, S., Brotons, C., Farkouh, M. E., & Fuster, V. (2014). A polypill strategy to improve adherence: results from the FOCUS project. *J Am Coll Cardiol*, 64(20), 2071-2082. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2014.08.021>
- Delara, M., Murray, L., Jafari, B., Bahji, A., Goodarzi, Z., Kirkham, J., Chowdhury, M., & Seitz, D. P. (2022). Prevalence and factors associated with polypharmacy: a systematic review and Meta-analysis. *BMC Geriatr*, 22(1), 601. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03279-x>
- Delgado-Silveira, E., Molina Mendoza, M. D., Montero-Errasquin, B., Munoz Garcia, M., Rodriguez Espeso, E. A., Velez-Diaz-Pallares, M., & Cruz-Jentoft, A. J. (2023). [Spanish version of the STOPP/START 3 criteria: Advances in the detection of inappropriate prescribing medication in the older people]. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 58(5), 101407. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2023.101407> (Version en español de los criterios STOPP/START 3. Avances en la detección de la prescripción inapropiada de medicamentos en personas mayores.)
- Laberge, M., Sirois, C., Lunghi, C., Gaudreault, M., Nakamura, Y., Bolduc, C., & Laroche, M. L. (2021). Economic Evaluations of Interventions to Optimize Medication Use in Older Adults with Polypharmacy and Multimorbidity: A Systematic Review. *Clin Interv Aging*, 16, 767-779. <https://doi.org/10.2147/CIA.S304074>
- Lunghi, C., Trevisan, C., Fusaroli, M., Giunchi, V., Raschi, E., Sangiorgi, E., Domenicali, M., Volpato, S., De Ponti, F., & Poluzzi, E. (2022). Strategies and Tools for Supporting the Appropriateness of Drug Use in Older People. *Pharmaceuticals (Basel)*, 15(8). <https://doi.org/10.3390/ph15080977>

- Masnoun, N., Shakib, S., Kalisch-Ellett, L., & Caughey, G. E. (2017). What is polypharmacy? A systematic review of definitions. *BMC Geriatr*, 17(1), 230. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0621-2>
- McQuade, B. M., & Campbell, A. (2021). Drug Prescribing: Polypharmacy and Deprescribing. *FP Essent*, 508, 33-40. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34491710>
- Mehany, O., Artner, A., Sebok, S., Hanko, B., & Zelko, R. (2026). Multilevel Interventions to Improve Medication Adherence in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis of Cognitive, Digital, Behavioral, and Socioeconomic Strategies (2015-2025). *J Clin Med*, 15(5). <https://doi.org/10.3390/jcm15052069>
- Mikkelsen, T. H., Sondergaard, J., Kjaer, N. K., Nielsen, J. B., Ryg, J., Kjeldsen, L. J., & Mogensen, C. B. (2023). Handling polypharmacy -a qualitative study using focus group interviews with older patients, their relatives, and healthcare professionals. *BMC Geriatr*, 23(1), 477. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04131-6>
- Moon, S. J., Lee, W. Y., Hwang, J. S., Hong, Y. P., & Morisky, D. E. (2017). Accuracy of a screening tool for medication adherence: A systematic review and meta-analysis of the Morisky Medication Adherence Scale-8. *PLoS One*, 12(11), e0187139. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0187139>
- Morisky, D. E., Ang, A., Krousel-Wood, M., & Ward, H. J. (2008). Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *J Clin Hypertens (Greenwich)*, 10(5), 348-354. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7176.2008.07572.x>
- Morisky, D. E., Green, L. W., & Levine, D. M. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*, 24(1), 67-74. <https://doi.org/10.1097/00005650-198601000-00007>
- Ngcobo, N. N. (2025). Influence of Ageing on the Pharmacodynamics and Pharmacokinetics of Chronically Administered Medicines in Geriatric Patients: A Review. *Clin Pharmacokinet*, 64(3), 335-367. <https://doi.org/10.1007/s40262-024-01466-0>
- O'Mahony, D., O'Sullivan, D., Byrne, S., O'Connor, M. N., Ryan, C., & Gallagher, P. (2015). STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. *Age Ageing*, 44(2), 213-218. <https://doi.org/10.1093/ageing/afu145>
- Oktora, M. P., Yuniar, C. T., Hak, E., Alfian, S. D., & Abdulah, R. (2026). Healthcare professionals' barriers and enablers concerning deprescribing in type 2 diabetes patients with polypharmacy: a focus group study. *BMJ Open*, 16(4), e112378. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2025-112378>
- Pel-Littel, R. E., Snaterse, M., Teppich, N. M., Buurman, B. M., van Etten-Jamaludin, F. S., van Weert, J. C. M., Minkman, M. M., & Scholte Op Reimer, W. J. M. (2021). Barriers and facilitators for shared decision making in older patients with multiple chronic conditions: a systematic review. *BMC Geriatr*, 21(1), 112. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02050-y>
- Persaud, N., Rizvi, A., Workentin, A., Skidmore, B., & McDonald, E. G. (2025). Acceptability of Interventions to Address Polypharmacy in Older Adult Outpatients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Health Sci Rep*, 8(8), e70981. <https://doi.org/10.1002/hsr2.70981>
- Pratiwi, H., Kristina, S. A., Widayanti, A. W., Prabandari, Y. S., & Kusuma, I. Y. (2023). A Systematic Review of Compensation and Technology-Mediated Strategies to Maintain Older Adults' Medication Adherence. *Int J Environ Res Public Health*, 20(1). <https://doi.org/10.3390/ijerph20010803>
- Robinson, M., Mokrzecki, S., & Mallett, A. J. (2024). Attitudes and barriers towards deprescribing in older patients experiencing polypharmacy: a narrative review. *NPJ Aging*, 10(1), 6. <https://doi.org/10.1038/s41514-023-00132-2>

- Rodriguez, P., San Martin, V. T., & Pantalone, K. M. (2024). Therapeutic Inertia in the Management of Type 2 Diabetes: A Narrative Review. *Diabetes Ther*, 15(3), 567-583. <https://doi.org/10.1007/s13300-024-01530-9>
- Samsa, G. P., Hanlon, J. T., Schmadler, K. E., Weinberger, M., Clipp, E. C., Uttech, K. M., Lewis, I. K., Landsman, P. B., & Cohen, H. J. (1994). A summated score for the medication appropriateness index: development and assessment of clinimetric properties including content validity. *J Clin Epidemiol*, 47(8), 891-896. [https://doi.org/10.1016/0895-4356\(94\)90192-9](https://doi.org/10.1016/0895-4356(94)90192-9)
- Scotti, S., Pasina, L., Lunghi, C., Raschi, E., Rossi, A., Olmastroni, E., Salluzzo, M., Mucherino, S., Orlando, V., Nobili, A., Menditto, E., Poluzzi, E., & Casula, M. (2026). Enhancing Medication Adherence in Older Adults: A Systematic Review of Evidence-Based Strategies. *J Am Geriatr Soc*, 74(2), 479-487. <https://doi.org/10.1111/jgs.70257>
- The Editors of the Journal of Clinical Hypertension. (2023). Retraction Statement: Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *J Clin Hypertens (Greenwich)*, 25(9), 889. <https://doi.org/10.1111/jch.14718>
- Toh, J. J. Y., Zhang, H., Soh, Y. Y., Zhang, Z., & Wu, X. V. (2023). Prevalence and health outcomes of polypharmacy and hyperpolypharmacy in older adults with frailty: A systematic review and meta-analysis. *Ageing Res Rev*, 83, 101811. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2022.101811>
- Woodford, H. J. (2024). Polypharmacy in Older Patients. *Br J Hosp Med (Lond)*, 85(10), 1-12. <https://doi.org/10.12968/hmed.2024.0388>

Parte III

SALUD MENTAL, BIENESTAR EMOCIONAL Y RELACIONES SOCIALES

Salud Mental en el anciano y bienestar emocional

Pérez Corraliza, Carolina¹

¹ Universidad de Extremadura, Badajoz, España

INTRODUCCIÓN:

El envejecimiento poblacional constituye uno de los fenómenos demográficos más relevantes del siglo XXI. El incremento sostenido de la esperanza de vida, junto con la disminución de las tasas de natalidad, ha generado una transformación significativa en la estructura poblacional a nivel mundial, con un aumento progresivo del número de personas mayores de 60 años. Según la Organización Mundial de la Salud, se estima que para 2030 una de cada seis personas en el mundo tendrá 60 años o más, lo que plantea importantes retos para los sistemas sanitarios y sociales.

En la vejez, la salud mental no solo está determinada por el entorno físico y social, sino también por el impacto acumulativo de las experiencias vividas en etapas anteriores de la vida y por factores estresantes específicos relacionados con el envejecimiento. La exposición a la adversidad, la pérdida significativa de capacidad intrínseca y el deterioro de la capacidad funcional pueden provocar malestar psicológico. (OMS, 2023)

El proceso de envejecimiento se asocia a una serie de acontecimientos vitales potencialmente estresantes, como la jubilación, la pérdida de seres queridos, la disminución de la capacidad funcional y el aislamiento social. Estos factores pueden incrementar la vulnerabilidad a desarrollar trastornos mentales, especialmente en ausencia de redes de apoyo adecuadas. En particular, la soledad y el aislamiento social han sido identificados como factores de riesgo significativos para la depresión, el deterioro cognitivo y la mortalidad prematura (Holt-Lunstad, J. (2020). Es por ello, que en esta etapa de la vida, las actividades sociales significativas pueden mejorar considerablemente la salud mental, la satisfacción y la calidad de vida; además, pueden reducir los síntomas depresivos.

Los problemas de salud mental entre las personas mayores a menudo no se reconocen ni se tratan adecuadamente, y el estigma que rodea a estas afecciones puede hacer que las personas se muestren reacias a buscar ayuda. (OMS 2023)

OBJETIVO/S:

Por lo tanto, en el presente capítulo tendremos como objetivo analizar los principales aspectos relacionados con la salud mental y el bienestar emocional en el anciano, incluyendo los cambios asociados al envejecimiento, los trastornos más prevalentes y los factores de riesgo y protección en la salud mental.

METODOLOGÍA:

Para la elaboración del presente capítulo se realizó una revisión narrativa de la literatura científica y documental sobre salud mental y bienestar emocional en las personas mayores.

La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo entre los meses de marzo y mayo de 2026 en diferentes bases de datos y fuentes de información científica, incluyendo PubMed, Scopus, Google Scholar, SciELO, Dialnet y páginas web de organismos oficiales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).

Se emplearon combinaciones de palabras clave en español e inglés, tales como: salud mental, bienestar emocional, personas mayores, anciano, depresión, ansiedad, soledad, aislamiento social, envejecimiento activo, suicidio, maltrato en la vejez y actividad física.

Como criterios de inclusión se seleccionaron artículos científicos, revisiones bibliográficas, documentos institucionales y estudios de acceso completo publicados principalmente en los últimos diez años, aunque también se incluyeron referencias clásicas consideradas relevantes para contextualizar determinados conceptos.

Como criterios de exclusión se descartaron artículos duplicados, estudios que no abordaban específicamente la población mayor, publicaciones sin acceso al texto completo, artículos publicados en idiomas distintos al español o inglés, documentos con escaso rigor científico y aquellos cuya temática no se relacionaba directamente con el objetivo del capítulo.

Posteriormente, se realizó una lectura crítica y análisis de la información recopilada, organizando el contenido en diferentes apartados temáticos para facilitar una visión integral sobre la salud mental en el anciano.

1. CONCEPTO DE SALUD MENTAL Y BIENESTAR EMOCIONAL EN EL ANCIANO

La **salud mental** es un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todo su potencial, aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a su comunidad. Tiene un valor intrínseco e instrumental y es un derecho humano fundamental. Se da en un proceso continuo complejo, que cada persona experimenta de una manera diferente. En un momento dado, un conjunto diverso de fac-

tores individuales, familiares, comunitarios y estructurales pueden combinarse para proteger la salud mental o socavarla. Aunque la mayoría de las personas son resilientes, las que están expuestas a circunstancias adversas corren un mayor riesgo de tener una afección de salud mental. (OMS, 2022)

El análisis de la salud mental en el contexto de las personas mayores presenta una dualidad interesante: por un lado, hay quienes desarrollan problemas de salud mental en la vejez y, por otro lado, aquellas personas con enfermedades mentales crónicas que envejecen. Ambos escenarios ofrecen desafíos únicos y requieren enfoques diferenciados. (Confederación Salud Mental España, & Nagusi Intelligence Center. s.f.)

Por lo tanto, la **salud mental y emocional** es un estado de bienestar integral que permite a las personas gestionar el estrés, trabajar productivamente, mantener relaciones sanas y tomar decisiones. Abarca el equilibrio psicológico, cognitivo y la capacidad de reconocer, expresar y manejar emociones, incluyendo la resiliencia ante la adversidad. (OMS, 2022) Es por ello que la salud mental en el anciano debe entenderse desde un enfoque integral que contemple la interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales.

El **bienestar emocional**, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es un “estado de ánimo en el cual la persona se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, trabajar productivamente y contribuir a la comunidad”.

Es por ello, que la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece requerimientos desde el entorno para hacer del envejecimiento una etapa de **bienestar emocional**, satisfacción y exploración de nuevas oportunidades de toda índole. Esta organización propone crear condiciones adecuadas que vayan desde la adecuación ideal de los espacios físicos hasta generar las condiciones de apoyo y acompañamiento emocional ideales para garantizar la continuidad en la interacción que, al evitar el aislamiento y la sensación de soledad, ahuyentan la posibilidad de los cuadros depresivos tan frecuentes en esa etapa de la vida.

2. FACTORES QUE INFLUYEN EN SALUD MENTAL DEL ANCIANO

La salud mental del anciano está determinada por la interacción de múltiples factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales, que pueden actuar como factores protectores o de riesgo, para el bienestar emocional y la calidad de vida durante el envejecimiento, influyendo en la aparición o no de trastornos mentales en el anciano.

A continuación, se describirán algunos de los elementos más relevantes en la salud mental del anciano.

2.1. Factores biológicos y estado de salud física

Las **enfermedades crónicas** no solo afectan a la salud física de los adultos mayores, sino que también tienen un impacto significativo en su bienestar emocional y psicológico, por lo que representan un desafío significativo para su calidad de vida. Es así que enfermedades como hipertensión, diabetes mellitus y patologías cardiovasculares, entre otras, incrementan la prevalencia de trastornos psicológicos como depresión, ansiedad y estrés, debido a las precarias condiciones de vida, la mala salud física o la falta de acceso a servicios y apoyo de calidad. Estos problemas están asociados con factores como dolor crónico, pérdida de independencia y aislamiento social, agravando las condiciones físicas y emocionales de esta población. (OMS, 2023) (Guerrero, J. et al, 2024)

Además, las enfermedades que generan una carga significativa sobre las actividades de la vida diaria, como la artritis reumatoide, la esclerosis múltiple y el cáncer, se asocian con una mayor probabilidad de experimentar malestar psicológico. Investigaciones recientes, indican que las enfermedades crónicas, especialmente aquellas que provocan dolor persistente o discapacidad, pueden aumentar las tasas de depresión y ansiedad.

Es por ello, que las consecuencias de las enfermedades crónicas sobre la salud mental pueden variar en función de la gravedad de la patología, los mecanismos de afrontamiento del individuo y el nivel de apoyo recibido por parte de la familia, los profesionales sanitarios y la comunidad.

Además, las personas que viven con enfermedades crónicas pueden experimentar aislamiento social, estigmatización y una disminución de la calidad de vida, factores que pueden agravar aún más los problemas de salud mental.

Por lo tanto, la relación entre enfermedad crónica y salud mental es **bidireccional**. No solo las enfermedades crónicas pueden contribuir al desarrollo de trastornos mentales, sino que los problemas de salud mental preexistentes también pueden empeorar la evolución de las enfermedades crónicas.

En este sentido, trastornos como la depresión se han relacionado con un peor control de la enfermedad y peores resultados clínicos en personas con patologías crónicas.

Las personas mayores son especialmente **vulnerables** a la doble carga que supone padecer enfermedades crónicas y trastornos mentales, ya que con frecuencia presentan múltiples comorbilidades, deterioro cognitivo y aislamiento social. (Aijaz, S., et al, 2025)

2.2. Estilo de vida: actividad física, sueño y hábitos saludables

El aumento de la longevidad en nuestra población nos lleva a la necesidad de cambiar la forma de vida y los hábitos actuales por otros más saluda-

bles, para mejorar la calidad de vida y la forma cómo llegamos a las edades más avanzadas.

La salud es el elemento más importante del bienestar de las personas. Quizá, sea la más valorada en la vejez porque está muy implicada en la calidad de vida. (Carmona Fortuño, I., & Molés Julio, M. P., 2018)

La **falta de actividad física o sedentarismo** es una de las causas más comunes del desarrollo de enfermedades degenerativas y provoca afectaciones importantes con relación al funcionamiento óptimo de los adultos mayores. Si bien, la actividad física no elimina por completo la aparición de síntomas asociados al deterioro cognitivo o cualquier otro padecimiento psicológico o social, sino que retrasa su aparición y ayuda a disminuir la progresión en el caso de enfermedades degenerativas. La actividad física es uno de los factores más determinantes del envejecimiento saludable, y contribuye a la mejora en la calidad de vida de los adultos mayores y sus relaciones interpersonales. (Zertuche García, D. H., et al, 2025)

Existen múltiples opciones recomendadas para el envejecimiento activo como: programas de ejercicio multicomponente, Taichi, natación, yoga, entrenamientos de fuerza en gimnasio, ejercicios aeróbicos, baile, de manera personalizada o grupal acorde a su salud y necesidades físicas, mentales y cognitivas. La práctica de ejercicio, actividad o deporte ejecutadas de manera regular, personalizada, grupal, al aire libre o en espacios cerrados genera cambios positivos en la estructura física, funcionalidad, salud mental y cognitiva. (Sevilla Cortes, N. A., & Aguilar Meza, M. G., 2025)

En relación con la **calidad del sueño**, las enfermedades crónicas producen en el organismo una serie de cambios como son: una disminución del sueño profundo, un aumento del tiempo total en la cama, un aumento del número y la duración de los despertares y una disminución del sueño eficiente. Se reduce la cantidad de tiempo invertida en el sueño lento y se aumenta el tiempo del sueño ligero. Cuando esto ocurre, es común que los ancianos valoren negativamente la calidad de su sueño, por lo que se debería determinar la causa del insomnio para modificarlo.

Existen tratamientos para la mayoría de los problemas del sueño, aunque algunas veces es suficiente con mantener hábitos regulares para dormir.

Como ocurre con muchas otras patologías en el paciente anciano, la etiología del insomnio es multifactorial. Muchas personas de edad avanzada presentan problemas de insomnio en relación con una dificultad para ajustar su vida a nuevos cambios, como pueden ser la jubilación, cambio de domicilio, pérdidas de familiares, enfermedades físicas, etc. (Carmona Fortuño, I., & Molés Julio, M. P., 2018)

La **alimentación** de las personas mayores va más allá de la propia ingesta de alimentos, ha de ser un vehículo para nutrirles, mantenerles bien física y psíquicamente, y también para proporcionarles placer y distracción, a veces la única que puede detener.

La pérdida de poder económico, los cambios familiares y del entorno social tienen mucho que ver con consumos insuficientes en uno o más nutrientes o incluso con la instauración de anorexia persistente a causa de penuria económica o soledad. Así mismo, los factores psíquicos también tienen que ver con cambios en el consumo de los alimentos, la depresión puede comportar anorexia o bien aumento de la ingesta por consumo de alimentos entre comidas como resultado de la ansiedad.

Por ello, al mencionar las necesidades nutritivas y los alimentos que las pueden cubrir, valoramos una serie de factores tanto o más importantes que la propia alimentación:

- a. Los *hábitos alimentarios* adquiridos a lo largo de la vida, con el fin de no cambiarlos si no existe una patología que lo justifique.
- b. El *estado emocional* y la salud mental son elementos determinantes en esta etapa para asumir las recomendaciones dietéticas y de cualquier tipo que se sugieran.
- c. La *capacidad de hacer vida social*. Comer solo suele ser sinónimo de comer mal o hacer comidas desequilibradas.
- d. *Grado de actividad*. Luchar contra el sedentarismo mejora la evacuación, los niveles cálcicos y proteicos y estimula el apetito de los ancianos anoréxicos.
- e. *Peso*. Es necesario vigilar los cambios de peso involuntarios. El sobrepeso puede ser responsable de diversos problemas en las personas mayores. Evitar la obesidad que puede ocasionar problemas de movilidad entre otros; en el caso de que ya exista, se propone una pérdida de peso moderada para evitar la sarcopenia.

Con respecto a los riesgos alimentarios en personas mayores podemos comenzar exponiendo que es la más destacada es la **desnutrición**, está más frecuentemente asociada con las enfermedades infecciosas, los problemas en la circulación y con el sistema digestivo. La disminución de la incidencia de desnutrición en el anciano por la prevención primaria se pretende realizar a través del control de sus factores de riesgo. Ellos son la ingesta inadecuada por: depresión, aislamiento social, ignorancia nutricional y pobreza, que tienen una influencia determinante en el estado nutricional, las anomalías sensoriales (visión, gusto, olfato, etcétera), deficiencias nutricionales, enfermedades gastrointestinales (disfagia, odinofagia, dolor abdominal, etcétera), deficiencias motoras (artritis, ictus, insuficiencia respiratoria o cardíaca, etcétera), alteraciones mentales (demencia), dificultad para la masticación, anorexia debida a la edad (modificada por fármacos, aumento de la saciedad, cáncer o EPOC, absorción o utilización inadecuada).

Sin embargo, la **obesidad** se considera hoy en día una enfermedad crónica que además de repercusiones físicas tiene implicaciones psicológicas y sociales, aunque en los adultos mayores cada vez es más frecuente que pa-

dezcan enfermedades en las que la obesidad es un síntoma (hipotiroidismo, depresión, uso de corticoides, demencia, inmovilidad y otros trastornos de conducta). El tejido adiposo va aumentando con la edad y redistribución, concentrándose fundamentalmente a nivel de abdomen y caderas, este exceso de grasa abdominal constituye un factor de riesgo para las enfermedades cardiovasculares. (Amador Muñoz, L. V., & Esteban Ibáñez, M., 2015)

2.3. Factores psicológicos: resiliencia y autoestima

En la vejez la **resiliencia** resulta del funcionamiento “ordinario”, normativo, no excepcional, de recursos y procesos de autorregulación: relaciones significativas y apoyos sociales, oportunidades para el éxito, actitudes positivas, conviviendo en entornos saludables. En consecuencia, los problemas aparecen y tienden a persistir cuando esos sistemas de regulación y adaptación humanas no son prioritarios o están alterados como consecuencia de la adversidad. (Uriarte Arciniega, J. D., 2014)

La resiliencia es, por lo tanto, la habilidad para adaptarse positivamente a las situaciones adversas, a pesar de las dificultades y limitaciones que se producen en la vejez, y alcanzan el final de la vida consciente de sí mismas, con bienestar emocional, satisfechas con su vida. Así la resiliencia es una faceta del propio envejecimiento, donde a pesar de los cambios biológicos, sociales, psicológicos, y a pesar de los deterioros; es resiliencia la manera de compensar y modificar las habilidades físicas, sensoriales y cognitivas que manifiesten algún declive, así como el modo de afrontar los estigmas sociales que pueden existir sobre el envejecimiento: como un sujeto no productivo, estorbo, mantenido, enfermo, inservible, irrecuperable, etc. Es un **envejecimiento resiliente** el modo de vivir el presente y el futuro con optimismo, sin añoranzas por el pasado, para seguir sintiendo, pensando, queriendo, participando y autorrealizándose. (Uriarte Arciniega, J. D., 2014)

Sin embargo, la **autoestima** constituye un factor psicológico protector relevante en la vejez, ya que influye en la percepción de la competencia personal, la adaptación a los cambios asociados al envejecimiento y la capacidad para afrontar situaciones adversas. Diversos estudios han demostrado que los adultos mayores con niveles elevados de autoestima presentan mejor percepción de salud, mayor bienestar psicológico y mejor calidad de vida. Asimismo, una autoestima positiva se relaciona con mayor participación social, mejor afrontamiento emocional y menor riesgo de síntomas depresivos. Por lo que tiene una importancia social considerable, ya que es un factor predictivo de éxito y bienestar de una persona, por lo que debe potenciarse a lo largo de la vida para contar con personas mayores capaces de vivir con una alta autoestima. (Guillen-Moya, M. J., et al., 2021)

2.4. Soledad, aislamiento social y apoyo familiar

La **soledad** se define como “una experiencia subjetiva, personal y negativa en la que la persona tiene necesidad de comunicarse con otros, pero

percibe carencias en sus relaciones sociales por tener menos relaciones de las que le gustaría o porque esas relaciones no le ofrecen el apoyo emocional que desea o necesita. La soledad es una experiencia sumamente desagradable, relacionada con el inadecuado cumplimiento de la necesidad humana de intimidad y de establecer relaciones interpersonales” Este sentimiento subjetivo aparece cuando hay una discrepancia entre el nivel deseado de relaciones sociales y el real. (Fernández-Mayoralas, G., et al., 2021)

La soledad se puede dividir en tres **tipos**, entre ellas la soledad emocional, la soledad relacional y la soledad colectiva. La primera hace referencia al ámbito íntimo, la segunda, a la escasez de proximidad a familiares y amigos y la última, al hecho de sentirse socialmente poco valorados. (Gené-Badia, J., et al., 2016)

Como marcador cualitativo, la soledad es un problema social arraigado a la vejez debido a la disminución de los recursos económicos, las limitaciones funcionales, la muerte de allegados y los cambios en las estructuras sociales y la movilidad. A su vez, tanto la soledad como el aislamiento social se asocian con una morbilidad y mortalidad considerables. Tanto es así que se ha demostrado que el impacto de estas en la salud es comparable al de otros factores de riesgo establecidos como el tabaquismo, la obesidad, el consumo de alcohol o la presión arterial alta. (Alonso González, A., et al., 2023) (Aleman Sánchez, J. J., & Brito Núñez, M. C., 2022)

La **soledad** y el **aislamiento social** en los adultos mayores pueden tener diversos factores de riesgo y consecuencias, tanto a nivel biológico como psicosocial. En relación a los factores de riesgo, cabe destacar las variables biológicas, que abarcan, entre otras, la edad y el género ; los marcadores psicosociales: estado civil, nivel educativo e ingresos socioeconómicos; las pérdidas de los seres queridos: muerte de amigos, cónyuges o familiares; problemas de salud: enfermedades crónicas, discapacidades físicas o cognitivas; cambios en el estilo de vida: jubilación, mudanzas o pérdida de independencia; falta de apoyo social, o la brecha digital que existe en la actualidad. Por ende, dejando a la gran mayoría de adultos mayores desconectados de la comunicación moderna y las redes sociales. (Chaparro Díaz, L., et al., 2019) (Ong, A. D., et al., 2026)

En la vejez, como hemos comentado anteriormente, se viven algunas experiencias especialmente duras que suponen una ruptura con la vida anterior, son vivencias que pueden tener graves consecuencias emocionales, sentimientos de soledad y aislamiento social, como son: (Rodríguez Martín, M., 2009)

- a) *El Síndrome del nido vacío*: El primer acontecimiento importante al que se suelen enfrentar las personas mayores es el abandono del hogar por parte de los hijos para iniciar una vida independiente. Los padres esperan que éstos les presten la ayuda necesaria cuando sufran algún proceso de dependencia o enfermedad, y el

incumplimiento de este deber puede deteriorar las relaciones paterno-filiales y originar sentimientos de indefensión y soledad.

- b) *Unas relaciones familiares pobres*: La escasez de relación con los hijos percibida por los ancianos, tanto en cantidad como sobre todo en intensidad y calidad de afecto, representa un importante motivo de frustración en esta etapa.
- c) *La muerte del cónyuge*: La viudedad suele ser el principal desencadenante del sentimiento de soledad en las edades avanzadas. El anciano se encuentra de pronto sin la compañía y la afectividad que tenía con su pareja, dando pie a problemas personales de adaptación a la viudedad de tipo no únicamente emocional, sino también material y relativos a la gestión del tiempo de las tareas propias del hogar y de la vida doméstica y social. Cuanto más unida esté la pareja, mayor será el impacto emocional de la muerte de uno de ellos sin que la presencia de otras personas alivie los sentimientos de soledad y tristeza. El modo como las personas viven el acompañamiento de la pareja al final de sus días es una variable importante para la elaboración posterior del duelo y de la soledad.
- d) *La salida del mercado laboral*: El otro suceso importante en la vida de las personas mayores es la salida del mercado laboral. Tras la jubilación, las personas disponen de tiempo libre que, muchas veces, no saben en qué ocupar. La pérdida de poder adquisitivo también restringe las posibilidades de disfrutar de estos momentos de ocio, así como el deterioro de las relaciones sociales, pudiendo aparecer aislamiento social.
- e) *La falta de actividades placenteras*: La realización de actividades lúdicas puede ser la respuesta al vacío que puede dejar el aumento de tiempo libre provocado, por ejemplo, por la jubilación. Llegada la vejez, se pueden realizar diferentes actividades lúdicas que antes no se podían realizar, actividades que pueden facilitar la interacción y participación en la vida social.
- f) *Los prejuicios*: En la sociedad actual existen una serie de prejuicios sobre la vejez, como son la de no tener vida productiva, no tener experiencias ni necesidades sexuales, ser inútil, trasnochado y dependiente. Sin embargo, la experiencia, la capacidad de relativizar las cosas, saber juzgar objetivamente, la sabiduría procedente de la experiencia, etc., podrían permitir a las personas mayores mantener un rol social importante.

Salir al paso de la soledad no es exclusivamente una responsabilidad de la persona mayor o de la familia, sino de la sociedad en su conjunto. Ésta debe sensibilizarse ante este problema, generando y desarrollando progra-

mas terapéuticos de prevención y control de la soledad y la depresión que deberán detectarla, neutralizarla y, sobre todo, prevenirla.

Las estrategias para afrontar la soledad son diferentes para cada persona; están en función de los recursos y de la sensibilidad e intereses de cada uno. No obstante, como recursos individuales, tenemos el desarrollo de actividades domésticas, la televisión, la radio, el retorno o aumento de las prácticas religiosas, las comunicaciones telefónicas, los centros destinados a mayores (clubes o centros de día), la participación en actividades culturales, turísticas o de ocio y, más raramente, las segundas parejas, constituyen recursos que salen al paso de la necesidad de vivir estimulado y de no sucumbir en la soledad. (Rodríguez Martín, M., 2009)

Además, existen otra serie de recursos relacionados con la familia, con la sociedad, con la vecindad y con el sistema educativo, que igualmente protegen ante la soledad.

2.5. Nivel socioeconómico, educación y condiciones de vida.

La dificultad económica sería un enfoque más preciso para examinar el papel que juegan los ingresos en el bienestar psicológico entre los adultos mayores, y particularmente en lo que respecta a los síntomas depresivos. El concepto de dificultad económica describe una situación en la que una persona tiene ingresos insuficientes para cubrir sus necesidades socioeconómicas diarias. Este proceso actúa como un factor de estrés para las personas (tensión financiera) y amenaza su capacidad para satisfacer las necesidades básicas.

Un estudio realizado en España, analizó la relación entre el estatus socioeconómico, la soledad y la depresión en personas mayores mediante un diseño transversal. Los resultados que obtuvieron mostraron que los adultos mayores con menor nivel socioeconómico presentaban mayores niveles de síntomas depresivos y una percepción más elevada de soledad. Además, la soledad actuó como un factor mediador importante entre las condiciones socioeconómicas desfavorables y la depresión, evidenciando que quienes disponían de menos recursos económicos, menor nivel educativo o peores condiciones de vida eran más propensos al aislamiento social, lo que incrementaba el riesgo de deterioro de la salud mental. El estudio concluye que las desigualdades socioeconómicas influyen significativamente en el bienestar psicológico durante la vejez y subraya la necesidad de implementar políticas sociales y sanitarias orientadas a reducir la soledad y mejorar la calidad de vida de las personas mayores más vulnerables. (Sánchez-Moreno, E., et al., 2024)

2.6. Institucionalización y entorno residencial

El crecimiento de la población anciana junto con el cambio del modelo familiar que se ha producido en nuestro país, hace más habitual el ingreso de los ancianos en las residencias. Años atrás, los hijos se encargaban de cui-

dar de sus padres conviviendo con ellos. Pero los tiempos han cambiado y con ello el rol familiar. Debido a las crisis económicas, la incorporación de la mujer al mundo laboral, los horarios de trabajo o las propias instalaciones de los domicilios no es posible mantener al anciano dentro del entorno familiar habitual. Y no solo por esto, sino que a veces los cuidados que estos necesitan, requieren de la atención de profesionales especializados en este ámbito. El ingreso en centros sociosanitarios supone lo que se denomina **institucionalización**, lo que inevitablemente influye y modifica de forma considerable la vida del anciano.

Este cambio en su entorno familiar y social puede tener repercusiones físicas, psicológicas y sociales en el anciano. Estas personas sienten que han sido abandonadas por sus seres queridos y arrancados de su hogar y del mismo modo los familiares se ven inmersos en esta nueva etapa. La vivienda supone una parte elemental de la personalidad de la propia persona. Y no solo el mobiliario o las instalaciones, sino también las costumbres asociadas a su vida cotidiana.

Por otro lado, hay ancianos que afrontan de forma positiva este ingreso, ya que resulta beneficioso para ellos a la hora de solventar la soledad que podían sentir anteriormente. Compartiendo esta vivencia con otras personas en su misma situación le proporciona apoyo moral y amparo, ayudándose mutuamente en este proceso de adaptación. Sin embargo, no se debe olvidar que sigue siendo un momento extraño y duro en la vida del usuario envejecido, pero nunca debe considerarse el término institucionalización como sinónimo de abandono, por muy negativos que puedan llegar a ser los pensamientos que produce en los diferentes usuarios y en sus allegados.

Los aspectos positivos que destacan son la sensación de seguridad, ya que se cubren sus necesidades básicas; conservación de las relaciones familiares sin riesgo de conflictos graves a un coste relativamente económico; el hecho de favorecer la interacción social al compartir su día a día con otras personas reduciendo así su sentimiento de soledad y aburrimiento; respeto, atención y cuidados. Por otro lado, dentro de los aspectos negativos encontramos, la obligación de cumplir las normas del centro, ya que les hace sentir que pierden el control y el poder de decisión sobre los actos de su vida, la falta de intimidad y privacidad al tener que compartir en numerosas ocasiones habitaciones con completos desconocidos; aislamiento e incomunicación sobre todo al principio del proceso; el mal estado de salud de otros residentes, el cual influye en la mentalidad del anciano ya que él también cree que va a pasar por esa misma situación y que la muerte es un concepto cada vez más cercano.

Respecto al número de ancianos institucionalizados, es más frecuente el ingreso de aquellos que están viudos ya que la mayoría se sienten solos después de que su pareja fallezca y la institucionalización es la mejor forma de mejorar su soledad y de distraerse. Además, si es un anciano con enfer-

medades crónicas que no puede valerse por sí mismo y no tiene a nadie que pueda cuidarlo en su domicilio, la mejor opción de la familia es ingresarlo en una residencia para que así pueda estar en observación continua y le puedan proporcionar los cuidados que dicha familia no pueden darle por falta de tiempo.

De forma generalizada, los residentes suelen tener una actitud favorable, no se sienten ni tristes ni tampoco felices. Es cierto que estos sentimientos están influenciados por el tipo de residencia y lo que conlleva, la educación, los recursos económicos, la historia profesional y vital. Una vez que consiguen adaptarse a este nuevo entorno, la tensión va desapareciendo e incluso muchos no consideran la opción de volver a sus domicilios, la residencia es su nueva casa.

La mayor parte de los estudios coincide en que la depresión es uno de los factores de riesgo más comunes en los ancianos, pero este factor de riesgo aumenta si son institucionalizados. Los síntomas de depresión suelen aparecer porque al internar al anciano, este se siente abandonado por su familia la cual no puede hacerse cargo de él. Empiezan a sentirse desesperados ya que su nivel de dependencia se incrementa con el paso del tiempo y no pueden valerse por sí solos. Cada persona tiene un proceso de adaptación a los cambios diferente. Es por eso por lo que algunas personas mayores tardan más en adaptarse a la institucionalización y sus niveles de estrés aumentan produciéndose así la depresión. Una vez que pasa un tiempo y se han acomodado, los síntomas de depresión empiezan a desaparecer, existiendo así una correlación entre el tiempo de internamiento y la depresión que presentan. La socialización del anciano es fundamental, ya que conversando con otros residentes, podrá sentirse identificado y escuchado y así se reducirá el riesgo de sufrir depresión u otros trastornos mentales. (Gutiérrez Báez, P., et al., 2019)

2.7. Maltrato, negligencia y edadismo

El fenómeno social del envejecimiento ha experimentado cambios importantes a lo largo de los años, la población envejece de forma más saludable y vive más años, pero la presencia de una visión negativa sobre el envejecimiento continúa vigente. Se ignoran las diferencias entre individuos, se generaliza y trata a las personas mayores, el envejecimiento y la vejez de una forma estereotipada, dando lugar al concepto de edadismo.

Por lo tanto, podemos decir que el **edadismo** es la discriminación basada en la edad que surge fruto de los estereotipos y el prejuicio hacia las personas mayores. Se estima que es altamente prevalente y su presencia se incrementará en un contexto de amplio crecimiento de la población mayor a nivel mundial. Está presente a nivel global, independientemente del sexo, la raza o la etnicidad. Está en la percepción que se tiene de las personas mayores, en la forma de relacionarse con ellas, así como en medidas y actuación-

nes que se toman desde las instituciones. Con mucha frecuencia, no existe mucha conciencia de esa percepción y trato edadista, por lo que puede ser muy dañino debido, entre otros, a que esas creencias estereotipadas pueden favorecer situaciones de vulnerabilidad y convertirse en un factor de riesgo para el maltrato en la vejez. (Martínez-Molina, A., et al., 2025)

El **maltrato** hacia las personas mayores, la **soledad** y los **síntomas depresivos** representan actualmente un riesgo creciente para la salud, el bienestar y la mortalidad prematura en la población anciana, siendo reconocidos como importantes problemas sociales y de salud pública. El **maltrato** en la vejez se define como un acto único o repetido, o la ausencia de una acción adecuada, que ocurre dentro de una relación basada en la confianza y que provoca daño o sufrimiento a la persona mayor. Este fenómeno constituye una vulneración de los derechos humanos e incluye diferentes formas de abuso, como el maltrato físico, psicológico, emocional, sexual, económico, el abandono, la negligencia y la pérdida de dignidad y respeto. Diversos estudios han evidenciado una estrecha relación entre el maltrato y la soledad no deseada, entendida esta como una experiencia subjetiva derivada de necesidades afectivas y sociales no satisfechas. Asimismo, la soledad se ha asociado con múltiples consecuencias psicológicas negativas, entre ellas un mayor riesgo de desarrollar síntomas depresivos. La depresión, caracterizada por sentimientos persistentes e intensos de tristeza que afectan significativamente el funcionamiento diario, puede verse agravada por situaciones de abuso y aislamiento social, incrementando además el uso de recursos sanitarios y sociales.

Entre los factores que aumentan la vulnerabilidad destacan la dependencia funcional, la discapacidad, el deterioro de la salud física y el deterioro cognitivo, los cuales se han relacionado tanto con la aparición de síntomas depresivos como con un mayor riesgo de sufrir maltrato. En términos generales, existe una relación **bidireccional** entre la soledad y el maltrato: por un lado, las situaciones de abuso pueden reducir las interacciones sociales y favorecer el aislamiento; por otro, la soledad puede incrementar la vulnerabilidad, dependencia y riesgo de victimización en las personas mayores. (Giraldo-Rodríguez, L., et al., 2024)

Es decir, los síntomas depresivos, al igual que la soledad, han sido identificados como factores de riesgo relevantes para el maltrato en la vejez.

El **maltrato** a personas adultas mayores en muchas ocasiones se encuentra invisibilizado, en muchas ocasiones las víctimas viven calladas por miedo a lo que pueda pasar con ellas después de una denuncia o porque viven con alguna discapacidad que les imposibilita reportar dichos actos en contra de su integridad. Estos actos de abuso y maltrato ejercidos hacia las personas mayores tienen severas consecuencias en su integridad y calidad de vida, pueden ocasionar morbilidad física y mental, sentimientos de soledad, depresión, ansiedad, aislamiento social, sentimientos de infelicidad,

vergüenza o culpabilidad, ideación suicida y en casos extremos provocar la muerte. (Giraldo-Rodríguez, L., et al., 2024)

2.8. Conducta suicida en el anciano

Las personas mayores tienen las tasas más altas de suicidio (especialmente a partir de los setenta y cinco años), constituyendo por ello un grupo vulnerable de riesgo para el suicidio. Además, la conducta suicida en las personas mayores es más letal que en otros grupos de edad. Mientras que en los más jóvenes la proporción entre intentos y muerte por suicidio es de 200:1, entre los mayores es de 4:1. Esto responde a varios factores que hacen que se produzca el suicidio al primer intento en una gran mayoría de personas. En unos casos se emplean métodos letales (ahorcamiento, precipitación, arma de fuego), se llevan a cabo de forma planificada y poco impulsiva; y, en otros casos, se suelen utilizar métodos pasivos de muerte (dejar de alimentarse, no tomar el tratamiento pautado, aislamiento social progresivo)

También se han encontrado factores de riesgo específicos para la **conducta suicida** en las personas mayores: presencia de acontecimientos vitales estresantes; pérdida de seres queridos (viudedad); pérdida de autonomía funcional; pérdida de roles sociales (asociados a la jubilación); pobreza; enfermedad crónica dolorosa e incapacitante; soledad; y falta de apoyo social. Todo esto conlleva una modificación del estilo de vida de estas personas, situándolas en una posición vulnerable. Además, el riesgo se incrementa si se padece un trastorno mental.

En resumen, en las personas mayores destaca una alta prevalencia de problemas de salud mental, un mayor riesgo de conducta suicida y una baja demanda asistencial que dificulta la identificación del riesgo suicida. (Yárnoz-Goñi, N., et al., 2023)

3. PROMOCIÓN DEL BIENESTAR EMOCIONAL EN LA VEJEZ

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece requerimientos desde el entorno para hacer del envejecimiento una etapa de **bienestar emocional**, satisfacción y exploración de nuevas oportunidades de toda índole. Esta organización propone crear condiciones adecuadas que vayan desde la adecuación ideal de los espacios físicos hasta generar las condiciones de apoyo y acompañamiento emocional ideales para garantizar la continuidad en la interacción que, al evitar el aislamiento y la sensación de soledad, ahuyentan la posibilidad de los cuadros depresivos tan frecuentes en esa etapa de la vida.

Entre las principales estrategias para promover el bienestar emocional en la vejez destacan las intervenciones psicosociales no farmacológicas, como los programas de envejecimiento activo, la terapia cognitivo-conductual, la terapia de reminiscencia, los grupos de apoyo emocional, la actividad física grupal y las intervenciones comunitarias dirigidas a reducir la soledad

no deseada. Estas estrategias han demostrado mejorar el estado de ánimo, favorecer la participación social y prevenir el deterioro psicológico en las personas mayores.

El **envejecimiento activo** es una de las propuestas actuales más prometedoras para fomentar el crecimiento personal, la salud mental y la participación social de los adultos mayores, cuya población está en aumento en todo el mundo. Los contenidos de los programas y carteras de servicios derivadas, se enmarcan en las cuatro áreas establecidas por la OMS para el desarrollo del paradigma del Envejecimiento Activo, como son la:

- promoción de la salud física, cognitiva y emocional
- participación social y cultural
- formación permanente
- y ocio

Resulta evidente que el bienestar biopsicosocial del adulto mayor es de carácter multidimensional, por lo que tanto las investigaciones como las intervenciones terapéuticas deben ser necesariamente interdisciplinarias, atendiendo lo mismo a la salud mental, emocional, cerebral, social, e incluso existencial. Solo así será posible alcanzar un verdadero envejecimiento activo que dignifique y de calidad de vida a los adultos mayores. (Sánchez López, S. et al, 2025)

CONCLUSIONES

La salud mental en las personas mayores constituye un componente esencial del envejecimiento saludable y representa actualmente un importante desafío para los sistemas sanitarios y sociales debido al progresivo envejecimiento poblacional. A lo largo de este capítulo se ha evidenciado que factores como las enfermedades crónicas, la pérdida funcional, la soledad, el aislamiento social, la institucionalización, el maltrato, las dificultades socio-económicas y la presencia de trastornos mentales como la depresión y la ansiedad influyen significativamente en el bienestar emocional de las personas mayores.

Entre todos ellos, la soledad no deseada, la depresión y la ansiedad emergen como algunos de los problemas más prevalentes e invisibilizados, afectando de forma directa la calidad de vida, la autonomía y el riesgo de morbimortalidad, incluyendo la conducta suicida.

Por ello, resulta fundamental desarrollar estrategias preventivas e intervenciones integrales centradas no solo en el tratamiento de los trastornos mentales, sino también en la promoción del bienestar emocional, el fortalecimiento de redes de apoyo social, la detección precoz y el fomento de un envejecimiento activo, digno y saludable. Garantizar una adecuada salud mental en la vejez implica reconocer a las personas mayores como sujetos activos, con capacidad de participación, autonomía y derecho a una buena calidad de vida.

REFERENCIAS

- Aijaz, S., Rasool, G., Sulaiman, A. H. A., Almisbah, H. O. I., Khyzer, E., Alanazi, N. S. A., et al. (2025). Impact of chronic illness on mental health. *Pakistan Journal of Life and Social Sciences*, 23(1), 7608–7624. <https://doi.org/10.57239/PJLSS-2025-23.1.00591>
- Alemán Sánchez, J. J., & Brito Núñez, M. C. (2022). *Recomendaciones para trabajar el envejecimiento saludable en los municipios*. Servicio Canario de Salud. https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/514799b1-06b8-11ee-b2e4-f99c148d0733/RecomendacionesEnvejecimiento_2022.pdf
- Alonso González, A., Martínez-Qués, Á. A., Salgado Babarro, L., Vázquez Domínguez, C., Ramos Cid, Á., & López Pérez, M. C. (2023). Soledad y aislamiento social en personas mayores de una población rural de Galicia. *Gerokomos*, 34(4), 222–228. <https://gerokomos.com/wp-content/uploads/2023/12/34-3-2023-222.pdf>
- Amador Muñoz, L. V., & Esteban Ibáñez, M. (2015). Calidad de vida y formación en hábitos saludables en la alimentación de personas mayores. *Revista de Humanidades*, (25), 145–168.
- Chaparro Díaz, L., Carreño Moreno, S., & Arias-Rojas, M. (2019). Soledad en el adulto mayor: Implicaciones para el profesional de enfermería. *Revista Cuidarte*, 10(2), e633. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v10i2.633>
- Confederación Salud Mental España, & Nagusi Intelligence Center. (s.f.). *Salud mental y personas mayores*. <https://www.consalmmental.org/publicaciones/Salud-Mental-personas-mayores-nagusi-center.pdf>
- Carmona Fortuño, I., & Molés Julio, M. P. (2018). Problemas del sueño en los mayores. *Gerokomos*, 29(2).
- Fernández-Mayoralas, G., Labeaga Azcona, J. M., López Doblas, J., Madrigal Muñón, A., Pinazo Hernandis, S., Rodríguez Rodríguez, V., et al. (2021). *Informe 2018: Las personas mayores en España*. IMSERSO. https://imserso.es/documents/20123/0/informe_ppmm_2018.pdf
- Gené-Badia, J., Ruiz-Sánchez, M., Obiols-Masó, N., Oliveras Puig, L., & Lagarda Jiménez, E. (2016). Aislamiento social y soledad: ¿Qué podemos hacer los equipos de atención primaria? *Atención Primaria*, 48(9), 604–609. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.03.008>
- Giraldo-Rodríguez, L., Agudelo-Botero, M., & Rojas-Russell, M. E. (2024). Elder abuse and depressive symptoms: The mediating role of loneliness in older adults. *Archives of Medical Research*, 55(6), 103045. <https://doi.org/10.1016/j.arcmed.2024.103045>
- Guerrero, J. M., Rivera, L. F., Pilco, C. E., & Montero, F. J. (2024). El impacto en la salud mental por complicaciones de enfermedades crónicas no transmisibles en la población adulta mayor en la última década en Latinoamérica. *Reincisol*, 3(6), 6283–6298. <https://www.reincisol.com/ojs/index.php/reincisol/article/view/494/1069>
- Guillen-Moya, M. J., Jiménez-Alcocer, K. A., Ramírez-Elizondo, N., & Ceballos-Vásquez, P. (2021). Autoestima global y calidad de vida relacionada con salud percibida por adultos mayores. *Index de Enfermería*, 30(1–2), 46–50.
- Gutiérrez Báez, P., Acosta Cano, R., Angulo Silva, M. A., Álvarez Domínguez, P., Casado de Paula, M., Coca Casado, D., et al. (2019). Desarrollo psicológico en adultos mayores: Institucionalización, ¿abandono o la mejor opción? *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(2), 183–194.
- Holt-Lunstad, J. (2020). Social isolation and loneliness as risk factors for mortality: Updated review. *Perspectives on Psychological Science*, 15(5), 1178–1194.
- Martínez-Molina, A., Herranz González, R., & Parages Jiménez, L. (2025). *Edadismo: La discriminación del siglo XXI*. IMSERSO. <https://doi.org/10.5281/zenodo.17934688>

- Ong, A. D., Uchino, B. N., & Wethington, E. (2016). Loneliness and health in older adults: A mini-review and synthesis. *Gerontology*, 62(4), 443–449. <https://doi.org/10.1159/000441651>
- Rodríguez Martín, M. (2009). La soledad en el anciano. *Gerokomos*, 20(4), 159–166.
- Sánchez López, S., España Estrada, B. S., Miranda Cázares, N. E., & Rico Aguirre, J. D. (2025). Enfoques actuales del envejecimiento activo: Una revisión sistemática del conocimiento psicológico. En *El envejecido en resistencia* (pp. 23–38). <https://doi.org/10.52501/cc.368.01>
- Sánchez-Moreno, E., Gallardo-Peralta, L., Barrón López de Roda, A., & Rivera Álvarez, J. M. (2024). Socioeconomic status, loneliness, and depression in older adults: A cross-sectional study in Spain. *BMC Geriatrics*, 24, 361. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-04978-3>
- Sevilla Cortes, N. A., & Aguilar Meza, M. G. (2025). La actividad física, el ejercicio físico y deporte como factores de salud mental y cognitivo en los adultos mayores. *Estudios y Perspectivas Revista Científica y Académica*, 5(1). <https://doi.org/10.61384/r.c.a.v5i1.943>
- Uriarte Arciniega, J. D. (2014). Resiliencia y envejecimiento. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 4(2), 67–77. <https://doi.org/10.1989/ejihpe.v4i2.54>
- World Health Organization. (2022). *Mental health: Strengthening our response*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- World Health Organization. (2023). *Mental health of older adults*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
- Yáñez-Goñi, N., López-Goñi, J. J., & Goñi-Sarriés, A. (2023). Intentos de suicidio en personas mayores en servicios de urgencias psiquiátricas hospitalarias. *Revista Española de Salud Pública*, 97, e202312098.
- Zertuche García, D. H., González Tovar, J., Hernández Montañón, A., Garza Sánchez, R. I., & Álvarez Bermúdez, J. (2025). Revisión sistemática de salud mental, actividad física y calidad de vida en el adulto mayor. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 6(1). <https://doi.org/10.56712/latam.v6i1.3556>

Trastornos mentales con mayor prevalencia en los adultos mayores

María del Rocío Jerez Barroso¹

¹ Universidad de Extremadura, Departamento de Enfermería, Badajoz, España.

1. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional se ha convertido en uno de los procesos demográficos más relevantes de las últimas décadas, con importantes implicaciones en los sistemas sanitarios, sociales y económicos. El aumento progresivo de la esperanza de vida, junto con el descenso de la fecundidad, ha modificado de forma significativa la estructura por edades de la población a nivel global. Las proyecciones disponibles indican que el número de personas mayores de 65 años continuará creciendo de manera sostenida en las próximas décadas, lo que plantea importantes retos para la planificación sanitaria y las políticas públicas (1).

Europa se sitúa entre las regiones más envejecidas del mundo, y España destaca por presentar una elevada proporción de población mayor. En la actualidad, más del 20% de la población española supera los 65 años, con previsiones de incremento en los próximos años (2). Este fenómeno no solo implica un cambio cuantitativo, sino también cualitativo, ya que se asocia a una mayor prevalencia de enfermedades crónicas, multimorbilidad y situaciones de dependencia, lo que incrementa la complejidad de la atención sanitaria (3).

En este escenario, la salud mental adquiere un papel central dentro del envejecimiento saludable. El bienestar psicológico influye directamente en la calidad de vida, la autonomía funcional y la participación social de las personas mayores (4,5). Sin embargo, a pesar de su relevancia, los trastornos mentales en este grupo de edad continúan estando infradiagnosticados y, en muchos casos, insuficientemente tratados.

Se estima que una proporción considerable de adultos mayores presenta algún trastorno mental, siendo la depresión, los trastornos de ansiedad y los trastornos neurocognitivos los más frecuentes (4,6).

La coexistencia de enfermedades físicas crónicas y trastornos mentales constituye uno de los principales retos en la atención a la población mayor. La evidencia indica que la multimorbilidad se asocia con un mayor riesgo de

depresión, estableciéndose una relación bidireccional entre salud física y mental (7). Este planteamiento se enmarca en el modelo biopsicosocial, ampliamente utilizado para comprender la complejidad del envejecimiento.

Entre los trastornos más relevantes, la depresión destaca como una de las principales causas de discapacidad en la vejez, asociándose a un aumento de la mortalidad y a un mayor uso de los servicios sanitarios (8). Por su parte, los trastornos de ansiedad presentan también una elevada prevalencia y un impacto significativo en la funcionalidad y el bienestar de las personas mayores (9).

En relación con los trastornos neurocognitivos, las demencias constituyen una de las principales causas de dependencia. A nivel global, se estima que más de 55 millones de personas viven con demencia, cifra que continúa en aumento (10). En este sentido, la identificación de factores de riesgo modificables ha abierto nuevas perspectivas en términos de prevención y retraso de la enfermedad.

Por otro lado, los trastornos del sueño son frecuentes en la población mayor y pueden afectar de forma significativa a su bienestar. Estas alteraciones se asocian con un mayor riesgo de deterioro cognitivo, trastornos del estado de ánimo y eventos adversos como caídas (11).

En los últimos años, el concepto de envejecimiento saludable ha cobrado una creciente relevancia en el ámbito de la salud pública, promoviendo un enfoque que integra la funcionalidad, el bienestar psicológico y la participación social. En este sentido, factores como el apoyo social, la actividad física y la participación comunitaria desempeñan un papel fundamental en la promoción de la salud mental en la vejez (12).

En conjunto, estos aspectos ponen de manifiesto la necesidad de abordar la salud mental en la población mayor desde una perspectiva integral, que combine la atención clínica con estrategias preventivas y el desarrollo de políticas públicas orientadas a favorecer un envejecimiento activo y de calidad.

2. OBJETIVO/S

2.1. Objetivo general

Analizar los trastornos mentales con mayor prevalencia en la población adulta mayor, describiendo sus características clínicas, epidemiología, factores de riesgo y principales estrategias de intervención desde una perspectiva interdisciplinar.

2.2. Objetivos específicos

- Examinar la prevalencia y el impacto de los trastornos mentales en la población mayor.

- Describir las características clínicas y los factores de riesgo asociados a los principales trastornos psiquiátricos en la vejez.
- Analizar las estrategias actuales de prevención, diagnóstico precoz e intervención terapéutica.
- Identificar el papel de los factores biopsicosociales en el desarrollo y evolución de los trastornos mentales en el envejecimiento.

3. MATERIAL Y METODOS

3.1. Diseño del estudio

El presente capítulo se elaboró mediante una revisión narrativa de la literatura científica, con el objetivo de analizar los trastornos mentales con mayor prevalencia en la población adulta mayor, así como sus principales características clínicas, factores de riesgo y estrategias de intervención. Este tipo de revisión permite integrar evidencia procedente de diferentes disciplinas —medicina, psiquiatría, psicología, salud pública y gerontología— con el fin de ofrecer una visión global e interdisciplinar del fenómeno estudiado.

La revisión se centró especialmente en publicaciones recientes que abordan la epidemiología, la clínica y la prevención de los trastornos mentales en personas mayores de 65 años, con especial atención a la depresión, los trastornos de ansiedad, los trastornos neurocognitivos y los trastornos del sueño.

3.2. Bases de datos consultadas

Para la identificación de la literatura científica relevante se realizaron búsquedas sistemáticas en diversas bases de datos biomédicas y multidisciplinarias de reconocido prestigio internacional. Las principales bases de datos consultadas fueron:

- PubMed/MEDLINE
- Scopus
- Web of Science
- PsycINFO
- Cochrane Library
- Google Scholar (para literatura complementaria)

Asimismo, se consultaron informes institucionales y documentos de organismos internacionales, incluyendo:

- Organización Mundial de la Salud (OMS)
- Naciones Unidas (United Nations)
- Alzheimer's Disease International
- Instituto Nacional de Estadística (INE)
- Ministerio de Sanidad de España

3.3. Estrategia de búsqueda

La estrategia de búsqueda se diseñó combinando términos controlados (MeSH) y palabras clave libres relacionadas con el envejecimiento y los trastornos mentales más prevalentes en la vejez.

Entre los principales descriptores utilizados se incluyeron:

- "older adults"
- "aging"
- "mental disorders"
- "late-life depression"
- "anxiety disorders"
- "dementia"
- "sleep disorders"
- "mental health in older adults"
- "geriatric psychiatry"

Los términos se combinaron mediante operadores booleanos (AND, OR) para ampliar o restringir los resultados de búsqueda. Un ejemplo de ecuación de búsqueda utilizada en PubMed fue:

("older adults" OR "elderly" OR "aging") AND
("mental health" OR "mental disorders") AND
("depression" OR "anxiety" OR "dementia" OR "sleep disorders")

Además, se priorizaron revisiones sistemáticas, metaanálisis, informes internacionales y artículos de revistas científicas de alto impacto.

3.4. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

Se incluyeron en la revisión aquellos estudios que cumplieran los siguientes criterios:

- Publicaciones científicas relacionadas con salud mental en adultos mayores (≥ 65 años).
- Artículos publicados en revistas científicas revisadas por pares.
- Revisiones sistemáticas, metaanálisis, estudios epidemiológicos y documentos de consenso internacional.
- Informes de organismos internacionales de referencia en salud pública.
- Publicaciones en inglés o español.
- Estudios publicados preferentemente entre 2020 y la actualidad, con el fin de garantizar la actualización de la evidencia científica.

Criterios de exclusión

Se excluyeron de la revisión los siguientes tipos de documentos:

- Estudios centrados exclusivamente en poblaciones menores de 60 años.
- Estudios que no abordaban directamente la salud mental en la vejez.

3.5. Procedimiento

El proceso de revisión de la literatura se llevó a cabo en varias fases sucesivas.

En primer lugar, se realizó una búsqueda inicial en las bases de datos seleccionadas, identificando un conjunto amplio de publicaciones potencialmente relevantes relacionadas con la salud mental en adultos mayores. Posteriormente, se llevó a cabo una lectura preliminar de los títulos y resúmenes, con el fin de seleccionar aquellos artículos que se ajustaban a los objetivos del capítulo.

En una segunda fase, los artículos seleccionados fueron sometidos a lectura completa, evaluando su relevancia científica, calidad metodológica y pertinencia temática. Durante esta etapa se priorizaron estudios de carácter epidemiológico, revisiones sistemáticas y documentos de consenso internacional.

Finalmente, la información extraída de los estudios incluidos fue sintetizada y organizada temáticamente, estructurándose en función de los principales trastornos mentales analizados en el capítulo: depresión, ansiedad, trastornos neurocognitivos, trastornos del sueño y consumo de sustancias en la población mayor.

4. RESULTADOS

4.1. Diagrama de flujo del proceso de selección de estudios

Tras la aplicación de la estrategia de búsqueda en las diferentes bases de datos seleccionadas se identificó un total de 312 registros potencialmente relevantes relacionados con la salud mental en la población adulta mayor.

En una primera fase, se procedió a la eliminación de duplicados, lo que redujo el número de registros a 248 artículos únicos. Posteriormente, se llevó a cabo una revisión inicial de títulos y resúmenes, durante la cual se excluyeron 173 publicaciones por no cumplir los criterios de inclusión establecidos, principalmente por centrarse en poblaciones no geriátricas, no abordar específicamente trastornos mentales o presentar un enfoque metodológico no pertinente para los objetivos del capítulo.

Tras esta primera criba, 75 artículos fueron seleccionados para una evaluación a texto completo. Durante esta fase se excluyeron 62 estudios adicionales debido a diversas razones, entre ellas: falta de acceso al texto com-

pleto, escasa calidad metodológica, ausencia de datos específicos sobre población mayor o falta de relevancia directa para los trastornos analizados.

Finalmente, se incluyeron 13 publicaciones que cumplieran los criterios establecidos y aportaban información relevante sobre la epidemiología, características clínicas y abordaje de los trastornos mentales más prevalentes en la vejez.

El proceso de selección de estudios se resume en el siguiente diagrama de flujo adaptado del modelo PRISMA.

Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de selección de estudio.

Identificación

- Registros identificados en bases de datos (n = 312)

Depuración

- Registros tras eliminación de duplicados (n = 248)

Selección

- Registros evaluados por título y resumen (n = 248)
Registros excluidos (n = 173)

Elegibilidad

- Artículos evaluados a texto completo (n = 75)
Artículos excluidos tras lectura completa (n = 62)

Inclusión

- Estudios incluidos en la revisión (n = 13)

4.2. Características de los artículos seleccionados

Los estudios incluidos en la revisión presentan una diversidad metodológica y geográfica, lo que permite obtener una visión amplia del estado actual del conocimiento sobre los trastornos mentales en la población adulta mayor.

Los resultados coinciden en señalar que los trastornos mentales constituyen un importante problema de salud pública a nivel global, con más de mil millones de personas afectadas por trastornos de salud mental en el mundo (13,14). En la población mayor, la depresión y los trastornos de ansiedad se identifican como las alteraciones psiquiátricas más frecuentes, seguidos por los trastornos neurocognitivos y los trastornos del sueño (15,16,17). En este sentido, la detección de síntomas psiquiátricos y conductuales en patologías neurodegenerativas como la demencia constituye un aspecto relevante para la evaluación clínica de estos pacientes (14). Asimismo, el deterioro cognitivo y los trastornos del sueño aparecen como problemas altamente prevalentes en el adulto mayor, especialmente en presencia de vulnerabilidad clínica (15,16).

Además, la literatura científica destaca la influencia de múltiples factores biopsicosociales en el desarrollo de estos trastornos, entre ellos la pre-

sencia de enfermedades crónicas y multimorbilidad, el deterioro funcional, el dolor crónico, el aislamiento social y las pérdidas asociadas al envejecimiento (17,18,19,20). En particular, se ha demostrado una asociación bidireccional entre multimorbilidad física y síntomas depresivos en personas mayores (19), así como la influencia del apoyo social y las variables afectivas en la salud mental en la vejez institucionalizada (20). También se ha señalado el impacto biopsicosocial de situaciones estresantes como la pandemia por COVID-19 en la salud mental de las personas mayores (21).

Asimismo, los modelos actuales de prevención de demencia destacan la importancia de intervenir sobre factores de riesgo modificables para reducir la carga futura de enfermedad, en un contexto donde se prevé un aumento significativo de los casos de demencia a nivel mundial en las próximas décadas (22,23,24,25).

Otro hallazgo relevante es la creciente evidencia sobre la relación entre salud mental y envejecimiento saludable, lo que ha impulsado el desarrollo de estrategias de prevención y promoción del bienestar psicológico en la vejez. En este sentido, diversos estudios subrayan la importancia de factores protectores y modificables, como el apoyo social, la actividad física, la participación comunitaria y el acceso a servicios sanitarios adecuados (23,24,25).

Finalmente, algunos trabajos recientes han puesto de manifiesto la necesidad de mejorar los sistemas de detección precoz y tratamiento de los trastornos mentales en adultos mayores, dado que una proporción significativa de estos casos permanece sin diagnosticar o recibe una atención insuficiente, lo que refuerza la importancia de las estrategias de salud pública en este ámbito (13,25).

5. DISCUSION

Desde mi perspectiva como docente e investigadora, los hallazgos de esta revisión narrativa ponen de manifiesto la urgencia de redefinir el paradigma de atención a la salud mental en el envejecimiento. No se trata solo de un reto clínico, sino de un imperativo ético y social derivado de la transición demográfica actual.

5.1. Síntesis comparativa de la información obtenida

Al contrastar la evidencia seleccionada, se observa un consenso robusto en que la depresión y la ansiedad representan la mayor carga de morbilidad psiquiátrica en la vejez. Mientras que la depresión se reconoce como una de las principales causas de años vividos con discapacidad (oscilando entre el 10% y el 20% de prevalencia), los trastornos de ansiedad (10-17%) emergen como una patología históricamente infradiagnosticada pero con un impacto devastador en la autonomía funcional de las personas mayores (13,14,15,16,17).

Un punto de convergencia crítico en los estudios es el papel de la multimorbilidad. La literatura científica sugiere que la salud mental en el adulto mayor no puede desvincularse de la salud física; la interacción entre enfermedades cardiovasculares o dolor crónico y el desarrollo de sintomatología afectiva es bidireccional. Esto refuerza el uso del modelo biopsicosocial como el estándar de oro para comprender la salud mental en esta etapa, donde los factores neurobiológicos se entrelazan con la historia de vida y las redes de apoyo (18,19, 20, 21).

Por otro lado, la comparación de los datos sobre trastornos neurocognitivos destaca una realidad alarmante: con más de 55 millones de personas afectadas a nivel global, la demencia se consolida como la principal causa de dependencia. Sin embargo, el hallazgo más transformador de las revisiones recientes, es la identificación de que hasta un 40% de estos casos son potencialmente prevenibles mediante el control de factores de riesgo modificables como el aislamiento social, el tabaquismo y la inactividad física. Finalmente, los trastornos del sueño (30-50% de prevalencia) y el aumento en el consumo de psicofármacos se posicionan como indicadores de una calidad de vida mermada que requiere intervenciones más allá de la prescripción farmacológica tradicional (22, 23, 24, 25).

5.2. Limitaciones del trabajo

A pesar del rigor en la síntesis, este estudio presenta ciertas limitaciones que deben ser consideradas:

- *Sesgo de publicación:* La revisión se ha centrado en bases de datos de alto impacto y publicaciones en inglés y español, lo que podría haber omitido hallazgos relevantes en otros idiomas o contextos geográficos menos representados.
- *Naturaleza de la revisión:* Al ser una revisión narrativa, no se ha realizado un metaanálisis cuantitativo que permita establecer comparaciones estadísticas estrictas entre las prevalencias reportadas.
- *Heterogeneidad diagnóstica:* Los estudios revisados emplean diversos criterios y escalas de evaluación, lo que dificulta una unificación absoluta de los datos epidemiológicos.

5.3. Líneas de futuro

Para avanzar en la excelencia investigadora y asistencial, se proponen las siguientes líneas de acción:

- *Investigación en intervenciones no farmacológicas:* Es prioritario desarrollar estudios longitudinales que evalúen la eficacia de programas de ejercicio físico, estimulación cognitiva y redes de apoyo social en la prevención del deterioro mental.

- *Mejora de la detección precoz:* Implementar protocolos de cribado en atención primaria específicos para la población geriátrica que consideren la atipicidad de los síntomas en esta edad.
- *Perspectiva de género y determinantes sociales:* Profundizar en cómo las desigualdades socioeconómicas y las diferencias de género influyen en la resiliencia y el acceso a tratamientos de salud mental en la vejez.
- *Políticas de Envejecimiento Activo:* Traducir la evidencia científica en políticas públicas que fomenten la participación comunitaria, combatiendo la soledad no deseada como factor de riesgo transversal

6.CONCLUSIONES

El análisis pormenorizado de la literatura científica actual permite concluir que la salud mental en la vejez es un constructo multidimensional, donde la depresión, la ansiedad y los trastornos neurocognitivos emergen como los desafíos clínicos más prevalentes y con mayor impacto en la carga global de enfermedad. La transición demográfica hacia una sociedad envejecida exige que los sistemas sanitarios trasciendan el modelo biomédico tradicional para adoptar un enfoque biopsicosocial integral, reconociendo que el bienestar psicológico es un determinante crítico de la autonomía funcional y la longevidad saludable.

En primer lugar, se ratifica que la depresión y la ansiedad no solo presentan elevadas tasas de prevalencia (alcanzando hasta el 20% y 17% respectivamente), sino que su estrecha vinculación con la multimorbilidad física incrementa la complejidad de su diagnóstico y tratamiento. La coexistencia de patologías crónicas y el aislamiento social actúan como catalizadores de estos trastornos, subrayando la necesidad de implementar estrategias de detección precoz en los niveles de atención primaria para evitar el deterioro de la calidad de vida.

Por otro lado, la evidencia respecto a los trastornos neurocognitivos resalta una oportunidad de intervención sin precedentes: la posibilidad de prevenir o retrasar hasta el 40% de los casos de demencia mediante la gestión de factores de riesgo modificables a lo largo de la vida. Esto sitúa a la promoción de estilos de vida saludables, la actividad física y la participación comunitaria no solo como metas sociales, sino como intervenciones clínicas de primer orden para preservar la reserva cognitiva de la población mayor.

Finalmente, es imperativo abordar problemáticas emergentes como los trastornos del sueño (que afectan hasta al 50% de los adultos mayores) y el consumo creciente de psicofármacos, fenómenos que requieren un abordaje multidisciplinar que priorice la higiene del sueño y la seguridad farmacológica. En definitiva, el envejecimiento saludable solo será posible si se garantiza una atención a la salud mental equitativa, desestigmatizada y centrada

en la persona, orientada a mantener la dignidad y la participación social en las últimas décadas de la vida.

7.REFERENCIAS

1. United Nations, Department of Economic and Social Affairs. *World Population Ageing 2023*. New York: United Nations; 2023.
2. Instituto Nacional de Estadística. *Encuesta Europea de Salud en España 2020*. Madrid: INE; 2021.
3. Ministerio de Sanidad. *Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2023*. Madrid: Gobierno de España; 2023.
4. World Health Organization. *Mental health of older adults*. Geneva: WHO; 2023.
5. World Health Organization. *Decade of Healthy Ageing 2021–2030*. Geneva: WHO; 2020.
6. Gálvez Olivares Marcela, Aravena Monsalvez Christopher, Aranda Pincheira Hernan, Ávalos Fredes Carolina, López-Alegría Fanny. Mental health and quality of life in older adults: systemic review. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* [Internet]. 2020 ; 58(4): 384-399.
7. Camacho Díaz JMC. Revisión sistemática sobre la comorbilidad en pacientes con diagnóstico de depresión, conducta suicida y enfermedad física [Internet]. *Publicaciones Científicas*; 2019 [citado 2026 Abr 21].
8. Panama Alba H, Guanoluiza López G. Epidemiología de la depresión en pacientes geriátricos. *Conecta Libertad* [Internet]. 27 de septiembre de 2024 [citado 20 de abril de 2026];8(3):39-46.
9. Cisneros GE, Ausín B. Prevalence of anxiety disorders in people over 65 years old: a systematic review. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2019;54(1):34-48. doi:10.1016/j.regg.2018.05.009. PMID:30340781.
10. Ortiz-Licea Yusdelis, Odoardo Aguilar Mabel Rosa. Dementia Everyone's Problem. *Rev. Cuban de Med* [Internet]. 2024 [citado 2026 Abr 20] ; 63.
11. Vélez SDC, Cedeño NAM, Cedeño JAB, Alencastro JAP. Cronobiología y trastornos del sueño en adultos mayores: revisión actualizada de la literatura científica. *Medicina (Guayaquil)*. 2024;26:1.
12. Jerez Barroso MR , Carrasco Romero C ,Rodríguez Moratinos AB. Factores asociados al envejecimiento saludable en la población extremeña mayor de 65 años [tesis doctoral]. Universidad de Extremadura; 2025.
13. World Health Organization. Más de mil millones de personas viven con trastornos de salud mental: WHO; 2025.
14. Hermoso Contreras CA. Detección de síntomas psiquiátricos y trastornos del comportamiento en pacientes con demencia. Utilidad de la versión española del Cambridge Behavioural Inventory - Revised (CBI-R) [tesis doctoral]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2022.
15. El deterioro cognitivo y los trastornos del sueño en el adulto mayor. *Geriatricarea*. 2021 [citado 2026 Abr 21].
16. Guamán Poaquiza AJ, Gavilanes Manzano FR. Funcionamiento cognitivo y calidad de sueño en adultos mayores. *LATAM Rev Latinoam Cienc Soc Humanid.* 2023;4(1):919-929. doi:10.56712/latam.v4i1.306
17. Jiménez Morales ME, Balarezo Chiriboga LA, Polo Martínez EM. Factores biopsicosociales y sociodemográficos predictores en la ansiedad y depresión del adulto mayor. *LATAM Rev Latinoam Cienc Soc Humanid.* 2023;4(2):5626-5642. doi:10.56712/latam.v4i2.1006

18. Angulo-Ramírez Alejandro M., Costa-Berlanga Flavio C., Bernabé-Ortiz Antonio. Multimorbilidad y su asociación con la salud mental en una población adulta del Perú. *Rev. perú. med. exp. salud publica* [Internet]. 2024 Oct [citado 2026 Abr 21]; 41(4): 343-350.
19. Ye B, Xie R, Mishra SR, Dai X, Chen H, Chen X, Li D, Yuan C, Xu X. Bidirectional association between physical multimorbidity and subclinical depression in Chinese older adults: findings from a prospective cohort study. *J Affect Disord*. 2022;296:169-174. doi:10.1016/j.jad.2021.09.067
20. González-Rodríguez Rubén, Taboada-Vázquez Antonio, Gómez-Cantorna Cristina, Heleno-Serrano Sandra, Gandoy-Crego Manuel. Dolor crónico en personas mayores institucionalizadas: influencia del apoyo social y de variables afectivas. *Gerokomos* [Internet]. 2021 [citado 2026 Abr 21]; 32(4): 224-229.
21. Laher N, Bocchinfuso S, Chidiac M, Doherty C, Persson A, Warren E. The biopsychosocial impact of COVID-19 on older adults. *Gerontol Geriatr Med*. 2021;7:23337214211034274. doi:10.1177/23337214211034274
22. Ángela Romero Polanco. 139 millones de personas tendrán demencia en 2050. Blog del CRE Alzheimer – Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). 2022 [citado 2026 Abr 21].
23. Bransby L, Rosenich E, Maruff P, Lim YY. How modifiable are modifiable dementia risk factors? A framework for considering the modifiability of dementia risk factors. *J Prev Alzheimers Dis*. 2024;11(1):22-37. doi:10.14283/jpad.2023.119
24. Livingston G, Huntley J, Liu K, et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet Standing Commission. *Lancet*. 2024;404:572-628.
25. World Health Organization. Global status report on the public health response to dementia. Geneva: World Health Organization; 2021.

Estrategias de afrontamiento de la soledad en el adulto mayor: enfoques psicosociales y terapéuticos

Blanca González Sánchez¹, Núria Cebrián Gazapo², Juan Rodríguez Mansilla¹, Elisa María Garrido Ardila¹, María Jiménez Palomares¹

¹Grupo de Investigación ADOLOR, Departamento de Terapia Médico-Quirúrgica, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad de Extremadura, 06006 Badajoz, España; blgonzalezs@unex.es (B.G.S); jrodman@unex.es (J.R.M.); egarridoa@unex.es (E.M.G.A); mariajp@unex.es (M.J.P).

²Terapeuta ocupacional de la Universidad de Extremadura, 06006 Badajoz, España ; ncebrian@alumnos.unex.es (N.C.G)

INTRODUCCIÓN

Los sentimientos de soledad, aislamiento y los bajos estados de ánimo están muy presentes en la población mayor debido a las situaciones a las que se enfrentan en su vida. Para hacer frente a estas situaciones existen unas estrategias de afrontamiento que tiene como objetivo eliminar, controlar o mejorar alguna de estas situaciones estresantes.

OBJETIVO/S

El objetivo es identificar las distintas intervenciones existentes orientadas a reducir el sentimiento de soledad en la población adulta mayor, así como analizar cuáles de ellas han demostrado ser más eficaces en este grupo. Asimismo, se pretende determinar, dentro de las intervenciones revisadas, cuáles son las estrategias más frecuentemente utilizadas para el abordaje de la soledad en las personas mayores.

1. LA SOLEDAD EN EL ADULTO MAYOR

La soledad es un estado de ánimo caracterizado por sentimientos de vacío y aislamiento percibido. Puede manifestarse en cualquier persona y en distintas etapas del ciclo vital; sin embargo, su incidencia es especialmente elevada en determinados grupos de edad. En este sentido, se observa una mayor prevalencia de la soledad en los menores de 25 años, quienes atraviesan la etapa juvenil y deben afrontar numerosos cambios personales, sociales y emocionales, así como en los mayores de 65 años, que suelen enfren-

tarse a transformaciones significativas en su vida cotidiana y en sus relaciones sociales (Hernández Gómez et al., 2021).

En la vejez, el sentimiento de soledad se asocia frecuentemente a la pérdida de seres queridos, a la reducción de relaciones sociales cercanas y a una disminución de la interacción social significativa, lo que conlleva una pérdida de la calidad de las relaciones interpersonales. A ello se suman los cambios físicos propios del proceso de envejecimiento, tales como la pérdida de visión, la atrofia de las células cerebrales, el encogimiento de la columna vertebral, la aparición de enfermedades cardíacas y respiratorias, así como la hipoacusia. Del mismo modo, pueden producirse cambios en el funcionamiento cognitivo, como dificultades en la atención, la memoria y la concentración, que influyen negativamente en la participación social y en la percepción de bienestar (Hernández Gómez et al., 2021).

La soledad es un fenómeno complejo que no puede entenderse como una experiencia única y homogénea. En la literatura se distinguen fundamentalmente dos tipos de soledad. Por un lado, la soledad social, relacionada con la ausencia o insuficiencia de una red de relaciones sociales significativas, lo que implica un número limitado de contactos o una escasa interacción social. Por otro lado, la soledad emocional, que hace referencia a una vivencia subjetiva de vacío afectivo asociada a la falta de una relación íntima y cercana, o a la pérdida de una figura significativa, como puede ser la pareja. Ambos tipos de soledad pueden coexistir y generar un impacto negativo en el bienestar emocional y psicológico de las personas mayores, especialmente en contextos institucionalizado (Bermeja & Ausín, 2018).

No se debe confundir la soledad con la desesperanza, ya que, a pesar de tener una relación muy estrecha, son términos muy distintos.

Es necesario considerar que la salud y la soledad mantienen una relación estrecha y compleja, caracterizada por una influencia mutua. En numerosas ocasiones, el sentimiento de soledad actúa como un factor desencadenante o agravante de diversas discapacidades físicas y trastornos mentales. En este contexto, destaca la relación bidireccional entre la soledad y el deterioro cognitivo, así como su vinculación con la enfermedad de Alzheimer, donde la soledad puede acelerar el declive cognitivo y, a su vez, dicho deterioro incrementar la vivencia de aislamiento. En otras situaciones, un estado de salud deficiente, la presencia de enfermedades crónicas o discapacidades físicas, unido a la conciencia del propio proceso de deterioro, puede favorecer la aparición o intensificación del sentimiento de soledad en las personas mayores (Palma Ayllón & Escarabajal Arrieta, 2021).

La soledad puede generar en los adultos mayores una amplia gama de consecuencias negativas para la salud física y mental. Entre los efectos más relevantes descritos en la literatura se encuentran los procesos inflamatorios crónicos, el síndrome metabólico, las alteraciones del sistema cardiovascular, y los problemas relacionados con el descanso y el sueño. Asimismo, se

ha observado un impacto significativo sobre el funcionamiento cognitivo, que se manifiesta en un deterioro cognitivo general, así como en afectaciones específicas de la memoria y de la capacidad intelectual (Palma Ayllón & Escarabajal Arrieta, 2021).

En otros casos, la presencia de una enfermedad, especialmente cuando se trata de patologías crónicas, puede favorecer la aparición del sentimiento de soledad en las personas mayores. Diversos estudios señalan que enfermedades cardiovasculares, oncológicas u otras afecciones de larga evolución se asocian a una mayor vulnerabilidad a la soledad, debido a las limitaciones funcionales, la pérdida de autonomía y la reducción de la participación social que suelen acompañar a estos procesos (Palma Ayllón & Escarabajal Arrieta, 2021; Petitte et al., 2015). Asimismo, la percepción del propio deterioro físico o cognitivo y la conciencia del declive vital pueden intensificar el malestar emocional y contribuir a una vivencia subjetiva de aislamiento, generando un círculo vicioso entre enfermedad y soledad (Gallardo Peralta et al., 2023).

Junto a la enfermedad, la literatura identifica una serie de factores de riesgo asociados a la aparición de la soledad en la vejez. Entre ellos destacan variables sociodemográficas como la edad avanzada, el género, la situación laboral y el nivel de recursos económicos, así como factores contextuales como la zona de residencia, ya sea rural o urbana, y el nivel educativo y cultural (Araya & Iriarte, 2023; Gallardo Peralta et al., 2023).

Es fundamental diferenciar el sentimiento de soledad de la experiencia de “estar a solas”, ya que esta última implica un distanciamiento voluntario de la red social que no necesariamente conlleva malestar emocional. Por el contrario, la soledad constituye un estado de ánimo de carácter involuntario, que surge cuando la persona percibe una discrepancia entre las relaciones sociales deseadas y las que realmente posee. Este sentimiento afecta negativamente a la calidad de vida y puede acarrear consecuencias significativas sobre el bienestar psicológico y emocional de quienes lo experimentan (Palma Ayllón & Escarabajal Arrieta, 2021).

En este sentido, aunque existe una relación estrecha entre la soledad y la desesperanza, al estar ambas experiencias interrelacionadas, se trata de constructos conceptualmente distintos. La evidencia señala que los componentes motivacionales, cognitivos y afectivos propios de la desesperanza actúan como predictores estadísticamente significativos del sentimiento de soledad, sin que ello implique que ambos estados emocionales sean equivalentes (Palma Ayllón & Escarabajal Arrieta, 2021).

1.1. La desesperanza en el adulto mayor

La desesperanza puede entenderse, desde el modelo cognitivo, como un conjunto de esquemas cognitivos disfuncionales orientados hacia el futuro, caracterizados por expectativas persistentemente negativas y una vi-

sión pesimista de la propia experiencia vital. Este patrón cognitivo se acompaña de una percepción de falta de control sobre los acontecimientos, una disminución de la confianza en uno mismo y en el futuro, así como una pérdida progresiva del sentido y propósito vital, elementos centrales en la conceptualización propuesta por Beck (Beck, 2005).

Desde una perspectiva multidimensional, la desesperanza afecta a diferentes esferas del funcionamiento psicológico. En la dimensión cognitiva, se manifiesta a través de la ausencia de expectativas positivas y la anticipación negativa de las experiencias futuras. En la dimensión afectiva, se observa una marcada reducción de emociones positivas, como el entusiasmo, el interés o la felicidad. Por último, en la dimensión motivacional, se produce una alteración significativa de la capacidad para establecer metas y movilizar recursos hacia el futuro, dando lugar a una falta de iniciativa y a la ausencia de deseo por alcanzar objetivos personales, aspecto que ha mostrado una relación significativa con el sentimiento de soledad en adultos mayores (Meléndez Moral et al., 2022).

2. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Cuando las personas y, en concreto, los adultos mayores, no son capaces de hacer frente a las diferentes situaciones de la vida como un proceso natural de envejecimiento, en el que las personas no presentan recursos personales necesarios para afrontar dichas situaciones es cuando surgen estas manifestaciones en el estado de ánimo, como pueden ser, los sentimientos de frustración que de manera directa o indirecta pueden llegar a generar los trastornos en los estados de ánimo (Mayordomo Rodríguez et al., 2015).

Las estrategias de afrontamiento son aquellos pensamientos y conductas adaptativas que tienen como propósito aliviar el estrés provocado por condiciones dañinas, amenazantes o desafiantes. Indican que las estrategias de afrontamiento pueden enfocarse tanto a un problema en particular como a una emoción. Cuando se enfoca a un problema se utilizan estrategias instrumentales para eliminar, controlar o mejorar alguna situación estresante (Mayordomo Rodríguez et al., 2015). En cambio, el afrontamiento enfocado a la emoción pretende “sentirse mejor” controlando la respuesta emocional a dicha situación para así aliviar su efecto físico o psicológico. Muchas veces este tipo predomina cuando el individuo descubre que nada puede hacer para cambiar la situación (Mayordomo Rodríguez et al., 2015).

Existen muchas formas de afrontamiento de la soledad en la población en general, pero, también en el adulto mayor, se encuentre o no institucionalizado. Es mucho más sencillo afrontar dicha soledad o un estado de ánimo bajo en aquellas personas que se encuentran abiertas en determinadas circunstancias. En el caso de los adultos, es muy complicado que esto ocurra ya que, la mayoría de las veces no se abren para expresar sus sentimientos a su

red de apoyo principal que es, en cualquier caso, su familia (Mayordomo Rodríguez et al., 2015).

2.1. Terapia Ocupacional como estrategia de afrontamiento de la

Soledad

La Terapia Ocupacional (TO) se define como una disciplina sociosanitaria que utiliza de forma terapéutica la ocupación y la actividad significativa con el objetivo de promover y mantener la salud, prevenir la enfermedad y favorecer la recuperación o compensación de las funciones alteradas. A través de la aplicación de técnicas, métodos y actuaciones específicas, la Terapia Ocupacional contribuye a suplir los déficits derivados de discapacidades físicas, mentales o sociales, así como a valorar los comportamientos y procesos mentales implicados en la participación ocupacional. Todo ello tiene como finalidad alcanzar el mayor grado posible de independencia, autonomía personal e integración social de la persona en los distintos ámbitos de su vida: laboral, mental, físico y social (American Occupational Therapy Association [AOTA], 2020).

La Terapia Ocupacional utiliza la ocupación, entendida como actividades significativas para la persona, como principal instrumento de intervención. A través de la participación en distintas actividades, el ser humano —y especialmente el adulto mayor— puede ejercitar, mantener y potenciar sus funciones físicas, psicológicas y sensoriales, favoreciendo así su desempeño ocupacional y su autonomía en la vida cotidiana (López, 2004).

En el ámbito de la rehabilitación del adulto mayor, la Terapia Ocupacional persigue múltiples objetivos. Entre los más relevantes se encuentran (Carrero Acebo et al., 2016) : aumentar o mantener el grado de independencia en las actividades de la vida diaria, reducir las discapacidades presentes y los sentimientos de minusvalía asociados, aliviar el dolor muscular y las alteraciones del sistema musculoesquelético, incrementar la movilidad articular y la fuerza muscular, mejorar las funciones mentales, favorecer estados de ánimo positivos y reducir sentimientos negativos relacionados con las expectativas vitales, así como mejorar la calidad de vida de la persona mayor.

La literatura científica pone de manifiesto que la Terapia Ocupacional constituye una estrategia eficaz para el afrontamiento de la soledad en la población adulta, especialmente mediante el desarrollo de intervenciones grupales basadas en la participación en actividades significativas. Estos procesos favorecen la interacción social, el sentimiento de pertenencia y el fortalecimiento de las relaciones interpersonales, contribuyendo así a mitigar el impacto de la soledad y a mejorar el bienestar psicosocial de las personas participantes (Jansson et al., 2021).

Asimismo, la Terapia Ocupacional ha demostrado aportar numerosos beneficios en el ámbito de la promoción, prevención e intervención en salud mental en población infantil y juvenil. En este contexto, las intervenciones se

centran en el aprendizaje socioemocional, la prevención del acoso escolar y el manejo del estrés, con el objetivo de diseñar programas que potencien las habilidades sociales, la regulación emocional y la adaptación a las demandas del entorno social (Arbesman et al., 2013).

La intervención desde Terapia Ocupacional para el afrontamiento de la soledad se basaría en:

- Fomentar la participación en las ocupaciones deseadas por este grupo poblacional
- Facilitar la adquisición y/o mantenimiento de roles.
- Favorecer estrategias de compensación o de adaptación del entorno para que puedan explorarlo de la manera más plena posible.
- Aumentar su motivación e implicación en la comunidad.
- Crear redes sociales y de apoyo mejorando así el desempeño en el ocio y tiempo libre
- Favorecer oportunidades para un buen desempeño en su vida social.
- Trabajar su causalidad personal mediante la asertividad, empatía y dignidad.
- Lograr establecer rutinas equilibradas mejorando así su desempeño en el descanso y sueño, etc.

Todas estas intervenciones mejoran el bienestar de la persona, provocando una mejora en sus estados de ánimo, en concreto en sus sentimientos de soledad y, por lo tanto, una mejora en su calidad de vida (World Federation of Occupational Therapists [WFOT], 2024).

2.2. Terapia Asistida con Animales

La Terapia Asistida con Animales (TAA) se define como una intervención dirigida a personas en la que la participación del animal constituye un elemento central del proceso terapéutico, orientado a la consecución de objetivos previamente establecidos y con una finalidad claramente rehabilitadora y psicosocial. En el ámbito de la atención a personas mayores institucionalizadas, la TAA ha mostrado especial relevancia como estrategia para el afrontamiento del sentimiento de soledad, así como para la mejora del bienestar emocional y la interacción social. Los animales más frecuentemente utilizados en este tipo de intervenciones son el perro, el gato, el caballo (hipoterapia) y, en menor medida, los delfines (delfinoterapia), debido a su capacidad para establecer vínculos afectivos significativos con las personas.

En este contexto, el animal actúa como un estímulo multisensorial, ya que su presencia implica movimiento, sonido, olor, textura y contacto físico, favoreciendo una experiencia sensorial completa que facilita la activación emocional, cognitiva y social de la persona mayor. Este tipo de estimulación resulta especialmente beneficiosa en entornos residenciales, donde puede

romper dinámicas de aislamiento y pasividad asociadas a la institucionalización (De la Puente Cunliffe, 2017).

De forma complementaria, se desarrollan las Actividades Asistidas con Animales (AAA), cuyo objetivo principal es promover la mejora de la calidad de vida y el bienestar general a través del vínculo persona–animal, sin que exista necesariamente un plan terapéutico individualizado. Estas actividades pueden realizarse de manera individual y/o grupal, siendo especialmente adecuadas en centros residenciales, donde contribuyen a fomentar la participación, la comunicación interpersonal y la reducción del sentimiento de soledad en las personas mayores institucionalizadas (De la Puente Cunliffe, 2017).

La Terapia Asistida con Animales (TAA) aporta beneficios significativos en distintos ámbitos del funcionamiento de la persona mayor. En el ámbito físico, se favorece el aumento del flujo sanguíneo, la relajación de la musculatura y de los ligamentos, la transmisión de calor corporal y la estimulación sensorial y perceptiva. Asimismo, contribuye a la estimulación de la motricidad, el tono muscular y la coordinación, promoviendo una mayor conciencia corporal y funcional. En el ámbito psicológico y emocional, esta terapia se asocia a una disminución de los sentimientos vinculados a los trastornos del estado de ánimo, como la soledad, la desesperanza, la depresión, la ansiedad y el estrés, lo que conlleva una mejora general del estado de ánimo. Además, favorece el autocontrol emocional y el bienestar subjetivo de las personas mayores. Por último, en el ámbito social, la Terapia Asistida con Animales facilita la interacción social, fomenta la creación de vínculos afectivos y amistades, y contribuye a la reducción de conductas problemáticas. Asimismo, promueve valores como la confianza, el respeto y el afecto, tanto hacia otras personas como hacia los animales, favoreciendo una participación social más activa y significativa (Charry Sánchez et al., 2018).

Cabe destacar que, entre las estrategias de afrontamiento de la soledad durante la pandemia de COVID-19, diversos estudios han señalado el papel relevante de las mascotas como factor protector o amortiguador del sentimiento de soledad. En este contexto, se ha observado que las personas propietarias de animales de compañía presentaron niveles más bajos de soledad y niveles más elevados de apego emocional, lo que contribuyó a mitigar el impacto del aislamiento social impuesto por la situación sanitaria (Applebaum et al., 2021).

2.3. Ludoterapia

La ludoterapia se define como el uso del juego con finalidad terapéutica, empleándose como un medio de expresión, comunicación y estimulación a lo largo de diferentes etapas del ciclo vital y, de manera específica, en la población adulta mayor. A través de la actividad lúdica, las personas mayores pueden expresar emociones, pensamientos y experiencias de forma espon-

tánea, lo que facilita la interacción social, la motivación y la participación activa en el proceso terapéutico.

En el ámbito geriátrico, la ludoterapia se aplica mediante un conjunto de técnicas de estimulación cognitiva, psicomotriz y sensorial, adaptadas a las capacidades y necesidades individuales de cada persona. Estas intervenciones contribuyen al mantenimiento y mejora de funciones cognitivas como la atención, la memoria, la orientación y las funciones ejecutivas, así como al fortalecimiento de la coordinación motora, la percepción y la integración sensorial. Además de sus beneficios a nivel funcional, la ludoterapia ha mostrado un impacto positivo en el bienestar emocional, especialmente en personas mayores con deterioro cognitivo leve, asociándose a una reducción de los niveles de ansiedad y depresión y a una mejora general del estado de ánimo (Paule Chinarro, 2021).

En este sentido, la ludoterapia puede generar beneficios significativos en el adulto mayor a nivel emocional, cognitivo, físico y social. En primer lugar, contribuye a la mejora del estado de ánimo, ya que las actividades lúdicas desarrolladas en contextos grupales favorecen la comunicación, la interacción y el establecimiento de vínculos con otros adultos mayores, fortaleciendo las redes sociales y potenciando las habilidades sociales. Este proceso se asocia, además, a un mayor sentimiento de bienestar personal y a una mejora significativa de la calidad de vida. Asimismo, favorece el entrenamiento y mantenimiento de las funciones cognitivas, promoviendo la atención, la concentración, la memoria y otras capacidades intelectuales mediante juegos estructurados y adaptados. Por otro lado, aquellas actividades que implican movimiento corporal contribuyen a la estimulación sensorial, así como a la mejora de la movilidad, la agilidad y la coordinación motora, resultando especialmente beneficiosas para el mantenimiento de la autonomía funcional, especialmente en personas mayores institucionalizadas (García Rivera & Marroquín Rodríguez, 2011).

A este respecto, la literatura científica pone de manifiesto que el aislamiento social se encuentra estrechamente relacionado con una reducción de los niveles de actividad física y con un aumento de los comportamientos sedentarios, especialmente en la población de mayor edad. En este sentido, diversos estudios han mostrado que las personas mayores que experimentan mayores niveles de soledad y aislamiento social tienden a presentar una menor actividad física objetiva, lo que puede repercutir negativamente tanto en su salud física como en su bienestar psicológico (Arnetz, 1985)

Por ello, algunos autores defienden que la actividad física constituye una estrategia de afrontamiento fundamental frente al sentimiento de soledad, no solo por sus beneficios a nivel físico, sino también por su impacto positivo en la esfera emocional y social. La participación en programas estructurados de activación física se ha asociado a un aumento significativo de los niveles de actividad física en personas mayores, favoreciendo, además,

mejoras relevantes en el estado de ánimo, la percepción de bienestar y la participación social. Estas intervenciones resultan especialmente eficaces cuando se desarrollan en contextos terapéuticos u ocupacionales que promueven la interacción y el sentido de propósito en la vida cotidiana de la persona mayor (Schrempft et al., 2019).

2.4. Musicoterapia

La musicoterapia es una intervención terapéutica que utiliza la música y sus elementos —como la voz, el ritmo, la melodía y el sonido— como herramientas fundamentales del proceso terapéutico, ejerciendo una influencia global sobre la persona desde una perspectiva integral y holística, que abarca dimensiones físicas, cognitivas, emocionales y sociales. En el ámbito geriátrico, y especialmente en contextos residenciales, la musicoterapia se ha mostrado como una intervención eficaz para afrontar el sentimiento de soledad, favoreciendo la conexión emocional y la sensación de acompañamiento en personas mayores, incluidas aquellas con diversidad funcional (Fattorini Vaca, 2021)

Se trata de una intervención altamente flexible y adaptable, lo que permite ajustarla a las capacidades, preferencias musicales y necesidades individuales de cada persona. A través de la música, se potencian las habilidades comunicativas, se facilita la expresión y exteriorización de emociones y sentimientos, y se promueve la interacción social, incluso en personas con dificultades verbales o deterioro cognitivo. Asimismo, la música actúa como un potente estímulo para la activación de recuerdos autobiográficos, permitiendo revivir experiencias significativas del pasado y las emociones asociadas a ellas, lo que contribuye a mejorar el estado de ánimo y el bienestar emocional del adulto mayor. En este sentido, la musicoterapia ha demostrado un impacto positivo en la regulación emocional, reduciendo sentimientos de tristeza, ansiedad y apatía, y favoreciendo experiencias emocionales positivas y significativas en la vejez (Denis & Casari, 2014).

2.5. El uso de las TIC's (Tecnologías de la Información y Comunicación)

La irrupción de la pandemia de COVID-19 supuso un impulso significativo en el desarrollo y uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) y de las nuevas tecnologías en general, convirtiéndose en un recurso fundamental para mantener el contacto social en un contexto de aislamiento físico. Esta situación ha generado importantes desafíos para la población mayor, ya que el uso de las TIC ha comenzado a configurarse como un recurso normativo dentro de las redes sociales y comunitarias, exigiendo nuevas competencias digitales a un grupo que, en muchos casos, no había integrado previamente estas herramientas en su vida cotidiana (Latorre et al., 2020).

No obstante, la evidencia científica señala que el uso de las TIC puede generar efectos positivos en la salud mental y en la calidad de vida de las

personas mayores, al facilitar su participación en la vida comunitaria, el mantenimiento de vínculos sociales y el fortalecimiento de las habilidades sociales. En este sentido, durante la pandemia se ha observado que las intervenciones digitales estructuradas, como los programas interactivos en línea, contribuyen de manera significativa a la reducción de los niveles de soledad y a la mejora de la calidad de vida en personas mayores que viven en la comunidad (Yang et al., 2023).

Estas tecnologías permiten reducir sentimientos de soledad, aislamiento y desesperanza, así como mitigar trastornos asociados al estado de ánimo, al favorecer la comunicación con familiares, amistades y redes de apoyo (Carreño, 2023; Latorre et al., 2020).

No obstante, el uso de las TIC también presenta limitaciones y barreras importantes, especialmente para las personas mayores. La falta de competencias digitales, el acceso limitado a dispositivos tecnológicos o la escasa adaptación a entornos digitales pueden convertir estas herramientas en una fuente adicional de frustración y exclusión, incrementando el riesgo de brecha digital. En muchos casos, la dificultad para adaptarse de manera adecuada al uso de las nuevas tecnologías impide que los adultos mayores se beneficien plenamente de su potencial, lo que pone de manifiesto la necesidad de programas de alfabetización digital adaptados y de un acompañamiento específico que facilite su inclusión tecnológica y social (Carreño, 2023).

2.6. Mindfulness

El Mindfulness es una intervención que consiste en entrenar a la persona en el desarrollo de una conciencia plena, centrada en el momento presente, favoreciendo una actitud de atención intencional y no enjuiciadora hacia la experiencia inmediata. A través de esta práctica, se busca reducir la tendencia a divagar en pensamientos asociados al pasado o al futuro, promoviendo una mayor conexión con las vivencias actuales. En las personas mayores, el Mindfulness ha mostrado ser una herramienta eficaz para el control de la impulsividad, permitiendo una atención más selectiva y el desarrollo de una conciencia reflexiva sobre las experiencias internas —pensamientos, emociones y sensaciones corporales— y externas —estímulos del entorno—, lo que contribuye a una mejor autorregulación emocional (Menéndez Álvarez, 2018).

Asimismo, la práctica continuada de Mindfulness se asocia a un incremento de la ecuanimidad, entendida como la capacidad de mantener un equilibrio emocional ante situaciones estresantes, así como a una mayor sensación de bienestar y alegría, produciéndose una mejora general del estado de ánimo en las personas mayores. Diversos estudios han evidenciado, además, una mejora significativa de los niveles de atención tras la intervención, lo que repercute positivamente en la reducción de distintos trastornos del

estado de ánimo y psicológicos, como la ansiedad, la depresión, la impulsividad, la agresividad, las adicciones o la alexitimia (García Márquez et al., 2023).

Estos efectos se explican, en parte, por los cambios neuropsicológicos asociados a la práctica meditativa, ya que el Mindfulness favorece la construcción de nuevas formas de pensamiento y percepción, permitiendo reinterpretar la realidad desde una perspectiva más adaptativa. En este sentido, la persona que practica Mindfulness desarrolla un nuevo discurso interno, más consciente y flexible, que contribuye a disminuir el sentimiento de soledad y a mejorar el bienestar psicológico y emocional en la etapa de la vejez (García Márquez et al., 2023).

CONCLUSIONES

Las intervenciones destinadas a disminuir el sentimiento de soledad en el adulto mayor son diversas y abarcan distintos ámbitos del funcionamiento personal y social. Entre las más relevantes se encuentra la actividad física realizada de manera activa y adaptada, la cual no solo contribuye al mantenimiento de la salud física y funcional, sino que también favorece el bienestar psicológico y la interacción social cuando se lleva a cabo en contextos grupales o comunitarios.

Asimismo, la participación social y el cultivo de relaciones interpersonales constituyen elementos fundamentales para prevenir y reducir la soledad en la vejez. Mantener un contacto regular con la sociedad, y de manera especial con familiares, amistades y redes de apoyo, permite fortalecer el sentido de pertenencia, el apoyo emocional y la conexión social, factores clave para el bienestar psicosocial de las personas mayores.

Por último, la Terapia Ocupacional se presenta como una intervención especialmente relevante, al centrarse en la participación en actividades significativas para la persona. A través de la ocupación, la Terapia Ocupacional promueve la autonomía, la participación social y el desarrollo de roles significativos, contribuyendo de manera directa a la reducción del sentimiento de soledad y a la mejora de la calidad de vida del adulto mayor.

REFERENCIAS

- American Occupational Therapy Association. (2020). *Occupational therapy practice framework: Domain and process* (4th ed.). American Journal of Occupational Therapy. https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/104955247/AOTA_2020-libre.pdf
- Applebaum, J. W., Ellison, C., Struckmeyer, L., Zsembik, B. A., & McDonald, S. E. (2021). The impact of pets on everyday life for older adults during the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Public Health*, 9, 652610. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.652610>
- Araya, A. X., & Iriarte, E. (2023). Factores asociados a la percepción de soledad entre personas mayores que viven en la comunidad. *Revista Médica de Chile*, 151(8), 1028–1038.

- Arbesman, M., Bazyk, S., & Nochajski, S. M. (2013). Systematic review of occupational therapy and mental health promotion, prevention, and intervention for children and youth. *American Journal of Occupational Therapy*, 67(6), e120–e130.
- Arnetz, B. B. (1985). Gerontic occupational therapy: Psychological and social predictors of participation and therapeutic benefits. *American Journal of Occupational Therapy*, 39(7), 460–465.
- Beck, A. T. (2005). The current state of cognitive therapy: A 40-year retrospective. *Archives of General Psychiatry*, 62(9), 953–959.
- Bermeja, A. I., & Ausín, B. (2018). Programas para combatir la soledad en las personas mayores en el ámbito institucionalizado: Una revisión de la literatura científica. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 53(3), 155–164.
- Carreño, A. U. (2023). La relación entre el uso de las TIC y el sentimiento de soledad. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 74–80.
- Carreño Acebo, M. E., Cañarte Mero, S. B., & Delgado Bravo, W. M. (2016). El terapeuta ocupacional y su rol con pacientes geriátricos. *Dominio de las Ciencias*, 2(4), 60–71.
- Charry Sánchez, J. D., Pradilla, I., & Talero Gutiérrez, C. (2018). Animal assisted therapy in adults: A systematic review. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 32, 169–180.
- De la Puente Cunliffe, M. (2017). *Reduciendo la soledad: Terapia asistida con animales para adultos mayores de una residencia geriátrica* (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú. <https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/9770>
- Denis, E. J., & Casari, L. (2014). La musicoterapia y las emociones en el adulto mayor. *Revista Diálogos*, 4(2).
- Fattorini Vaca, A. (2021). *La musicoterapia y la soledad en las residencias de la tercera edad para personas con diversidad funcional*. Universidad Internacional de La Rioja. <https://reunir.unir.net/handle/123456789/11358>
- Gallardo Peralta, L. P., Sánchez Moreno, E., Rodríguez Rodríguez, V., & García Martín, M. A. (2023). La investigación sobre soledad y redes de apoyo social en las personas mayores: Una revisión sistemática en Europa. *Revista Española de Salud Pública*, 97, e202301006.
- García Márquez, M. F., Rivera Reyes, M. F., & Parrado Corredor, F. (2023). *Bases neurológicas de mindfulness y su influencia en el sentimiento de soledad en adultos mayores*. Universidad Católica de Pereira. <https://repositorio.ucp.edu.co>
- García Rivera, B. A., & Marroquín Rodríguez, H. L. (2011). *Efectos positivos de la ludoterapia en el adulto mayor asilado en el Centro La Villa de Emaús*. Universidad de San Carlos de Guatemala. <http://www.repositorio.usac.edu.gt/17435/>
- Hernández Gómez, M. A., Fernández Domínguez, M. J., Sánchez Sánchez, N. J., Blanco Ramos, M. A., Perdiz Álvarez, M. C., & Castro Fernández, P. (2021). Soledad y envejecimiento. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 14(3), 146–153.
- Jansson, A., Karisto, A., & Pitkälä, K. (2021). Loneliness in assisted living facilities: An exploration of the group process. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 28(5), 354–365.
- Latorre, M. I. L., Enrique, M. M., & Camacho, T. G. (2020). Técnicas de comunicación en las personas adultas mayores ante el aislamiento social y la soledad. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 11(2), 268–277.
- López, B. P. (2004). *Terapia ocupacional en discapacitados físicos: Teoría y práctica*. Editorial Médica Panamericana.
- 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.

- Meléndez Moral, J. C., Delhom, I., Satorres, E., Abella, M., & Real, E. (2022). La desesperanza como predictora de la soledad en adultos mayores. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 57(2), 85–89.
- Menéndez Álvarez, N. (2018). *Programa de mindfulness para adultos mayores con síntomas depresivos* (Tesis de máster). Universitat Jaume I. <https://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/181041>
- Palma Ayllón, E., & Escarabajal Arrieta, M. D. (2021). Efectos de la soledad en la salud de las personas mayores. *Gerokomos*, 32(1), 22–25.
- Paule Chinarro, E. (2021). *Impacto de la ludoterapia en los niveles de ansiedad y depresión en ancianos con deterioro cognitivo leve*(Tesis de máster). Universidad Pontificia Comillas. <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/65421>
- Petitte, T., Mallow, J., Barnes, E., Petrone, A., Barr, T., & Theeke, L. (2015). A systematic review of loneliness and common chronic physical conditions in adults. *The Open Psychology Journal*, 8(Suppl 2), 113–132.
- Schrempft, S., Jackowska, M., Hamer, M., & Steptoe, A. (2019). Associations between social isolation, loneliness, and objective physical activity in older men and women. *BMC Public Health*, 19(1), 74. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6424-y>
- World Federation of Occupational Therapists. (2024). *WFOT*. <https://wfot.org>
- Yang, S. Y., Yang, C. C., Lee, Y. C., Hsieh, P. L., & Lin, Y. L. (2023). Investigating the effectiveness of online interactive courses on loneliness and quality of life of older adults in the community during the COVID-19 pandemic. *Geriatrics & Gerontology International*, 23(2), 91–97.

Más allá del cuidado: vulnerabilidad emocional y redes de apoyo en cuidadores mayores

Laura Muñoz-Bermejo¹, Valentina Castilla Fernández¹ María Mendoza Muñoz²,
Salvador Postigo Mota³.

¹ Universidad de Extremadura, Centro Universitario de Mérida, España

² Universidad Loyola Andalucía, España

³ Universidad de Extremadura, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud,
Badajoz, España.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. El envejecimiento poblacional

El envejecimiento de la población en Europa ha alcanzado unas proporciones sin precedentes, la mayoría de las personas que han sobrevivido la niñez viven más de 50 años (HelpAge International, 2024). En la actualidad se encuentra entre los territorios del mundo con más alto porcentaje de población mayor con un 15,95% de personas que superan los 65 años (IMSERSO, 2018).

De acuerdo con las proyecciones del Departamento de Asuntos Sociales y Económicos de la ONU y el Informe de las Personas Mayores en España de 2018, en el año 2050, el 26,2% de la población de los países desarrollados superará los 65 años y, en los países en vías de desarrollo llegará al 14,6% (IMSERSO, 2018, Tobío et al., 2010).

Previsiblemente, en el mismo sentido, en las próximas décadas también aumentará la población centenaria. Las proyecciones realizadas por el INE señalan que las personas de 100 años y más pasarán de 14.432 personas en el año 2020 a 64.840 en 2050. Sobre el total de personas de 65 o más años, los centenarios pasarán de representar un 0,16% en la actualidad a un 0,42% en el año 2050 (IMSERSO, 2018).

Por otro lado, respecto a la convivencia, la Encuesta Continua de Hogares 2020 (INE, 2020) muestra que en España envejecer al lado de la pareja (cónyuge o pareja de hecho) es más frecuente entre hombres que entre mujeres. El 70,8% de los hombres de 75 y años o más viven en pareja, y el 36,2% de las mujeres del mismo rango viven solas. Son las dos principales situacio-

nes de convivencia. Los hombres nunca alcanzan los niveles de soledad femeninos ni en la vejez más avanzada.

1.2. Envejecimiento, dependencia y cuidado informal.

La etapa de la vida del adulto mayor, pese a las mejoras en calidad de vida y salud, conlleva ciertas limitaciones físicas y psicológicas. Se trata de una etapa caracterizada por un incremento de patologías crónicas que conllevan a un declive físico y psíquico, condicionando así la capacidad funcional. Todo ello repercute en un aumento del grado de dependencia y pérdida de autonomía de la persona mayor, de manera que necesitarán cuidados y ayuda en la realización de las actividades diarias, apoyo familiar y psicológico, así como soporte económico para cubrir los gastos derivados de los propios cuidados (Romero-Serrano et al., 2023).

En este sentido, el aumento de la esperanza de vida y la mayor prevalencia de enfermedades crónicas han incrementado de manera significativa el número de personas en situación de dependencia, generando una demanda creciente de cuidados continuados en el ámbito familiar. En España, como en muchos otros países europeos, el cuidado informal se ha convertido en el principal sostén de la atención a personas dependientes, siendo ejercido mayoritariamente por familiares directos, sin remuneración y, en la mayoría de los casos, sin una formación sanitaria específica. Esta situación sitúa al cuidador en un rol complejo que, aunque resulta imprescindible para la continuidad asistencial, puede acarrear consecuencias negativas para su propia salud física, emocional y social (Charbaji et al., 2026).

La prolongación de las tareas de cuidado se asocia con un aumento del estrés percibido, síntomas de ansiedad y depresión, alteraciones del sueño, fatiga crónica y una disminución de la calidad de vida. Este fenómeno se conceptualiza como sobrecarga del cuidador, entendida como la percepción subjetiva de exceso de responsabilidad, desequilibrio entre demandas y recursos, y sensación de incapacidad para afrontar adecuadamente las necesidades de la persona dependiente. La sobrecarga constituye un predictor sólido de deterioro emocional y físico, afectando directamente al bienestar del cuidador y a la calidad del cuidado proporcionado (Marroquín-Escamilla et al., 2024). La sobrecarga del cuidador puede repercutir en la calidad de los cuidados proporcionados, incrementando el riesgo de institucionalización de la persona dependiente y el uso de recursos sanitarios, lo que la convierte en un problema relevante de salud pública.

Además de la carga del propio cuidado, existen factores psicosociales que influyen en la vulnerabilidad del cuidador ante la sobrecarga. Entre ellos destacan la percepción de apoyo social, la funcionalidad familiar y el estado de salud psicológica. Estudios actuales señalan que la ausencia de apoyo emocional y práctico, así como un propósito vital reducido o inestable, pueden intensificar significativamente los efectos negativos del cuidado prolon-

gado, incrementando la probabilidad de desarrollar sintomatología depresiva y ansiedad persistente (Aragonés Barberá et al., 2026).

Estudios en poblaciones occidentales indican que una buena salud física y una buena salud mental se asocian con una mejor CdV del cuidador. La salud física permite a los cuidadores tener la energía y la resistencia necesarias para realizar las tareas diarias de cuidado. Una buena salud mental ayuda a los cuidadores a gestionar el estrés y la ansiedad que pueden surgir de la responsabilidad de cuidar a otros. Además, un descanso, sueño y tiempo adecuados permiten al cuerpo recuperarse de la fatiga física y mejorar la irritabilidad. Esto les permite mantener una actitud más positiva y resiliente ante los desafíos (González-García et al., 2024).

El cuidado de una persona dependiente requiere por tanto de habilidades y destrezas suficientes como para cubrir el abanico de necesidades físicas de la persona dependiente, así como para cubrir aspectos emocionales, carencias de relaciones sociales, autoestima e incluso favorecer la relación con el entorno.

1.3. Los cuidadores mayores

Las nuevas formas de vida de las familias más jóvenes han traído la aparición del fenómeno que se viene analizando en este trabajo: el nuevo papel de los adultos mayores en el cuidado familiar. Se trata de un fenómeno que presenta una doble cara. Personas mayores potencialmente dependientes, e incluso, en algún caso y en cierta medida, dependientes reales que, por diversas circunstancias, se ven obligadas, desde el amor, el cariño y la generosidad, a cuidar de otros (Baster, 2012, Bernal-Alonso et al., 2025).

El desempeño de un adulto mayor en funciones de cuidador exige de éste una entrega para la cual sus capacidades también están envejecidas y, además, están presentes en él enfermedades o limitaciones que tienden a incrementarse al ofrecer cuidados, lo que hace que se sumen a la ya existente sobrecarga del cuidador (Junta de Extremadura, 2025).

2. OBJETIVO/S

2.1. Objetivo General

El objetivo general es conocer las necesidades, demandas y principales dificultades de los cuidadores mayores, analizando tanto los aspectos físicos y emocionales como los sociales que influyen en su labor de cuidado, con el fin de identificar recursos, apoyos y estrategias que contribuyan a mejorar su calidad de vida y bienestar.

2.2. Objetivos específicos

Como objetivos específicos se han marcado conocer el perfil de los cuidadores mayores y analizar la relación existente entre su bienestar emocional, su capacidad funcional y el apoyo social y familiar recibido, identificando

cómo estos factores influyen en su calidad de vida y en el desempeño de las tareas de cuidado.

3. MATERIAL Y MÉTODO

De acuerdo a los objetivos planteados, se ha diseñado un estudio cuantitativo observacional, descriptivo y transversal. Todo ello mediante una recogida de información estructurada y sistemática y un posterior análisis estadístico que cuantifique dicha realidad social y las relaciones causales.

La muestra estuvo formada por 117 cuidadores mayores de personas mayores del área de salud de Badajoz.

Se establecieron los siguientes criterios de inclusión para la participación en el estudio: (1) ser adulto mayor con edad igual o superior a 65 años; (2) realizar tareas de cuidado durante más de 20 horas por semana y haber realizado estas tareas durante al menos tres meses; (3) haber firmado el formulario de consentimiento informado para el estudio y haberlo entregado a un miembro del equipo de investigación.

El estudio se realizó de conformidad con las revisiones realizadas a la Declaración de Helsinki por la 64.^a Asamblea General de la Asociación Médica Mundial (Fortaleza, Brasil, 2013) y en cumplimiento de la Ley 14/2007 sobre Investigación Biomédica.

Los datos se recabaron personalmente de cada cuidador y mediante un cuestionario estandarizado autoadministrado que incluía: perfil sociodemográfico de la persona cuidadora, rol de la persona cuidadora, dificultades necesidades y demandas de los cuidadores y escalas para valorar la capacidad funcional, la sobrecarga del cuidador, el bienestar emocional y el apoyo social y familiar.

4. RESULTADOS

A continuación, se presentan y analizan de forma detallada los resultados obtenidos en cada uno de los ítems incluidos en el cuestionario. Asimismo, se examinan las posibles relaciones e interacciones existentes entre las diferentes variables estudiadas, con el propósito de comprender de manera más amplia los factores que influyen en la situación y experiencia de los cuidadores mayores.

La edad media de los adultos mayores que realizan los cuidados es de 76,9 años con una desviación típica de 6,255. Así mismo, la edad mínima de la persona mayor cuidadora es de 65 años y la máxima de 92. Los tramos de edad donde hay mayor representatividad se encuentran en los intervalos de 75–79 y 80–84 años, registrando un 29,0% y 27,1% respectivamente, lo que supone que el 56,1% de las personas cuidadoras tienen edades comprendidas entre 75 y 84 años (Gráfico 1).

Estadísticos

Edad		
N	Válidos	107
	Perdidos	0
Media		76,90
Mediana		78,00
Moda		80
Desv. típ.		6,255
Mínimo		65
Máximo		92
Percentiles	25	73,00
	50	78,00
	75	81,00

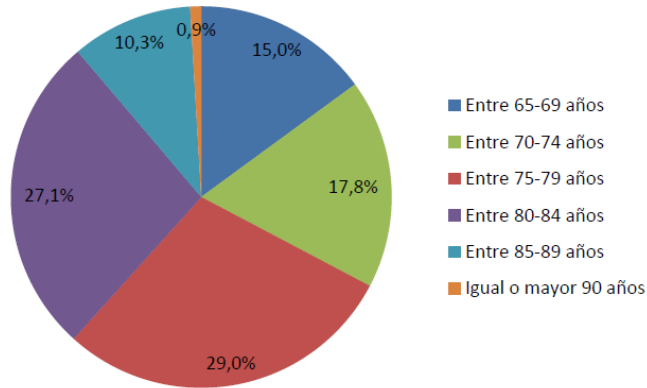


Gráfico 1. Edad de los cuidadores mayores

De la población encuestada, el 59,8% corresponde a mujeres y el 40,2% a hombres.

En relación con las mujeres mayores que desempeñan tareas de cuidado, se observa que el 20,3% tiene edades comprendidas entre los 65 y 69 años, y el mismo porcentaje se sitúa en el intervalo de 70 a 74 años. El grupo más numeroso se concentra entre los 75 y 79 años, representando el 28,1% del total de mujeres cuidadoras, seguido del intervalo de 80 a 84 años, con un 25%. A partir de los 85 años, la presencia de mujeres cuidadoras disminuye considerablemente, alcanzando únicamente el 6,3%.

En cuanto a los hombres que realizan tareas de cuidado, la mayor concentración se encuentra entre los 75 y 84 años, franja de edad que agrupa al 60% del total de hombres cuidadores. Por el contrario, su presencia es menor en los grupos de edad más jóvenes, representando un 7% entre los 65 y 69 años y un 14% entre los 70 y 74 años. Finalmente, el porcentaje de hombres

cuidadores con edades comprendidas entre los 85 y 89 años asciende al 16,3% (Gráfico 2).

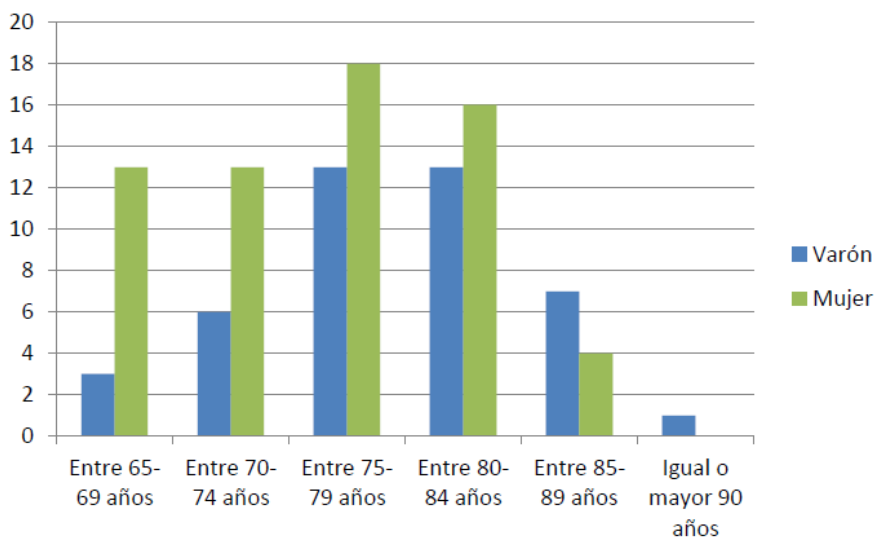


Gráfico 2. Sexo y edad de los cuidadores mayores

En relación al nivel de estudios cabe destacar que el 26,2% de las personas que han participado en el cuestionario no saben leer o escribir y el 57,7% no tienen estudios aunque sí saben leer y escribir. En este sentido, resulta conveniente señalar que, el 84,1% de la población entrevistada no tiene estudios básicos (Gráfico 3).

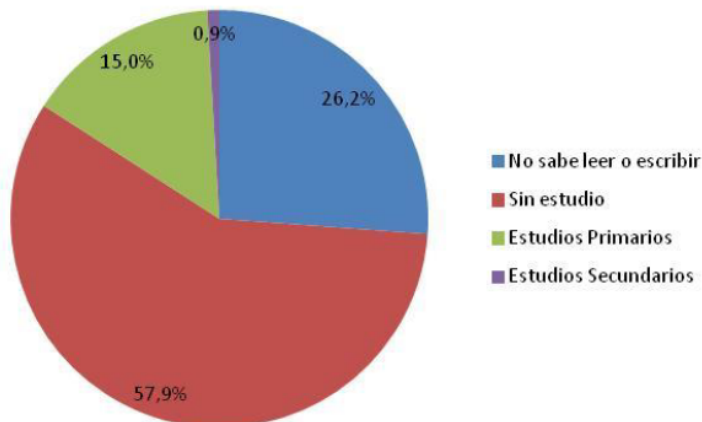


Gráfico 3. Nivel de estudios de los cuidadores mayores

En lo que respecta a la situación económica de los mayores cuidadores, cabe destacar que un 39,3% no tiene ingresos propios (Gráfico 4).

Entrando en un análisis más detallado el 39,3% de personas que no tienen ingresos propios son mujeres. Porcentaje que contrasta al observar que el 87,5% de las personas que cobran una pensión contributiva son hombres frente al 12,5% de mujeres (Gráfico 5).

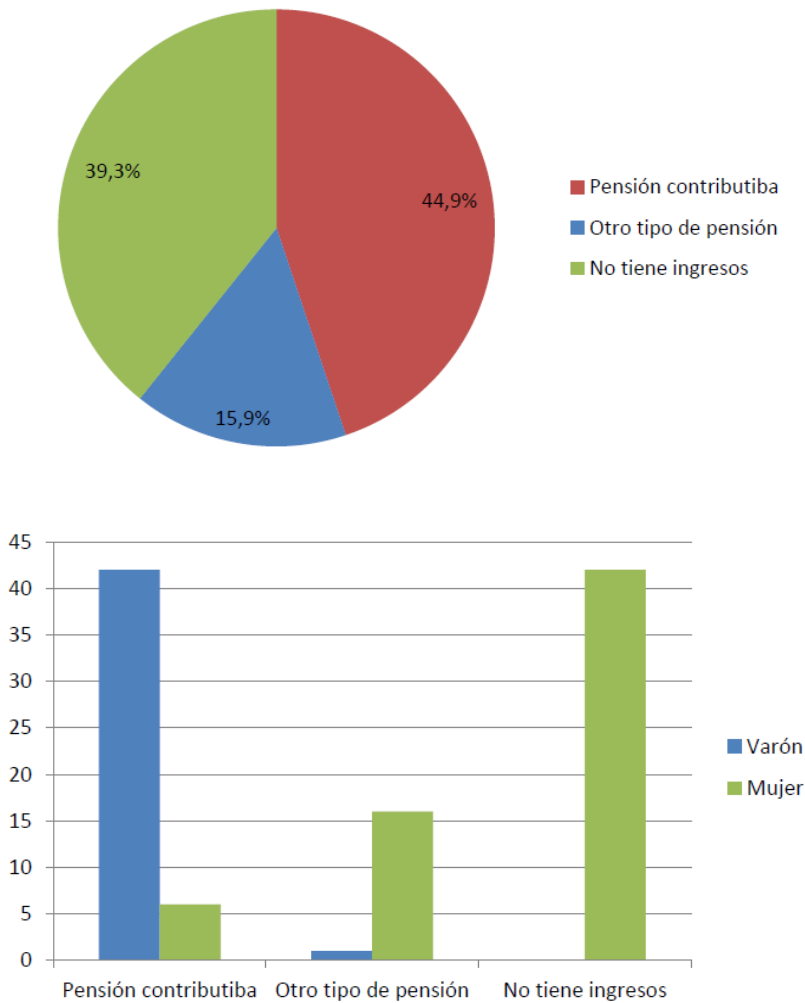


Gráfico 4 y 5. Situación económica de los cuidadores mayores

En lo que al parentesco respecta, el 48,6% de las mujeres encuestadas cuidan a sus respectivos maridos y el 35,5% de los casos son hombres los que cuidan a sus esposas. En este sentido podemos observar que el 84,1% de los cuidados se realizan en las relaciones de pareja (Gráfico 6).

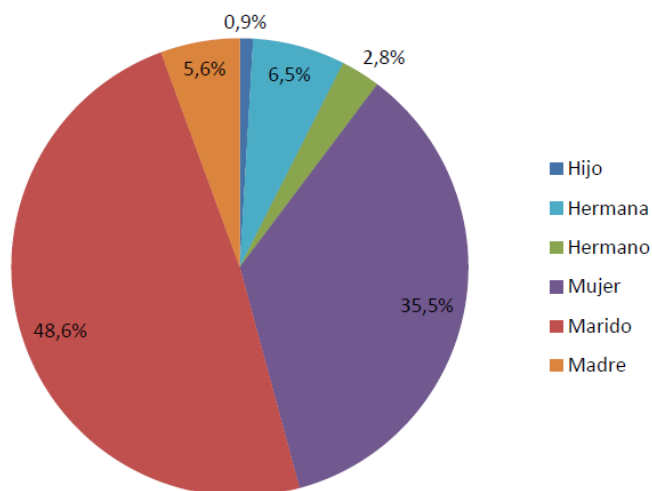


Gráfico 6. Parentesco de los cuidadores mayores y la persona cuidada

En lo que respecta a la persona cuidadora y su experiencia en los cuidados, el 55,1% de los datos registrados son personas que no tienen experiencia previa en los cuidados (Gráfico 7).

En el Gráfico 8 se puede observar que las mujeres son quienes han tenido mayor experiencia como cuidadoras.

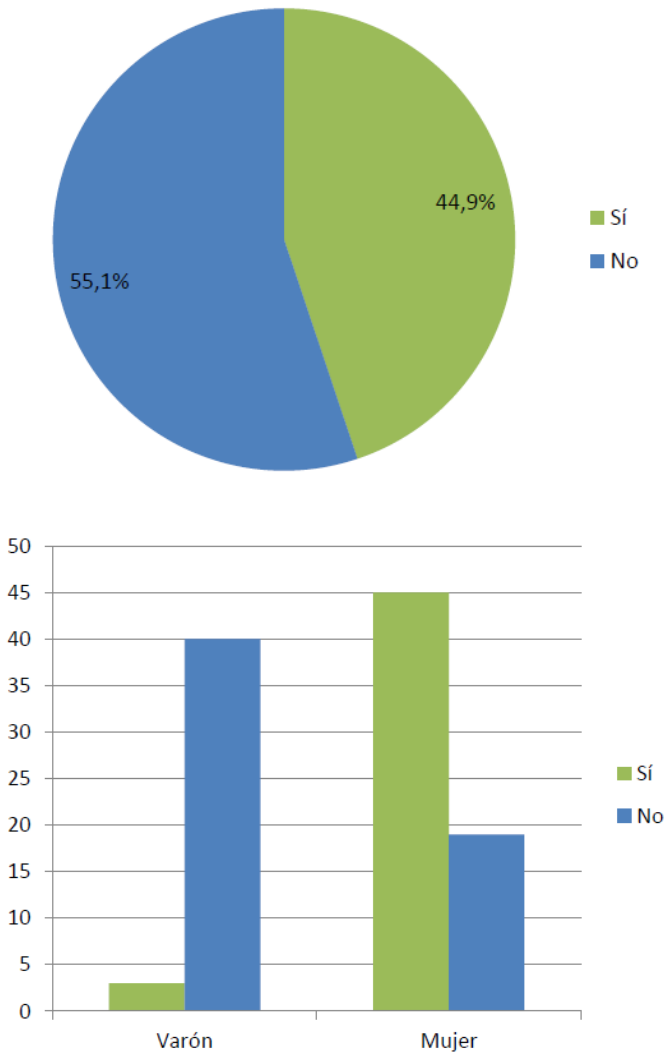


Gráfico 7 y 8. Experiencia previa como cuidadores y su relación con el sexo.

En cuanto al número de años dedicados a los cuidados, el mayor volumen de registros se encuentra en el intervalo de 2 a 4 años con un 32,7%, seguido de las personas que llevan más de 8 años cuidando, representados por 29,9% de los casos (Gráfico 9).

En referencia a las horas dedicadas a los cuidados por parte de los adultos mayores, en el 70,1% de los casos se decidan las 24 horas a los cuidados (Gráfico 10).

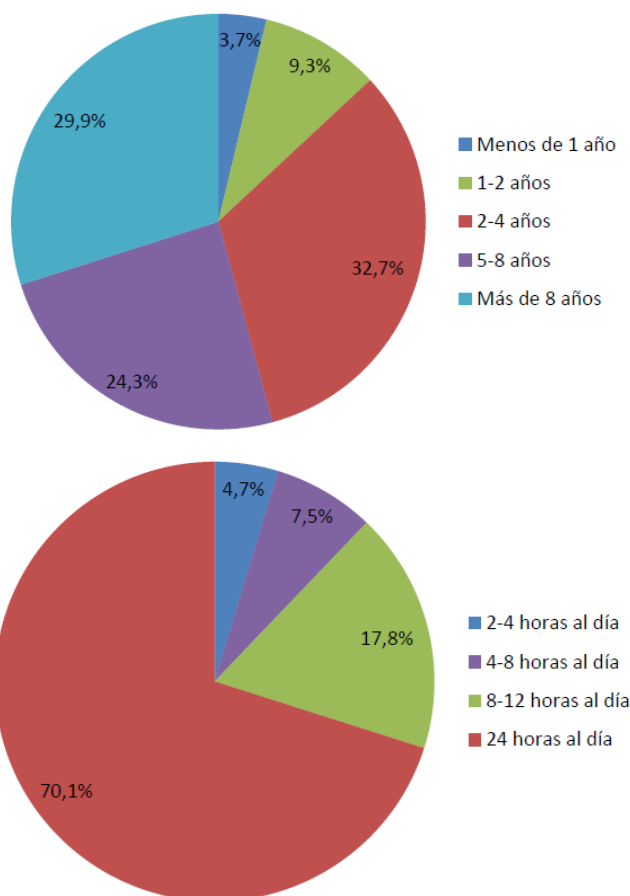


Gráfico 9 y 10. Años y horas de cuidado.

Las personas cuidadoras que manifiestan dificultades para el desarrollo de las tareas indican, como motivo principal de dificultad, la falta de fuerza física, concretamente es señalada en el 71% de los casos (Gráfico 11).

Principalmente, las dificultades a la hora de llevar a cabo las tareas del cuidado se asocian al nivel de dependencia de la persona que están cuidando; en este sentido, a mayor dependencia mayor dificultad, mayoritaria-

mente, por falta de fuerza física. Mediante la aplicación de la prueba de Chi Cuadrado se confirma dicha asociación ($p=.008$) (Gráfico 12).

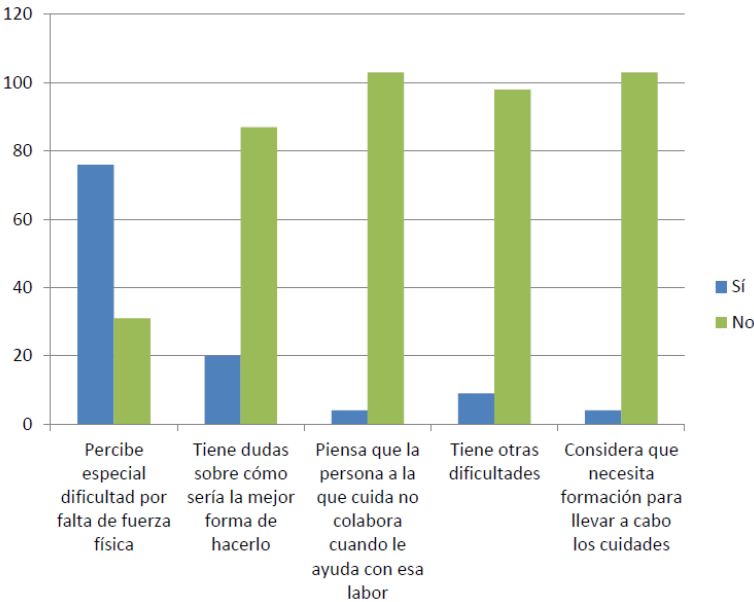


Gráfico 11. Dificultades de los cuidadores mayores.

Principalmente, las dificultades a la hora de llevar a cabo las tareas del cuidado se asocian al nivel de dependencia de la persona que están cuidando; en este sentido, a mayor dependencia mayor dificultad, mayoritariamente, por falta de fuerza física. Mediante la aplicación de la prueba de Chi Cuadrado se confirma dicha asociación ($p=.008$) (Gráfico 12).

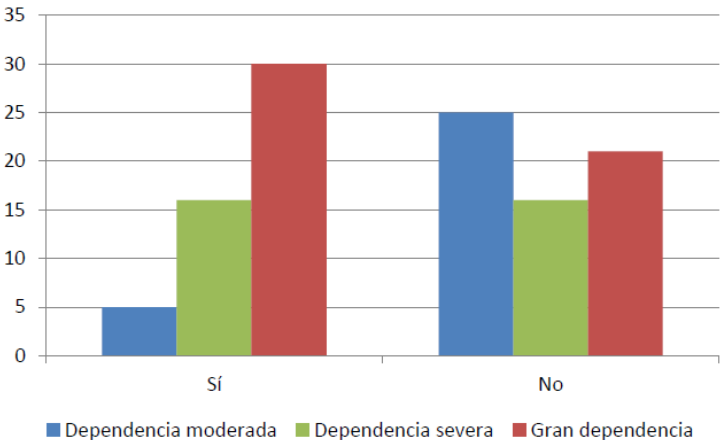


Gráfico 12. Relación entre la falta de fuerza física y el grado de dependencia de la persona cuidada.

A continuación, se detallan las ayudas que requieren las personas que realizan los cuidados; como se puede observar, principalmente, más del 50% de las personas encuestadas indican que para realizar los cuidados necesitan ayuda relacionadas con las actividades de la casa (66,4%), seguido, generalmente, de la necesidad de contar con apoyo para cuidar de sí mismo/a, en términos de baños y aseo (53,3%) (Gráfico 13).

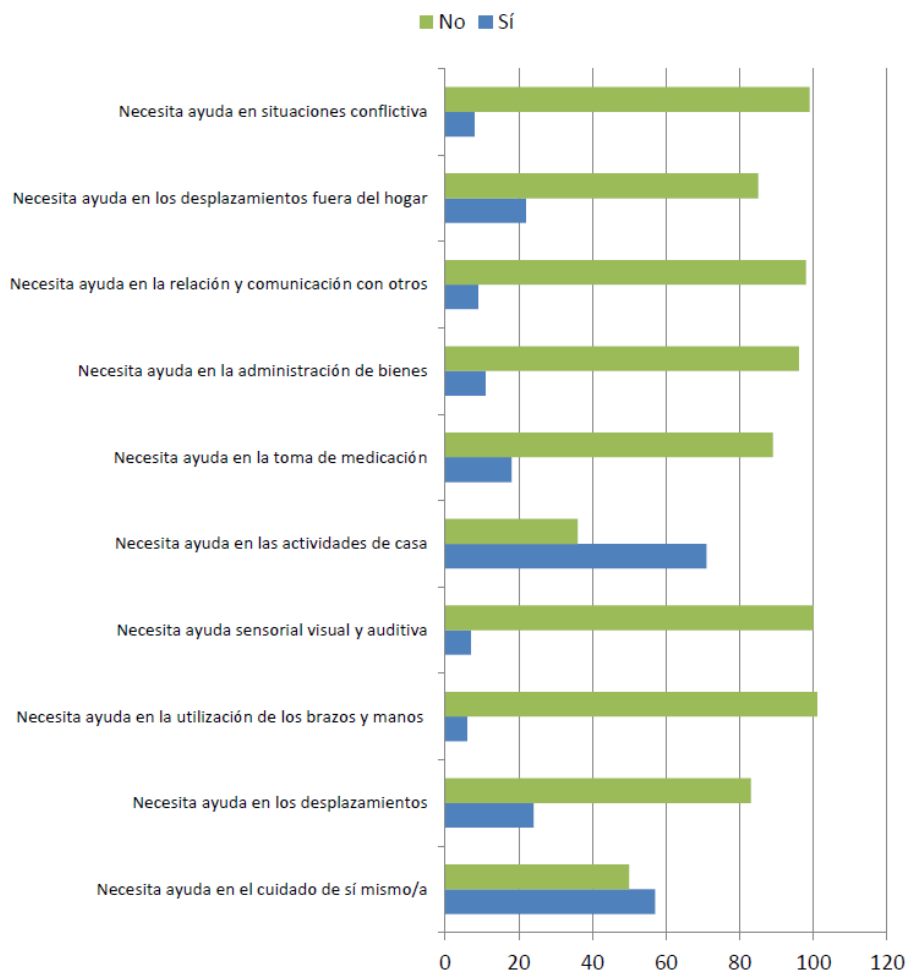


Gráfico 13. Necesidades y Demandas de los cuidadores mayores

En lo que a las enfermedades crónicas de los cuidadores mayores se refiere, el 20,6% manifiesta no tener ninguna enfermedad crónica (Gráfico 14).

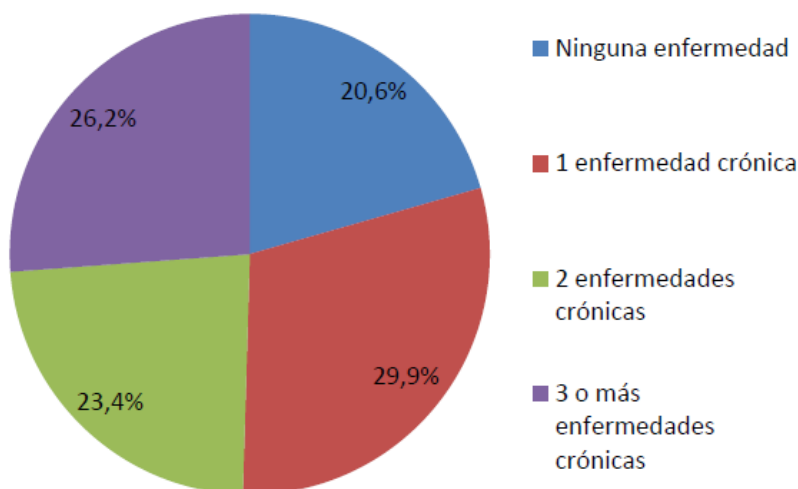


Gráfico 14. Número de enfermedades de los cuidadores mayores.

Respecto a la capacidad de los cuidadores mayores para realizar las actividades básicas de la vida diaria, el 71% de los encuestados se muestra independiente en todas sus funciones, según el índice de Katz. Además, las personas que señalan tener dificultades y necesitar ayuda para realizar los cuidados, son quienes puntúan más en la escala de actividades básicas de la vida diaria y que, por tanto, son dependientes en la realización de alguna de las actividades básicas. La diferencia es significativa ($p=.003$). También se observan diferencias entre la capacidad para el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria y el número de enfermedades crónicas, así pues, mediante el análisis de la Anova de un factor, se confirma que estas diferencias son significativas ($p=.000$) (Gráfico 15 y 16).

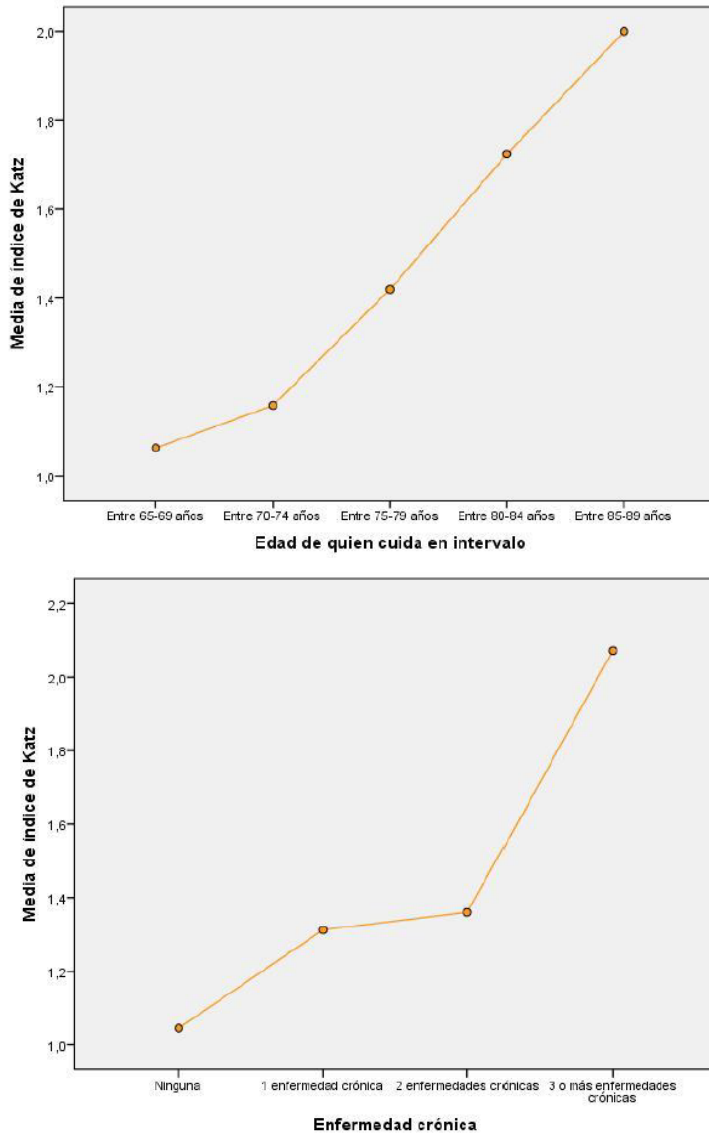


Gráfico 15 y 16. Relación entre la capacidad funcional y la edad y el número de enfermedades crónicas.

En cuanto a la sobrecarga del cuidador se refiere, según los datos obtenidos al aplicar la escala de Zarit, se puede observar que, un 53,3% de las personas cuidadoras sí presentan sobrecarga (Gráfico 17). En lo que respecta al riesgo emocional de los cuidadores mayores, según los datos obtenidos mediante el cuestionario de salud general de Goldberg, un 68,2% de las personas cuidadoras no requiere consulta del especialista (Gráfico 18).

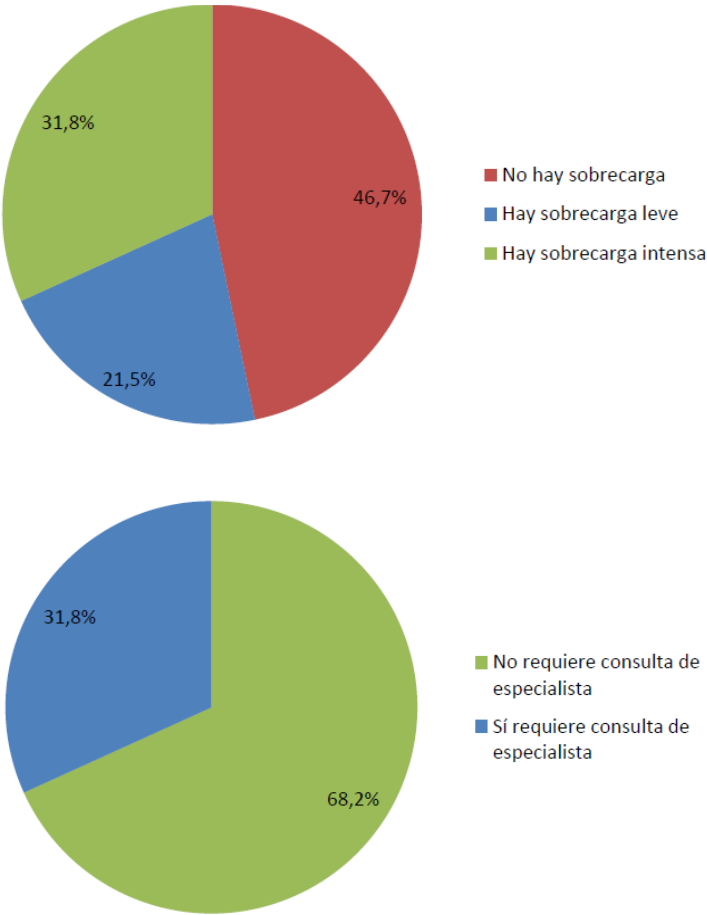


Gráfico 17 y 18. Sobrecarga de los cuidadores mayores y Riesgo de alteración emocional.

En lo que respecta al apoyo social percibido de los cuidadores mayores, un 18,7% que refleja un apoyo social percibido bajo (Gráfico 19). En cuanto a la función de la familia, según los datos obtenidos en el cuestionario de APGAR familiar, el 66,4% de las personas encuestadas se encuentra entre de los márgenes de familias normofuncional (Gráfico 20).

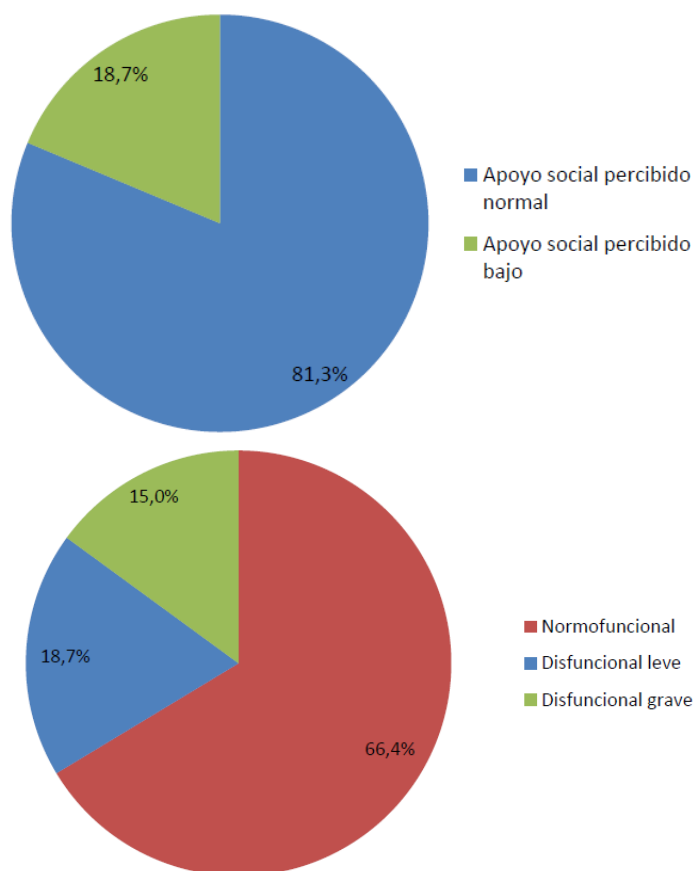


Gráfico 19 y 20. Apoyo social percibido y apoyo familiar.

El cuestionario de apoyo social de Duke correlaciona con la escala de sobrecarga de Zarit y el cuestionario de Goldberg. Teniendo en cuenta lo anterior, las personas que presentan un mayor nivel de sobrecarga presentan, por el contrario, un menor apoyo social percibido. Por otro lado, los cuidadores mayores que presentan un menor apoyo social percibido son quienes presentan un mayor riesgo de alteración emocional. Finalmente, las familias disfuncionales están relacionadas con cuidadores con sobrecarga, con cuidadores en riesgo de alteración emocional y con un bajo nivel de apoyo social percibido.

5. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este estudio ponen de manifiesto la importante presencia de personas mayores desempeñando el rol de cuidador principal, evidenciando una realidad cada vez más frecuente en el contexto del envejecimiento poblacional. La edad media de los cuidadores, situada en 76,9 años, refleja que muchas personas mayores continúan asumiendo responsabilidades de cuidado a edades avanzadas, lo que puede repercutir de manera significativa en su salud física, emocional y social (Abellán et al., 2019; IMSERSO, 2020).

Nuestros resultados reflejan que el 59,8% de los cuidadores son mujeres. Estos datos coinciden con la literatura científica existente, que señala que el cuidado continúa recayendo principalmente sobre las mujeres, debido, en gran medida, a factores socioculturales y a los roles tradicionales de género (Durán, 2018; García-Calvente et al., 2004). No obstante, también destaca la creciente participación de los hombres mayores en las tareas de cuidado, especialmente en edades comprendidas entre los 75 y 84 años, lo que podría estar relacionado con el aumento de la esperanza de vida y con cambios progresivos en la estructura familiar y en la distribución de responsabilidades dentro del hogar.

Además, la mayoría de las mujeres encuestadas cuidan a sus maridos, mientras que un porcentaje importante de hombres cuida a sus esposas. Estos resultados evidencian que el cuidado se desarrolla principalmente dentro del ámbito conyugal, especialmente en parejas de edad avanzada, donde ambos miembros pueden presentar limitaciones asociadas al envejecimiento. Esta situación puede generar una doble vulnerabilidad, ya que las personas cuidadoras también presentan problemas de salud propios de la edad (Pérez-Cruz et al., 2017).

Otro aspecto relevante es que más de la mitad de los participantes no tenía experiencia previa en los cuidados. Sin embargo, las mujeres son quienes refieren una mayor experiencia como cuidadoras, lo que nuevamente puede asociarse a los roles tradicionales de cuidado asumidos históricamente por las mujeres. Además, destaca que una parte importante de los cuidadores lleva desempeñando esta labor durante largos periodos de tiempo, incluso más de ocho años en casi un tercio de los casos, lo que puede favorecer la aparición de agotamiento físico y emocional.

Por otro lado, se observa una elevada proporción de personas cuidadoras con bajo nivel de estudios, ya que más de la mitad no posee estudios formales. Esta situación puede dificultar el acceso a información sanitaria, recursos sociales y programas de apoyo, limitando así la capacidad de los cuidadores para afrontar adecuadamente las demandas derivadas del cuidado. Asimismo, la situación económica también representa un factor de vulnerabilidad, puesto que un 39,3% de los cuidadores afirma no disponer de

ingresos propios, lo que puede incrementar la dependencia económica y el riesgo de exclusión social.

La intensidad del cuidado constituye otro hallazgo importante del estudio. El 70,1% de las personas cuidadoras dedica las 24 horas del día al cuidado, lo que evidencia una elevada carga asistencial y una escasa disponibilidad de tiempo para el descanso, el autocuidado y la vida social. Esta dedicación continuada puede explicar que la principal dificultad manifestada sea la falta de fuerza física, especialmente en situaciones donde la persona cuidada presenta altos niveles de dependencia. De hecho, los resultados muestran que a mayor dependencia de la persona receptora de cuidados, mayores son las dificultades percibidas por el cuidador (Steinsheim et al., 2023).

Las necesidades de apoyo identificadas por los cuidadores también reflejan la elevada exigencia física y funcional del cuidado. La mayoría de los participantes señala necesitar ayuda para realizar actividades domésticas y para su propio autocuidado, especialmente en aspectos relacionados con el aseo y el baño. Estos datos ponen de relieve la necesidad de desarrollar recursos sociosanitarios y programas de apoyo domiciliario dirigidos específicamente a cuidadores mayores.

En relación con el estado de salud de los cuidadores, aunque el 71% se muestra independiente para realizar las actividades básicas de la vida diaria, los resultados indican que aquellas personas con mayores dificultades para cuidar presentan también una mayor dependencia funcional (Pavarini et al., 2023).

La sobrecarga del cuidador constituye uno de los aspectos más relevantes del estudio, ya que más de la mitad de los participantes presenta sobrecarga según la escala de Zarit. Este hallazgo coincide con investigaciones previas que señalan que la dedicación prolongada al cuidado, junto con la falta de apoyo y las limitaciones físicas propias de la edad, favorecen la aparición de cansancio físico, estrés y desgaste emocional. A pesar de ello, la mayoría de los cuidadores no presenta riesgo elevado de alteración emocional según el cuestionario de Goldberg, lo que podría estar relacionado con mecanismos de adaptación, resiliencia o normalización del rol de cuidador (Zarit et al., 1980; López et al., 2012).

En cuanto al apoyo social y familiar, aunque la mayoría de los participantes percibe un adecuado funcionamiento familiar, existe un porcentaje significativo de cuidadores con bajo apoyo social percibido. Los resultados muestran además una relación clara entre el bajo apoyo social, la sobrecarga y el riesgo de alteración emocional. Así, las personas cuidadoras con menor apoyo social son quienes presentan mayores niveles de sobrecarga y peor bienestar emocional. Del mismo modo, las familias disfuncionales se asocian con un mayor riesgo de sobrecarga y deterioro emocional en los cuidadores mayores.

En conjunto, los hallazgos de este estudio evidencian la necesidad de implementar intervenciones integrales dirigidas a las personas mayores cuidadoras, centradas no solo en la atención a la persona dependiente, sino también en la protección de la salud física, emocional y social del cuidador. Resulta fundamental fortalecer las redes de apoyo social y familiar, promover recursos de respiro familiar y desarrollar programas de formación y acompañamiento adaptados a las características y necesidades específicas de este colectivo.

6. CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en este estudio permiten concluir que las personas mayores cuidadoras constituyen un colectivo especialmente vulnerable, tanto desde el punto de vista físico como emocional y social. La elevada edad media de los cuidadores, junto con la presencia de enfermedades crónicas, la dedicación continuada a los cuidados y la escasez de recursos económicos, configuran una situación de gran fragilidad que puede afectar de manera significativa a su calidad de vida y bienestar.

Asimismo, la sobrecarga detectada en más de la mitad de las personas cuidadoras pone de manifiesto el importante impacto que el cuidado prolongado tiene sobre la salud emocional de este grupo. Aunque una parte considerable de los participantes no presenta riesgo elevado de alteración emocional, los resultados muestran que la vulnerabilidad emocional aumenta cuando existen bajos niveles de apoyo social percibido y dinámicas familiares disfuncionales. En este sentido, se evidencia una estrecha relación entre la sobrecarga del cuidador, el bienestar emocional y las redes de apoyo disponibles.

Las redes de apoyo social y familiar desempeñan, por tanto, un papel fundamental como elemento protector frente al desgaste físico y emocional asociado al cuidado. Los cuidadores que perciben mayor apoyo presentan menores niveles de sobrecarga y un mejor estado emocional, mientras que la ausencia de apoyo incrementa el riesgo de aislamiento, estrés y deterioro psicológico. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de promover intervenciones sociosanitarias orientadas no solo a la atención de las personas dependientes, sino también al fortalecimiento de las redes de apoyo formal e informal de los cuidadores mayores.

En definitiva, resulta imprescindible desarrollar políticas y programas específicos que favorezcan el acompañamiento, el respiro familiar, la atención emocional y el apoyo comunitario de las personas mayores cuidadoras, con el objetivo de reducir su vulnerabilidad y mejorar su bienestar integral.

7. REFERENCIAS

- Abellán, A., Aceituno, P. y Pérez, J. (2019). *Un perfil de las personas mayores en España*. CSIC.
- Aragón Barberá, I., Sanchis-Sanchis, A., Morales-Murillo, C.P., & Grau Sevilla, MD. (2026). *El efecto de la carga y la soledad sobre la depresión en cuidadoras femeninas a través del propósito en la vida*. *BMC Public Health*, 26, 168. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-25882-4>
- Baster, J. C. (2012). Adultos mayores en funciones de cuidadores de ancianos. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(1), 168–173.
- Bernal-Alonso, A., Rodríguez-Blázquez, C., Fernández-Carro, C., Ayala, A., & Calderón-Larrañaga, A. (2025). Quality of life of informal caregivers 50 years old and older in Spain by household living status: A descriptive study. *Scientific Reports*. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-08067-2>
- Charbaji, S., El Asmar, K., McCall, S.J., Saad, J., & Chaaya, M. (2026). Caregiver burden and mental health among informal caregivers of older adults in Lebanon. *Discover Public Health*, 23, 114. <https://doi.org/10.1186/s12982-026-01466-4>
- Durán, M. A. (2018). *La riqueza invisible del cuidado*. Universitat de València.
- Fundación La Caixa. (2010). *El cuidado de las personas: un reto para el siglo XXI* (C. Tobío, M. S. Agulló, M. V. Gómez y M. T. Martín). Obra Social Fundación “La Caixa”.
- García-Calvente, M. M., Mateo-Rodríguez, I. y Maroto-Navarro, G. (2004). El impacto de cuidar en la salud y calidad de vida de las mujeres. *Gaceta Sanitaria*, 18(Supl. 2), 83-92.
- González-García, S., Ramos-Morcillo, M. del M., Fernández-Sola, R., & Hernández-Padilla, J. M. (2024). Burden, psychological distress and quality of life in informal caregivers of people with dementia: A cross-sectional study. *BMC Nursing*, 23, 112. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-01845-6>
- HelpAge International. (2024). *Tercera edad y desarrollo*. Bruselas: HelpAge International.
- IMERSO. (2018). *Informe 2018: Las personas mayores en España*. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030.
- IMERSO (2020). *Cuidados y personas cuidadoras en España*. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030.
- Instituto Nacional de Estadística. (2020). *Encuesta continua de hogares*. Instituto Nacional de Estadística.
- Junta de Extremadura. (2025). *Atlas socioeconómico de Extremadura 2025*. Instituto de Estadística de Extremadura.
- López, J., Crespo, M. y Zarit, S. H. (2012). Assessment of the efficacy of a stress management program for informal caregivers of dependent older adults. *The Gerontologist*, 52(3), 339-349.
- Marroquín-Escamilla, AR., Santos-Flores, JM., Montes de Oca Luna, R., Santos-Flores, I., Obregón Sánchez, NH., & Trujillo-Hernández, PE. (2024). Calidad de vida y sobrecarga de cuidadores familiares en primer nivel de atención. *Salud Uninorte*, 40(2).
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). *Década del Envejecimiento Saludable 2021-2030*.
- Pavarini, S. C. I., Bregola, A. G., Luchesi, B. M., de Oliveira, N. A., & Ottaviani, A. C. (2023). Sociodemographic, clinical, and psychosocial factors associated with burden in older caregivers of older adults: A cross-sectional study. *Dementia & Neuropsychologia*, 17, e20220030. <https://doi.org/10.1590/1980-5764-DN-2022-0030>
- Pérez-Cruz, M., Parra-Anguita, L. y López-Martínez, C. (2017). Sobrecarga y salud percibida en cuidadores mayores. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 52(4), 210-216.
- Romero-Serrano, R., Casado Mejía, R., Rebollo Catalán, M. Á., García-Iglesias, J. J., Gómez-Salgado, J., y Lancharro Taverro, I. (2023). *Influencia de las redes de apoyo sociofamiliares en el cuidado de las personas mayores dependientes: un estudio cualitativo*. *Revista Española de Salud Pública*, 97, e202311095.

- Steinsheim, G., Malmedal, W., Follestad, T., Olsen, B., & Saga, S. (2023). Factors associated with subjective burden among informal caregivers of home-dwelling people with dementia: a cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 23, 644. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04358-3>
- Zarit, S. H., Reever, K. E. y Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649-655.

Parte IV

DEPENDENCIA, FUNCIONALIDAD Y CUIDADOS

Pérdida de audición y uso de audífonos: efectos en la comunicación, la calidad de vida y la autoestima

Olga Leal Hernández¹

¹ Universidad de Extremadura, Cáceres, España

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) informa que para 2050, se espera que casi 2.500 millones de personas tengan algún grado de pérdida auditiva y al menos 700 millones necesitarán rehabilitación auditiva. Por lo tanto, existe una necesidad urgente de desarrollar estrategias de tratamiento para la pérdida auditiva (World Health Organization, n.d.).

Al mismo tiempo, se han obtenido resultados, al analizar el acceso global al cuidado del oído y la audición, que indican que la atención sanitaria comunitaria se ve limitada por barreras sistémicas que afectan desproporcionadamente a los países de ingresos bajos y medios. Por ello, se requiere urgentemente el desarrollo de políticas e intervenciones para eliminar estas barreras y mejorar la atención sanitaria comunitaria en todo el mundo (Patterson et al., 2025).

La pérdida auditiva es una patología generalizada que afecta a la calidad de vida, repercutiendo de forma directa sobre la comunicación, las interacciones sociales y las funciones cognitivas.

Dicha pérdida de función cognitiva, y el deterioro cognitivo leve que ocasionaría de forma inicial, podría verse reducida con una actuación temprana en la corrección de la pérdida auditiva, aunque varía según el riesgo previo y requiere mayor investigación y seguimiento (Lin et al., 2023) (Yu et al., 2025) (Pike et al., 2025).

Parecen observarse mejoras en el rendimiento cognitivo y las dificultades auditivas autodeclaradas tras 2 y 4 meses de uso de audífonos en adultos mayores. Incluso, los pacientes con menor cognición inicial mostraron mayores mejoras en las mediciones de memoria de trabajo. Ante estos resultados prometedores, la pérdida auditiva puede ser un factor de riesgo modificable a tener en cuenta en futuras investigaciones (Schafer et al., 2025).

El tratamiento para la pérdida auditiva suele consistir en dispositivos médicos de amplificación de sonido, llamados audífonos convencionales. Estos audífonos se utilizan comúnmente como la principal herramienta de rehabilitación auditiva debido a su carácter no invasivo y a la disponibilidad de tratamientos más económicos. El dispositivo médico consta de un micrófono, un amplificador y un altavoz. Su función principal es aumentar el volumen o amplificar el sonido del entorno (Sanchez-Perez & March, 2023).

Existen dos tipos de audífonos convencionales: los de conducción aérea y los de conducción ósea. Los audífonos de conducción aérea son un dispositivo médico compuesto por un micrófono, un amplificador y un transductor que funciona como un altavoz en el conducto auditivo externo. Los audífonos de conducción ósea son similares en su composición y funcionamiento a los de conducción aérea, pero difieren en el funcionamiento del transductor y su ubicación. En este tipo de audífonos, el transductor funciona como un oscilador óseo que transmite la vibración al oído interno a partir del sonido captado por el micrófono externo. Para convertir eficazmente el sonido en vibración, es necesario colocar un dispositivo médico cerca del hueso temporal. El audífono suele colocarse cerca del hueso temporal mediante una diadema o gafas (Sanchez-Perez & Riera March, 2025).

Los audífonos son el tratamiento más común para las personas con pérdida auditiva relacionada con la edad. Estos dispositivos ayudan a los pacientes a escuchar en entornos de comunicación cotidianos complejos al tiempo que garantizan su comodidad. Sin embargo, el uso de audífonos es bajo. Esto puede estar relacionado con el contexto social, la presión social, el costo del dispositivo en sí, el estigma y la falta de cognición entre los usuarios de audífonos (Li et al., 2025). Todos estos aspectos deben ser tenidos en cuenta a la hora de utilizar este tipo de dispositivos como una solución.

Las experiencias de estigma pueden ser habituales para algunos adultos con pérdida auditiva, generalmente al conversar con familiares o amigos que conocen la pérdida auditiva. Sin embargo, también manifiestan que, en ocasiones, el trato diferente se traduce en un trato positivo (Timmer et al., 2025).

Es importante destacar la necesidad de educar a la población sobre las causas de la pérdida auditiva y las medidas necesarias para prevenir su aparición, con énfasis en los métodos para el cuidado de la salud auditiva. Como se muestra en los resultados de algunas publicaciones, aún están extendidos mitos como que los bastoncillos de algodón son necesarios para la limpieza del oído (Gammoh et al., 2024).

Los usuarios de audífonos pueden desarrollar un estigma relacionado con la pérdida auditiva, a pesar de los beneficios percibidos gracias a las tecnologías modernas. Es por ello por lo que la discreción sigue siendo una característica persistente y común en el diseño para disminuir los síntomas evidentes de la sordera.

Al mismo tiempo, existe una reivindicación creciente de la identidad que, en lugar de camuflarla, busca llamar la atención sobre la discapacidad y desintegrar los estereotipos de las personas con discapacidad (Virdi, 2025). Esta corriente no es la más frecuente actualmente.

Este tipo de dispositivos también pueden mejorar las dificultades de localización espacial que suelen tener las personas con pérdidas de audición, con las mejoras desarrolladas que permiten un aumento de las referencias al identificar las fuentes del sonido en un espacio acústico de 360° (Chaithra & Manjula, 2025).

Esto, a su vez, parece tener una contribución positiva al control postural y al riesgo de sufrir caídas en adultos jóvenes usuarios de audífonos (Orhan et al., 2025).

La relación directa entre el equilibrio y la capacidad auditiva también es motivo de estudio. Sin embargo, para un enfoque holístico de la atención médica, independientemente de la edad, las personas con múltiples comorbilidades o signos fenotípicos de fragilidad deben considerarse en riesgo de caídas. Investigaciones posteriores demostraron que podrían ser necesarias tareas de equilibrio dinámicas, en lugar de estáticas, para comprender mejor la relación entre la audición y el equilibrio (Nuesse et al., 2025).

Para conocer la audición estándar esperada de la población según el grupo de edad, sería importante poder establecer valores de referencia auditivos que permitan evaluar los niveles auditivos medios y, al mismo tiempo, medir la progresión anual de la pérdida auditiva, para poder brindar asesoramiento adecuado (Han et al., 2025).

El apoyo social parece ser fundamental para una mayor satisfacción con el uso de audífonos, por lo que además de estudiar los efectos directos del uso de audífonos es necesario analizar el impacto en las relaciones sociales, ya que parecen promover el bienestar mental y emocional. Al mismo tiempo, se observó que el uso de audífonos parece estar asociado con una reducción de síntomas depresivos y una mejor calidad de vida en adultos mayores con pérdida auditiva. (W. R. Lee et al., 2025).

Para evaluar la eficacia de la rehabilitación auditiva y la educación para la salud en el aislamiento social, se ha desarrollado un protocolo que busca evaluar la viabilidad y eficacia de proporcionar audífonos gratuitos o una intervención combinada de educación sobre salud auditiva en línea y presencial sobre el aislamiento social y el funcionamiento entre adultos (J. Gao et al., 2025). Es importante la realización de este tipo de ensayos para poder observar el efecto de la intervención y el efecto social que provoca, ya que la utilización de los audífonos por sí solos, en muchas ocasiones, son insuficientes.

Aunque aproximadamente el 80 por ciento de los casos de pérdida auditiva son tratables con audífonos, solo una de cada cuatro personas que pueden beneficiarse de ellos los utilizan. Analizando los factores que permi-

ten a los pacientes decantarse o no por su utilización, los más comúnmente seleccionados que influyeron en su decisión fueron el coste, la cobertura del seguro y, principalmente, la recomendación del médico. Es importante tener esto en cuenta para poder desarrollar un plan de atención más individualizado durante la evaluación inicial (Snyder et al., 2025).

Con respecto al coste, se ha observado que, en adultos mayores de EE. UU., el seguro médico del que disponen los militares y la cobertura de dicho seguro para los audífonos está relacionado con tasas de uso más altas (Razura et al., 2025), por lo que es necesario analizar estos aspectos en diferentes poblaciones para ver el impacto directo en los beneficios para la salud posteriores.

Actualmente, siguen existiendo barreras para la utilización de los audífonos como método de corrección de la pérdida auditiva. Comprender estas razones, como la sensación de no tener necesidad de su utilización o la estética, entre otras, puede ayudar a desarrollar estrategias que permitan un uso adecuado de los audífonos (Brand et al., 2025).

Es importante explorar estas barreras percibidas y los facilitadores para la búsqueda de ayuda y la toma de decisiones informada en el cuidado auditivo. En esta línea se han obtenido resultados que muestran que el origen suele estar relacionado con la capacidad psicológica (por ejemplo, conocimiento; habilidades), las oportunidades ambientales y sociales (por ejemplo, círculo social de apoyo y proveedores de atención médica) y la motivación automática y reflexiva (por ejemplo, vergüenza; confianza; creencias sobre la eficacia de los audífonos) (Bothe et al., 2025).

En la actualidad, los expertos siguen recomendando la utilización de audífonos. Esta declaración presenta una metodología exhaustiva y organizada para abordar la pérdida auditiva con audífonos. Funciona como un recurso crucial para los sanitarios, ofreciendo información vital para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la pérdida auditiva, así como para el manejo de enfermedades relacionadas. Esta declaración aboga por un enfoque integral que combina la habilidad profesional, la concienciación del paciente y el apoyo social para manejar eficazmente la pérdida auditiva (J. M. Lee et al., 2025).

OBJETIVO/S

Identificar las repercusiones de la utilización de audífonos, por parte de personas adultas, sobre la comunicación, la calidad de vida y la autoestima a través de las experiencias.

METODOLOGÍA

Para la realización de esta revisión bibliográfica, se ha llevado a cabo una búsqueda en diferentes bases de datos y buscadores como PubMed y Scopus.

Las palabras claves utilizadas fueron “hearing aids”, “communication”, “quality of life” y “self-esteem”, en inglés y “audífonos”, “comunicación”, “calidad de vida” y “autoestima” en español.

Como operadores booleanos se utilizaron los términos “AND” y “OR”.

Como filtro de temporalidad, debido al alto número de publicaciones recientes en relación con el tema, se utilizó “1 year” en Pubmed y 2024-2025 en Scopus.

Los criterios de inclusión utilizados fueron:

- Artículos disponibles a texto completo.
- Publicados en 2024 y 2025.
- Inclusión de experiencias de los pacientes.

Los criterios de exclusión utilizados fueron:

- Revisiones y metaanálisis.
- Artículos que no incluyan población adulta.

RESULTADOS/DISCUSIÓN

Para el análisis y discusión de los resultados, se ha realizado una clasificación en relación con los objetivos marcados y las principales temáticas identificadas dentro de las personas con pérdida de audición usuarias de audífonos: la autoestima, la calidad de vida y la comunicación.

1. AUTOESTIMA

Pese a usos prolongados y satisfactorios de los audífonos, los resultados de algunos estudios muestran que los pacientes tienen mayor preocupación por su imagen corporal y mayor angustia psicopatológica que sus pares con audición normal. Si bien los dispositivos auditivos ayudan a compensar la privación sensorial, los pacientes a menudo sufren ansiedad social, fobia social y preocupaciones sobre su imagen corporal al usar audífonos (Apa et al., 2025).

Estos datos parecen incrementarse en el género femenino, al obtener puntuaciones más bajas con respecto a la imagen personal pese a tener una buena experiencia con su uso. Por tanto, es importante abordar las percepciones subjetivas y las preocupaciones estéticas en la adopción de audífonos, enfatizando la necesidad de estrategias de rehabilitación personalizadas para mejorar los resultados y la satisfacción de los pacientes (Portelli et al., 2025).

En un estudio realizado a adultos con pérdida auditiva, a sus familiares y a profesionales del cuidado auditivo se analizó la asociación entre la pérdida auditiva y los audífonos y los estereotipos de envejecimiento, discapacidad y diferencia, además de las opiniones y experiencias de estigma entre la pérdida de audición y los audífonos. Los audioprotesistas se centraron más en el estigma de los audífonos que en la pérdida auditiva, mientras que los

participantes adultos se centraron en el estigma de la pérdida auditiva. Los datos de los familiares indicaron que experimentaron poco estigma en sus afiliados (Nickbakht et al., 2025).

Esto hace que muchos usuarios no vean el problema directamente en el audífono, si no en las connotaciones de envejecimiento de la propia pérdida de audición.

Estos mismos autores mostraron en otro estudio que dichos usuarios usan diferentes estrategias para ocultar su pérdida auditiva y reducir así su estigma, siendo necesario por parte de los profesionales conocer la aceptación de la situación para poder brindar información y apoyo a los pacientes (Scarinci et al., 2025).

Para conocer diferentes aspectos que afectan a la autoestima en este tipo de pacientes, un estudio analizó si el estigma, la red social, la soledad y el apoyo social podrían ser factores determinantes para la decisión o no de adquirir un audífono en caso de necesidad. Posteriormente se observó que la probabilidad, aparte de ser mayor en aquellos de edad más avanzada y mayor discapacidad auditiva, aumentaba también si reportaban menos estigma relacionado con los audífonos y contaban con una red social que incluía al menos una persona con sospecha de pérdida auditiva. Estos hallazgos permiten orientar la rehabilitación auditiva y motivar el uso de intervenciones para reducir el impacto del estigma (Singh et al., 2025).

Conocer la experiencia de los usuarios de audífonos es fundamental para conocer los cambios que se producen en su vida tras su uso. Para ello, se realizó un estudio en el que los participantes fueron asignados aleatoriamente a un grupo control o a un grupo de apoyo auditivo. Se les adaptaron audífonos y se les realizó un seguimiento durante seis meses. Se le pidió al grupo de apoyo auditivo que informaran sobre sus experiencias auditivas positivas en su vida diaria a través de una aplicación. La aplicación les solicitaba periódicamente que respondieran cuestionarios sobre la satisfacción y los beneficios de los audífonos. Se realizaron dos visitas de seguimiento aproximadamente al mes y a los seis meses. La satisfacción con los audífonos y las puntuaciones de beneficios fueron significativamente mejores en el grupo de apoyo auditivo, tanto a las dos semanas como a lo largo de los seis meses. Estos resultados indican la importancia de pedir a quienes usan audífonos por primera vez que se centren en experiencias auditivas positivas y reflexionen sobre ellas. Esto puede mejorar los resultados a corto y largo plazo con los audífonos (Lelic et al., 2025).

2. CALIDAD DE VIDA

La pérdida auditiva podría afectar la calidad de vida. Por lo tanto, es fundamental reconocer la pérdida auditiva a tiempo y abordar seriamente su tratamiento (Krkalić et al., 2025).

Con respecto a la satisfacción personal y al beneficio de uso de audífonos, algunos resultados muestran que es alta y que no hay diferencias con respecto al género. Sin embargo, la satisfacción parece disminuir en los pacientes de más edad. (Portelli et al., 2025).

Algunos resultados muestran que los audífonos mejoran eficazmente la calidad de vida de las personas con disminución de audición, especialmente después de un año de uso y combinando las medidas de resultados específicos con medidas de calidad de vida que ofrecen una mejor imagen de la experiencia del paciente y permite impulsar estrategias más personalizadas y eficaces de rehabilitación auditiva. Las puntuaciones más altas de satisfacción con este tipo de dispositivos se obtuvieron por parte de los pacientes con pérdida auditiva moderada, que hacían un uso más prolongado de los audífonos y que tenían una mayor percepción del beneficio (Alrasheed et al., 2025).

En resultados observados a largo plazo, el uso de audífonos se asoció con una reducción significativa de la demencia incipiente, aunque hace falta más investigación para evaluar su efectividad en la prevención de la demencia (Wei et al., 2025).

Dentro de los beneficios psicosociales del uso de audífonos también se pueden destacar los resultados de un estudio longitudinal que reflejó puntuaciones más bajas de depresión y de soledad con el uso de audífonos, reflejando así el potencial de su uso para mejorar el bienestar, aunque también con algunas limitaciones. Los resultados sugieren que los audiólogos podrían considerar la integración del apoyo psicosocial como parte de un enfoque terapéutico integral, más allá de la simple recomendación de la adopción o el aumento del uso de audífonos (Jansen et al., 2025).

El creciente uso de teléfonos inteligentes y la amplia disponibilidad de aplicaciones para audífonos han hecho que las tecnologías auditivas basadas en teléfonos inteligentes sean una alternativa o complemento más accesible a los audífonos tradicionales. Los hallazgos de un reciente estudio sugieren que los adultos mayores que usan audífonos con conectividad a teléfonos inteligentes perciben las aplicaciones para teléfonos sobre audífonos como beneficiosas, especialmente cuando se usan con frecuencia. Las correlaciones positivas identificadas indican que la familiaridad con estas aplicaciones y su uso regular se asocian con una mayor satisfacción con sus funciones y una mejora percibida en la calidad de vida. Estos resultados subrayan la importancia de promover la alfabetización digital y brindar asesoramiento específico a los adultos mayores para mejorar su uso eficaz de las tecnologías de audífonos (Şahin Ceylan et al., 2025).

Los adultos mayores con pérdida auditiva relacionada con la edad a menudo se muestran reacios a reconocer la pérdida auditiva como un problema de salud grave cuando se considera parte del proceso de envejecimiento, y a menudo se pasa por alto el impacto a largo plazo en la salud. Los resultados

recientes a un grupo de adultos mayores sugirieron que las percepciones de la enfermedad influyeron en la aceptación de la pérdida auditiva. Por lo tanto, las enfermeras clínicas deben evaluar las percepciones de la enfermedad, las estrategias de afrontamiento y los comportamientos de manejo de la enfermedad para los adultos mayores antes del uso de audífonos. Se sugiere que los profesionales de la salud monitoreen regularmente la audición de los adultos mayores, lo que les proporcionaría retroalimentación objetiva que podría ayudarlos a aceptar más fácilmente la pérdida auditiva (Tseng et al., 2025).

La pérdida auditiva sin el uso de audífonos se puede asociar también a un impacto negativo en las emociones en situaciones auditivas cotidianas. Su uso, puede restaurar dichas emociones y resaltar el bienestar socioemocional como factor y resultado en la rehabilitación audiológica (Holman & Naylor, 2025).

Con respecto a este ámbito, la pérdida auditiva puede afectar negativamente al reconocimiento de emociones vocales. Dado que este reconocimiento es una capacidad esencial que afecta la interacción social y, por extensión, puede afectar el bienestar, comprender las dificultades en el reconocimiento de emociones vocales es un tema de investigación prioritario. Si bien los audífonos mejoran el reconocimiento de palabras, no mejoran el reconocimiento de emociones. Los resultados mostraron que los audífonos con amplificación lineal pueden mejorar el reconocimiento de algunas emociones (M. Ekberg et al., 2025).

Es necesario conocer los resultados esperados por los pacientes para incluirlos como objetivos y mejorar la orientación al paciente tanto en la atención clínica como en los ensayos clínicos. Los temas de escuchar con ruido de fondo, escuchar sin poder ver la boca del hablante y mantener una conversación con varias personas en grupo son muy importantes para muchas personas con pérdida auditiva (Wang et al., 2025).

3. COMUNICACIÓN

Los avances y las nuevas investigaciones permiten mejorar la calidad de la percepción del sonido en personas con audífonos.

En una combinación entre la capacidad de detección del sonido y un modelo de aprendizaje automático, se ha obtenido un umbral de detección de sonido de 60dB, además de ofrecer una amplia respuesta en frecuencia, de 20 a 4000HZ, que cubre las bandas de frecuencia clave en la experiencia auditiva humana diaria (M. Gao et al., 2025).

Sin embargo, en ocasiones, puede suponer una carga de procesamiento no deseada para el sistema sensorial y cognitivo del oyente, por lo que hay que tratar esos efectos adversos con el objetivo de replicar la audición natural lo mejor posible (Kemper et al., 2025).

Por ello, existen estudios que trabajan sobre la importancia de la reducción del ruido en audífonos y el beneficio en la percepción del sonido, aunque es necesario seguir investigando para que esto no suponga una pérdida de precisión de la decodificación y el beneficio para el usuario final (Schiavon et al., 2026).

Los pacientes reclaman la importancia de escuchar sonidos naturales y cómo esto mejora tras la utilización de audífonos. Sin embargo, también es importante tener en cuenta el lugar de residencia, ya que vivir en zonas rurales aumenta el efecto de esta percepción (Apoux et al., 2025).

La experimentación permite conocer que los sistemas de reducción de ruido parecen ofrecer beneficios a la hora de reducir el esfuerzo auditivo por lo que deben tenerse en cuenta a la hora de tomar decisiones metodológicas en personas que usan audífonos (Sarangi et al., 2025).

El debate sobre la necesidad de comunicarse y revelar la pérdida auditiva refleja las barreras relacionadas con la tendencia de las personas con pérdida de audición a no revelar sus necesidades. En un estudio reflejado en un entorno farmacéutico, la motivación de los usuarios para ocultar su realidad eran los sentimientos personales (vergüenza) y el contacto limitado con estos profesionales. Sin embargo, los farmacéuticos enfatizaron sobre la necesidad de conocer la pérdida auditiva para adaptar la comunicación eficazmente (Thomas et al., 2025).

Con respecto a este dilema sobre “contar o no contar” los problemas relacionados con la pérdida auditiva, los adultos utilizan el humor (bromas autoinducidas) como una de las herramientas para aliviar la tensión al hablar sobre este tema. Sin embargo, no todo el humor es igualmente aceptado, ya que existen diferentes resultados según quién inició la broma y el contexto de la interacción, por lo que este estigma de interacción social debe ser tenido en cuenta en entornos comunicativos (K. Ekberg et al., 2025).

CONCLUSIONES

Tras la revisión de la literatura publicada en el último año, se percibe el importante incremento de los problemas derivados de la salud auditiva y la repercusión que esta tiene en diferentes aspectos de la vida de los pacientes. Los audífonos son una de las soluciones más utilizadas, pero es necesario individualizar su utilización para obtener el mayor éxito posible.

Permiten una mejora amplia de la comunicación gracias a una mayor percepción y comprensión auditiva, sin embargo, es necesario ajustar también la sobreestimulación del ruido ambiente que, en ocasiones, puede dificultar la adaptación a este tipo de sistemas. Existe también una barrera comunicativa importante ante la decisión de algunas personas de ocultar sus dificultades auditivas, lo que impide a sus interlocutores adaptar su comunicación para un mayor entendimiento.

Estas consecuencias en la comunicación generan un aumento en la calidad de vida de los pacientes, que ven disminuido su aislamiento social y les genera una satisfacción creciente con el uso de audífonos. Por otro lado, los sanitarios deben tener en cuenta también la necesidad de hacer un seguimiento individualizado de la pérdida de audición para permitir una mejor adaptación a los sistemas de corrección y conocer de primera mano los beneficios esperados por los pacientes a la hora de utilizar estos dispositivos con el objetivo de cumplir sus expectativas con seguimientos más personalizados e individualizados.

Por último, la autoestima parece ser uno de los puntos débiles en este tipo de pacientes ya que el hecho de que la visualización de los audífonos destaque su problema de salud, suele ser uno de los mayores impedimentos para la socialización. Este estigma social y la relación de la pérdida de audición con el envejecimiento suele hacer que se retrase la utilización de estas medidas de corrección, agravando el problema. Parece importante que los usuarios reflexionen y destaquen de forma explícita los cambios positivos que les produce la utilización de audífonos para así ser más conscientes de los beneficios y que tengan mayor peso frente a los aspectos limitantes.

Por lo tanto, no existe una única medida estándar de intervención ante los problemas de audición, pero la utilización de audífonos junto con un buen acompañamiento profesional para mejorar la aceptación y el apoyo y reducir el estigma, parece ser la medida más satisfactoria para mejorar la salud auditiva integral de las personas con pérdida de audición.

Es necesario personalizar e individualizar las intervenciones para obtener el mayor éxito posible en la adherencia al tratamiento con audífonos en las personas con pérdida de audición y, al mismo tiempo, seguir desarrollando investigaciones que permitan seguir conociendo todos los factores que influyen en la decisión de usar o no este tipo de dispositivos.

REFERENCIAS

- Alrasheed, A. M., Ardi, K., Alaidaroos, O. Z., Junaid, M., Alharbi, S. M., Alshehri, M., Abumismar, A., & Alrasheed, R. M. (2025). The International Outcome Inventory for Hearing Aids (IOI-HA) and Its Correlation With World Health Organization Quality of Life – Brief Version (WHOQOL-BREF) in Assessing the Quality of Life of Patients With Hearing Loss Using Hearing Aids. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.90138>
- Apa, E., Ferrari, S., Monzani, D., Ciorba, A., Sacchetto, L., Dallari, V., Nocini, R., & Palma, S. (2025). Body Image Concerns and Psychological Distress in Adults with Hearing Aids: A Case-Control Study. *Audiology Research*, 15(3). <https://doi.org/10.3390/audiolres15030062>
- Apoux, F., Laurent, S., Gallego, S., Lelic, D., Moore, B. C. J., & Lorenzi, C. (2025). Effects of Hearing Loss and Hearing Aids on the Perception of Natural Sounds and Soundscapes: A Survey of Hearing Care Professional Opinions. *American Journal of Audiology*, 34(2), 281–295. https://doi.org/10.1044/2025_AJA-24-00171

- Bothe, E., Bennett, R. J., Sherman, K. A., Timmer, B. H. B., Myers, B., & Ferguson, M. A. (2025). "I feel a little bit clueless" perceived barriers and enablers to help-seeking and informed decision-making in hearing care: a qualitative study. *International Journal of Audiology*, 64(12), 1300–1309. <https://doi.org/10.1080/14992027.2025.2493918>
- Brand, D., Adelman, C., & Gordon, D. (2025). Factors Related to Compliance with Recommendations for Hearing Aid Counseling: A Pilot Study. *Audiology Research*, 15(5). <https://doi.org/10.3390/audiolres15050136>
- Chaithra, M. C., & Manjula, P. (2025). Impact of microphone and receiver-in-the ear hearing aid technology on localization ability in hearing aid users. *Egyptian Journal of Otolaryngology*, 41(1). <https://doi.org/10.1186/s43163-025-00858-8>
- Ekberg, K., Timmer, B., Meyer, C., Waite, M., Scarinci, N., Nickbakht, M., & Hickson, L. (2025). A laughing matter? Managing hearing difficulties in real life everyday social interactions with adults with hearing loss. *International Journal of Audiology*, 64(sup1), S39–S47. <https://doi.org/10.1080/14992027.2024.2389189>
- Ekberg, M., Andin, J., Signoret, C., Stenfelt, S., & Dahlström, Ö. (2025). Effects of mild-to-moderate hearing loss and linear amplification on vocal emotion recognition in middle-aged-older individuals. *PLOS ONE*, 20(7 July). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0322867>
- Gammoh, Y., Alasir, R., & Qanawati, L. (2024). Exploring awareness of hearing loss and ear health in Jordanian adults. *PloS One*, 19(12). <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0316622>
- Gao, J., Zhang, Y., Jiang, X., Fu, Z., & Jiang, H. (2025). Evaluating the Effectiveness of Community-Delivered Hearing Rehabilitation and Health Education Intervention on Social Isolation and Functioning Among Chinese Adults With Hearing Impairment: Protocol for Randomized Controlled Trial. *JMIR Research Protocols*, 14, e64115. <https://doi.org/10.2196/64115>
- Gao, M., Liu, W., Chen, K., Sun, H., Liu, X., Xing, H., Wang, H., Zhu, B., & Guo, H. (2025). Piezoresistive Effect: A New Concept for Hearing Aids. *Advanced Science*, 12(25). <https://doi.org/10.1002/advs.202501227>
- Han, S. Y., Seo, H. W., Lee, S. H., & Chung, J. H. (2025). Revisiting Age-Related Normative Hearing Levels in Korea. *Journal of Korean Medical Science*, 40(2). <https://doi.org/10.3346/JKMS.2025.40.E3>
- Holman, J. A., & Naylor, G. (2025). The influence of hearing loss and hearing aid use on experienced emotion in everyday listening situations. *Clinical Rehabilitation*, 39(6), 770–783. <https://doi.org/10.1177/02692155251326830>
- Jansen, L. A., Van Wier, M. F., Lissenberg-Witte, B. I., Smits, C., & Kramer, S. E. (2025). The WHAM Study: Socio-Emotional Well-being Effects of Hearing Aid Use and Mediation Through Improved Hearing Ability. *Ear and Hearing*, 46(6). <https://doi.org/10.1097/AUD.0000000000001700>
- Kemper, M., Denk, F., Husstedt, H., & Obleser, J. (2025). Acoustically Transparent Hearing Aids Increase Physiological Markers of Listening Effort. *Trends in Hearing*, 29. <https://doi.org/10.1177/23312165251333225>
- Krkalić, A., Keserović, A., Selimović, H., Mandra, H., Jogunčić, A., & Pugonja, R. (2025). Quality of life among adults with hearing loss in Cantonal Hospital of Zenica: A cross-sectional study. *Medicinski Glasnik : Official Publication of the Medical Association of Zenica-Doboj Canton, Bosnia and Herzegovina*, 22(2), 315–319. <https://doi.org/10.17392/1998-22-02>
- Lee, J. M., Shin, S. H., Suh, M. W., Choi, S. J., Shin, Y. R., An, Y. H., Ahn, J., Noh, H., Moon, I. J., Park, M. K., Park, S. N., Kim, H., & Lee, D. H. (2025). A Position Statement on the Treatment of Hearing Impairment, Focused on Hearing Aids, From the Korean Otological Society Hearing Aid Study Group. *Journal of Korean Medical Science*, 40(23). <https://doi.org/10.3346/jkms.2025.40.e182>

- Lee, W. R., Chun, S., Son, K., Choi, H. S., & An, Y. Y. (2025). Impact of hearing aid use on depression and quality of life in older patients with age-related hearing loss: A focus on social relationships. *SSM - Population Health*, 32. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2025.101861>
- Lelic, D., Herrlin, P., Wolters, F., Nielsen, L. L. A., Tuncer, C., & Smeds, K. (2025). Focusing on positive listening experiences improves hearing aid outcomes in first-time hearing aid users: a randomized controlled trial. *International Journal of Audiology*, 64(5), 498–508. <https://doi.org/10.1080/14992027.2024.2379533>
- Li, Z., Gao, Y., Chen, X., Xu, L., Li, Z., & Chai, R. (2025). Study on Recovery Strategy of Hearing Loss & SGN Regeneration Under Physical Regulation. In *Advanced Science* (Vol. 12, Issue 5). John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1002/advs.202410919>
- Lin, F. R., Pike, J. R., Albert, M. S., Arnold, M., Burgard, S., Chisolm, T., Couper, D., Deal, J. A., Goman, A. M., Glynn, N. W., Gmelin, T., Gravens-Mueller, L., Hayden, K. M., Huang, A. R., Knopman, D., Mitchell, C. M., Mosley, T., Pankow, J. S., Reed, N. S., ... Coresh, J. (2023). Hearing intervention versus health education control to reduce cognitive decline in older adults with hearing loss in the USA (ACHIEVE): a multicentre, randomised controlled trial. *The Lancet*, 402(10404), 786–797. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)01406-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)01406-X)
- Nickbakht, M., Ekberg, K., Waite, M., Scarinci, N., Timmer, B., Meyer, C., & Hickson, L. (2025). The experience of stigma related to hearing loss and hearing aids: perspectives of adults with hearing loss, their families, and hearing care professionals. *International Journal of Audiology*, 64(sup1), S12–S19. <https://doi.org/10.1080/14992027.2024.2353862>
- Nuesse, T., Lemke, U., & Holube, I. (2025). Associations of frailty, self-reported balance problems, hearing abilities, and posturography in a sample of older adults. *International Journal of Audiology*, 64(5), 509–517. <https://doi.org/10.1080/14992027.2024.2383985>
- Orhan, E., Tutar, V., Gündüz, B., Karamert, R., Uğur, M. B., & Tutar, H. (2025). Effect of Auditory Input on Sensory Organization and Fall Risk in Young Adults With Hearing Aids. *The Laryngoscope*, 135(11). <https://doi.org/10.1002/LARY.32379>
- Patterson, R. H., McMahon, C., Waterworth, C., Morton, S., Platt, A., Chadha, S., Xu, M. J., Der, C., Nakku, D., Seguya, A., Frost, R., Jaffer, A., Robler, S. K., & Emmett, S. D. (2025). Access to Ear and Hearing Care Globally: A Survey of Stakeholder Perceptions from the Lancet Commission on Global Hearing Loss. *Otology & Neurotology: Official Publication of the American Otological Society, American Neurotology Society [and] European Academy of Otology and Neurotology*, 46(3), 256–264. <https://doi.org/10.1097/MAO.0000000000004401>
- Pike, J. R., Huang, A. R., Reed, N. S., Arnold, M., Chisolm, T., Couper, D., Deal, J. A., Glynn, N. W., Goman, A. M., Hayden, K. M., Mitchell, C. M., Pankow, J. S., Sanchez, V., Sullivan, K. J., Tan, N. S., Coresh, J., & Lin, F. R. (2025). Cognitive benefits of hearing intervention vary by risk of cognitive decline: A secondary analysis of the ACHIEVE trial. *Alzheimer's and Dementia*, 21(5). <https://doi.org/10.1002/alz.70156>
- Portelli, D., Galletti, C., Loteta, S., Freni, L., Ciodaro, F., Alibrandi, A., & Alberti, G. (2025). Patients' satisfaction and efficacy of modern conventional hearing aids: A comprehensive analysis of the self-reported user experiences in adult people. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 91(3). <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2025.101565>
- Razura, D. E., Beady, N. D., Lin, M. E., & Choi, J. S. (2025). Health Insurance Coverage and Hearing Aid Utilization in U.S. Older Adults: National Health Interview Survey. *Otolaryngology - Head and Neck Surgery (United States)*, 172(6), 1934–1942. <https://doi.org/10.1002/ohn.1201>
- Şahin Ceylan, D., Gültekin, G., Sağlı, Y., Avşar Aksu, B., & Aksu, B. (2025). Investigating hearing aid use with smartphone app integration in older adults. *Egyptian Journal of Otolaryngology*, 41(1). <https://doi.org/10.1186/s43163-025-00930-3>

- Sanchez-Perez, J., & March, A. R. (2023). Osseointegrated Bone-Conducting Hearing Protheses. *StatPearls*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK564385/>
- Sanchez-Perez, J., & Riera March, A. (2025). *Osseointegrated Bone-Conducting Hearing Protheses*.
- Sarangi, L., Johnson, J., & Bidelman, G. M. (2025). Effects of Digital Noise Reduction Processing on Subjective and Objective (Pupillometry) Assays of Listening Effort. *Audiology Research*, 15(5). <https://doi.org/10.3390/AUDIOLRES15050122>
- Scarinci, N., Waite, M., Nickbakht, M., Ekberg, K., Timmer, B., Meyer, C., & Hickson, L. (2025). How do adults with hearing loss, family members, and hearing care professionals respond to the stigma of hearing loss and hearing aids? *International Journal of Audiology*, 64(sup1), S20–S27. <https://doi.org/10.1080/14992027.2024.2406885>
- Schafer, E. C., Miller, S., Lam, B. P. W., Lee, D., Lohrey, M., Eason, A., Nedrud, C., Cairo, K., Olvera, G., Klarmann, R., Brooks, B., Cumiskey, B., Kruse, C., Johnson, D., Laroi, A., & Musselman, M. (2025). Impact of Short-Term Hearing Aid Use on Cognitive Performance, Noise Acceptance, and Self-Perceived Benefit. *American Journal of Audiology*, 34(3), 707–721. https://doi.org/10.1044/2025_AJA-25-00039
- Schiavon, L. S., Moreira Bermudez, J. C., & Costa, M. H. (2026). Impact of auditory attention decoding accuracy on noise reduction systems for hearing aids. *Biomedical Signal Processing and Control*, 113. <https://doi.org/10.1016/j.bspc.2025.109162>
- Singh, G., Goy, H., Wright-Whyte, K., Chasteen, A. L., & Pichora-Fuller, M. K. (2025). Social Predictors of Hearing Aid Purchase: Do Stigma, Social Network Composition, Social Support, and Loneliness Matter? *Ear and Hearing*, 46(5), 1149. <https://doi.org/10.1097/AUD.0000000000001656>
- Snyder, N., Bixler, A., Belcastro, K., Hunter, J. B., & Middleton, I. L. (2025). Hearing Aid Adoption Rates: Perceptions, Attitudes, and Influencing Factors of Prospective Hearing Aid Users. *Journal of the American Academy of Audiology*, 36(3), 188. <https://doi.org/10.3766/JAAA.240024>
- Thomas, S., Griffiths, J., Saunders, G., Phipps, D., Todd, C., & Lewis, P. (2025). Exploring the barriers and facilitators to effective communication with people with age-related hearing loss in community pharmacy settings. *Exploratory Research in Clinical and Social Pharmacy*, 19. <https://doi.org/10.1016/j.rcsop.2025.100573>
- Timmer, B. H. B., Ekberg, K., Meyer, C., Waite, M., Scarinci, N., Nickbakht, M., & Hickson, L. (2025). Using Ecological Momentary Analysis to explore stigma experiences in the real world for adults with acquired hearing loss. *International Journal of Audiology*, 64(sup1), S28–S38. <https://doi.org/10.1080/14992027.2024.2418970>
- Tseng, Y. C., Liu, S. H. Y., Gau, B. S., Liu, T. C., Chang, N. T., & Lou, M. F. (2025). Lived experiences and illness perceptions of older adults with age-related hearing loss before the use of hearing aids: An interpretative phenomenological study. *Geriatric Nursing*, 61, 231–239. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2024.11.006>
- Virdi, J. (2025). Deaf futurity: designing and innovating hearing aids. *Medical Humanities*, 50(4), 678–684. <https://doi.org/10.1136/medhum-2024-013011>
- Wang, A. J., Strong, G., Kilpatrick, K. W., Smith, S. L., & Coles, T. (2025). Investigating themes in hearing quality of life with user-nominated goals on the Glasgow Hearing Aid Benefit Profile (GHABP). *Journal of Patient-Reported Outcomes*, 9(1). <https://doi.org/10.1186/S41687-025-00886-1>
- Wei, J., Li, K., Kim, Y., Ghosal, R., Zhang, D., Merchant, A. T., & Crump, C. (2025). Initiation of Hearing Aids Use and Incident Dementia Among Mid-to-late Life Adults: The Health and Retirement Study 2010-2018. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 38(3), 172–179. <https://doi.org/10.1177/08919887241302107>

- World Health Organization. (n.d.). *Deafness and hearing loss*. Retrieved December 10, 2025, from <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss>
- Yu, R. C., Pavlou, M., Schilder, A. G. M., Bamiou, D. E., Lewis, G., Lin, F. R., Livingston, G., Proctor, D., Omar, R., & Costafreda, S. G. (2025). Early detection and management of hearing loss to reduce dementia risk in older adults with mild cognitive impairment: findings from the treating auditory impairment and cognition trial (TACT). *Age and Ageing*, 54(1). <https://doi.org/10.1093/ageing/afaf004>

Cuidados de enfermería en personas mayores institucionalizadas: impacto en la calidad de vida y la dependencia

Valentina Castilla Fernández¹, Salvador Postigo Mota², Laura Muñoz Bermejo¹.

¹Universidad de Extremadura, Centro Universitario de Mérida, España

²Universidad de Extremadura, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Badajoz, España.

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, estamos asistiendo a una disminución de la natalidad junto a un aumento de la esperanza de vida, fenómenos que han dado lugar a importantes transformaciones demográficas en el siglo XXI, entre las que destaca el envejecimiento de la población (Abellán García et al., 2024). Por ello, el adulto mayor se ha convertido en uno de los principales focos de atención, ya que en esta etapa de la vida experimenta numerosos cambios físicos, psíquicos y sociales que influyen en su calidad de vida y bienestar. La Organización Mundial de la Salud advierte que el envejecimiento poblacional está generando cambios significativos en las sociedades actuales y que, como consecuencia, aumenta la necesidad de apoyo y cuidados, produciendo un importante impacto familiar y social. Esta situación obliga a llevar a cabo reformas en los sistemas de protección social, en los sistemas sanitarios y en las políticas económicas para responder adecuadamente a las necesidades de este grupo poblacional (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015, 2020).

Paralelamente, el incremento de la longevidad se asocia a una mayor prevalencia de enfermedades crónicas, multimorbilidad, deterioro cognitivo y limitaciones funcionales, factores que aumentan la necesidad de apoyo para la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Asimismo, la fragilidad y los síndromes geriátricos constituyen condiciones frecuentes en las personas mayores y se relacionan con un mayor riesgo de dependencia, discapacidad, hospitalización e institucionalización (Fried et al., 2001; Inouye et al., 2007). Como consecuencia de este fenómeno, se observa un crecimiento progresivo de la institucionalización de personas mayores en residencias y centros sociosanitarios, especialmente entre aquellas con elevados niveles de dependencia, ausencia de una red familiar de apoyo

o necesidades complejas de cuidados continuados (Fried et al., 2001; Inouye et al., 2007).

OBJETIVOS

Objetivo general

- Analizar el impacto de los cuidados de enfermería en la calidad de vida y el grado de dependencia de las personas mayores institucionalizadas.

Objetivos específicos

- Describir las características y necesidades asistenciales de las personas mayores institucionalizadas.
- Examinar la relación entre institucionalización, dependencia funcional y calidad de vida.
- Identificar las principales intervenciones enfermeras orientadas a mantener o mejorar la autonomía funcional.
- Analizar la evidencia científica sobre el impacto de los cuidados enfermeros en la prevención del deterioro funcional y la mejora del bienestar.
- Reflexionar sobre la importancia de la atención centrada en la persona en el ámbito residencial.

1. MARCO CONCEPTUAL Y TEÓRICO

1.1. Envejecimiento y persona mayor

El envejecimiento constituye un proceso biológico, universal, progresivo y heterogéneo que implica cambios físicos, psicológicos y sociales asociados al paso del tiempo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015). La OMS define a las personas mayores como aquellas con una edad igual o superior a 60 años, aunque en los países desarrollados suele establecerse el umbral a partir de los 65 años debido al aumento de la esperanza de vida y a factores sociolaborales (OMS, 2015).

A nivel social, el envejecimiento implica modificaciones en las relaciones familiares, la participación comunitaria y las redes de apoyo. Además, la presencia de fragilidad, dependencia funcional y síndromes geriátricos, junto con los cambios demográficos y familiares actuales, como la reducción del tamaño de las familias y la incorporación laboral de los cuidadores tradicionales, han incrementado la necesidad de recursos sociosanitarios y de cuidados de larga duración (Fried et al., 2001; Inouye et al., 2007; OMS, 2015).

1.2. Institucionalización

La institucionalización se define como el ingreso temporal o permanente de una persona mayor en un centro residencial o sociosanitario

cuando sus necesidades de cuidado no pueden ser cubiertas adecuadamente en el domicilio.

Existen diferentes tipos de recursos asistenciales dirigidos a las personas mayores:

- Residencias.
- Centros de día.
- Unidades de larga estancia.

La institucionalización presenta diversas ventajas, entre ellas la atención sanitaria permanente, la supervisión profesional, la cobertura de las necesidades básicas, la seguridad clínica y el acceso a cuidados especializados. Además, puede contribuir a disminuir la sobrecarga familiar y favorecer un mejor control de las enfermedades crónicas.

Sin embargo, también existen inconvenientes asociados. El ingreso institucional puede generar sentimientos de pérdida de autonomía, desarraigo, aislamiento emocional y disminución de la participación social. Diversos estudios han señalado que la calidad de vida de las personas mayores institucionalizadas puede verse influida por factores relacionados con el entorno residencial, el mantenimiento de las relaciones sociales y el grado de autonomía conservado (Medeiros et al., 2020; Pigłowska et al., 2023). Asimismo, cuando los cuidados no se basan en modelos humanizados y centrados en la persona, puede producirse deterioro funcional acelerado, pasividad y pérdida de identidad personal, afectando negativamente al bienestar y a la calidad de vida de los residentes (Medeiros et al., 2020; Pigłowska et al., 2023).

1.3. Calidad de vida en personas mayores

La calidad de vida es un concepto multidimensional que hace referencia a la percepción que tiene la persona sobre su posición en la vida, considerando su contexto cultural, expectativas, objetivos y estado de salud. En geriatría, este concepto adquiere especial relevancia debido al impacto que el envejecimiento y la dependencia pueden tener sobre el bienestar global (Fernández-Ballesteros, 2011).

La calidad de vida en personas mayores institucionalizadas puede analizarse desde diferentes dimensiones (Fernández-Ballesteros, 2011; Rodríguez-Martínez et al., 2023; Santana-Berlanga et al., 2020):

- **Dimensión física:** incluye el estado de salud, la presencia de enfermedades, el dolor, la movilidad, el descanso y la capacidad funcional para realizar actividades cotidianas.
- **Dimensión psicológica:** engloba aspectos emocionales y cognitivos como la autoestima, el estado de ánimo, la adaptación al entorno, la percepción de utilidad y el bienestar emocional.

- **Dimensión social:** hace referencia a las relaciones interpersonales, el apoyo familiar, la participación social y el mantenimiento de vínculos afectivos.
- **Dimensión funcional:** se relaciona con el grado de autonomía e independencia para desarrollar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

La percepción de calidad de vida en las personas institucionalizadas depende no solo de su estado clínico, sino también de la calidad de los cuidados recibidos, de la atención centrada en la persona y del respeto a la dignidad y autonomía individual. En este sentido, la actuación enfermera desempeña un papel fundamental en la promoción del bienestar, el mantenimiento funcional y la mejora de la calidad de vida de los residentes (Rodríguez-Martínez et al., 2023; Santana-Berlanga et al., 2020).

1.4. Dependencia

La dependencia se define como el estado permanente en el que una persona, debido a limitaciones físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, precisa la ayuda de otras personas o apoyos importantes para realizar las actividades básicas de la vida diaria (Ley 39/2006, de 14 de diciembre; Loredó-Figueroa et al., 2016).

Según la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (Ley 39/2006, de 14 de diciembre), se establecen tres grados de dependencia:

- **Grado I o dependencia moderada:** cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria al menos una vez al día o requiere apoyo intermitente para su autonomía personal.
- **Grado II o dependencia severa:** cuando necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador.
- **Grado III o gran dependencia:** cuando precisa ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y requiere apoyo indispensable y continuo de otra persona debido a su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial.

La dependencia constituye uno de los principales factores asociados a la pérdida de autonomía, al incremento de las necesidades de cuidados y a una menor calidad de vida en las personas mayores (Loredó-Figueroa et al., 2016).

2. PERFIL DE LA PERSONA MAYOR INSTITUCIONALIZADA

La persona mayor institucionalizada presenta un perfil complejo caracterizado por la coexistencia de múltiples problemas de salud, elevados niveles de dependencia y necesidades asistenciales continuadas. El progresivo envejecimiento poblacional y el aumento de la esperanza de vida han favorecido el incremento del número de personas que precisan atención socio-sanitaria permanente, especialmente aquellas con limitaciones funcionales, deterioro cognitivo o ausencia de apoyo familiar adecuado (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020; World Health Organization [WHO], 2023).

2.1 Características sociodemográficas

Las personas mayores institucionalizadas suelen presentar características sociodemográficas específicas. Predomina el sexo femenino debido a la mayor esperanza de vida de las mujeres, fenómeno conocido como feminización del envejecimiento. Asimismo, la mayoría supera los 80 años y presenta un elevado índice de viudedad, soledad o ausencia de red familiar de apoyo (OMS, 2020).

Otro aspecto relevante es el bajo nivel educativo y económico presente en parte de esta población, especialmente en generaciones que tuvieron menor acceso a la formación académica y al empleo estable. Del mismo modo, es frecuente la coexistencia de dependencia física y deterioro cognitivo, lo que incrementa la complejidad de los cuidados enfermeros y la necesidad de cuidados de larga duración adaptados a las necesidades individuales (WHO, 2023).

2.2 Principales problemas de salud

2.2.1 Enfermedades crónicas

La pluripatología constituye una de las principales características clínicas de las personas mayores institucionalizadas. La coexistencia de múltiples enfermedades crónicas incrementa la complejidad asistencial y la necesidad de cuidados continuados en los centros residenciales (Consejo General de Enfermería de España, 2026).

La presencia de enfermedades crónicas favorece además la aparición de síndromes geriátricos como la inmovilidad, las caídas, la incontinencia, la desnutrición o las úlceras por presión, lo que repercute negativamente en la calidad de vida y en el nivel de autonomía de las personas mayores (Consejo General de Enfermería de España, 2026).

2.2.2 Polimedicación

La polimedicación es otro problema frecuente en las personas institucionalizadas y se define habitualmente como el consumo simultáneo de cinco o más fármacos. Esta situación incrementa el riesgo de interacciones

medicamentosas, efectos adversos y problemas relacionados con la adherencia terapéutica.

La revisión periódica de los tratamientos y la conciliación terapéutica constituyen intervenciones prioritarias dentro de los cuidados enfermeros y del trabajo del equipo interdisciplinar, con el objetivo de garantizar la seguridad del paciente y optimizar los resultados en salud (Consejo General de Enfermería de España, 2026).

2.2.3 Deterioro cognitivo y demencia

El deterioro cognitivo representa una de las principales causas de institucionalización. Las demencias, especialmente la enfermedad de Alzheimer, producen alteraciones progresivas de la memoria, la orientación, el lenguaje, el juicio y la capacidad funcional, afectando significativamente a la autonomía de la persona (Edvardsson et al., 2008).

La elevada prevalencia de deterioro cognitivo en los centros residenciales exige la implantación de modelos de atención centrados en la persona y de cuidados especializados que permitan preservar la dignidad, la identidad y el bienestar de los residentes (Consejo General de Enfermería de España, 2026; Edvardsson et al., 2008).

2.2.4 Fragilidad

La fragilidad es un síndrome geriátrico caracterizado por la disminución de la reserva fisiológica y una mayor vulnerabilidad frente a situaciones adversas. Esta condición incrementa el riesgo de discapacidad, dependencia, hospitalización y mortalidad, por lo que su detección precoz constituye una prioridad en la atención a las personas mayores institucionalizadas (Consejo General de Enfermería de España, 2026).

3. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL ÁMBITO INSTITUCIONAL

Los cuidados de enfermería en personas mayores institucionalizadas constituyen un elemento esencial para preservar la funcionalidad, prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida. La atención enfermera en el ámbito geriátrico debe desarrollarse desde una perspectiva integral, individualizada y centrada en la persona (Pérez del Molino & Valderrama Gama, 2017).

3.1. Valoración enfermera integral

La valoración enfermera integral constituye la base para la planificación de cuidados en el ámbito geriátrico institucional (Pérez del Molino & Valderrama Gama, 2017). Este proceso permite identificar las necesidades físicas, psicológicas, funcionales y sociales de la persona mayor, facilitando la elaboración de planes de cuidados individualizados.

Dentro de la práctica enfermera geriátrica se emplean diversas escalas de valoración estandarizadas (Pérez del Molino & Valderrama Gama, 2017):

- Índice de Barthel.
- Test de Pfeiffer.
- Mini-Mental State Examination (MMSE).
- Escala de Norton y Escala de Braden.

3.2. Planificación de cuidados

La planificación de los cuidados favorece la calidad asistencial, la continuidad de los cuidados y la comunicación entre los distintos profesionales del equipo interdisciplinar (Pérez del Molino & Valderrama Gama, 2017).

Los diagnósticos enfermeros de la clasificación NANDA permiten identificar respuestas humanas reales o potenciales ante problemas de salud frecuentes en las personas mayores institucionalizadas. Entre los diagnósticos más habituales destacan:

- Deterioro de la movilidad física.
- Riesgo de caídas.
- Déficit de autocuidado.
- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.
- Confusión crónica.
- Aislamiento social.
- Riesgo de síndrome de fragilidad del anciano.

A partir de estos diagnósticos se establecen resultados esperados mediante la clasificación NOC (Nursing Outcomes Classification), orientados a evaluar la evolución del residente. Algunos resultados frecuentes son el mantenimiento de la movilidad, el estado nutricional adecuado, el control del dolor, la prevención de caídas y la mejora de la interacción social.

Posteriormente, se seleccionan intervenciones enfermeras según la clasificación NIC (Nursing Interventions Classification), dirigidas a alcanzar los objetivos establecidos y a proporcionar cuidados basados en la evidencia científica (Bulechek et al., 2018).

3.3. Cuidados básicos

Los cuidados básicos constituyen uno de los pilares fundamentales de la atención enfermera en instituciones geriátricas. Estas intervenciones buscan satisfacer necesidades esenciales, prevenir complicaciones y preservar la dignidad y el bienestar de la persona mayor.

3.3.1 Higiene y confort

La higiene corporal favorece el bienestar físico y emocional, además de prevenir infecciones y alteraciones cutáneas. La atención enfermera debe garantizar una higiene adecuada, respetando la intimidad, preferencias y grado de autonomía de cada residente.

3.3.2 Alimentación y nutrición

La malnutrición es frecuente en personas mayores institucionalizadas debido a factores como la disfagia, la pérdida de apetito, el deterioro cognitivo o la dependencia funcional. La intervención enfermera incluye la valoración nutricional, el control de la ingesta, la adaptación de texturas, una hidratación adecuada y la detección precoz de signos de desnutrición o deshidratación.

3.3.3 Eliminación

Los problemas de eliminación, especialmente la incontinencia urinaria y fecal, afectan de forma significativa a la calidad de vida y autoestima de las personas mayores. Enfermería debe valorar los patrones de eliminación, establecer programas de continencia, prevenir infecciones urinarias y mantener una adecuada higiene perineal para evitar lesiones cutáneas.

3.3.4 Movilidad y prevención de caídas

La inmovilidad constituye uno de los principales factores de deterioro funcional en las personas mayores institucionalizadas. El mantenimiento de la movilidad y la realización de ejercicio físico adaptado contribuyen a preservar la autonomía, mejorar la función física y prevenir complicaciones como las úlceras por presión, la trombosis venosa o la pérdida de masa muscular (Beswick et al., 2008; Giné-Garriga et al., 2014).

Las caídas representan un importante problema de salud pública en geriatría debido a sus consecuencias físicas, funcionales y psicológicas, incluyendo fracturas, pérdida de independencia y miedo a nuevas caídas. La prevención incluye la valoración sistemática del riesgo, la adaptación del entorno, la supervisión durante la deambulación y la educación tanto de los residentes como de sus cuidadores (Tinetti & Kumar, 2010).

3.4. Cuidados clínicos

3.4.1 Manejo de enfermedades crónicas

La mayoría de las personas institucionalizadas presentan pluripatología y requieren un seguimiento continuado. Enfermería participa activamente en el control de constantes vitales, la monitorización de síntomas, la adherencia terapéutica y la detección precoz de descompensaciones clínicas.

Asimismo, desempeña un papel fundamental en la educación sanitaria y en la promoción de hábitos saludables adaptados a las capacidades funcionales de cada residente.

3.4.2 Control de medicación

El manejo farmacológico en geriatría requiere una vigilancia especial debido a la elevada prevalencia de polimedicación y al riesgo de reacciones ad-

versas. La administración segura de medicamentos, la observación de efectos secundarios y la coordinación con el equipo interdisciplinar constituyen funciones esenciales de la práctica enfermera.

3.4.3 Prevención de úlceras por presión

Las úlceras por presión constituyen una complicación frecuente asociada a la inmovilidad, la dependencia funcional y la presencia de enfermedades crónicas. La valoración sistemática del riesgo mediante instrumentos estandarizados, como la Escala de Braden, permite identificar precozmente a las personas con mayor probabilidad de desarrollar estas lesiones (Braden & Bergstrom, 1989).

La prevención incluye cambios posturales periódicos, cuidados adecuados de la piel, utilización de superficies especiales para el manejo de la presión, control de la humedad, optimización del estado nutricional y vigilancia continua de las zonas de riesgo (Kottner et al., 2019). Estas medidas constituyen la base de las recomendaciones internacionales para la prevención de lesiones por presión en personas institucionalizadas (Kottner et al., 2019).

En fases avanzadas de enfermedad, los cuidados paliativos adquieren gran relevancia en el ámbito institucional. El objetivo principal es proporcionar confort, aliviar síntomas físicos y emocionales, favorecer la calidad de vida y garantizar una atención digna, humanizada y centrada en la persona hasta el final de la vida.

3.5. Cuidados psicosociales

3.5.1 Apoyo emocional

La institucionalización puede generar sentimientos de soledad, miedo, tristeza o pérdida de autonomía. La escucha activa, la empatía y el respeto a la individualidad constituyen elementos fundamentales de los cuidados humanizados.

3.5.2 Estimulación cognitiva

Las actividades de estimulación cognitiva ayudan a mantener capacidades mentales preservadas y retrasar el deterioro funcional.

3.5.3 Prevención del aislamiento social

El mantenimiento de relaciones sociales y actividades significativas favorece el bienestar emocional y la percepción de calidad de vida. La participación en talleres, actividades grupales y dinámicas comunitarias contribuye a reducir el aislamiento y fomentar la integración social.

3.5.4 Relación con la familia

La familia constituye un elemento esencial en el cuidado de la persona institucionalizada. La comunicación continua entre enfermería y familiares facilita la continuidad de cuidados, la toma de decisiones compartidas y el apoyo emocional tanto al residente como a su entorno cercano.

4. IMPACTO DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA CALIDAD DE VIDA.

Los cuidados de enfermería desempeñan un papel fundamental en la calidad de vida de las personas mayores institucionalizadas, ya que influyen directamente sobre su bienestar físico, emocional, funcional y social. La calidad de los cuidados enfermeros no debe limitarse únicamente al abordaje clínico de las enfermedades, sino que debe contemplar una atención integral orientada a preservar la dignidad, la autonomía y la participación activa de la persona mayor (Santana-Berlanga et al., 2020).

4.1. Relación entre cuidados adecuados y bienestar

La correcta atención a necesidades básicas como la higiene, la nutrición, la movilidad, el descanso o la eliminación repercute directamente sobre la salud física y la percepción subjetiva de bienestar. Asimismo, la calidad de los cuidados recibidos constituye un factor determinante en la calidad de vida de las personas mayores institucionalizadas (Santana-Berlanga et al., 2020).

Del mismo modo, los cuidados orientados a mantener la autonomía funcional permiten preservar la autoestima, la independencia y la sensación de utilidad personal. Promover la participación del residente en las actividades cotidianas, incluso cuando existe cierto grado de dependencia, favorece el mantenimiento de las capacidades conservadas, potencia el autocuidado y reduce la pasividad asociada a la institucionalización (Loredó-Figueroa et al., 2016).

La intervención enfermera, mediante la identificación de necesidades, el fomento de la autonomía y la promoción de la participación activa de la persona mayor en su propio cuidado contribuye significativamente a mejorar su bienestar y calidad de vida (Loredó-Figueroa et al., 2016; Santana-Berlanga et al., 2020).

4.2. FACTORES QUE MEJORAN LA CALIDAD DE VIDA

4.2.1 Atención centrada en la persona

La Atención Centrada en la Persona (ACP) constituye uno de los modelos asistenciales más relevantes en el ámbito geriátrico actual. Este enfoque sitúa a la persona mayor en el centro de la atención, reconociendo sus preferencias, valores, historia de vida y necesidades individuales como elementos

fundamentales para la planificación de los cuidados (Edvardsson et al., 2008).

La ACP promueve una atención personalizada, flexible y humanizada, alejándose de modelos institucionales rígidos centrados exclusivamente en tareas o rutinas. Diversas investigaciones han demostrado que la implantación de este modelo mejora la satisfacción de los residentes, favorece el bienestar emocional, disminuye síntomas depresivos y contribuye al mantenimiento de capacidades funcionales y cognitivas (Backman et al., 2016; Edvardsson et al., 2008; Verbeek et al., 2010).

Enfermería desempeña un papel esencial en la aplicación de este enfoque, ya que mantiene un contacto continuo con la persona institucionalizada y puede adaptar los cuidados a sus preferencias, hábitos y ritmos de vida. Además, la presencia y liderazgo de las enfermeras en los centros residenciales resulta clave para garantizar una atención de calidad, segura y centrada en la persona (Consejo General de Enfermería de España, 2026).

4.2.2 Promoción de la autonomía

El mantenimiento de la autonomía constituye un objetivo prioritario dentro de los cuidados enfermeros geriátricos. La pérdida de independencia funcional se asocia a una disminución significativa de la calidad de vida y a un aumento del riesgo de institucionalización prolongada, deterioro emocional y fragilidad (Kiełtyka-Słowik et al., 2024).

Las intervenciones dirigidas a fomentar la movilidad, estimular la realización de actividades básicas y promover la participación activa del residente contribuyen a preservar capacidades funcionales y retrasar la progresión de la dependencia. La actividad física y el mantenimiento de la funcionalidad se han relacionado con una mejor percepción de calidad de vida tanto en personas mayores que viven en la comunidad como en aquellas que residen en instituciones (Kiełtyka-Słowik et al., 2024).

En este sentido, la enfermería geriátrica debe evitar actitudes sobreprotectoras que favorezcan la pasividad, promoviendo siempre el máximo nivel de independencia posible según las capacidades individuales de cada persona y fomentando su participación activa en los cuidados y actividades cotidianas (Kiełtyka-Słowik et al., 2024).

4.2.3 Participación en la toma de decisiones

La participación activa de la persona mayor en las decisiones relacionadas con su cuidado constituye un aspecto fundamental para preservar la dignidad, la autonomía y el sentimiento de control sobre la propia vida. La atención centrada en la persona reconoce el derecho de los residentes a expresar sus preferencias y participar en aquellas decisiones que afectan a su bienestar y calidad de vida (American Geriatrics Society Expert Panel, 2016; McCormack & McCance, 2017).

Las personas institucionalizadas deben ser escuchadas y participar, en la medida de sus capacidades cognitivas y funcionales, en decisiones relacionadas con horarios, actividades, alimentación, cuidados personales o tratamientos. Este enfoque favorece el respeto a la individualidad y promueve una atención más acorde con los valores y expectativas de cada persona (Brownie & Nancarrow, 2013; McCormack & McCance, 2017).

Asimismo, favorecer la toma de decisiones mejora la autoestima, reduce los sentimientos de dependencia y fortalece la relación terapéutica entre profesionales y residentes. La participación activa en los cuidados se asocia a mayores niveles de satisfacción, bienestar y percepción de calidad de vida en los entornos gerontológicos (American Geriatrics Society Expert Panel, 2016; Martínez Rodríguez, 2016).

5. IMPACTO DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA DEPENDENCIA

La dependencia funcional constituye uno de los principales problemas de salud en las personas mayores institucionalizadas debido a la elevada prevalencia de enfermedades crónicas, fragilidad, deterioro cognitivo y limitaciones físicas asociadas al envejecimiento. En este contexto, los cuidados de enfermería desempeñan un papel fundamental en la prevención del deterioro funcional, el mantenimiento de las capacidades preservadas y la promoción de la autonomía personal (Gill et al., 2002; Giné-Garriga et al., 2014).

La dependencia no debe entenderse únicamente como una consecuencia inevitable del envejecimiento, sino como un proceso dinámico influido por factores físicos, psicológicos, sociales y ambientales. Por ello, el abordaje enfermero en instituciones geriátricas debe orientarse no solo al cuidado asistencial, sino también a la prevención, la rehabilitación y la potenciación funcional de la persona mayor. Los modelos de atención centrados en la función han demostrado que promover la participación activa del residente en las actividades cotidianas contribuye a preservar la independencia y mejorar los resultados en salud (Resnick et al., 2013).

Asimismo, las intervenciones dirigidas a fomentar la actividad física, la movilidad y el ejercicio adaptado han demostrado ser eficaces para mantener la función física y retrasar el deterioro funcional en las personas mayores frágiles (Gill et al., 2002; Giné-Garriga et al., 2014).

La promoción de la autonomía también incluye el apoyo emocional, la estimulación social y la creación de entornos seguros que permitan al residente mantener el máximo nivel de independencia posible. En este sentido, los cuidados centrados en la función favorecen la conservación de capacidades, la participación activa y una mejor calidad de vida en las personas mayores institucionalizadas (Resnick et al., 2013).

6. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS

La calidad de los cuidados de enfermería en personas mayores institucionalizadas depende de múltiples factores estructurales, organizativos y humanos que condicionan tanto los resultados en salud como la percepción de bienestar y calidad de vida de los residentes. La atención geriátrica en el ámbito institucional requiere cuidados complejos y continuados, por lo que aspectos como la dotación de personal, la formación específica, los recursos disponibles, la organización del centro y el bienestar emocional de los profesionales influyen directamente en la calidad asistencial ofrecida (IMSERSO, 2014; World Health Organization, 2024).

6.1 Ratio enfermera/paciente

La ratio enfermera/paciente constituye uno de los principales indicadores de calidad asistencial en centros sociosanitarios y residencias geriátricas. Una dotación insuficiente de profesionales dificulta la realización de cuidados individualizados, aumenta la sobrecarga laboral y limita el tiempo disponible para la atención directa, la comunicación y el acompañamiento emocional de los residentes (Griffiths et al., 2016).

Diversos estudios han demostrado que ratios inadecuadas se asocian a un mayor riesgo de eventos adversos, como caídas, úlceras por presión, errores en la administración de medicación, infecciones y hospitalizaciones evitables. Asimismo, la escasez de personal favorece cuidados centrados en tareas y rutinas, reduciendo la posibilidad de aplicar modelos de atención centrada en la persona (Aiken et al., 2014; Griffiths et al., 2016).

Por el contrario, una adecuada dotación de enfermería permite una vigilancia clínica más estrecha, facilita la prevención de complicaciones, mejora la continuidad asistencial y favorece una atención más segura y de mayor calidad (Aiken et al., 2014; Griffiths et al., 2016). Además, los modelos de atención integral y centrada en la persona requieren recursos humanos suficientes para garantizar cuidados individualizados y adaptados a las necesidades de cada residente (IMSERSO, 2014; World Health Organization, 2024).

6.2 Formación del personal

La formación especializada en geriatría y gerontología resulta fundamental para proporcionar cuidados de calidad a las personas mayores institucionalizadas. El envejecimiento y la pluripatología generan necesidades asistenciales complejas que requieren conocimientos específicos sobre síndromes geriátricos, deterioro cognitivo, fragilidad, cuidados paliativos y atención centrada en la persona.

La capacitación continua del personal de enfermería favorece la detección precoz de problemas de salud, mejora la toma de decisiones clínicas y promueve intervenciones basadas en la evidencia científica. Asimismo, la

formación especializada contribuye a mejorar la calidad de los cuidados y los resultados en salud de los residentes (Backhaus et al., 2014).

6.3 Recursos materiales

La disponibilidad de recursos materiales adecuados influye directamente en la seguridad, el confort y la funcionalidad de las personas mayores institucionalizadas. Los centros residenciales deben disponer de equipamiento suficiente y adaptado a las características de esta población, incluyendo camas articuladas, colchones antiescaras, ayudas técnicas para la movilización, dispositivos de apoyo a la marcha y materiales para la prevención de caídas.

La insuficiencia de recursos materiales dificulta la aplicación de cuidados seguros y puede aumentar el riesgo de lesiones, inmovilidad y dependencia. Además, los entornos poco adaptados limitan la autonomía del residente y favorecen la pasividad institucional.

6.4 Organización del centro

Los modelos organizativos rígidos y centrados exclusivamente en rutinas institucionales pueden limitar la individualización de los cuidados y reducir la autonomía de los residentes. Por el contrario, las instituciones que promueven modelos flexibles y centrados en la persona favorecen una atención más humanizada, participativa y adaptada a las necesidades individuales (Backman et al., 2016).

La adecuada gestión de tiempos y recursos también permite optimizar la carga de trabajo, mejorar la coordinación entre profesionales y favorecer un clima laboral más satisfactorio, aspectos que repercuten positivamente en la calidad de los cuidados ofrecidos (Backman et al., 2016).

6.5 Trabajo interdisciplinar

La atención integral de las personas mayores institucionalizadas requiere la participación coordinada de diferentes profesionales sanitarios y sociosanitarios. El trabajo interdisciplinar favorece una visión global de las necesidades del residente y permite abordar de forma conjunta aspectos físicos, psicológicos, funcionales y sociales. Esta coordinación facilita la continuidad asistencial y contribuye a proporcionar cuidados más seguros y eficientes (Backhaus et al., 2014).

6.6 Burnout del personal sanitario

El síndrome de burnout o desgaste profesional constituye un problema frecuente entre los profesionales que trabajan en el ámbito geriátrico institucional. La elevada carga asistencial, la presión emocional, la sobrecarga de trabajo y la exposición continuada al sufrimiento pueden generar agotamiento físico y emocional, despersonalización y disminución de la satisfacción laboral.

El burnout repercute negativamente sobre la calidad de los cuidados, ya que puede disminuir la empatía, aumentar los errores asistenciales y dificultar la relación terapéutica con los residentes y sus familias. Asimismo, los entornos laborales con una organización deficiente y una elevada presión asistencial pueden favorecer la aparición de este síndrome y afectar a la calidad de la atención prestada (Backman et al., 2016).

CONCLUSIONES

El envejecimiento poblacional y el aumento de la esperanza de vida han incrementado la necesidad de cuidados de larga duración y la institucionalización de personas mayores dependientes.

La calidad de vida de las personas mayores institucionalizadas depende tanto del estado de salud como de la calidad y humanización de los cuidados recibidos.

La enfermería tiene un papel esencial en la atención geriátrica institucional, especialmente en:

- Prevención del deterioro funcional.
- Promoción de la autonomía.
- Control de enfermedades crónicas.
- Apoyo emocional al residente y su familia.

La valoración integral y los cuidados individualizados contribuyen al mantenimiento de la funcionalidad y a un envejecimiento más digno y seguro.

La atención centrada en la persona favorece el respeto a las preferencias, necesidades y ritmos de vida de cada residente.

La humanización de los cuidados y la participación activa de la persona mayor mejoran el bienestar emocional y ayudan a prevenir la dependencia.

La calidad asistencial está condicionada por factores organizativos como:

- Ratio enfermera/paciente.
- Formación especializada en geriatría.
- Disponibilidad de recursos materiales.
- Trabajo interdisciplinar.

La sobrecarga laboral y el burnout profesional pueden afectar negativamente a la calidad de los cuidados.

Es necesario continuar investigando y actualizando conocimientos en enfermería geriátrica para desarrollar modelos asistenciales más eficaces, humanizados y adaptados a las necesidades actuales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abellán García, A., Aceituno Nieto, P., Pérez Díaz, J., & Ramiro Fariñas, D. (2024). Un perfil de las personas mayores en España, 2024. CSIC.

2. Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., et al. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational study. *The Lancet*, 383(9931), 1824–1830. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8)
3. American Geriatrics Society Expert Panel. (2016). Person-centered care: A definition and essential elements. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(1), 15–18. <https://doi.org/10.1111/jgs.13866>
4. Backhaus, R., Verbeek, H., van Rossum, E., Capezuti, E., & Hamers, J. P. H. (2014). Nurse staffing impact on quality of care in nursing homes: A systematic review of longitudinal studies. *Journal of the American Medical Directors Association*, 15(6), 383–393. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.12.080>
5. Backman, A., Sjögren, K., Lindkvist, M., et al. (2016). Towards person-centredness in aged care: Exploring the impact of leadership. *Journal of Nursing Management*, 24(6), 766–774. <https://doi.org/10.1111/jonm.12380>
6. Beswick, A. D., Rees, K., Dieppe, P., Ayis, S., Gooberman-Hill, R., Horwood, J., et al. (2008). Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 371(9614), 725–735. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60342-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60342-6)
7. Braden, B. J., & Bergstrom, N. (1989). Clinical utility of the Braden Scale for predicting pressure sore risk. *Decubitus*, 2(3), 44–51.
8. Brownie, S., & Nancarrow, S. (2013). Effects of person-centered care on residents and staff in aged-care facilities: A systematic review. *Clinical Interventions in Aging*, 8, 1–10. <https://doi.org/10.2147/CIA.S38589>
9. Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2018). *Nursing Interventions Classification (NIC)* (7th ed.). Elsevier.
10. Consejo General de Enfermería de España. (2026). Informe sobre la necesidad de proteger la presencia de las enfermeras en centros residenciales para mayores en situación de dependencia en España. Consejo General de Enfermería de España.
11. Edvardsson, D., Winblad, B., & Sandman, P. O. (2008). Person-centred care of people with severe Alzheimer's disease: Current status and ways forward. *The Lancet Neurology*, 7(4), 362–367. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(08\)70063-2](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(08)70063-2)
12. Fernández-Ballesteros, R. (2011). Calidad de vida en la vejez: Condiciones diferenciales. *Intervención Psicosocial*, 20(1), 5–14. <https://doi.org/10.5093/in2011v20n1a1>
13. 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., & Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. (2001). Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(3), M146–M156. <https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.m146>
14. Gill, T. M., Baker, D. I., Gottschalk, M., Peduzzi, P. N., Allore, H., & Byers, A. (2002). A program to prevent functional decline in physically frail, elderly persons who live at home. *New England Journal of Medicine*, 347(14), 1068–1074. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa020423>
15. Giné-Garriga, M., Roqué-Fíguls, M., Coll-Planas, L., Sitjà-Rabert, M., & Salvà, A. (2014). Physical exercise interventions for improving performance-based measures of physical function in community-dwelling, frail older adults: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 95(4), 753–769. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2013.11.007>
16. Griffiths, P., Ball, J., Drennan, J., Dall'Ora, C., Jones, J., Maruotti, A., et al. (2016). Nurse staffing and patient outcomes: Strengths and limitations of the evidence to inform policy and practice. *International Journal of Nursing Studies*, 63, 213–225. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.03.012>

17. IMSERSO. (2014). Modelo de atención integral y centrada en la persona. Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
18. Inouye, S. K., Studenski, S., Tinetti, M. E., & Kuchel, G. A. (2007). Geriatric syndromes: Clinical, research and policy implications of a core geriatric concept. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(5), 780–791. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01156.x>
19. Kietlyka-Słowik, A., Michalik-Marcinkowska, U., & Zawadzka, B. (2024). The association between physical activity and quality of life among people aged 60–89 living in own homes and nursing homes. *BMC Geriatrics*, 24, 280. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-04859-5>
20. Kottner, J., Cuddigan, J., Carville, K., Balzer, K., Berlowitz, D., Law, S., Litchford, M., Mitchell, P., Moore, Z., Pittman, J., Sigauco-Roussel, D., Yee, C. Y., & Haesler, E. (2019). Prevention and treatment of pressure ulcers/injuries: The protocol for the second update of the international Clinical Practice Guideline 2019. *Journal of Tissue Viability*, 28(2), 51–58. <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2019.01.001>
21. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Boletín Oficial del Estado, núm. 299, de 15 de diciembre de 2006.
22. Lored-Figueroa, M. T., Gallegos-Torres, R. M., Xequé-Morales, A. S., Palomé-Vega, G., & Juárez-Lira, A. (2016). Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. *Enfermería Universitaria*, 13(3), 139–146. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.05.002>
23. Martínez Rodríguez, T. (2016). La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos. Fundación Pílares.
24. McCormack, B., & McCance, T. (2017). *Person-centred nursing: Theory and practice* (2nd ed.). Wiley-Blackwell.
25. Medeiros, M. M. D., Carletti, T. M., Magno, M. B., Maia, L. C., & Rodrigues-Garcia, R. C. M. (2020). Does institutionalization influence elderly's quality of life? A systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatrics*, 20, 44. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-1452-0>
26. Organización Mundial de la Salud. (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. OMS.
27. Organización Mundial de la Salud. (2020). Década del Envejecimiento Saludable 2021–2030. OMS.
28. Pérez del Molino, J., & Valderrama Gama, E. (2017). *Manual de geriatría para enfermería*. Editorial Médica Panamericana.
29. Pigłowska, M., Kostka, T., & Guligowska, A. (2023). Do determinants of quality of life differ in older people living in the community and nursing homes? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(2), 916. <https://doi.org/10.3390/ijerph20020916>
30. Resnick, B., Galik, E., & Boltz, M. (2013). Function-focused care approaches in long-term care settings. *Journal of Nursing Care Quality*, 28(3), 208–214. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0b013e31827266ad>
31. Rodríguez-Martínez, A., De-la-Fuente-Robles, Y. M., Martín-Cano, M. C., & Jiménez-Delgado, J. J. (2023). Quality of life and well-being of older adults in nursing homes: Systematic review. *Social Sciences*, 12(7), 418. <https://doi.org/10.3390/socsci12070418>
32. Santana-Berlanga, N., Porcel-Gálvez, A. M., Botello-Hermosa, A., & Barrientos-Trigo, S. (2020). Instruments to measure quality of life in institutionalised older adults: Systematic review. *Geriatric Nursing*, 41(4), 445–462. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2019.12.008>
33. Tinetti, M. E., & Kumar, C. (2010). The patient who falls: “It’s always a trade-off”. *JAMA*, 303(3), 258–266. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.2024>

34. Verbeek, H., Zwakhalen, S. M. G., van Rossum, E., Ambergen, T., Kempen, G. I. J. M., & Hamers, J. P. H. (2010). Effects of small-scale, home-like facilities in dementia care on residents' behavior, and use of physical restraints and psychotropic drugs: A quasi-experimental study. *International Psychogeriatrics*, 22(8), 1389–1399. <https://doi.org/10.1017/S1041610210001192>
35. World Health Organization. (2023). Long-term care for older people: Package for universal health coverage. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240086555>
36. World Health Organization. (2024). Strengthening long-term care systems. WHO Europe.

Parte V

ENVEJECIMIENTO EN CONTEXTOS ESPECÍFICOS Y DESAFÍOS TERRITORIALES

Envejecimiento, calidad de vida y dependencia en la población rural: El caso de Las Hurdes

María Yolanda Castaño Blanco¹, Mariana Martínez Álvarez¹,
Yeray Rodríguez Redondo²

¹ Universidad de Extremadura, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud.
Departamento de enfermería. Badajoz, España.

² Universidad de Extremadura, Facultad de Ciencias del Deporte. Departamento de
Didáctica de la expresión musical, plástica y corporal. Cáceres, España.

1.- INTRODUCCIÓN

Una de las características que han definido tradicionalmente a la comarca de las Hurdes, ha sido su aislamiento geográfico. De hecho, su ubicación sigue siendo una problemática importante para el acceso a esta población.

Este aislamiento geográfico, ha resultado ser un condicionante en el desarrollo de la comarca, pero por otro lado ha favorecido la conservación del valioso patrimonio antropológico-cultural, así como de modos de vida que se mantienen hoy todavía en vigor.

La población actual existente en la comarca, según datos del Instituto Nacional de Estadística (I.N.E. 2023), teniendo en cuenta los principales núcleos de población, se estima en un total de 5.718 personas, sin considerar los habitantes de las alquerías.

En nuestro país, cada vez es mayor el desafío demográfico al que nos enfrentamos, debido al envejecimiento progresivo de la población, sobre todo, en zonas rurales (Rivero, Conde-Caballero, & Mariano, 2020).

Para el año 2050, se estima un aumento del 6% en la población mundial de personas mayores (Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, 2022), resultando por un lado en un beneficio para la población, puesto que implica un alargamiento de la vida respecto, pero, por otro lado, supone un aumento de la problemática social en cuanto a soledad y aislamiento se refiere (Czaja, Moxley, & Rogers, 2021).

La problemática de la soledad, entendida como el sentimiento subjetivo de estar aislado (Carrasco & Araya, 2023), afecta con mayor gravedad a las

personas de edad avanzada, las cuales se encuentran particularmente expuestas a ella, por etapas propias del ciclo vital, como serían: la jubilación, el hecho de enviudar o la emancipación de los hijos.

Se estima que, en países occidentales, la prevalencia de la soledad se sitúa entre un 24 y 40% en mayores de 65 años y aumenta progresivamente con la edad (Carrasco, Fernández, Alexander, & Herrera, 2021). En España, en concreto, se estima que la prevalencia de soledad es de un 21,4% en los adultos mayores (Palma-Ayllón & Escarabajal-Arrieta, 2021).

La problemática de la soledad, se considera un problema de salud pública emergente y a su vez, está relacionado con un aumento del riesgo de padecer enfermedades crónicas, así como de enfermedades mentales (Carrasco & Araya, 2023), siendo también predictor del deterioro cognitivo (Zhong, Chen, Tu, & Conwell, 2017).

Como detonantes de este sentimiento, se encontrarían las discapacidades físicas y psíquicas, en particular si estas personas viven solas (Palma-Ayllón & Escarabajal-Arrieta, 2021). Hay que señalar que la soledad es involuntaria, y está asociada estrechamente a los déficits en la calidad percibida de las interacciones sociales que se poseen, a diferencia del hecho de “estar solo”, el cual implica un distanciamiento voluntario de la red social (Palma-Ayllón & Escarabajal-Arrieta, 2021).

Además, a la problemática de la soledad, se le asocia también el síndrome de fragilidad, entendiéndolo como tal, el estado dinámico y reversible de declive progresivo de funciones fisiológicas en múltiples sistemas corporales, considerándose así un predictor de mortalidad, así como de riesgo de discapacidad y aumento de caídas (Carrasco & Araya, 2023).

Por otro lado, hay que destacar la beneficiosa relación existente entre una buena condición física (CF) y niveles de calidad de vida (CV) elevados, además de los beneficios psicológicos que reportan (Medrano, Ortega, & Benítez, 2023), el particular modo de vida hordano a través de la actividad en sus huertos tradicionales podría estar impactando en esta situación.

A medida que envejecemos, se convierte en imprescindible el hecho de realizar algún tipo de actividad física (AF) con el objeto de mejorar la CF (Castañeda-Lechuga, Macías-Ruvalcaba, Gallegos-Sánchez, & Villarreal-Angeles, 2019), la cual se considera un importante marcador de salud.

Son varios los estudios que han podido demostrar los beneficios sobre la CF que tiene la AF, provocando un aumento de la fuerza, mejorando la resistencia cardiovascular, aumentando el equilibrio y la capacidad funcional, resultando en un mayor grado de independencia (Ballesta-García, Martínez-González-Moro, Rubio-Arias, & Carrasco-Poyatos, 2019) (Tornero-Quiriones, Sáez-Padilla, Espina, Abad, & Sierra, 2020) (Zheng & Cao, 2021) (Medrano, Ortega, & Benítez, 2023)

Dicho aumento de la CF, podría repercutir en una disminución de la fragilidad, siendo este como hemos mencionado anteriormente un proceso reversible y potencialmente abordable.

En cuanto al estado depresivo asociado a las personas mayores, hay que considerar que, al simple hecho de envejecer, se le asocia una pérdida de facultades tanto a nivel físico como psíquico, favoreciendo el estado depresivo (Sáez-Padilla, Sierra-Robles, Tornero-Quiñones, Espina-Díaz, & Carvajal-Duque, 2020).

La depresión se define como la existencia de un trastorno psicológico frecuente que provoca un efecto negativo a nivel orgánico, pudiendo llegar a ser mortal (Urbina, Flores, García, Torres, & Torrubias, 2007), resultando en un impacto negativo en la calidad de vida de las personas que lo padecen y aumentando el riesgo de padecer otras enfermedades (Portellano-Ortiz, Garre-Olmo, Calvó-Perxas, & Conde-Sala, 2018).

Para poder evitar la depresión asociada a la edad, se recomienda la AF adaptada a las personas mayores (Sáez-Padilla, Sierra-Robles, Tornero-Quiñones, Espina-Díaz, & Carvajal-Duque, 2020), resultando en un mejor estado de salud física y psíquica y menores niveles de depresión (Patiño, Arango, & Zuleta, 2013) y mejora de autoestima, mejorando por ende su calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). De hecho, se ha demostrado que el sedentarismo y un nivel bajo de AF, se considera predictor de depresión en personas mayores (Sáez-Padilla, Sierra-Robles, Tornero-Quiñones, Espina-Díaz, & Carvajal-Duque, 2020).

Se considera un desafío el conseguir que las personas mayores consigan ser protagonistas en la propia organización de su tiempo libre, a través de actividades que potencien los aspectos de la vida social (Yasielski & Gil, 2022). Así, cobra importancia el equilibrio ocupacional. El hecho de mantenerlo permitirá a la persona adaptarse y participar en la sociedad.

Se entiende por ocupación, el conjunto de actividades que tienen un significado personal y sociocultural para las personas, que permiten dar sentido y significado a sus vidas, siendo una pieza clave en la vida y salud de las personas (Yasielski & Gil, 2022). Las personas, como seres sociales, tienen la necesidad de participar en actividades creativas, productivas y lúdicas que le permiten desarrollarse como personas. La población mayor, se considera vulnerable frente a la disfunción ocupacional. De hecho, el hecho de que una persona esté implicada socialmente en la comunidad, le permite sentirse activo, productivo y útil, potenciando la salud, la independencia y el grado de autonomía, y aumentando en consecuencia la calidad de vida de la misma (Bueno & Buz, 2006).

Por otro lado, cabe mencionar la existencia de huertos tradicionales en la zona de Las Hurdes, destacando la particularidad respecto al terreno, el cual presenta una baja calidad agronómica, debido a las fuertes pendientes existentes y a la acidez que presentan sus tierras, siendo poco nutritivos.

Para ello, desde la antigüedad, supuso un reto el poder trabajar estas tierras, y para intentar superar estas barreras físicas, se construyeron bancales soportados por paredes de mampostería (Consejo Económico y Social de Extremadura, 2017). Los huertos allí instalados permanecen en la actualidad, y siguen siendo un sustento importante para muchas familias de la comarca, de ahí la importancia en analizar la calidad de vida en relación a un modo determinado de vida, que es el hurdano, donde siguen teniendo especial relevancia los huertos tradicionales.

El presente estudio podría abrir líneas de investigación en un futuro por su relevancia e implicación en sostenibilidad, salud y bienestar futuro de una población envejecida, influyendo en su CF a causa del trabajo de los mismos, (teniendo en cuenta que están contruidos en bancales) y, en consecuencia, su efecto en la CVRS de esta población.

2.- OBJETIVOS

2.1.- Objetivo general

El objetivo general de esta investigación fue realizar un análisis de la calidad de vida en la población hurdana.

2.2.- Objetivos específicos

Como objetivos específicos, se plantearon los siguientes:

- Realizar una valoración básica antropométrica y de composición corporal.
- Analizar la calidad de vida relacionada con la salud en la población hurdana.
- Valorar la condición y actividad física de la población hurdana con relación a su trabajo diario en el huerto tradicional y comparar resultados con aquellos que no disponen ni trabajan en el mismo.
- Estimar el grado de dependencia/independencia relacionada con la edad y actividad física.
- Evaluar la salud psicoemocional.
- Valorar la fragilidad de una población meramente envejecida.

3.- MATERIAL Y MÉTODOS

3.1.- Diseño

Se realizó un estudio transversal descriptivo.

3.2.- Muestra

La muestra objeto de estudio estuvo formada por 39 participantes.

Los participantes se reclutaron a través de asociaciones específicas y centros sociosanitarios mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. Se establecieron como criterios de inclusión:

- Pertenecer a los principales núcleos de población de la comarca de las Hurdes.
- Edad superior a 55 años.
- No tener ninguna contraindicación para poder realizar las pruebas de actividad física a medir.
- No tener ninguna alteración cognitiva que le impida realizar la entrevista.

Como criterios de exclusión, se establecieron los siguientes:

- Presentar patologías agudas o descompensadas en el momento de la evaluación que pudieran interferir en la realización de las pruebas físicas o en la estabilidad clínica del participante.
- Situaciones clínicas que supusieran un riesgo para la seguridad del participante durante la realización de las pruebas de actividad física.
- Deterioro cognitivo moderado o severo, diagnosticado clínicamente o detectado durante la entrevista, que impidiera la comprensión adecuada de las instrucciones o la cumplimentación de los instrumentos de evaluación.
- Limitaciones funcionales graves no contempladas en la valoración inicial que imposibilitaran la realización de las pruebas físicas básicas del estudio.
- Negativa a completar total o parcialmente los cuestionarios o pruebas requeridas para la evaluación de las variables del estudio.

Una vez obtenidos el informe favorable de la comisión de Bioética y Bioseguridad de la Universidad de Extremadura (CBBUEX), y los permisos pertinentes, se procedió al reclutamiento de la muestra. Se tuvieron en cuenta los principios de bioética de la declaración por la 75ª Asamblea General de Helsinki, Finlandia, octubre 2024.

3.3.- Instrumentos y medidas

La recogida de datos se realizó en dos sesiones. En la primera sesión, se recopiló toda la información relacionada con parámetros antropométricos y CF y la segunda sesión estuvo destinada a obtener información relacionada con datos sociodemográficos, CVRS, actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), evaluación de salud psicoemocional, fragilidad y calidad de sueño a través de cuestionarios validados.

3.3.1.- Valoración básica de antropometría y composición corporal:

Las medidas antropométricas se tomaron en condiciones estandarizadas. La altura (cm) y el peso (kg) se registró utilizando un estadiómetro (Seca 22, Hamburgo, Alemania). La circunferencia de la cintura y de la cadera (cm) se registró en bipedestación (cinta antropométrica Harpenden, Holtain Ltd). Se utilizó un bioimpedanciómetro (TANITA) para evaluar la composición corporal.

3.3.2.- Cuestionarios para valorar la CVRS:

- *Cuestionario 15-D*: Cuestionario creado para valorar la calidad de vida. Valora 15 dimensiones con 5 grados de respuesta en cada dimensión. Como resultado, contiene una medida final que va de 0 a 1, donde el 0 es la peor calidad de vida posible y el 1 la mejor (Sintonen, 2001).
- *EQ-5D-5L*: Cuestionario que valora el estado de salud, primero en niveles de gravedad por dimensiones a través de un sistema descriptivo que contiene 5 dimensiones de salud (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/ depresión) y cada una de ellas presenta cinco niveles de gravedad (sin problemas, problemas leves, problemas moderados, problemas graves y problemas extremos /imposibilidad) (Herdman et al., 2011), y posteriormente a través de una escala visual analógica (EVA). Un tercer elemento del cuestionario es el índice de valores sociales que se obtiene para cada estado de salud generado por el instrumento.

3.3.3.- Valoración de la condición física:

- *Batería corta de rendimiento físico (SPPB)*: Es una batería compuesta por 3 pruebas de observación directa que son la velocidad de marcha, el equilibrio y el tiempo en levantarse 5 veces de una silla (Guralnik et al., 1994).
- *Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ)*: Se utilizará para estimar los niveles de actividad física. Valora cuatro dominios: transporte (viajar de un lugar a otro), trabajo, tareas domésticas y tiempo libre, incluida la actividad vigorosa y moderada y las caminatas durante la semana anterior (Craig et al., 2003).
- Número de caídas en los últimos 12 meses. Valorado a través de un ítem único.
- *Test Time Up and Go (TUG)*. Permite valorar el equilibrio, y en consecuencia el riesgo de caídas. Se mide el tiempo necesario para levantarse de la silla (preferiblemente sin utilizar los bra-

zos), caminar en línea recta, girar 180°, hasta la marca situada a 3 m, (ambos pies deben rebasar la marca), darse la vuelta y sentarse nuevamente en la silla apoyando la espalda en el respaldo (Podsiadlo & Richardson, 1991).

- *Dinamometría bimanual*. Para evaluar la fuerza de agarre manual se utilizó un dinamómetro digital (TKK 5101 Grip-D; Takey, Tokio, Japón). Se realizaron un total de dos intentos, alternativamente con ambas manos. Se eligió el mejor valor de los dos ensayos para cada mano y se utilizó el promedio de ambas manos para el posterior análisis (Ruiz-Ruiz et al., 2002).
- *Test Sit and reach*. Esta prueba sirve para valorar la flexibilidad del tronco y miembro inferior. Se realiza con los participantes en el suelo con las rodillas completamente extendidas. Las caderas se colocaron en rotación neutra y completamente aducidas. Los pies de los participantes se colocan planos contra una caja. Se instruye a los participantes para que mantengan las rodillas rectas, coloquen la mano derecha sobre la izquierda, con los dedos medios alineados. Se pide a los participantes que se inclinen hacia adelante lo máximo posible, deslizando las manos a lo largo del tablero de medición, manteniendo las rodillas, los brazos y los dedos completamente extendidos y durante 2 segundos (Machin et al., 2009).
- *Test Back stretch*. Flexibilidad de los miembros superiores. Esta prueba consiste en alcanzar las manos tras la espalda. Se trata de una medida del rango de movimiento total del hombro, e implica medir la distancia entre los dedos medios o la superposición de estos por detrás de la espalda utilizando una regla. Se registrará la mejor puntuación de un total de dos intentos para cada brazo (cm) y se utilizará el promedio de ambos brazos para el posterior análisis (Rikli & Jones, 1999).
- *Velocidad de marcha habitual en 6 metros*. Consiste en medir el tiempo que la persona tarda en recorrer 6 metros a su ritmo habitual. Se realizan 2 intentos y se elige el mejor tiempo. El participante debe llevar puesto su calzado habitual y puede usar su bastón o andador. Si la prueba tuvo que ser suspendida, se registrará a qué distancia y la razón para la suspensión (Graham et al., 2008).
- *Test Sit to Stand 30 segundos*. Fuerza de los miembros inferiores. Para valorar la fuerza del tren inferior, se realizará la prueba 30-s *Chair Stand Test* que consiste en sentarse y levantarse de una silla durante 30 segundos. La prueba implica contar el número de veces que el participante puede levantarse completamente desde una posición sentada con la espalda recta y los

pies planos sobre el suelo, sin empujar con los brazos (Rikli & Jones, 1999).

- *Flamingo test*. Se utiliza para evaluar el equilibrio estático y el equilibrio corporal general. Evalúa la fuerza de los músculos de las piernas, la pelvis y el tronco, así como el equilibrio dinámico. Se anota el número de errores que cometes en un minuto, siendo el número de errores igual al número de puntos obtenidos (Panjan & Sarabon, 2010).
- *Test de 6 minutos marcha*. Resistencia cardio-respiratoria. La prueba de 6 minutos caminando, mide la distancia máxima (en metros) que cada participante puede caminar en 6 minutos a lo largo de un recorrido rectangular de 45,7 metros (Spagnuolo et al., 2010).

3.3.4.- Valoración de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria:

- *Escala de Lawton y Brody*: Valora los niveles de dependencia/independencia relacionados tanto con la edad como con la actividad física. Consta de 8 ítems, referentes a: capacidad de usar el teléfono, capacidad para hacer compras, capacidad de preparación de comida, cuidado de la casa, lavado de la ropa, uso de medio de transporte, responsabilidad respecto a su medicación y capacidad para utilizar dinero. Las puntuaciones van de 0 a 8, clasificando al sujeto de tal modo que una puntuación de 8 estaría relacionada con un estado de independencia y clasificando una puntuación de 0 como máxima dependencia (Lawton & Brody, 1969).

3.3.5.-Valoración de la salud psicoemocional:

- *Cuestionario de Equilibrio Ocupacional (OBQ-E)*: Consta de 13 preguntas a las que se debe contestar mediante escala *Likert* que se puntúa de 0 a 5, siendo 0, “completamente en desacuerdo” a 5, “totalmente de acuerdo”, pudiéndose obtener una puntuación de 0 a 65. A mayor puntuación, mayor satisfacción ocupacional (Peral Gómez, 2017).
- *Escala de Soledad de De Jong Gierveld (DJGLS)*: Consta de 11 ítems. Seis de ellos relacionados con la soledad (“Echo de menos tener un amigo muy cercano”), y los otros cinco en dirección inversa (“Siempre hay alguien con quien puedo hablar sobre mis problemas cotidianos”). La escala original tenía tres categorías de respuesta (“sí”, “más o menos” y “no”), pero los autores también propusieron utilizar la escala para establecer categorías de soledad (no sentimientos de soledad, sentimientos

moderados de soledad, sentimientos severos de soledad y sentimientos muy severos de soledad) (Tomás et al., 2017).

- *Cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNC-11*. Sirve para determinar el apoyo social percibido de los cuidadores mayores. Esta escala tiene 11 elementos en una escala de respuesta *Likert* de 1 ("mucho menos de lo que quiero") a 5 ("tanto como quiero"). La puntuación oscila entre 11 y 55 puntos. Una puntuación igual o superior a 32 indica un apoyo estándar, mientras que menos de 32 puntos indica un bajo apoyo social percibido (Broadhead et al., 1988).
- *Cuestionario Goldberg*: Para valorar el estado de salud mental, se utilizará el cuestionario de Salud General (GHQ-12), cuya puntuación global permite valorar la salud psicológica de una población (Goldberg & Williams, 1988). El GHQ-12 está formado por 12 ítems con respuestas graduadas de 0 a 3. El valor máximo que se puede obtener en la escala es de 36 puntos, y el mínimo de cero puntos, de mejor a peor salud mental. El punto de corte óptimo son 2/3 de la puntuación máxima. Puntuaciones de 12 o más indican la posibilidad de que la persona sufra un trastorno emocional (Reig-Ferrer et al., 2009).

3.3.6.-Valoración de la fragilidad:

- *Cuestionario FRAIL*. Permite valorar la fragilidad en el adulto mayor. La Escala FRAIL es un cuestionario de 5 preguntas relativas a 5 dominios: fatigabilidad, resistencia, deambulación, comorbilidad y pérdida de peso. Es rápida, puede ser completada de forma presencial o telefónica y no precisa un espacio físico para su ejecución. La puntuación oscila entre 0 y 5. Si el resultado es ≥ 1 se considera que existe alta probabilidad de fragilidad (Gleason et al., 2017).

3.4.- Análisis estadístico

Los datos fueron analizados con el programa informático IBM Social Sciences (SPSS, versión 25.0, Armong, IL, EE.UU.). La normalidad y homogeneidad de los datos se determinó mediante las pruebas de Levene y Kolmogorov-Smirnov, respectivamente. Las características iniciales y sociodemográficas de los participantes del estudio se presentarán como media (desviación estándar) para variables continuas y frecuencias y porcentajes para variables categóricas. Se utilizaron pruebas *t* de Student independientes para establecer las diferencias entre grupos de los valores de las variables con distribución normal y las pruebas *U* de Mann-Whitney para conocer las diferencias entre grupos de las variables con distribución no normal. Se considerarán diferencias significativas para $p \leq 0,05$.

4.- RESULTADOS:

4.1.- Perfil sociodemográfico

La muestra total del estudio estuvo compuesta por 39 participantes, con una mayoría de mujeres (N=30, 76.9%) frente a hombres (N=9, 23.1%).

La edad media de las mujeres fue de 69.3 años (DE = 9.88), mientras que la media de los hombres fue ligeramente inferior, 67.8 años (DE = 15.0).

En cuanto al nivel de estudios, "Estudios Primarios" fue la categoría más frecuente en ambos sexos, representando al 55.2% de las mujeres y al 55.6% de los hombres. Respecto a la situación laboral, las ocupaciones más comunes entre las mujeres fueron "Jubilada" (37.5%) y "Ama de casa" (33.3%), mientras que los hombres se repartieron equitativamente entre "Jubilado" (50%) y "Activo" (50%).

La mayoría de la muestra reportó tener un huerto tradicional (69.0% de las mujeres y 77.8% de los hombres). Sin embargo, al consultar si trabajaban activamente en él, se observó que un 66.7% de los hombres reportó hacerlo, en comparación con un 39.3% de las mujeres.

En cuanto a hábitos tóxicos, hay que destacar que el consumo de tabaco y alcohol fue minoritario. El 13.3% de las mujeres y el 22.2% de los hombres reportaron fumar, mientras que un 13.3% de las mujeres y un 44.4% de los hombres reportaron consumir alcohol.

4.2.- Perfil antropométrico de la muestra.

Respecto al análisis antropométrico de la muestra, se observaron las diferencias esperadas entre sexos: los hombres presentaron una media de altura (166 cm; DE = 10.1) y peso (76.7 kg; DE = 14.0) superior a las mujeres (151 cm; DE = 6.17 y 61.1 kg; DE = 9.71, respectivamente). A pesar de estas diferencias, el Índice de Masa Corporal (IMC) medio fue muy similar en ambos grupos, situándose en 27.0 (DE = 4.36) para las mujeres y 27.6 (DE = 2.61) para los hombres.

En cuanto a la composición corporal, las mujeres mostraron un porcentaje de grasa notablemente superior (Media = 32.4%; DE = 7.28) y un porcentaje muscular inferior (Media = 63.8%; DE = 7.60) en comparación con los hombres (Media %graso = 24.0%, DE = 6.17; Media %muscular = 72.1%, DE = 5.82).

Finalmente, aunque el perímetro de cadera fue idéntico en media (104 cm) para ambos sexos, el perímetro de cintura fue considerablemente mayor en los hombres (98.9 cm; DE = 8.64) que en las mujeres (89.6 cm; DE = 10.8). Esto resultó en un Índice Cintura-Cadera (ICC) promedio más elevado en el grupo masculino (0.950; DE = 0.037) que en el femenino (0.865; DE = 0.084).

4.3.- Análisis descriptivo de la valoración física

El análisis del rendimiento físico reveló una funcionalidad generalmente alta en la muestra. En la valoración de la prueba TUG, la mayoría de los participantes (70.3%) se clasificó como "bajo riesgo de caída". De forma similar, en la prueba de 30 segundos de levantarse y sentarse, una abrumadora mayoría (94.6%) fue clasificada como "sin riesgo".

Por un lado, al analizar los componentes de la batería SPPB, el rendimiento fue notablemente alto. La gran mayoría de los participantes obtuvo la puntuación máxima posible en las pruebas de equilibrio (pies juntos, semitándem y tándem). Además, en la velocidad de la marcha de 4 metros, el 81% de la muestra (24 mujeres y 6 hombres) también alcanzó la puntuación máxima (4 puntos). Sin embargo, el rendimiento en la prueba de 5 repeticiones de levantarse y sentarse fue más variado, aunque un 78.3% de la muestra obtuvo 3 o 4 puntos (las puntuaciones más altas).

Por otro lado, en cuanto a las mediciones directas de fuerza, los hombres presentaron una media de fuerza de prensión manual máxima (Mano derecha: 39.5 kg; DE=13.1) muy superior a la de las mujeres (Mano derecha: 22.7 kg; DE=5.43). En las pruebas de equilibrio dinámico (Flamingo test), los hombres mostraron un mejor desempeño (menos intentos/caídas; Media = 2.29) que las mujeres (Media = 4.00) con su pierna dominante.

Finalmente, en las pruebas de flexibilidad, las mujeres mostraron un mejor resultado en la prueba de flexión de tronco (sit and reach), con una media de 3.48 cm (DE=8.32), mientras que los hombres, de media, no alcanzaron a tocar la punta de los pies (Media = -2.86 cm; DE=14.4).

4.4.- Análisis de calidad de vida.

Al comparar la calidad de vida relacionada con la salud entre los participantes que tienen huerto tradicional (N=27) y los que no (N=11), se observa una tendencia general favorable al grupo que si tiene huerto.

En el cuestionario EU-5D-5L, la autopercepción global de la salud (salud_hoy) fue notablemente más alta en el grupo "Sí" (Media = 81.3; DE = 14.7) que en el grupo "No" (Media = 71.1; DE = 21.9). Esta tendencia se mantuvo en las cinco dimensiones del cuestionario (movilidad, autocuidado, actividades cotidianas, dolor y ansiedad), donde el grupo con huerto reportó sistemáticamente menos problemas (puntuaciones medias más bajas).

Este patrón fue ampliamente confirmado por los resultados del cuestionario 15D. El grupo con huerto tradicional ("Sí") presentó mejores puntuaciones medias (menos problemas) en 12 de las 15 dimensiones de salud. Las diferencias fueron especialmente notables en las dimensiones de visión (Media "Sí" 1.41 vs. "No" 1.91), dormir (Media "Sí" 1.81 vs. "No" 2.27) e incomodidad (Media "Sí" 1.54 vs. "No" 2.10). Sin embargo, las únicas excepciones donde el grupo "No" reportó una media ligeramente mejor fueron "respiración", "discurso" y "sexual".

4.5.- Relación entre las variables antropométricas y el hecho de tener huerto o no.

El análisis de la valoración física revela varios hallazgos clave. A diferencia de los cuestionarios de salud, aquí sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas en varias mediciones clave entre el grupo "No" (presumiblemente "Sin Huerto") y el grupo "Sí" ("Con Huerto").

Por un lado, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en tres variables importantes. Por un lado, en el Índice Cintura-Cadera (ICC); la prueba T de Student mostró una diferencia significativa con un p valor de 0.020. Asimismo, el grupo "Sí", presentó un ICC significativamente más bajo, con una media de 0.862, que el grupo "No", que tuvo una media de 0.933, lo cual sugiere un perfil de riesgo cardiometabólico más favorable.

Por otro lado, en la valoración del Equilibrio (Semitándem y Tándem), los hallazgos revelan se encontraron diferencias significativas. Para el equilibrio semitándem, se obtuvo un p valor de 0.038, siendo el mismo valor que para el equilibrio tándem. De este modo, en ambos casos, el grupo "Sí", obtuvo medias de tiempo significativamente más altas, entendiéndose, así como "mejor equilibrio" que el grupo "No".

Sin embargo, en la gran mayoría de las demás pruebas de rendimiento físico y antropometría, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p > 0.05$).

En los datos antropométricos, no se encontraron diferencias significativas en el IMC, con un valor de p de 0.445. En cuanto al porcentaje de grasa corporal, el valor de p obtenido fue de 0.144 y del porcentaje de masa muscular con un p valor de 0.154.

En la misma línea, respecto a la valoración de la fuerza, no se encontraron diferencias en la fuerza máxima de la mano derecha ($p = 0.186$) ni de la mano izquierda ($p = 0.243$).

Tampoco hubo diferencias significativas ni en la velocidad de la marcha ($p = 0.324$) ni en la resistencia ($p = 0.432$).

Por último, las pruebas de flexibilidad tampoco revelaron significación estadística, ni con la prueba *Sit and Reach* ($p = 0.482$) ni con la *Back Scratch* ($p > 0.120$).

4.6.- Análisis de correlación:

El análisis de correlación de Pearson se utilizó para identificar las variables con mayor asociación con la calidad de vida (medida por el cuestionario 15D).

Se encontraron varias correlaciones estadísticamente significativas. Los predictores más fuertes de una mejor calidad de vida, mostrados por una correlación positiva, fueron un mayor rendimiento en la prueba de 6 minutos marcha ($R = 0.805$, $p < .001$), una mayor independencia funcional, evaluado

a través del cuestionario de Lawton y Brody ($R = 0.595$, $p < .001$) y un mayor porcentaje muscular ($R = 0.389$, $p = 0.028$).

Por el contrario, los predictores más fuertes de una peor calidad de vida (correlaciones negativas) fueron una mayor fragilidad, valorado a través de la escala Frail ($R = -0.748$, $p < .001$), una mayor soledad, evaluada a través de la Escala de Soledad de Jong Gierveld ($R = -0.501$, $p = 0.003$), una peor salud mental, medida a través del Cuestionario Goldberg ($R = -0.423$, $p = 0.014$) y un mayor porcentaje de grasa corporal ($R = -0.373$, $p = 0.036$).

Además, es importante destacar que, variables como la actividad física, valorada a través del cuestionario IPAQ ($p = 0.320$), el IMC ($p = 0.141$) y el apoyo social percibido, registrado a través de cuestionario de DUKE UNC-11 ($p = 0.175$) no mostraron una correlación estadísticamente significativa con cuestionario para valorar la calidad de vida (15D) en esta muestra.

4.7. Resultados del análisis de regresión lineal.

Se realizó un análisis de regresión lineal múltiple para identificar los predictores de calidad de vida (15D). El modelo, que incluyó la fragilidad (escala Frail), la soledad (Escala de soledad de Jong Gierveld) y la independencia funcional (escala de Lawton Brody), resultó ser estadísticamente significativo y explicó un 65.9% de la varianza total de la calidad de vida ($R^2 = 0.659$).

El análisis de los coeficientes del modelo reveló que dos de los tres predictores, tenían un impacto estadísticamente significativo:

- En primer lugar, la fragilidad, fue el predictor más fuerte, mostrando una relación negativa y altamente significativa (Estimador = -0.074 , $p < .001$).
- En segundo lugar, la valoración de la soledad también fue un predictor significativo, con una relación negativa (Estimador = -0.013 , $p = 0.034$).
- Por último, la independencia funcional, no fue un predictor estadísticamente significativo ($p = 0.178$) en este modelo.

Estos resultados sugieren que, incluso controlado por otros factores, una mayor fragilidad y un mayor sentimiento de soledad son los predictores claves que se asocian a una peor calidad de vida en esta muestra.

DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio permiten caracterizar el envejecimiento en la población rural de Las Hurdes como un fenómeno multifactorial, en el que coexisten niveles relativamente preservados de funcionalidad física con una elevada influencia de factores psicosociales que influyen en la calidad de vida de la población. Dichos resultados, concuerdan con la evidencia reciente, que señala que el envejecimiento en entornos rurales está condicionado por el aislamiento geográfico, la menor disponibilidad de recursos sanitarios y la persistencia de estilos de vida tradicionales, destacando la im-

portancia de promover un envejecimiento activo (Ponce de León Romero & Andrés Cabello, 2017).

En cuanto a las características sociodemográficas, la feminización de la muestra y el bajo nivel educativo, reflejan el perfil habitual en poblaciones rurales envejecidas, donde las mujeres presentan mayor esperanza de vida, pero a su vez, mayor exposición a situaciones de vulnerabilidad social en edades avanzadas (Sala, 2022). La elevada proporción de personas vinculadas al huerto tradicional en este grupo poblacional sugiere la continuidad de actividades de autoconsumo, las cuales han sido asociadas recientemente con mayor bienestar subjetivo y mayor participación significativa en la vejez. De hecho, se ha desarrollado específicamente un programa de intervenciones hortícolas que aumenten las experiencias afectivas positivas en este grupo etario (Meléndez, 2022).

Desde el punto de vista antropométrico, el IMC presente en la presente muestra, señala un rango de sobrepeso en ambos sexos, lo cual es similar a las tendencias observadas en población mayor europea, donde el envejecimiento se asocia a cambios en la composición corporal y aumento de adiposidad (Pérez-Rodrigo et al., 2022). Las diferencias encontradas entre sexos en la distribución de porcentaje de grasa y de masa muscular están acorde con la literatura reciente, que muestra mayor adiposidad en mujeres y mayor masa magra en hombres incluso en edades avanzadas (Schorr et al., 2018).

En referencia a la capacidad funcional, los resultados muestran un rendimiento globalmente alto en pruebas como SPPB, TUG y velocidad de la marcha; lo cual sugiere una preservación funcional relativamente elevada, siendo relevante teniendo en cuenta un contexto rural envejecido. En esta misma línea, son varios los estudios que han demostrado que, niveles moderados de actividad cotidiana, como la agricultura de autoconsumo, jardinería y la horticultura, se asocian con menor riesgo de deterioro funcional y fragilidad (Wang et al., 2025).

Respecto a las diferencias encontradas entre sexos en fuerza de prensión y equilibrio dinámico, se ven reflejados patrones ampliamente descritos en la literatura reciente, donde los hombres mantienen mayor fuerza muscular y las mujeres tienden a conservar mejor la flexibilidad (Marsala et al., 2023). Todo ello influye de manera directa en la evolución de la fragilidad y el riesgo de dependencia, teniendo en cuenta que el sexo femenino presenta mayor prevalencia de fragilidad, estando la misma asociada a deterioro de fuerza, movilidad y equilibrio mientras los hombres muestran mayor mortalidad asociada a la pérdida funcional (Zeidan et al., 2023).

Reforzando los hallazgos más relevantes del presente estudio, como es la asociación positiva entre la posesión de huerto tradicional y una mejor calidad de vida relacionada con la salud, se puede afirmar que en la muestra obtenida, los participantes con huerto presentan mejores puntuaciones en dimensiones como movilidad y bienestar general. Estos hallazgos son cohe-

rentes con la evidencia científica actual, la cual indica que la jardinería y el contacto con entornos naturales se relacionan con mejoras en la salud física, el bienestar psicológico, una disminución de los niveles de estrés en la población de personas mayores, así como una mejora en la calidad de vida.

Sin embargo, las diferencias encontradas respecto a rendimiento físico entre grupos son limitadas, lo cual sugiere que el efecto de trabajar el huerto no se explica únicamente por la actividad física cuantificable. Este hallazgo es consistente con los modelos actuales de envejecimiento activo, que enfatizan la interacción entre actividad física, participación social y significado ocupacional como determinantes del bienestar, como indica la Organización Mundial de la Salud (OMS) en las actualizaciones del marco de envejecimiento saludable o envejecimiento activo.

Asimismo, los análisis de correlación y regresión muestran que la calidad de vida se asocia principalmente con la fragilidad, la soledad y la salud mental, más que con variables físicas tradicionales como el IMC o la actividad física autoinformada. En concreto, la fragilidad surge como el principal predictor negativo de calidad de vida, en consonancia con la evidencia que la identifica como un síndrome central en la vulnerabilidad del envejecimiento (Crocker et al., 2019). Del mismo modo, la soledad ha sido ampliamente reconocida como un determinante crítico de deterioro físico y psicológico en personas mayores (Patil & Braun, 2024).

La ausencia de asociación significativa en los resultados de la presente muestra entre actividad física autoinformada (IPAQ) y calidad de vida puede verse explicado por las limitaciones de estos instrumentos en contextos rurales, donde gran parte de la actividad física es no estructurada y no siempre captada por cuestionarios estándar (Sattler et al., 2020).

De manera global, los hallazgos sugieren que el envejecimiento en la población rural de Las Hurdes se caracteriza por una relativa preservación funcional, pero con una fuerte influencia de factores psicosociales en la calidad de vida. El hecho de mantener actividades tradicionales como el huerto, parece desempeñar un papel relevante no solo como fuente de actividad física, sino también como elemento de identidad, estructura vital y bienestar emocional, lo cual está en consonancia con los modelos contemporáneos de envejecimiento saludable, que enfatizan la importancia del entorno, la participación social y el significado de la actividad en la vejez (OMS, 2023).

CONCLUSIONES

El envejecimiento en la población rural de Las Hurdes se caracteriza por ser un proceso en el que coexisten una funcionalidad física globalmente conservada con una fuerte influencia de factores psicosociales en la calidad de vida. Desde el punto de vista antropométrico, se observa un perfil de sobrepeso en ambos sexos, con diferencias en la composición corporal, desta-

cando mayor adiposidad en mujeres y mayor masa muscular y riesgo cardiometabólico en hombres.

La CVRS es, en general, mejor en las personas que disponen de huerto tradicional, especialmente en dimensiones como movilidad, y bienestar general, lo que sugiere un posible efecto beneficioso de esta actividad que más allá del componente exclusivamente físico. Paralelamente, la población muestra un rendimiento funcional relativamente alto, con buen desempeño en pruebas de equilibrio, marcha y autonomía básica, aunque las diferencias entre grupos son limitadas para la mayoría de las variables físicas.

Por otro lado, la independencia funcional se mantiene en niveles adecuados, pero su influencia en la calidad de vida es menor cuando se consideran otros factores. En este sentido, la fragilidad y la soledad emergen como los principales determinantes negativos del bienestar, por encima de variables antropométricas o de actividad física.

A nivel global, podemos concluir que, los hallazgos sugieren que la calidad de vida en esta población rural está más condicionada por factores psicosociales y de fragilidad que por la condición física en sí misma. El huerto tradicional se postula como un elemento potencialmente protector del bienestar, puesto que integra actividad física, significado ocupacional y contacto con el entorno, lo que refuerza la importancia de abordar el envejecimiento rural desde una perspectiva integral y multidimensional.

REFERENCIAS

- Ballesta-García, I., Martínez-González-Moro, I., Rubio-Arias, J. Á., & Carrasco-Poyatos, M. (2019). High-intensity interval circuit training versus moderate-intensity continuous training on functional ability and body mass index in middle-aged and older women. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(21), 4205. <https://doi.org/10.3390/ijerph16214205>
- Broadhead, WE, Gehlbach, SH, De Gruy, FV & Kaplan, BH (1988). El cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC: medición del apoyo social en pacientes de medicina familiar. *Medical care*, 709-723. <https://www.jstor.org/stable/3765493>
- Bueno, M. B., & Buz, D. J. (2006). Jubilación y tiempo libre en la vejez. Portal Mayores, Informes (n.º 65). <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/11/9.pdf>
- Carrasco, B., & Araya, A. X. (2023). Soledad y fragilidad en personas mayores que viven en comunidad: Una revisión integrativa. *Horizonte de Enfermería*.
- Carrasco, M., Fernández, M. B., Alexander, E., & Herrera, M. S. (2021). Loneliness in older Chilean people: Importance of family dysfunction and depression. *International Journal of Mental Health and Psychiatry*, 23(1), 99–109. <https://doi.org/10.32604/IJMHP.2021.011568>
- Castañeda-Lechuga, C. H., Macías-Ruvalcaba, S., Gallegos-Sánchez, J. J., & Villarreal-Angeles, M. A. (2019). Mejora de constructos físicos en adultos mayores de la zona norte de México. *Retos*, 37, 258–263. <https://doi.org/10.47197/retos.v37i37.62258>
- Consejo Económico y Social de Extremadura. (2017). *Las Hurdes: Informe e iniciativa propia del Consejo Económico y Social de Extremadura*. Diputación Provincial de Cáceres. https://www.juntaex.es/documents/77055/2896954/HURDES_DEFINITIVO_PARA_WEB.pdf/a62b607b-0351-e954-d935-288ff29de36b?t=1698656534306

- Craig, C. L., Marshall, A. L., Sjöström, M., Bauman, A. E., Booth, M. L., Ainsworth, B. E., ... Oja, P. (2003). International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Medicine & science in sports & exercise*, 35(8), 1381-1395. DOI: 10.1249/01.MSS.0000078924.61453.FB
- Crocker, T. F., Brown, L., Clegg, A., Farley, K., Franklin, M., Simpkins, S., & Young, J. (2019). Quality of life is substantially worse for community-dwelling older people living with frailty: Systematic review and meta-analysis. *Quality of Life Research*, 28(8), 2041–2056. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02149-1>.
- Czaja, S. J., Moxley, J. H., & Rogers, W. A. (2021). Social support, isolation, loneliness, and health among older adults in the PRISM randomized controlled trial. *Frontiers in Psychology*, 12, 4307. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.4307>
- Gleason, LJ, Benton, EA, Alvarez-Nebreda, ML, Weaver, MJ, Harris, MB y Javedan, H. (2017). Herramienta de cribado del cuestionario FRAIL y resultados a corto plazo en pacientes geriátricos con fracturas. *Journal of the American Medical Directors Association*, 18 (12), 1082-1086. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.07.005>
- Goldberg, D & Williams, P. (1988). *Guía del usuario del Cuestionario de Salud General*. Windsor, Reino Unido: NFER-Nelson.
- Graham, JE, Ostir, GV, Kuo, YF, Fisher, SR, & Ottenbacher, KJ (2008). Relación entre la metodología de la prueba y la velocidad media en las pruebas de marcha cronometradas: una revisión. *Archives of physical medicine and rehabilitation*. Doi:10.1016/j.apmr.2007.11.029
- Guralnik, JM, Simonsick, EM, Ferrucci, L., Glynn, RJ, Berkman, LF, Blazer, DG, ... Wallace, RB (1994). Una batería breve de rendimiento físico que evalúa la función de las extremidades inferiores: asociación con. *Journal of gerontology*, 49 (2), M85-M94.
- Herdman, M., Gudex, C., Lloyd, A., Janssen, M. F., Kind, P., Parkin, D., et al (2011). Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L). *Quality of life research*, 20(10), 1727-1736. <https://doi.org/10.1007/s11136-011-9903-x>
- Instituto Nacional de Estadística. (2023). *Padrón municipal 2023: Comarca de Las Hurdes*. <https://www.ine.es>
- Lawton, MP, & Brody, EM (1969). Evaluación de las personas mayores: actividades de automantenimiento e instrumentales de la vida diaria. *The gerontologist*. Doi: https://doi.org/10.1093/geront/9.3_Part_1.179
- Machin, D., Campbell, MJ, Tan, SB, Tan, SH y Tan, S. (2009). *Tablas de tamaño muestral para estudios clínicos* (Vol. 3). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Marsala, M. J., Belfry, S., Orange, J. B., & Christie, A. D. (2023). Sex-related differences in functional fitness outcomes in older adults. *Journal of Aging and Physical Activity*, 31(4), 556–567. <https://doi.org/10.1123/japa.2022-0071>.
- Medrano, R., Ortega, R., & Benítez, J. D. (2023). Calidad de vida: Actividad y condición física en mujeres adultas. *Retos*, 47, 138–145.
- Meléndez, A. M. C. (2022). *Programa de Terapia Hortícola para el Bienestar Afectivo del Adulto Mayor Institucionalizado* (Doctoral dissertation, Ponce Health Sciences University).
- Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. (2022). *Perspectivas de la población mundial 2022: Resumen de resultados*. https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/wpp2022_summary_of_results.pdf
- Palma-Ayllón, E., & Escarabajal-Arrieta, M. D. (2021). Efectos de la soledad en la salud de las personas mayores. *Gerokomos*, 32(1), 22–25.
- Panjan, a & Sarabon, N. (2010). Revisión de métodos para la evaluación del equilibrio del cuerpo humano. *Sport Science Review*, 19(5–6).

- 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>.
- Patiño, F. A., Arango, E. F., & Zuleta, L. (2013). Ejercicio físico y depresión en adultos mayores: Revisión sistemática. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(2), 198–211.
- Peral Gómez, P. (2017). Equilibrio ocupacional en estudiantes de terapia ocupacional. <http://hdl.handle.net/11000/3768>
- Pérez-Rodrigo, C., Citores, M. G., Bárbara, G. H., & Aranceta-Bartrina, J. (2022). Prevalencia de obesidad y obesidad abdominal en la población española de 65 y más años de edad: estudio ENPE. *Medicina clínica*, 158(2), 49-57
- Podsiadlo, D., & Richardson, S. (1991). The timed “Up & Go”: a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *Journal of the American geriatrics Society*, 39(2), 142-148. doi: 10.1111/j.1532-5415.1991.tb01616.x.
- Ponce de León Romero, L., & Andrés Cabello, S. (2017). Envejecimiento activo en el ámbito rural en España. *EHQUIDAD. Revista Internacional De Políticas De Bienestar Y Trabajo Social*, (7), 175–198. <https://doi.org/10.15257/ehquidad.2017.0006>
- Portellano-Ortiz, C., Garre-Olmo, J., Calvó-Perxas, L., & Conde-Sala, J. L. (2018). Depresión y variables asociadas en personas mayores de 50 años en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.10.003>
- Reig-Ferrer, A., Cabrero-García, J., & Tudela, L. L. (2009). Assessment of functional capacity, psychological well-being and mental health in primary care. *Atencion Primaria*, 41(9), 515. doi: 10.1016/j.aprim.2008.10.015.
- Rikli, RE, & Jones, CJ (1999). Desarrollo y validación de una prueba de aptitud funcional para adultos mayores que viven en la comunidad. *Journal of aging and physical activity* , 7 (2), 129-161. DOI: <https://doi.org/10.1123/japa.7.2.129>
- Rivero, B., Conde-Caballero, D., & Mariano, L. (2020). Educación para la salud y alimentación en personas mayores. Tradición, cultura y autoridad en Las Hurdes (Extremadura-España). *Agathos*, 3.
- Ruiz-Ruiz, J., Mesa, JL, Gutiérrez, A., & Castillo, MJ (2002). El tamaño de la mano influye en la amplitud de agarre óptima en mujeres, pero no en hombres. *The Journal of hand surgery* , 27 (5), 897-901. doi: 10.1053/jhsu.2002.34315.
- Sáez-Padilla, J., Sierra-Robles, Á., Tornero-Quiñones, I., Espina-Díaz, A., & Carvajal-Duque, P. (2020). Condición física relacionada con depresión y calidad de vida en personas mayores. *Revista de Psicología del Deporte*, 29(1), 113–122.
- Sala, J. C. A. (2022). *Envejecimiento activo, bienestar y calidad de vida en áreas rurales*. Wanceulen SL.
- Sattler, M. C., Jaunig, J., Tösch, C., Watson, E. D., Mekkink, L. B., Dietz, P., & van Poppel, M. N. M. (2020). Current evidence of measurement properties of physical activity questionnaires for older adults: An updated systematic review. *Sports Medicine*, 50(7), 1271–1315. <https://doi.org/10.1007/s40279-020-01268-x>
- Schorr, M., Dichtel, L. E., Gerweck, A. V., Valera, R. D., Torriani, M., Miller, K. K., & Bredella, M. A. (2018). Sex differences in body composition and association with cardiometabolic risk. *Biology of Sex Differences*, 9, 28. <https://doi.org/10.1186/s13293-018-0189-3>
- Sintonen, H. (2001). El instrumento 15D de calidad de vida relacionada con la salud: propiedades y aplicaciones. *Annals of Medicine* , 33 (5), 328–336. <https://doi.org/10.3109/07853890109002086>
- Spagnuolo, DL, Juergensen, SP, Iwama, AM y Dourado, VZ (2010). Caminar para evaluar el equilibrio en sujetos sanos mayores de 40 años. *Gerontología* , 56 (5), 467-473. doi: 10.1159/000275686

- Tomás, J. M., Pinazo-Hernandis, S., Donio-Bellegarde, M., & Hontangas, P. M. (2017). Validity of the de Jong Gierveld Loneliness Scale in Spanish older population: competitive structural models and item response theory. *European journal of ageing*, 14(4), 429-437. doi: 10.1007/s10433-017-0417-4.
- Tornero-Quiñones, I., Sáez-Padilla, J., Espina, A., Abad, T. M., & Sierra, Á. (2020). Functional ability, frailty and risk of falls in the elderly. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(3), 1006. <https://doi.org/10.3390/ijerph17031006>
- Urbina, J. R., Flores, J. M., García, M. P., Torres, L., & Torrubias, R. M. (2007). Síntomas depresivos en personas mayores. *Gaceta Sanitaria*, 21(1), 37–42.
- Wang J, Niu X, Guo R, Liu N, Zhang W, Zhao M and Wang J (2025) Feasibility and effects of horticultural activities on frailty, physical function, and quality of life among older adult residents in nursing homes: a quasi-experimental study. *Front. Public Health* 13:1562157. doi: 10.3389/fpubh.2025.1562157.
- Yasielski, M. V., & Gil, X. (2022). Prevención de la discapacidad: Maximizar la expectativa de vida autónoma para el envejecimiento saludable (pp. 89–101). Universidad Nacional de La Matanza. <http://repositoriocyf.unlam.edu.ar/handle/123456789/2165>
- Zeidan, R. S., McElroy, T., Rathor, L., Martenson, M. S., Lin, Y., & Mankowski, R. T. (2023). Sex differences in frailty among older adults. *Experimental Gerontology*, 184, 112333. <https://doi.org/10.1016/j.exger.2023.112333>.
- Zheng, J., & Cao, Y. (2021). Effects of plaza dancing on physical function and quality of life in middle-aged and elderly women. *American Journal of Translational Research*, 13(9), 10477–10484.
- Zhong, B. L., Chen, S. L., Tu, X., & Conwell, Y. (2017). Loneliness and cognitive function in older adults: Findings from the Chinese longitudinal healthy longevity survey. *Journal of Gerontology: Series B*, 72(1), 120–128.

