

Percepción de las personas mayores en relación con sus necesidades psicosociales

Beatriz González Arranz ¹Ph.D., Sara Jiménez García-Tizón ²Ph.D.

Resumen

Objetivo: La atención psicosocial en el envejecimiento es imprescindible. Por ello, conocer cuáles son sus necesidades desde sus propias concepciones puede ser de vital importancia. El objetivo del estudio es explorar las necesidades psicosociales que presentan los mayores que acuden a terapia psicológica a partir de sus propias concepciones.

Métodos: Se analizaron las concepciones expresadas verbalmente de 96 personas, de entre 60 y 90 años que demandaron atención psicológica. El estudio se sustenta en el paradigma cualitativo desde la concepción metodológica de la fenomenología y de la Teoría Fundamentada. El discurso de los participantes fue obtenido a través de entrevistas no estructuradas. A través de un proceso de comparación constante, de codificación abierta y axial, los datos sobre sus necesidades fueron categorizados y cuantificados para su análisis.

Resultados: Emergieron seis categorías de necesidades (a nivel emocional, cognitivo, físico, conductual, social y medioambiental), con diferentes subcategorías. Se destaca la necesidad de ayuda en la aceptación y adaptación a las enfermedades físicas; para resolver problemas familiares con los hijos y entre la pareja, incluyendo el apoyo en el proceso de separación; promocionar su autonomía y autocuidado; romper el aislamiento social; evaluar dificultades cognitivas, estimular actividades de aprendizaje y ayuda en la elaboración del duelo. Existieron diferencias significativas en función de la edad, estado civil y nivel educativo.

Conclusión: Examinar las quejas y demandas que presentan los mayores permitirá orientar y priorizar las políticas sociales con el fin de paliar sus necesidades psicosociales y diseñar planes de intervención adaptados actualmente a su realidad.

Palabras clave: Envejecimiento, necesidades psicosociales, apoyos, bienestar psicosocial, calidad de vida.

ISSUE N°1

JUNIO

2025

Recibido:

22/04/2025

Aceptado:

09/05/2025

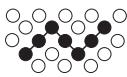
Abstract

Objective: Psychosocial care in aging is essential. Therefore, understanding the needs of older adults from their own perspectives can be of vital importance. The aim of this study is to explore the psychosocial needs expressed by older individuals who attend psychological therapy, based on their own conceptions.

Methods: The verbally expressed conceptions of 96 individuals, aged between 60 and 90, who sought psychological care were analyzed. The study is grounded in the qualitative paradigm, following the methodological approaches of phenomenology and Grounded Theory. Participants' discourse was collected through unstructured interviews. Using a process of constant

(1) Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca, Salamanca, España.
beatrizumaps@usal.es

(2) Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca, Salamanca, España.
sarajim@usal.es



Percepción de las personas mayores en relación con sus necesidades psicosociales

comparison, open and axial coding, the data regarding their needs were categorized and quantified for analysis.

Results: Six categories of needs emerged (emotional, cognitive, physical, behavioral, social, and environmental), each with various subcategories. Notable findings include the need for support in accepting and adapting to physical illnesses; resolving family conflicts with children and between couples, including support during separation processes; promoting autonomy and self-care; breaking social isolation; assessing cognitive difficulties; stimulating learning activities; and providing support in grief processing. Significant differences were found based on age, marital status, and educational level.

Conclusion: Examining the complaints and demands of older adults will help guide and prioritize social policies aimed at alleviating their psychosocial needs and designing intervention plans that are currently adapted to their reality.

Keywords: aging, psychosocial needs, support, psychosocial well-being, quality of life.

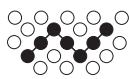
Introducción

El envejecimiento es un proceso natural a lo largo del ciclo vital. Existen necesidades que siempre estarán presentes, dado que van aparejadas al hecho natural de envejecer. Sabemos que estas necesidades han de ser asumidas en nuestra sociedad y que se les debe dar respuesta desde nuestra comunidad (Casas et al., 2001). El cambio en la pirámide poblacional ha supuesto un envejecimiento demográfico que nos lleva a considerar este proceso como un problema de salud pública (Puig et al., 2000). Ello tiene consecuencias no solo a nivel sanitario, sino también a nivel psicológico y social, que requieren ser abordadas desde una perspectiva multidimensional (Alvarado, 2014).

Son muchas las investigaciones que nos han permitido conocer más sobre el proceso de envejecimiento y las diferentes dificultades asociadas al mismo, dificultades tanto físicas, como psicológicas y sociales (Triadó et al., 2021). En este sentido podemos encontrar problemas físicos relacionados con enfermedades o con cambios físicos asociados a la edad (p. ej., problemas en el sistema circulatorio, óseo-musculares, de visión o de audición, etc.); problemas psicológicos relacionados con cambios cognitivos, afectivos, apatía, etc.; o problemas sociales relacionados con la economía, la estructura familiar, el aislamiento social, etc. No obstante, los patrones de envejecimiento no son algo constante, si no que sufren diferencias en las distintas sociedades, en los distintos grupos y en diferentes épocas de la historia (Monreal et al., 2009).

Así, los cambios sociodemográficos sitúan a los profesionales ante nuevos retos y suponen un fuerte impacto en las políticas sociales, en los intereses y prácticas profesionales, en el diseño y la provisión de servicios y apoyos (Gómez et al., 2008). Los costes sociales y económicos que supone abordar y dar respuesta desde las instituciones ha impulsado un creciente interés por especificar cuáles son las necesidades de las personas mayores en la sociedad actual, con dos objetivos. Por un lado, dotar de recursos y servicios que proporcionen una atención ajustada a las necesidades de cada persona, posibilitando a las mismas una mayor permanencia en su medio habitual. Por otro lado, la necesidad de orientar y priorizar las políticas sociales hacia esas necesidades derivadas (Casas et al., 2001).

La disponibilidad de recursos no es lo que debe priorizar y determinar los planes de asistencia. Al contrario, las necesidades presentadas por las personas mayores deben determinar los tipos de servicios y apoyos que se desarrollan para suplirlas. Es necesaria una valoración basada en la percepción de las propias personas mayores sobre sus propias necesidades. No debemos usar criterios establecidos por expertos que ignoren la propia percepción de las personas mayores y sus aspiraciones. Por ello, el objetivo de este estudio es realizar un análisis cualitativo sobre las necesidades psicosociales que presentan las personas mayores. La categorización de estas necesidades y los porcentajes asociados a las mismas nos puede aportar un mejor conocimiento de su realidad actual, lo cual nos permitirá diseñar planes de intervención adaptados a esa realidad.



González Arranz, Jiménez García-Tizón

MATERIALES Y MÉTODO

Participantes

La muestra del estudio fue de 96 personas (81 mujeres y 15 varones), con una edad media de 73 años. La mayoría estaban casadas (46%) y tenían una media de dos hijos. La mayor parte contaban con estudios básicos (52%), siendo muy bajo el porcentaje que no tenía estudios (1%). Todos los participantes eran usuarios de una unidad de atención psicosocial para personas mayores de Salamanca. Los criterios de inclusión para pertenecer a la unidad son ser una persona mayor de 60 años y presentar un envejecimiento normal (no hay un diagnóstico de demencia). Todos firmaron el consentimiento informado para participar en el estudio. En la Tabla 1 se pueden observar de manera detallada las características sociodemográficas de los participantes.

Tabla 1

Características sociodemográficas de la muestra.

Variable	Total (n=96)
Sexo, n (%)	
Hombre	15 (15.6)
Mujer	81 (84.4)
Estado civil, n (%)	
Casado/a	44 (45.8)
Divorciado/a	7 (7.3)
Separado/a	5 (5.2)
Soltero/a	9 (9.4)
Viudo/a	31 (32.3)
Nivel educativo, n (%)	
Sin estudios	1 (1)
Básicos	50 (52.1)
Graduado escolar	12 (12.5)
Bachiller/COU	8 (8.3)
Formación profesional/superior	10 (10.4)
Estudios universitarios	10 (14.3)
Media (DT) de edad (años)	73.4 (7.48) min. 60 - máx. 93
Media (DT) de número de hijos	2 (1.5)

Diseño y Análisis de datos

El estudio se sustentó en el paradigma cualitativo desde la concepción metodológica de la fenomenología y de la Teoría Fundamentada (Strauss y Corbin, 2002), la cual facilita el acceso y conocimiento de las necesidades de las personas mayores fundamentándose exclusivamente en los datos recogidos durante las entrevistas. El objetivo es conocer estas necesidades a partir de sus propias concepciones expresadas verbalmente por los sujetos. Así, la teoría fundamentada destaca su desarrollo en forma de un proceso simultáneo de recolección, codificación y análisis hasta que se produce la saturación (Glaser y Strauss, 1967).

Para recolectar la información se recurrió a entrevistas no estructuradas que se realizaron a lo largo de un proceso terapéutico individual, desde una perspectiva sistémica. Las preguntas que se realizan son exhaustivas y no orientan al paciente en una u otra dirección, sino que le permiten expresarse con la mayor libertad posible (Bonilla, 2005). Durante la entrevista se recogieron variables sociodemográficas (género, edad, número de hijos, estado civil y nivel educativo) e información respecto a sus problemas y necesidades tal como son expresadas por ellos mismos. Estos informes fueron utilizados como unidad de análisis.

Con el objetivo de encontrar similitudes y contrastes entre los datos, se utilizó el método de comparación constante (Strauss y Corbin, 2002). Según estos autores dicho método nos lleva a dos tipos de codificaciones, la abierta y la axial. A lo largo de cada entrevista se tomó nota de las palabras clave y de todas las observaciones oportunas. Posteriormente estos datos se descompusieron sistemáticamente en partes más pequeñas, que se fueron comparando entre sí. Durante este proceso se buscó identificar las propiedades y las dimensiones al igual que la caracterización de conceptos claves (codificación abierta). En la siguiente etapa los datos fragmentados anteriormente se reagruparon y de su lectura y relectura surgieron sus propiedades (codificación axial). De esta forma se logró la saturación teórica y la emergencia de categorías y subcategorías. Para la realización de este proceso se ha utilizado el software MaxQDA 2020.

Posteriormente se realizó el análisis cuantitativo en relación con las frecuencias y porcentajes de cada categoría y subcategoría. Con la finalidad de contrastar si existían diferencias significativas entre algunas de las variables se

Percepción de las personas mayores en relación con sus necesidades psicosociales

realizó la prueba χ^2 (ji-cuadrado) de Pearson. Para realizar los análisis estadísticos se empleó el paquete informático SPSS® para Windows (Statistical Package for Social Sciences) en su versión 27 (SPSS, 2020).

Se utilizaron diferentes métodos para dar un mayor rigor y calidad al estudio. De acuerdo con Castillo y Vásquez (2003), la calidad científica de la investigación cualitativa se obtiene por la credibilidad, la dependencia, la confirmabilidad y la transferibilidad. Para una buena credibilidad, durante el transcurso de las entrevistas se llevaron a cabo feedbacks para asegurar una correcta comprensión de los problemas y necesidades transmitidos por los entrevistados. Para asegurar la dependencia o fiabilidad se explicaron los criterios de inclusión de la muestra y el contexto donde se llevaron a cabo las entrevistas; además se utilizó un procedimiento de fiabilidad interjueces, en el que dos investigadores analizaron los datos recogidos en las sesiones y los codificaron en las categorías emergentes. Respecto a la transferibilidad o a qué tanto se ajustan los

resultados con otro contexto se es consciente de las limitaciones existentes en la generalización de los resultados obtenidos de la muestra, siendo estos representativos de un sector de la población mayor.

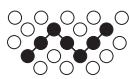
RESULTADOS

Se establecieron seis categorías de necesidades (a nivel emocional, cognitivo, físico, conductual, social y medioambiental) alimentadas por diferentes subcategorías (véase la Tabla 2). Esta categorización es entendida como el resultado de la apreciación de los participantes sobre sus problemas y necesidades. La cuantificación de los datos nos permite analizar la frecuencia y porcentaje con que se presentan estas necesidades. Para garantizar la fiabilidad de los resultados, dos jueces codificaron los datos de las entrevistas en las categorías ya elaboradas, obteniéndose un elevado nivel de acuerdo entre jueces con un coeficiente alfa de .89.

Tabla 2

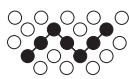
Categorías y subcategorías de problemas y necesidades.

	Problemas	f	%	Necesidades
A nivel emocional	a. Sobrecarga emocional			a. Desahogo/Gestión emocional
	Tristeza	70	73%	Mejorar su estado de ánimo
	Ansiedad (angustia)	58	60%	Reducir su ansiedad
	Miedo	35	36%	
	Culpa	21	22%	
	Inseguridad	33	34%	
	Rabia	12	12%	
	Impotencia/frustración	20	21%	
	b. Baja autoestima y autoeficacia	22	23%	b. Fortalecer su autoestima y autoeficacia
	c. Apatía /Anhedonia	44	46%	c. Aumentar la motivación y capacidad de disfrute
	d. Duelo	50	52%	d. Elaboración del duelo
	Duelo por fallecimiento de familiar	44	46%	
	Duelo por fallecimiento de un amigo	4	4%	
	Duelo por ruptura de pareja	7	7%	
	Duelo por separación física de la pareja (ingreso en residencia)	2	2%	



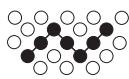
González Arranz, Jiménez García-Tizón

e.	Trauma	37	38%	e.	Elaboración de un trauma
	Por maltrato	22	23%		
	Abusos sexuales	4	4%		
	Asociado a una situación de crisis	17	18%		
f.	Ideación suicida	30	31%	f.	Prevención de suicidio
	Intento de suicidio	12	12%		
	Sin intento de suicidio	18	19%		
g.	Aceptación de los cambios	65	67%	g.	Aceptación de los cambios
	Asociados a la edad	11	11%		
	Asociados a la enfermedad	46	48%		
	Asociados a un cambio de residencia	5	5%		
A nivel cognitivo					
a.	Dificultades asociadas a su identidad y sentido de su vida	10	10%	a.	Fortalecer su identidad y dar un sentido a su vida
b.	Falta de sensación de control	12	12%	b.	Fortalecer su sensación de control
	Dificultades cognitivas			c.	Evaluación de dificultades cognitivas y actividades de estimulación cognitiva
c.	Propiamente dichas: Problemas de atención, memoria, etc.	51	53%		
d.	Pensamientos obsesivos	21	22%	d.	Identificar, validar y explorar el pensamiento obsesivo
e.	Alucinaciones	4	4%	e.	Identificar y explorar los trastornos perceptivos
f.	Delirios	1	1%	f.	Identificar y explorar los trastornos del pensamiento
	Dificultad para entender un proceso/interpretaciones desadaptativas	41	42%	g.	Necesidades psicoeducativas
A nivel físico					
a.	Enfermedad			a.	Promoción de hábitos de cuidado ante una enfermedad
	Enfermedad física	45	47%		
	Enfermedad mental	4	4%		
	Cuidadores	23	24%		Potenciar tiempos de respiro al cuidador y reducir sobreprotección
b.	Dificultades en el autocuidado en la salud física	62	64%	b.	Promoción del autocuidado y autonomía
	Inactividad	48	50%		Motivar para el ejercicio físico y actividades gratificantes
	Escasos hábitos de higiene	6	6%		Fomentar hábitos de higiene
	Mala alimentación	17	18%		Fomentar hábitos de alimentación
	Problemas de sueño	25	26%		Fomentar una higiene del sueño



Percepción de las personas mayores en relación con sus necesidades psicosociales

A nivel conductual	a.	Compulsiones	3	3%	a.	Reducir el comportamiento compulsivo
	b.	Evitación	16	17%	b.	Afrontar la evitación
	c.	Adicciones			c.	Superar una adicción
		Alcohol	2	2%		Alcohol
		Drogas	1	1%		Drogas
		Dependencia de la medicación	28	29%		Reducir la dependencia de la medicación
	d.	Adaptación a los cambios	67	70%	d.	Adaptación a los cambios
		Asociados a la edad	13	14%		Asociados a la edad
		Asociados a la enfermedad	47	49%		Asociados a la enfermedad
		Asociados a un cambio de residencia	5	5%		Asociados a un cambio de residencia
A nivel social	a.	Problemas familiares	67	70%	a.	Necesita ayuda para resolver un problema familiar
		Problemas con la pareja	31	32%		Reforzar su relación de pareja /Ayuda para separarse
		Problemas con los hermanos	18	19%		Reforzar las relaciones familiares
		Problemas con los hijos	34	35%		Ayuda para resolver un problema con sus hijos
		Problemas con otros familiares	1	1%		
		Malos tratos	29	30%		Crear un clima de seguridad en un contexto de agresividad
		De la pareja actual	11	12%		
		De la pareja anterior	15	16%		
		Por parte de un familiar	5	5%		
		Hacia su pareja (maltratador)	1	1%		
Dific. medioambientales	b.	Aislamiento social	53	55%	b.	Romper el aislamiento social
	c.	Falta de recursos sociales de apoyo	31	32%	c.	Participar en redes de apoyo social (ej. Asociaciones)
	d.	Problemas económicos	17	18%	d.	Información y gestión de recursos sociales de apoyo
	a.	Condiciones ambientales de la vivienda/Problemas de adaptación, flexibilidad y accesibilidad	6	6%	a.	Necesidad de reformas y dotaciones de accesibilidad en el espacio doméstico
	b.	Dificultades de accesibilidad a los servicios urbanos (transporte público)	1	1%	b.	Facilitar su accesibilidad a los servicios urbanos (transporte público)
	c.	Dificultades asociadas al sistema sanitario	5	5%	c.	Facilitar su accesibilidad al sistema sanitario
	d.	Insatisfacción residencial en la ciudad	4	4%	d.	Necesidad de cambio residencial /Ayuda para disfrutar de su entorno
	e.	Ausencia de proximidad familiar	9	9%	e.	Necesidad de mantener el vínculo con sus familiares



González Arranz, Jiménez García-Tizón

Uno de los problemas más frecuentes por los que las personas mayores tomaron la decisión de pedir ayuda fue el relacionado con las dificultades de aceptación y adaptación de los cambios (67% y 70%, respectivamente), principalmente asociados a una enfermedad (49%). Un alto porcentaje de los participantes también presentaba dificultades en su autocuidado (64%), destacando la inactividad (50%). La mayor parte de ellos no realizaba ningún ejercicio físico ni actividades gratificantes. Asociado a ello podría estar el alto porcentaje de aislamiento social (50%) existente. A nivel emocional, destaca el alto porcentaje de tristeza (73%), ansiedad (60%) y apatía (46%) percibidas. El 31% de ellos presentaba ideación suicida.

Destaca asimismo el alto porcentaje de problemas familiares (70%); la mayor parte con la pareja (32%). Además, un 12% sufría malos tratos por parte de su pareja actual. También, se encontraron problemas con los hijos que no sabían abordar, incluyendo el distanciamiento en sí mismos (30%). Por otro lado, la pérdida de la pareja o los hijos era motivo también de demanda. Un 52% de los participantes se encontraba en proceso de duelo, principalmente por la pérdida de un familiar (46%).

Por otra parte, se encontraron quejas en relación con dificultades cognitivas (53%), fallos de memoria, atención, concentración, etc. que repercutían en su día a día. Y un porcentaje elevado (42%), presentaba dificultades para entender algún proceso que estaba viviendo. En la Tabla 3 se pueden observar las principales necesidades, habiendo sido seleccionadas aquellas con mayor frecuencia de aparición.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre mujeres y varones en las necesidades detectadas. Sin embargo, sí se encontraron diferencias significativas en función del estado civil. Las personas viudas presentaban más enfermedades físicas (χ^2 (4, N=96)=9.53, p=.049) y también más dificultades asociadas a su estado de ánimo (estaban más tristes) (χ^2 (4, N=96)=11.34, p=.023). Las personas casadas presentaban más dificultades en relación con un rol de cuidador (χ^2 (4, N=96)=12.66, p=.013) y más dificultades de aceptación de los cambios asociados a la enfermedad (χ^2 (4, N=96)=10.46, p=.033). En el caso de las personas divorciadas

Tabla 3

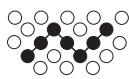
Principales necesidades psicosociales de las personas mayores.

Necesidad	f (%)
Mejorar su estado de ánimo	73%
Reducir la ansiedad	60%
Aumentar la motivación y capacidad de disfrute	46%
Adaptación a los cambios	70%
Asociados a la enfermedad	49%
Promoción de hábitos de cuidado ante una enfermedad	47%
Aceptación de los cambios	67%
Asociados a la enfermedad	48%
Necesita ayuda para resolver un problema familiar	70%
Reforzar su relación de pareja /Ayuda para separarse	32%
Ayuda para resolver un problema con sus hijos	35%
Crear un clima de seguridad en un contexto de agresividad	30%
Promoción del autocuidado y autonomía	64%
Romper el aislamiento social	55%
Evaluación de dificultades cognitivas y actividades de estimulación cognitiva	53%
Elaboración del duelo	52%
Motivar para el ejercicio físico y actividades gratificantes	50%
Necesidades psicoeducativas	42%
Elaboración de un trauma	38%
Participar en redes de apoyo social (ej. Asociaciones)	32%
Prevención de suicidio	31%
Reducir la dependencia de la medicación	29%
Fomentar una higiene del sueño	26%

las tenían mayor ideación suicida (χ^2 (4, N=96)=10.36, p=.035), mayor dependencia a la medicación (χ^2 (4, N=96)=12.08, p=.012), problemas con los hijos (χ^2 (4, N=96)=10.38, p=.035) y problemas económicos (χ^2 (4, N=96)=10.92, p=.028).

También se encontraron diferencias significativas en función de la edad. El grupo de edad de entre 60 y 70 años tenía más pensamientos obsesivos (χ^2 (2, N=96)=9.36, p=.009), peor alimentación (χ^2 (2, N=96)=8.51, p=.014) y más problemas familiares con los hermanos (χ^2 (2, N=96)=6.87, p=.032). El grupo de edad de entre 71 y 80 años sufría mayor aislamiento social (χ^2 (2, N=96)=6.01, p=.048).

En relación con el nivel educativo se encontraron diferencias significativas respecto a determinados problemas. Las personas sin estudios tenían más dificultades de aceptación y adaptación a los cambios asociados a la edad (χ^2 (5, N=96)=11.36, p=.045); aunque las personas con estudios superiores presentaban más problemas del estado de ánimo (más tristeza) (χ^2 (5, N=96)=23.87, p=.000).



Percepción de las personas mayores en relación con sus necesidades psicosociales

DISCUSIÓN

El presente estudio pretendía explorar las necesidades psicosociales que presentan las personas mayores que acuden a terapia psicológica a partir de sus propias concepciones expresadas verbalmente.

Dado que el concepto de envejecimiento ha evolucionado desde un enfoque biomédico hasta una comprensión más amplia de los procesos de adaptación social y psicológica (Urtamo et al., 2019), no podemos tomar las necesidades fisiológicas o biológicas como único referente en la atención que se brinda a los mayores, ya que otras dimensiones podrían estar afectadas, muchas de estas inclusive con mayor prioridad desde su punto de vista. Se ha de considerar el envejecimiento como un proceso biopsicosocial, un fenómeno complejo que debe estudiarse desde un enfoque multidisciplinar que examine los determinantes biológicos, psicológicos y sociales que intervienen en él (Takács y Nyakas, 2021). Además, el enfoque multidisciplinar no debe olvidar el abordaje fenomenológico del proceso. En este sentido la información proporcionada por las personas mayores participantes de este estudio ha permitido conocer sus necesidades desde sus propias perspectivas, estableciéndose una categorización que puede ayudar a los profesionales a orientar y priorizar sus intervenciones, con la posibilidad de ajustar los costes económicos para dar respuesta prioritaria a las actuales necesidades de este grupo de población.

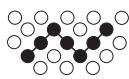
Los resultados obtenidos en el presente estudio permiten afirmar que las personas viudas presentan más sintomatología emocional y enfermedades físicas; lo que concuerda con resultados de anteriores investigaciones (López y Díaz, 2018). La necesidad de ser ayudados en la elaboración del duelo es de hecho del 52%, lo cual nos puede llevar a plantearnos la necesidad de implementar unidades de atención psicosocial individual o grupal en este proceso de duelo. Las intervenciones grupales ayudarían también a cubrir otra necesidad muy recurrente, la de romper el aislamiento social. Esta es una necesidad ampliamente analizada en los últimos años como consecuencia de la Covid-19 (Vicente y Sánchez, 2020). Concretamente, resul-

taría idóneo priorizar las intervenciones grupales en los mayores de 71 años, dado que los resultados de este estudio indican que son las personas de entre 71 y 80 años las que presentan mayor aislamiento social.

Los problemas de ansiedad fueron también una necesidad psicosocial con una frecuencia elevada (60%). Gran parte de ellos se sabe que crean dependencia a la medicación. En base a nuestros resultados, las personas divorciadas parecen más propensas a depender de esa medicación, además de presentar más problemas económicos e ideación suicida. Estos resultados concuerdan con anteriores estudios que muestran mayores niveles de bienestar y salud en las personas casadas en comparación con las divorciadas, viudas o solteras (Schmitt et al., 2007). Esto lleva a considerar a las personas mayores divorciadas como grupo prioritario de intervención. De nuevo la intervención grupal reduciría costes y añadiría beneficios de tipo social. El objetivo de estos grupos podría ser la aceptación y adaptación a su nueva situación. También se ha observado que un 35% demanda ayuda para separarse y que en un 30% es necesario crear un clima de seguridad por el contexto de agresividad. Dispositivos de ayuda para las parejas ayudarían a aquellas que lo necesitan a reforzar su relación (32%) o bien ayuda para separarse.

La aceptación de los cambios parece ser difícil, pero mucho más lo es su adaptación. Parece que las personas que poseen menor nivel de estudios presentan más dificultades en su adaptación a los cambios asociados a la edad. Así, podría ser que en zonas de menos recursos económicos fueran prioritarios talleres orientados a la aceptación y adaptación de estos cambios (p. ej., talleres de prevención de caídas, talleres de gestión del tiempo libre, etc.).

También fue motivo de demanda la aceptación y adaptación de cambios asociados a una enfermedad, principalmente enfermedades crónicas. En estos casos juega un papel relevante la figura del cuidador familiar principal. El perfil de estas personas es prioritariamente de personas mujeres y casadas. Intervenciones grupales de apoyo al cuidador serían importantes para cubrir sus necesidades. La investigación respalda la efectividad de estas intervenciones (Poudevila et



González Arranz, Jiménez García-Tizón

al., 2022).

Las dificultades cognitivas llegan en este estudio a un 53%, con la necesidad correspondiente de ser evaluados por un profesional y de participar en programas estructurados de estimulación cognitiva. La realización de talleres en esta línea ya es algo bastante difundido, no obstante, como se comentó anteriormente, sería importante priorizar la entrada a los mayores de 71 años, ya que es el grupo que presentaba en nuestro estudio mayor aislamiento social. Diversos estudios también han hallado una mayor prevalencia de deterioro cognitivo en mayores de 70 años (Vilchez et al., 2017) y de su mayor incidencia con la edad (López y Calero, 2009).

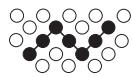
Otra de las necesidades relevantes fue la de promoción del autocuidado y la autonomía. En este sentido sería prioritaria la promoción del ejercicio físico, una buena alimentación e higiene del sueño. Las dificultades de alimentación resultaron en nuestro estudio significativas entre el grupo más joven (entre 60 y 70 años); aspecto que se debería tener en cuenta para su priorización en la intervención. Comedores sociales específicos para ese grupo de edad podrían cubrir esta necesidad, ya que muchos de ellos no acuden por considerar que no son tan mayores como la gente que suele acudir con más facilidad.

También resultaría interesante la utilización de las nuevas tecnologías para cubrir algunas de estas necesidades. Las personas mayores necesitan más tiempo para aprender a manejar una aplicación, pero pueden aprender a utilizarlas. Sería de gran utilidad la creación de espacios donde la gente joven enseñe a los mayores a utilizar las videollamadas, redes sociales, aplicaciones específicas (sobre salud, recursos de la ciudad, etc.), permitiendo esto a su vez los beneficios de las intervenciones intergeneracionales. Todos estos son aspectos relevantes para mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

No obstante, el estudio presenta algunas limitaciones. Como se comentó en el apartado anterior, respecto a la transferibilidad o a qué tanto se ajustan los resultados con otro contexto, se debe tener en cuenta la limitación en relación con la generalización de los resultados obtenidos.

REFERENCIAS

1. Alvarado, A. y Salazar, Á. (2014). Aging concept analysis. *Gerokomos*, 25 (2), 57-62. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002>
2. Bonilla-Castro, E y Rodríguez Sehk, P. (2005.). Más allá del dilema de los métodos. *La investigación en Ciencias Sociales*. Norma.
3. Casas, F., González, M., Senders, G., Aymerich, M., Domingo, A. y Del valle, A. (2001). Indicadores sociales y psicosociales de calidad de vida de las personas mayores en un municipio. *Psychosocial Intervention*, 10 (3), 355-378.
4. Castillo, E.; Vásquez, M. (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colombia Médica*, 34 (3), 164-167.
5. Glaser, B. y Strauss, A. (1967). *The discovery of Grounded Theory: Strategies for qualitative research*. Aldine Publishing.
6. Gómez, L.E., Verdugo, M.A., Arias, B. y Navas, P. (2008). Evaluación de la calidad de vida en personas mayores y con discapacidad: la Escala Fumat. *Psychosocial Intervention*, 17 (2), 189-199.
7. Monreal, P., Del Valle, A. y Serda, B. (2009). Los Grandes Olvidados: Las Personas Mayores en el Entorno Rural. *Psychosocial Intervention*, 18 (3), 269-277. <https://dx.doi.org/10.5093/in2009v18n3a7>
8. López, J. y Díaz, M. (2018). Viudedad, soledad y salud en la vejez. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 53 (3), 128-133. <https://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2017.09.005>
9. López, A. y Calero, M. (2009). Predictores del deterioro cognitivo en ancianos. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 44(4), 220-224
10. Poudevila, S., de Sola S, Brugulat, A, Mas-Vall, G., Castillo, Á., Huesa, G., Piromalli, D., Gramunt, N. (2022). Efectividad de una intervención psicoterapéutica grupal en la mejora del bienestar de personas cuidadoras de un familiar con enfermedad de Alzheimer. *Revista de Neurología*, 75 (08), 203-211. <https://dx.doi.org/10.33588/rn.7508.2022180>
11. Puig, JM., Adell, MC., Prat, A. y Oromí, J. (2000). El envejecimiento poblacional como problema sanitario. *Medicina integral*, 36 (5), 157-190.
12. Schmitt, M., Kliegel, M., y Shapiro, A. (2007). Marital interaction in middle and old age: A predictor of marital satisfaction? *The International Journal of Aging and Human Development*, 65 (4), 283-300.
13. Strauss, A. y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. CONTUS-Editorial Universidad de Antioquia.
14. Takács, J., y Nyakas, C. (2022). The role of social factors in the successful ageing –Systematic review. *Developments in Health Sciences*, 4 (1), 11-20. <https://doi.org/10.1556/2066.2021.00044>
15. Triadó, C. y Villar, F. (2021). Modelos de envejecimiento y percepción de cambios en una muestra de personas mayores. *Anuario de psicología/The UB Journal of psychology* (73), 43-56.



Percepción de las personas mayores en relación con sus necesidades psicosociales

16. Urtamo, A., Jyväkorpi, S. K., y Strandberg, T. E. (2019). Definitions of successful ageing: A brief review of a multidimensional concept. *Acta Bio Medica Atenei Parmensis*, 90 (2), 359-363. <https://doi.org/10.23750/abm.v90i2.8376>
17. Vicente, A. y Sánchez, A. (2020). La soledad y el aislamiento social en las personas mayores. *Studia Zamorensia*, 19, 15-32.
18. Vilchez, J., Soriano, A., Saldaña, D., Acevedo, TH., Bendezú, P., Ocampo, B., et al. (2017). Trastorno depresivo y deterioro cognitivo en ancianos peruanos de tres regiones. *Acta Medica peruana*, 34 (4), 266-72.