

IN THIS ISSUE:

ISSN 2341-4936

- 5 Lucía Pérez-Sánchez, Georgina Eugenia Bazán-Riverón  
Jossué Rodolfo López-Macías, Sandra González Castillo  
Efectos del COVID-19 en la salud mental del  
adulto mayor en México
- 15 Martha Ornelas Contreras, Elia Verónica Benavides Pando,  
Carlos Javier Ortiz Rodríguez, Raúl Barceló Reyna  
Fiabilidad y validez del cuestionario de salud  
SF-36 en personas adultas mayores
- 26 Augusto Pupilli  
Construcción colectiva de estrategias de abordaje  
para familias de personas con deterioro cognitivo  
y demencias a través de un taller
- 35 Ariel Gutiérrez Pedroso, Yenismara Pelayo García  
La funcionalidad psicológica para mejoramiento  
de la calidad de vida, una mirada desde Huambo,  
Angola
- 48 Beatriz González Arranz, Sara Jiménez García-Tizón  
Percepción de las personas mayores en relación  
con sus necesidades psicosociales
- 58 II Jornadas profesionales sobre Demencia con  
cuerpos de Lewy

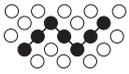
Nº — Vol

1 12

[www.neurama.es](http://www.neurama.es)  
WEBSITE

E-MAIL  
[info@neurama.es](mailto:info@neurama.es)

20  
JUNIO  
25



# “Reunirse es el comienzo, mantenerse juntos es el progreso trabajar juntos es el éxito”

(Henry Ford, 1863-1947)

## Director / Editor

Angel Moreno Toledo (Málaga)

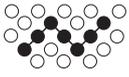
## Comité Asesor Nacional

José Luis Caamaño Ponte (A Coruña)  
Antonio Andrés Burgueño Torijano (Madrid)  
Ramona Rubio Herrera (Granada)  
David Facal Mayo (A Coruña)  
Romina Mouriz Corbelle (Lugo)  
Laura Espantaleón Rueda (Madrid)  
Belén Bueno Martínez (Salamanca)  
Ana María Gonzalez Jimenez (Madrid)  
Estefanía Martin Zarza (Salamanca)  
Laura Rubio Rubio (Granada)  
Charo Pita Díaz (A Coruña)

## Comité Asesor Internacional

Alejandro Burlando Páez (Argentina)  
Clara Ling Long Rangel (Cuba)  
Anastasia Paschaleri (Reino Unido)  
Brenda Avadian (Estados Unidos)  
Carrie Peterson (Dinamarca)  
Diana Orrego Orrego (Colombia)  
Frederique Lucet (Francia)  
Gary Glazner (Estados Unidos)  
Graham Hart (Reino Unido)  
Guillermo Ramírez Hoyos (Colombia)  
Hugo Roberto Valderrama (Argentina)  
Hugo Sousa (Portugal)  
Javiera Sanhueza (Chile)  
Joana de Melo E Castro (Portugal)  
Joao Marques Texeira (Portugal)  
Kerry Mills (Estados Unidos)  
Maria Alejandra Ortolani (Argentina)  
Ricardo F. Allegri (Argentina)  
Marios Kyriazis (Reino Unido)  
Mladen Davidovic (Serbia)  
Narjes Yacoub (Francia)  
Peter Gooley (Australia)  
Raúl Andino (Argentina)  
Rolando Santana (República Dominicana)  
Karina Daniela Ferrari (Argentina)  
Salvador Ramos (Estados Unidos)  
Stephanie Zeman (Estados Unidos)  
Wendy Johnstone (Canadá)





**En este número:**

- 5 Lucía Pérez-Sánchez, Georgina Eugenia Bazán-Riverón, Jossué Rodolfo López-Macias, Sandra González Castillo

Efectos del COVID-19 en la salud mental del adulto mayor en México

- 15 Martha Ornelas Contreras, Elia Verónica Benavides Pando, Carlos Javier Ortiz Rodríguez, Raúl Barceló Reyna

Fiabilidad y validez del cuestionario de salud SF-36 en personas adultas mayores

- 26 Augusto Pupilli

Construcción colectiva de estrategias de abordaje para familias de personas con deterioro cognitivo y demencias a través de un taller

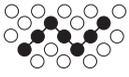
Ariel Gutiérrez Pedroso, Yenismara Pelayo García

- 35 La funcionalidad psicológica para mejoramiento de la calidad de vida, una mirada desde Huanbo, Angola

- 48 Beatriz González Arranz, Sara Jiménez García-Tizón

Percepción de las personas mayores en relación con sus necesidades psicosociales

- 58 II Jornadas profesionales sobre demencia con cuerpos de Lewy



**Director / Editor**

**Angel Moreno Toledo**

Psicogerontólogo.  
Formador y escritor.

## Comienza una nueva etapa

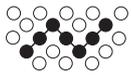
*"Un año de transformación: hacia una Gerontología  
más activa y cercana"*

Con el paso de este nuevo aniversario, nos encontramos en un momento de cambio y renovación dentro de nuestra labor científica y divulgativa en el campo de la Gerontología.

Este último año ha estado marcado por retos significativos, especialmente en cuanto a la necesidad de hacer más accesible y comprensible el conocimiento especializado al conjunto de la sociedad. La divulgación rigurosa pero cercana se consolida como una de nuestras prioridades, conscientes de su papel clave en la promoción de una cultura del envejecimiento saludable y activo.

Mirando al futuro, estamos impulsando nuevos proyectos centrados en el envejecimiento activo, con enfoques interdisciplinarios que integran ciencia, innovación social y participación comunitaria. Además, estamos trabajando intensamente en la organización de jornadas formativas y cursos especializados, diseñados para ofrecer contenidos actualizados, de alta calidad y con un enfoque práctico, dirigidos tanto a profesionales como a personas mayores y sus entornos.

Este aniversario pasado no ha sido solo una conmemoración, sino todo un impulso renovado para seguir avanzando, aprendiendo y construyendo juntos una Gerontología renovada, comprometida, inclusiva y transformadora.



# Efectos del COVID-19 en la salud mental del adulto mayor en México

Dra. Lucía Pérez Sánchez <sup>1</sup>, Dra. Georgina Eugenia Bazán-Riverón <sup>2</sup>, Lic. Jossué Rodolfo López-Macias <sup>3</sup>, Mtra. Sandra González Castillo <sup>4</sup>

## Resumen

*La pandemia de COVID-19 y el aislamiento social afectaron la salud mental de las personas, especialmente de los adultos mayores. El objetivo de este trabajo es analizar el impacto del COVID-19 en la salud mental de la población mayor de México, considerando la resiliencia y las conductas de prevención de la salud. Se utilizó una metodología cuantitativa, con un diseño no experimental, transversal con un alcance descriptivo; la muestra fue no probabilística-voluntaria conformada por 181 adultos mayores. Se analizaron síntomas de depresión, ansiedad, somatización, resiliencia y autoeficacia. Se utilizó el Cuestionario de Salud del Paciente 4 (PHQ-4); Patient Health Questionnaire-15 (PHQ-15); Escala de Soledad de la UCLA (versión 3); Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC-2). Los principales hallazgos fueron que los adultos mayores implementaron medidas preventivas y prácticas de autocuidado para protegerse del COVID-19. Así mismo, mostraron resiliencia y adaptabilidad frente a la pandemia; el compromiso con las conductas preventivas y la autoeficacia contribuyeron a la salud mental; se necesitan investigaciones transculturales para caracterizar la salud mental de este grupo poblacional.*

*Palabras clave:* COVID-19; Salud Mental; Anciano.

## Abstract

The COVID-19 pandemic and social isolation affected the mental health of people, especially the elderly due to social isolation. This paper aims to evaluate the impact of COVID-19 on the mental health of the elderly population in Mexico, considering resilience and health prevention behaviours.

A quantitative methodology was used, with a non-experimental, cross-sectional design with a correlational

scope; the sample was non-probabilistic of 181 older adults. Symptoms of depression, anxiety, somatisation, resilience and self-efficacy were analysed. The Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4); Patient Health Questionnaire-15 (PHQ-15); UCLA Loneliness Scale (version 3); Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC-2) were used. The main findings were that older adults implemented preventive measures and self-care practices to protect themselves from COVID-19 and resilience and self-efficacy were

**ISSUE N°1**

**JUNIO**

**2025**

**Recibido:**

**25/11/2024**

**Aceptado:**

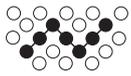
**15/01/2025**

(1) Universidad Autónoma de Nayarit. Área de Ciencias Sociales y Humanidades. Unidad académica de Ciencias Sociales,-México lucia.perez@uan.edu.mx, <https://orcid.org/0000-0003-1614-7587>

(2) Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. División de Investigación y Posgrado. Estado de México-México georgina.bazan@ired.unam.mx <https://orcid.org/0000-0001-6582-6370>

(3) Universidad Autónoma de Nayarit. Área de Ciencias Sociales y Humanidades. Unidad académica de Ciencias Sociales,-México jossue.macias@uan.edu.mx, <https://orcid.org/0000-0001-7311-3549>

(4) Universidad Autónoma de Nayarit. Área de Ciencias Sociales y Humanidades. Unidad académica de Ciencias Sociales,-México sandra.castillo@uan.edu.mx, <https://orcid.org/0000-0002-9470-5452>



*Efectos del COVID-19 en la salud mental del adulto mayor en México*

were associated with low levels of depression and anxiety. Elderly adults in Mexico showed resilience and adaptability in the face of the pandemic; engagement in preventive behaviours and self-efficacy contributed to mental health; cross-cultural research is needed to characterise the mental health of this population group.

Keywords: COVID-19; Mental Health; Aged

## Introducción

El brote pandémico de COVID-19, que comenzó en diciembre de 2019 en la ciudad de Wuhan, China, ha tenido un impacto significativo en diversas dimensiones de la vida humana. La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el brote como una emergencia de salud pública de importancia internacional el 30 de enero de 2020 y lo clasificó como pandemia el 11 de marzo de 2020 (Marconi, et.al., 2020).

En México, la Secretaría de Salud implementó medidas de prevención para contener la propagación del virus, incluyendo el aislamiento social (Instituto Nacional de Geriátrica, 2020). Estas medidas han tenido un impacto en la salud mental de la población, especialmente en los grupos más vulnerables, como los adultos mayores (Secretaría De Salud, 2020).

Al igual que otras epidemias, el COVID-19 es percibido por la mayoría de las personas en México como una situación amenazante (Martínez, et. al., 2020). Si bien las medidas preventivas de aislamiento social han tenido efectos favorables en la contención del virus, también han abierto la posibilidad de afectaciones en la salud mental de la población (Lorenzo-Ruiz, et. al., 2020). Diversos estudios han demostrado que los jóvenes, especialmente los universitarios, son más propensos a experimentar efectos negativos en la salud mental durante la pandemia (Andrade, et.al., 2020). Sin embargo, los estudios sobre la salud mental de los adultos mayores

durante la pandemia han encontrado resultados mixtos. Algunos estudios han encontrado que los adultos mayores tienen mejor salud mental que otros grupos de edad, mientras que otros estudios han encontrado que tienen niveles similares de angustia psicológica (Parrado-González, et. al., 2020).

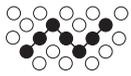
Un estudio realizado por González, Martínez, Hernández-González y De la Roca-Chiapas en México encontró que las mujeres tenían menores niveles de estrés, depresión y ansiedad que los hombres durante la pandemia. Sin embargo, las mujeres también reportaron más pensamientos intrusivos. Estos hallazgos son consistentes con los encontrados en otros países (González, et.al., 2020).

En general, la literatura sobre la salud mental de los adultos mayores durante la pandemia es limitada y se necesitan más estudios para comprender mejor el impacto del COVID-19 en este grupo.

En línea con lo anterior, se realizó un estudio internacional liderado por Antoni Sanz, Jordi Méndez, Corel Mateo y Albert Feliu de la Universidad Autónoma de Barcelona. El objetivo principal del estudio fue generar una base de datos sobre los aspectos psicosociales de la pandemia de COVID-19 y su efecto en la salud mental de la población. Esta información busca ser útil para investigadores y autoridades sanitarias de diversas partes del mundo. El estudio también analizó el efecto de las medidas de restricción de movilidad o confinamiento implementadas en la mayoría de los países.

A diferencia de otros estudios, este trabajo se centra no solo en la salud mental de la población, sino también en la capacidad de adaptación de las personas ante situaciones extraordinarias, lo que se conoce como crecimiento postraumático.

En México, se conformó un grupo de trabajo de más de 19 investigadores pertenecientes a diversas Instituciones de Educación Superior (IES) bajo la dirección y coordinación del Dr. Luis Javier Martínez Blanquet (Área de prensa UAN, 2020). Se obtuvo una muestra de 7653 participantes de las 32 entidades federativas, con edades entre 16 y 83 años ( $M=36.37$ ;  $DE=14.19$ ). El 69% de la muestra correspondió al género femenino y el 30% al masculino. De esta muestra se seleccionó el sector correspondiente a los adultos mayores. El estudio que se presenta tiene como objetivo conocer el impacto del COVID-19 en la salud mental de la población mayor de México.



*Pérez Sánchez, Bazán-Riverón, López-Macias, González-Castillo*

## Metodología

El estudio se realizó a través de un enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental-transversal, de alcance descriptivo; se buscó analizar los efectos del COVID-19 en la salud mental: depresión, ansiedad y somatización percibida por la población mayor de México, con respecto a la caracterización de la conducta resiliente y de prevención de salud, como efecto positivo ante la pandemia y el confinamiento.

## Participantes

La participación de la muestra fue no probabilística de inclusión continua y voluntaria (Cozby, 2005), conformada por 181 adultos mayores.

## Instrumento

Para el estudio que se presenta se describe a continuación las variables y los instrumentos empleados, así como, sus escalas de evaluación y datos psicométricos: para la evaluación de la depresión y la ansiedad se evaluaron mediante el Cuestionario de Salud del Paciente 4 (PHQ-4) (Löwe, et. al., 2010) empleando una escala de frecuencia de 4 puntos (0-3). Para obtener el puntaje de depresión y ansiedad, para después promediar los dos ítems de cada escala. La somatización se evaluó con cinco ítems del Patient Health Questionnaire-15 (PHQ-15) (Kroenke, et. al., 2002) seleccionados de acuerdo con los criterios de Zijlema y colaboradores (2013). La puntuación de cada ítem se realizó en una escala de 4 puntos (0-3) y los ítems se sumaron para crear una puntuación total. La soledad se evaluó a través de la Escala de Soledad de la UCLA (versión 3) de Russell (1996). La escala va de 0 a 3. Para obtener la puntuación de soledad se utilizó la media de la escala de suma (0-3; punto de corte 1,5). Una puntuación más alta muestra un mayor sentimiento de soledad. La resiliencia por su parte se evaluó a través de la versión de 2 ítems de la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (2007) (CD-RISC-2)15 cada ítem utiliza una puntuación de 4 puntos (punto de corte= 6,9; R= 0-8). La puntuación total es la suma de los ítems, y los valores más altos indican más resiliencia. Sobre la experiencia, la conducta de prevención se evaluó con 8 ítems, autoeficacia presente y futura conformado por 8 ítems también, y nivel de información con solo un ítem, fueron elaborados ad hoc con base a una escala ordinal

(1-4) donde 1= corresponde a nada y 4= a mucho. Para evaluar la vulnerabilidad a coronavirus, se construyeron dos ítems y se utilizó una escala de razón (0-100) en donde 0 = a la improbabilidad y 100 = a la probabilidad. El valor incentivo con respecto a la gravedad de los síntomas, también se construyó los dos ítems de forma conveniente para este estudio con una escala ordinal de 5 puntos donde 1=muy leve, 5= muy grave.

## Procedimiento

El estudio internacional, fue aprobado por el Comité de Ética de Experimentación Animal y Humana de la Universidad de Barcelona, normado por el Reglamento General de Protección de Datos de la unión europea y la declaración de Helsinki, con número de referencia CEEAH 5197.

Debido al confinamiento, el instrumento se distribuyó a través de las redes sociales. En el formulario en línea utilizado, se proporcionó la información referente al objetivo del estudio, y los investigadores responsables.

Esta investigación fue un trabajo libre de riesgos, ya que solamente se analizaron los resultados con referencia a las experiencias personales relacionadas con el COVID-19 de los adultos mayores participantes, sin la intervención o modificación intencionada. Además, hubo consentimiento informado, que refiere el acuerdo por escrito mediante el cual el sujeto da su autorización, y tiene libertad de retirarse en el momento que lo decida sin que esto afecte su relación con el investigador o con los servicios; así también este consentimiento no sólo fue una invitación a participar, además se proporcionó una descripción detallada del curso de la investigación.

También, en el caso de algún aspecto relacionado con el procedimiento o los ítems, se proporcionó un contacto al cual podían comunicarse y aclarar todas las dudas u obtener más información sobre el estudio, con el objetivo de que la investigación fuera un trabajo respetuoso de la dignidad y bienestar de los participantes. Finalmente, al contestar y enviar sus respuestas, los participantes admitían consentir su participación.

## Análisis estadísticos

El tratamiento de los datos y los análisis estadísticos respectivos, se realizaron a través del paquete estadístico SPSS versión 24 (Statistical Package for the Social Sciences), empleando para ello análisis descriptivos a las variables sociodemográficas y las dimensiones; los resulta-

*Efectos del COVID-19 en la salud mental del adulto mayor en México*

dos se presentaron en tablas que incluyen las frecuencia, medias, desviaciones estándar y porcentajes de estas.

**Resultados y Discusión**

El estudio contó con la participación de 181 adultos mayores caracterizado socio demográficamente de la siguiente manera: edades comprendidas entre 66 y 79 años, con una media de 69.97 años (DT= 3.537); En cuanto al sexo, la participación se distribuyó de la siguiente forma: 48.1% hombres y 51.9% mujeres; respecto al nivel educativo, el 1.7% de los participantes poseía estudios de nivel primario, el 8.8% de nivel secundario y el 89.5% de nivel universitario; Y finalmente, el nivel de ingresos, el 7.7% se ubicaba en un estrato bajo, el 71.3% en un estrato medio y el 21.0% en un estrato alto.

**Análisis Descriptivo**

A continuación, se presentan los resultados descriptivos de las variables: casa habitación, número de habitaciones en la casa habitación, experiencia a conductas de prevención, autoeficacia presente y futura, nivel de información, vulnerabilidad, valor incentivo; los datos descriptivos sugieren que la muestra está compuesta por adultos mayores que viven con otras personas, tienen un nivel educativo alto, un nivel de ingresos medio y un nivel de vulnerabilidad moderado. La mayoría de los participantes se informan sobre el coronavirus, tienen experiencia en la realización de conductas de prevención y se sienten confiados en su capacidad para realizar estas conductas en el presente y en el futuro (Tabla 1).

**Tabla 1:**  
Estadísticos descriptivos.

Variable	Rango	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Número de personas con las que ha estado conviviendo (además de usted)	8	0	8	2.35	1.823
Número de habitaciones de la vivienda	4	1	5	3.66	1.180
Indique el tiempo al día (horas) que dedica a informarse del coronavirus	3	0	3	1.51	.663
Edad	13	66	79	69.97	3.537
Vulnerabilidad	4	1	5	3.11	.809
Valor incentivo	4	1	5	3.56	.869
Experiencia conducta Prevención	2	1	3	1.99	.490
Autoeficacia presente	2	1	3	2.29	.534
Autoeficacia futura	2	1	3	2.40	.461

\*N=181

*Pérez Sánchez, Bazán-Riverón, López-Macias, González-Castillo*

Los resultados muestran que los adultos mayores han convivido durante la pandemia en promedio con 2.35 personas, el número de habitaciones de su vivienda ha sido en promedio de 3.66 esto sugiere que la mayoría de los participantes tienen viviendas con un número adecuado de habitaciones. El tiempo que dedican a informarse es de 1.51 horas al día, lo cual indica que los participantes se informan sobre el coronavirus. Sobre la vulnerabilidad percibida, la mayoría de los participantes tienen un nivel de vulnerabilidad moderado y consideran que se pueden contagiar muy fácilmente ellos y sus familiares (3.11).

Respecto a lo que incentiva a seguir las acciones de autocuidado en la pandemia, consideran que si enferman ellos y sus familiares pueden llegar a experimentar

síntomas graves (3.56) es decir, los participantes valoran el incentivo que se les ofrece por participar en el estudio. En cuanto a las conductas de protección tomadas, se nota un aumento en los puntajes obtenidos; la mayoría de los participantes tienen experiencia en la realización de conductas de prevención para el COVID-19 (1.99), pero se perciben mejor ahora (autoeficacia presente 2.29); la mayoría de los participantes se sienten confiados en su capacidad para realizar conductas de prevención en el presente y con la intención de seguir protegiéndose en el futuro (2.40).

A continuación, se presentan los resultados descriptivos de salud mental. Las variables descritas son ansiedad, depresión y soledad que experimentan los adultos mayores que han participado en este estudio (Tabla 2).

**Tabla 2:**  
Depresión, ansiedad y soledad.

Ítem	Ha experimentado	Ningún	Algún día	Más de la	Casi cada
		día	%	mitad de los	día
		%	%	días	%
				%	
1	Poco interés o placer en hacer cosas	35.9	43.6	12.2	8.3
2	Decaimiento, depresión o desesperanza	48.1	39.8	9.4	2.8
3	Nerviosismo o tensión	86.7	10.5	2.8	0
4	Incapacidad de dejar de preocuparse o de controlar la preocupación	55.8	30.9	12.2	1.1
5	Soledad	62.4	26.0	6.6	5.0

\*N=181

*Efectos del COVID-19 en la salud mental del adulto mayor en México*

Con respecto a la variable depresión, los participantes indicaron que algún día (43.6%) y ningún día (35.9%), mostraron poco interés o placer por hacer las cosas. La mayoría de los encuestados mencionaron que ningún día (55.8%) y algún día (39.8%) presentaron decaimiento, depresión o desesperanza. Los resultados de ansiedad muestran que el mayor número de los participantes (86.7%) ningún día experimenta nerviosismo o tensión y tan sólo un 10.5% refieren algún día sentirlo. El 55.8% de ellos dicen que ningún día sienten incapacidad de dejar de preocuparse o de controlar la preocupación, así como un 30.9% indican que algún día la experimentaron.

En cuanto a la variable soledad tan sólo el 5% de los participantes se sintieron solos casi cada día y la mayoría (62.4%) ningún día sintieron soledad. En general, los resultados sugieren que la mayoría de los participantes no experimentan síntomas de ansiedad, depresión o soledad. En seguida, se presentan los resultados descriptivos de la variable somatización. Los síntomas se clasifican en cinco categorías: dolor de cabeza, náusea o dolor de estómago, sensación de falta de aire, mareo, dolor de espalda. Para cada síntoma, se presenta el porcentaje de participantes que lo experimentaron durante la última semana (Tabla 3).

**Tabla 3:**  
Somatización

Ítem	Ha experimentado:	Ningún día	Algún día	Más de la mitad	Casi cada día
		%	%	de los días	%
				%	
1	Dolor de cabeza	59.1	39.2	6	1.1
2	Náusea o dolor de estómago	81.2	17.1	.6	1.1
3	Sensación de falta de aire	86.2	12.7	1.1	0
4	Mareo	85.1	13.8	.6	.6
5	Dolor de espalda	60.8	35.4	2.8	1.1

\*N=181

Respecto a la somatización, se puede observar que, la mayoría de los encuestados indicaron que ningún día de la semana presentaron dolor de cabeza (59.1%), náusea o dolor de estómago (81.2%), sensación de falta de aire (86.2%), mareo (85.1%) y dolor de espalda (60.8%). A continuación, se presentan los resultados de la resiliencia de los participantes en dos dimensiones: capacidad de recuperarse después de una enfermedad o dificultades y capacidad de adaptarse a los cambios (Tabla 4).

Respecto a la resiliencia, como se puede apreciar que, el 92.2% de los participantes presentan bastante y mucha confianza en su capacidad de recuperarse de una enfermedad o dificultad; con el mismo porcentaje (92.2%), los adultos mayores se consideran de bastante a muy capaces de adaptarse a los cambios. En general, la mayoría de los participantes (89.5%) tienen un alto nivel de resiliencia. La resiliencia puede ser un factor importante para ayudar a los adultos mayores a enfrentar los desafíos

*Pérez Sánchez, Bazán-Riverón, López-Macias, González-Castillo*

la vida.

## Discusión

A pesar del tiempo transcurrido, aún no se dispone de suficiente información sobre el impacto global del COVID-19 en la salud mental, especialmente en adultos mayores (Mukhtar, 2020). Esta investigación exploró

diversas variables para esbozar un panorama sobre la situación de la salud mental en este grupo poblacional en México.

Entre las variables exploradas en esta investigación se encuentra la vulnerabilidad percibida, que se integra por dos aspectos, uno relacionado con las creencias futuras sobre el contagio de una enfermedad, y el otro vinculado a las emociones que estas creencias provocan. Al igual que en esta investigación, donde se evidencia la preocupación

**Tabla 4:**  
Resiliencia

Dimens iones	En qué medida se siente capaz de:	Nada %	Poco %	Bastante %	Mucho %
1	Recuperarse después de una enfermedad o dificultades	.6	7.2	64.6	27.6
2	Adaptarse a los cambios	0	7.7	59.1	33.1
3	Resiliencia	.6	9.9	53.6	35.9

\* N=181

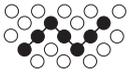
de los adultos mayores por contagiarse con mayor facilidad, tanto ellos como sus familiares. Otros estudios muestran que los adultos mayores expresan más preocupación por el contagio de COVID-19 de sus familiares; situación que se presenta más en mujeres (González-González, et. al., 2020). Con relación a los factores que influyen en el autocuidado y sus prácticas entre los adultos mayores, otras investigaciones han coincidido con los resultados de esta investigación, donde los adultos mayores tenían conocimientos y creencias positivas adecuadas con respecto al COVID-19 y participaban en conductas proactivas para prevenir la enfermedad, para estos investigadores el conocimiento y las creencias estaban significativamente asociados con las respuestas de comportamiento de autocuidado; fueron sus conocimientos sobre el virus y sus vías de transmisión, las medidas de control establecidas a nivel comunitario, así como también con un deber ético de proteger a los otros llamado piedad filial, y afirma que esto los ha impulsado a adoptar las medidas de prevención (Chen , et. al., 2020).

Las investigaciones muestran que en variables como la depresión y ansiedad no hay un comportamiento consistente

que indique una inclinación hacia la presencia o no de síntomas entre las poblaciones de adultos mayores.

En un estudio realizado en Tailandia, 19 reportó un 70% de estrés nulo o moderado de las personas mayores reportaron un bajo nivel de estrés psicológico; es importante destacar que recibir noticias sobre el COVID-19 a través de las redes sociales se asoció de forma independiente con el estrés postraumático y la depresión. Por otro lado, tener comorbilidad psiquiátrica se asoció independientemente con la depresión.

Una investigación de revisión a los primeros estudios llevados a cabo en diferentes partes del mundo (Vahia , et. al., 2020)), comparte también valores más próximos a nuestra población de estudio; estas investigaciones se convierten en un referente para explicar el impacto o los efectos de la pandemia en la salud mental de los adultos mayores, y en un argumento para evidenciar que los adultos mayores no manifiestan mayor vulnerabilidad psicológica como se esperaba, y que su bienestar mental puede ser mejor en comparación con otros grupos de edad (Parlapani, et. al., 2021 ).



### *Efectos del COVID-19 en la salud mental del adulto mayor en México*

Finalmente, al comparar nuestros resultados con los obtenidos en el estudio realizado en México por el Nodo México con la población mexicana general (Camacho, et. al., 2022), los adultos mayores parecen tener mayores recursos para proteger su salud mental durante la pandemia. Esto podría deberse a su mayor experiencia de vida, redes sociales más fuertes o estilos de vida más saludables (Arias, et. al., 2013).

Las mujeres adultas mayores reportan una menor afectación en la calidad del sueño, actividad laboral, relaciones con pareja y familia, y menor tolerancia a las restricciones impuestas en comparación con las mujeres de la población general; esto podría ser debido a que las mujeres adultas mayores han desarrollado estrategias para afrontar situaciones difíciles, en el transcurso de su vida.

Los hombres adultos mayores reportan una menor afectación en la actividad física y percepción del tiempo en comparación con los hombres de la población general; esto podría ser debido a que los hombres adultos mayores ya tienen una menor actividad física y una percepción del tiempo más flexible.

En general, los resultados sugieren que la población de adultos mayores mexicanos ha sido menos afectada por la pandemia en términos de salud mental y hábitos de vida en comparación con la población general. Sin embargo, es importante destacar que este grupo poblacional también presenta algunas vulnerabilidades que deben ser consideradas. Se necesitan más investigaciones para comprender mejor el impacto de la pandemia en la salud mental de la población de adultos mayores a largo plazo.

### **Conclusiones**

Esta investigación ofrece un escenario con relación a los efectos del COVID-19 en la población adulta mayor en México, que permite llegar a las siguientes conclusiones. Los adultos mayores han mostrado que frente al escenario que representa al COVID-19, no solo se reconocen capaces de establecer medidas preventivas, sino que han sido capaces de incorporar a sus prácticas cotidianas un sistema de prácticas de autocuidado que les ha permitido protegerse de esta enfermedad. En cuanto a su salud mental, se evidenció que la resiliencia y autoeficacia fueron los factores que influyeron para que este grupo de edad muestre

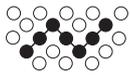
limitados síntomas de depresión y ansiedad. Se necesitan más investigaciones para comprender mejor las necesidades de los adultos mayores y desarrollar programas de intervención adecuados.

Los estudios de investigación sugieren que la edad avanzada puede amortiguar el impacto relacionado con el COVID-19 en la salud mental. A pesar de las pruebas contra las percepciones generalizadas de vulnerabilidad, la capacidad de los adultos mayores para adaptarse a la adversidad puede ser desigual, dependiendo de factores culturales, sociales, económicos y de otro tipo. En conjunto, se espera que el impacto a largo plazo del COVID-19 varíe entre países y subpoblaciones más antiguas, y que aún debe ser evaluado por estudios longitudinales prospectivos.

Se recomienda para futuras investigaciones incluir la perspectiva de género en los estudios de salud mental en la población de adultos mayores; así como un enfoque transcultural, multicultural, multiétnico e intercultural de la salud mental. Esto supone reconocer la pluralidad social, que comprende no solo a mestizos y grupos originarios, sino también la presencia de comunidades migrantes; así, será posible caracterizar de manera más precisa la salud mental de los adultos mayores post-COVID. También, desarrollar programas de intervención específicos para la población de adultos mayores que consideren sus necesidades y características particulares; generar datos nacionales comparables con otros países para tener una mejor comprensión del impacto de la pandemia en la salud mental de la población de adultos mayores a nivel global.

Sin embargo, es importante destacar que este estudio tiene algunas limitaciones. Se realizó con una muestra no probabilística, por lo que los resultados no pueden ser generalizados a toda la población de adultos mayores mexicanos.

Además, el estudio no incluyó una comparación directa entre la población de adultos mayores y la población general; a pesar de estas limitaciones, los resultados de este estudio proporcionan información importante sobre el impacto de la pandemia en la salud mental de la población de adultos mayores mexicanos; se necesitan más investigaciones para comprender mejor este impacto a largo plazo.

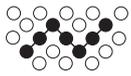


*Pérez Sánchez, Bazán-Riverón, López-Macias, González-Castillo*

En este sentido, se recomienda realizar estudios con muestras más grandes y representativas, también es importante utilizar diseños longitudinales para establecer relaciones causales. Finalmente, se recomienda implementar programas de intervención para mejorar la salud mental y la resiliencia de los adultos mayores.

## REFERENCIAS

1. Marconi, A., Zamora, R., & Márquez, M. (2020). Propuesta de un modelo SYIR modificado para predecir la cinemática de la epidemia por COVID-19. *Salud(i)Ciencia*, 24(1-2), 24-31. <https://doi.org/10.21840/siic/163607>
2. Instituto Nacional de Geriatria. (2020). Prevención de enfermedad por coronavirus 2019 en residencias de personas mayores. Gobierno de México. <http://www.geriatria.salud.gob.mx/contenidos/institucional/prevencion-enfermedad-personas-mayores.html>
3. Secretaría de Salud. (2020). Adultos mayores. Gobierno de México. <https://coronavirus.gob.mx/adultos-mayores/>
4. Martínez, J., Torres, M. C., & Orozco, E. (2020). Características, medidas de política pública y riesgos de la pandemia del Covid-19. Instituto Belisario Domínguez, Senado de la República Mexicana.
5. Lorenzo-Ruiz, A., Díaz-Arcaño, K., & Zaldívar-Pérez, D. (2020). La psicología como ciencia en el afrontamiento a la COVID-19: apuntes generales. *Anales de la Academia de Ciencias de Cuba*, 10(2). <https://revistaccuba.sld.cu/index.php/revacc/article/view/839>
6. Andrade, M., Campo, D., Díaz, V., et al. (2020). Descripción de las características psicológicas relacionadas con la salud mental en la situación de emergencia de salud pública originada por el COVID-19. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689-1699. <https://hdl.handle.net/20.500.12494/20073>
7. Parrado-González, A., & León-Jariego, J. C. (2020). Factores asociados al malestar emocional y morbilidad psíquica en población española. *Revista Española de Salud Pública*, 94(8), 16.
8. González, L., Martínez, R., Hernández-González, M., et al. (2020). Psychological distress and signs of post-traumatic stress in response to the COVID-19 health emergency in a Mexican sample. *Psychology Research and Behavior Management*, 13, 589-597. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S259563>
9. Área de prensa de la UAN. (2020, 9 de junio). Investigadora de la UAN participa en estudio internacional sobre COVID-19. Universidad Autónoma de Nayarit. <https://www.uan.edu.mx/comunicados/investigadora-de-la-uan-participa-en-estudio-internacional-sobre-covid-19>
10. Cozby, P. (2005). *Métodos de investigación del comportamiento* (1ª ed.). McGraw-Hill.
11. Löwe, B., Wahl, I., Rose, M., et al. (2010). A 4-item measure of depression and anxiety: Validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. *Journal of Affective Disorders*, 122(1-2), 86-95. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.06.019>



*Efectos del COVID-19 en la salud mental del adulto mayor en México*

12. Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2002). The PHQ-15: Validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 64(2), 258–266. <https://doi.org/10.1097/00006842-200203000-00008>
13. Zijlema, W. L., Stolk, R. P., Löwe, B., et al. (2013). How to assess common somatic symptoms in large-scale studies: A systematic review of questionnaires. *Journal of Psychosomatic Research*, 74(6), 459–468. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2013.03.093>
13. Russell, D. W. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3) | SPARQTools. *Journal of Personality Assessment*, 66(1), 20–40. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6601\\_2](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6601_2)
14. Vaishnavi, S., Connor, K., & Davidson, J. R. T. (2007). An abbreviated version of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC), the CD-RISC2: Psychometric properties and applications in psychopharmacological trials. *Psychiatry Research*, 152(2–3), 293–297. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2007.01.006>
15. Mukhtar, S. (2020). Psychological impact of COVID-19 on older adults. *Current Medical Research and Practice*, 10, 201–202. <https://doi.org/10.1016/j.cmrp.2020.07.016>
16. González-González, A., Toledo-Fernández, A., Romo-Parra, H., et al. (2020). Psychological impact of sociodemographic factors and medical conditions in older adults during the Covid-19 pandemic in Mexico. *Salud Mental*, 43(6), 293–301. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2020.040>
17. Chen, Y., Zhou, R., Chen, B., et al. (2020). Knowledge, perceived beliefs, and preventive behaviors related to COVID-19 among Chinese older adults: Cross-sectional web-based survey. *Journal of Medical Internet Research*, 22(12). <https://doi.org/10.2196/23729>
18. Srfuengfung, M., Thana-udom, K., Ratta-apha, W., et al. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on older adults living in long-term care centers in Thailand, and risk factors for post-traumatic stress, depression, and anxiety. *Journal of Affective Disorders*, 295(August), 353–365. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.08.044>
19. Vahia, I. V., Jeste, D. V., & Reynolds, C. F. 3rd. (2020). Older adults and the mental health effects of COVID-19. *JAMA*, 324(22), 2253–2254. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.21753> Organización Mundial de la Salud. (s.f.). Envejecimiento y salud. Recuperado el 29 de abril de 2024, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
20. Parlapani, E., Holeva, V., Nikopoulou, V. A., et al. (2021). A review on the COVID-19-related psychological impact on older adults: Vulnerable or not? *Aging Clinical and Experimental Research*, 33(6), 1729–1743. <https://doi.org/10.1007/s40520-021-01873-4>
21. Camacho, E., Hernández, M., Martínez, L. J., et al. (2022). Afectación de hábitos, relaciones, adaptación, somatización y salud mental durante la pandemia de Covid-19 en México. *Psicología y Salud, Número Especial*, 32(3), 55–67. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i3.2792>
22. Arias, J. C., & Iacub, R. (2013). ¿Por qué investigar aspectos positivos en la vejez? Contribuciones para un cambio de paradigma. *Publicatio UEPG Ciencias Humanas, Lingüística, Letras e Artes*, 21(2), 271–281.



## Fiabilidad y validez de Cuestionario de Salud SF-36 en personas adultas mayores

Martha Ornelas Contreras <sup>1</sup>, Elia Verónica Benavides Pando <sup>2</sup>, Carlos Javier Ortiz Rodríguez <sup>3</sup>, Raúl Barceló Reyna <sup>4</sup>

### Resumen

*Introducción/objetivo: atender las necesidades y vulnerabilidades de la población envejecida, es una prioridad dentro de las investigaciones sociodemográficas. En tal sentido, se necesita contar con instrumentos que permitan la obtención de resultados fidedignos y proporcionen evidencias empíricas que posibiliten futuras intervenciones en este sector poblacional. Por eso, el objetivo de esta investigación fue analizar las propiedades psicométricas del Cuestionario de Salud SF-36, en una muestra de personas adultas mayores. Método: se realizó un estudio con enfoque cuantitativo y diseño transversal, que involucró un total de 605 sujetos residentes en la ciudad de Chihuahua, México. La estructura del cuestionario se examinó a través de análisis factoriales confirmatorios. Los resultados muestran que una estructura tetrafactorial es viable y adecuada. Resultados: el conjunto de los factores explicó cerca del 80% de la varianza, encontrándose apropiadas saturaciones factoriales para la mayoría de los ítems. Conclusiones: el análisis de las propiedades psicométricas del cuestionario mostró adecuados indicadores de ajuste, fiabilidad y validez, esto ratifica su posibilidad de utilizarse en muestras de personas adultas mayores.*

*Palabras clave: Cuestionario SF-36; fiabilidad; validez; personas adultas mayores.*

### Abstract

Introduction/ objective: addressing the needs and vulnerabilities of the aging population is a priority within sociodemographic research. In this sense, it is necessary to have instruments that allow obtaining reliable results and provide empirical evidence that enable future interventions in this population sector. Therefore, the objective of this research was to analyze the psychometric properties of the SF-36 Health Questionnaire, in a sample of

adults. Methods: a study with a quantitative approach and cross-sectional design was carried out, which involved a total of 605 subjects residing in the city of Chihuahua, Mexico. The structure of the questionnaire was examined through confirmatory factor analysis. The results show that a tetrafactorial structure is viable and suitable. Results: the set of factors explained about 80% of the variance, finding appropriate factor saturations for most of the items. Conclusions: the analysis of the psychometric properties of the

ISSUE N°1

JUNIO

2025

Recibido:

18/12/2024

Aceptado:

10/02/2025

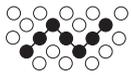
(1) Universidad Autónoma de Chihuahua. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-8107-1796>

(2) Universidad Autónoma de Chihuahua. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-2058-7588>

(3) Universidad Autónoma de Chihuahua. ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-5474-7744>

(4) Universidad Autónoma de Chihuahua. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-9248-2988>.

Persona de contacto Dr. Raúl Barceló Reyna [p344927@uach.mx](mailto:p344927@uach.mx)



### *Fiabilidad de validez del Cuestionario de Salud SF-36 en personas adultas mayores*

questionnaire showed adequate indicators of fit, reliability and validity, this confirms its possibility of being used in samples of older adults.

Key words: SF-36 Health Questionnaire; reliability; validity; older adults.

## **Introducción**

El acelerado y sostenido proceso de envejecimiento poblacional en que se encuentra inmerso el mundo, demanda de acciones encaminadas a revertirlo, o cuando menos, paliar los efectos adversos de este fenómeno. México y el estado de Chihuahua, de igual modo se encuentran inmersos en un proceso de cambio en la distribución por edades. Esto trae consigo un notable incremento de la población de personas adultas mayores (Consejo Estatal de Población, 2017; Muñoz, 2024). Por esta razón, dentro de las investigaciones sociodemográficas, el enfoque se ha centrado en: conocer y entender las características y condiciones actuales de dicha población; el impacto de la dinámica poblacional en la sociedad y las consecuencias de este proceso, con el propósito de atender sus necesidades en el futuro (Osareme et al., 2024; Wong et al., 2021).

El envejecimiento es un proceso universal, irreversible, asincrónico e individual. Universal porque se manifiesta en todos los seres humanos. Irreversible pues finalmente es inevitable el deterioro morfofuncional de las células que conforman los seres vivos. Asincrónico puesto que, en un mismo organismo, sus sistemas no envejecen al mismo tiempo. E individual, toda vez que cada uno envejece a su propio ritmo. Esto dependerá de una multiplicidad de factores, que estarán mediados por los estilos de vida que se pongan de manifiesto durante el ciclo vital, en el contexto y entorno sociocultural donde se desempeñen los sujetos (Kuiper et al., 2024).

La vejez es una etapa normal dentro del ciclo de la vida; al igual que las etapas precedentes, posee matices positivos y negativos. Comúnmente implica pérdidas y disminución de algunas de las funciones habituales; lo que vuelve a algunas personas adultas mayores vulnerables y compromete su adaptación. Sin

embargo, otras consiguen adaptarse sin dificultad a dicho periodo, haciendo del mismo un espacio abierto a oportunidades, asumen los nuevos desafíos y manifiestan elevadas percepciones de bienestar subjetivo (Organización Mundial de la Salud, 2015; Zhou et al., 2024). Ante estas realidades, es necesario propiciar en este grupo etario, un buen estado general que les favorezca un envejecimiento saludable y apropiados niveles de calidad de vida (Kuiper et al., 2024).

La calidad de vida es un estado de equilibrio en las funciones físicas, sociales y emocionales en el que el individuo satisface sus necesidades básicas, llevándolo a experimentar bienestar (Rubio et al., 2015). En este contexto se asume que, la calidad de vida es el resultado del análisis perceptivo que la persona realiza de su propia vida. Este, se efectúa atendiendo las particularidades del entorno y contexto sociocultural en donde interactúa, y se vincula indisolublemente con sus objetivos y expectativas. De este modo, debe entenderse como un constructo amplio, determinado por la confluencia de diversos factores entre los que se destaca la salud del individuo (en el sentido más amplio del término), su autonomía, así como por su relación con actores sociales y económicos (González y Lima, 2017; Velaithan et al., 2024).

En la población de personas adultas mayores, la percepción de calidad de vida está condicionada por factores que en otras poblaciones no se consideran. Entre ellos se encuentran: modificación de los roles sociales, pérdidas familiares, la jubilación, disminución de la capacidad funcional, entre otros. Sin embargo, uno de los elementos que más determina la calidad de vida es la salud (Campos et al., 2018; Estebansari et al., 2020). Sobre el particular, debe entenderse por Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), la percepción subjetiva de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo, influenciada por el estado actual de salud (Lee y Oh, 2020; Melguizo et al., 2012).

La autopercepción de salud es un indicador de gran utilidad para explorar en el estado de salud de la población de personas adultas mayores. Al respecto, son determinantes en la autopercepción positiva de salud las variables autonomía, tanto económica como para realizar las actividades de la vida diaria. Por el contrario, la presencia de enfermedades crónicas tiene un papel preponderante en la autopercepción negativa de salud (Peláez et al., 2015; Yang et al., 2021).



*Ornelas Contreras, Benavides Pando, Ortiz Rodríguez, Barceló Reyna*

Una revisión exhaustiva de la producción científica publicada en los últimos años en las bases de datos Scopus, EBSCO, PubMed y LILACS, evidenció que entre los instrumentos genéricos más utilizados para evaluar la CVRS en personas adultas mayores se encuentran los siguientes: Cuestionario de Salud SF-36 y sus versiones más simplificadas (SF-12, SF-8 y SF-6); EuroQol 5D; así como el WHOQOL-OLD y el WHOQOL-BREF, ambos instrumentos propuestos y validados por la Organización Mundial de la Salud.

Aunque el Cuestionario de Salud SF-36, es de los instrumentos más utilizados para evaluar la CVRS en diversas poblaciones, mostrando valores apropiados de consistencia interna, antes de llevar a término el proceso de investigación científica, para obtener resultados fidedignos, es preciso contar con evidencias empíricas que muestren su fiabilidad y validez en la población objeto de estudio. Por este motivo, el objetivo de esta investigación es analizar las propiedades psicométricas del Cuestionario de Salud SF-36 en una muestra de personas adultas mayores.

## **Método**

### **Tipo de Estudio y Participantes**

Se realizó un estudio con enfoque cuantitativo y diseño transversal, que involucró un total de 605 personas adultas mayores (66% mujeres y 34% hombres), residentes en comunidades de la ciudad de Chihuahua, estado de Chihuahua, México. Las edades de los participantes fluctuaron entre los 60 y 101 años, con una media de 70.7 y una desviación estándar de 8.2.

### **Instrumento**

Se administró el Cuestionario de Salud SF-36, adaptado y validado al español por Alonso et al. (1995), a partir de la versión original de Ware Jr y Sherbourne (1992) y validado para personas adultas mayores chihuahuenses en la tesis doctoral de Aguirre (2017).

Dicho instrumento, consta de 36 ítems los que detectan estados positivos y negativos centrados en el estado funcional y el bienestar emocional; subdivididos en ocho dimensiones (factores): Función Física (FF), formada por las preguntas 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 y 12; Vitalidad (VT), integrada por los ítems 23, 27, 29 y 31; Rol Físico (RF), que agrupa 4 ítems 13, 14, 15 y 16; Dolor Corporal (DC), compuesto por los reactivos 21 y 22; Salud General (SG), que integra los reactivos 1, 33,

34, 35 y 36; Función Social (FS), formada por 2 ítems 20 y 32; Rol Emocional (RE), compuesta por las preguntas 17, 18 y 19; y Salud Mental (SM) agrupada en 5 ítems 24, 25, 26, 28 y 30; adicionalmente, el SF-36 incluye una pregunta de transición (ítem 2) sobre el cambio en el estado de Salud General con respecto al año anterior. Este ítem no se utiliza para el cálculo de ninguna de las ocho dimensiones principales.

Las opciones de respuestas son de tipo Likert, donde el número de opciones varía de 2 a 6 puntos, dependiendo del ítem; tal es el caso de los reactivos 3 y 6 que son de 3 puntos y miden la Función Física que van desde 1 es sí, me limita mucho hasta 3 es no, me limita nada; otros reactivos como el 13 y 14 miden el Rol Físico muestran respuestas dicotómicas: 1 es sí y 2 es no; reactivos como el 22 que mide el Dolor Corporal, presenta puntuaciones de 1 a 5 puntos, donde 1 es nada y 5 mucho; y finalmente reactivos como 28 y 29 que miden Salud Mental y Vitalidad respectivamente, presentan puntuaciones de 1 a 6, donde 1 es siempre y 6 es nunca; los reactivos se registran inversamente a fin de que guarden el mismo sentido.

Para esta investigación se asumieron las adaptaciones realizadas por Aguirre (2017) a la versión de (Alonso et al., 1995). En esencia, las mismas se concretan en lo siguiente: en primera instancia, el sujeto, en todos los ítems, elige entre 11 posibles respuestas. Para esto se conjugó la escala original con la versión propuesta, quedando de este modo: nada (0), poco (1, 2 y 3), regular (4, 5 y 6), mucho (7, 8 y 9) y bastante (10). Esta primera adaptación obedece a la intención de obtener una mayor variabilidad en las respuestas. Se justifica, además, porque al ser mexicanos los participantes, están habituados a la escala de 0 a 10, pues es la utilizada por el sistema educativo de México. La segunda adaptación consistió en modificar algunos términos utilizados en los ítems de la versión original, con el fin de manejar un lenguaje más apropiado al contexto y entorno sociocultural mexicano.

## **Procedimiento**

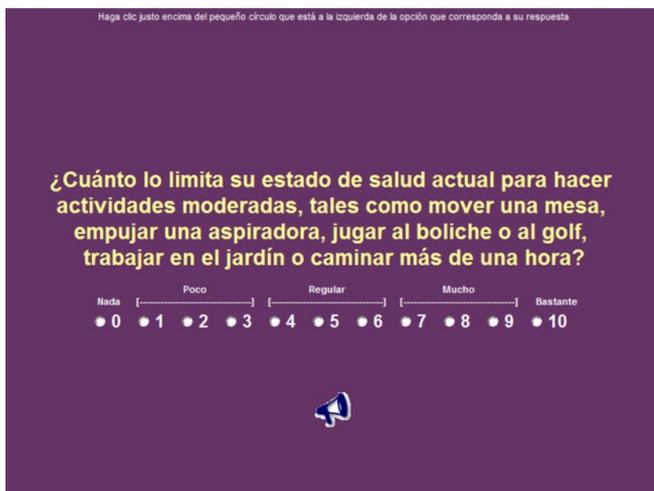
### **Declaración del Comité de Ética Institucional**

El estudio se llevó a cabo de acuerdo con las directrices de la Declaración de Helsinki y fue aprobado por el Comité de la Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Cultura Física de la Universidad Autónoma de Chihuahua (07112017-106; 7 de noviembre de 2017).

### Fiabilidad y validez del Cuestionario de Salud SF-36 en personas adultas mayores

Se invitaron a participar personas adultas mayores residentes en la ciudad de Chihuahua, estado de Chihuahua, México; los que estuvieron de acuerdo, firmaron el consentimiento informado. Antes de administrar el instrumento, se explicó la importancia de los datos que estarían aportando y se les garantizó la confidencialidad de estos. Se detalló el proceder para responder cada uno de los reactivos y fueron esclarecidas las dudas existentes. La aplicación del cuestionario se realizó mediante una computadora personal (Figura 1); esto permitió el almacenamiento de los datos con una mayor precisión y rapidez, al no tener etapas previas de codificación.

Figura 1  
Ejemplo de respuesta para los ítems del Cuestionario SF-36.



### Análisis de Datos

Los resultados se recopilaron por medio del módulo generador de resultados del editor de escalas versión 2.0 (Blanco et al., 2013). Estos, se analizaron a través del paquete estadístico SPSS 21.0 y el software AMOS 21.0. El análisis psicométrico se realizó mediante análisis factoriales confirmatorios, con el fin de obtener una prueba que revele evidencias empíricas del Cuestionario de Salud SF-36 en muestras de personas adultas mayores.

Para determinar la fiabilidad y validez del instrumento, se utilizaron los coeficientes Alfa de Cronbach y Omega, así como análisis factoriales confirmatorios. Se compararon tres modelos de medida: el primero (M1-SF36-8), de ocho factores correspondiente con la estructura original del cuestionario.

El segundo (M1a-SF22-8), que responde a la estructura factorial del modelo anterior, excluyendo los ítems que no fueron suficientemente bien explicados por ese modelo. El tercero (M2-SF13-4), se integró por 13 ítems, agrupados en un modelo tetrafactorial propuesto por Aguirre (2017). Para evaluar el ajuste de los modelos, como medidas absolutas de ajuste se utilizaron el estadístico Chi-cuadrado ( $\chi^2$ ), el índice de bondad de ajuste (GFI) y el error cuadrático medio de aproximación (RMSEA). Como medidas de ajuste incremental se tuvieron en cuenta los índices: de bondad ajustado (AGFI), de Tucker-Lewis (TLI) y de bondad de ajuste comparativo (CFI). Por último, como medidas de ajuste de parsimonia se analizaron la razón Chi-cuadrado sobre los grados de libertad ( $\chi^2/df$ ) y el Criterio de Información de Akaike (AIC).

### Resultados

Los resultados del análisis factorial confirmatorio (GFI .79; RMSEA .08; CFI .90) para el M1-SF36-8, indican que el ajuste del modelo de medición no es aceptable (Tabla 1). El conjunto de los ocho factores del modelo M1-SF36-8 explican aproximadamente el 75% de la varianza; además, seis de sus 36 ítems saturan por debajo de .70 (Tabla 2).

*Ornelas Contreras, Benavides Pando, Ortiz Rodríguez, Barceló Reyna*

**Tabla 1**

*Índices absolutos, incrementales y de parsimonia para los modelos generados.*

Modelo	Índices absolutos			Índices incrementales			Índices de parsimonia	
	$\chi^2$	GFI	RMSEA	AGFI	TLI	CFI	$\chi^2/GL$	AIC
M1-SF36-8	2488.66*	.79	.08	.75	.89	.90	4.68	2684.66
M1a-SF22-8	533.22*	.93	.06	.90	.96	.97	2.95	677.22
M2-SF13-4	159.48*	.96	.06	.93	.98	.98	2.90	231.48

*Nota:* \*  $p < .05$ ; GFI = índice de bondad de ajuste; RMSEA = error cuadrático medio de

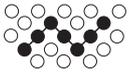
aproximación; AGFI = índice corregido de la bondad de ajuste; TLI = índice de Tucker-

Lewis; CFI = índice de ajuste comparativo;  $\chi^2/GL$  = índice de ajuste chi cuadrado dividido

por los grados de libertad; AIC = criterio de información de Akaike

Los resultados del análisis factorial confirmatorio (GFI .93; RMSEA .06; CFI .97) del modelo M1a-SF22-8, indican que su ajuste es aceptable (Tabla 1). El conjunto de los ocho factores del modelo M1a-SF22-8 explica aproximadamente el 84% de la varianza; además, dos de sus 22 ítems saturan por debajo de .70 (Tabla 2).

Los resultados del análisis factorial confirmatorio (GFI .96; RMSEA .06; CFI .98) del modelo M2-SF13-4, indican que su ajuste es óptimo (Tabla 1). El conjunto de los cuatro factores del modelo M2-SF13-4 explica aproximadamente el 79% de la varianza; además tres de sus 13 ítems saturan por debajo de .70 (Tabla 3).



*Fiabilidad de validez del Cuestionario de Salud SF-36 en personas adultas mayores*

**Tabla 2**

*Solución estandarizada análisis factorial confirmatorio para los modelos MI-SF36-8 y MIa-SF22-8.*

Ítem	M1-SF36-8								M1a-SF22-8							
	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8
Pesos Factoriales																
ítem 3	.64								-							
ítem 4	.83								-							
ítem 5	.81								-							
ítem 6	.83								-							
ítem 7	.87								-							
ítem 8	.84								.83							
ítem 9	.89								.93							
ítem 10	.93								.95							
ítem 11	.89								-							
ítem 12	.72								-							
ítem 13	.92								.91							
ítem 14	.90								-							
ítem 15	.93								.93							
ítem 16	.94								.94							
ítem 21		.80							.81							
ítem 22		.94							.94							
ítem 1			.68						.69							
ítem 33			.76						-							
ítem 34			.74						.79							
ítem 35			.76						-							
ítem 36			.78						.87							
ítem 23				.64					-							
ítem 27				.77					.74							
ítem 29				.79					.80							
ítem 31				.71					.74							
ítem 20					.92				.92							
ítem 32					.88				.88							
ítem 17						.91			.91							
ítem 18						.90			.90							
ítem 19						.89			.89							
ítem 24							.67		.66							
ítem 25							.86		.89							
ítem 26							.63		-							
ítem 28							.87		.90							
ítem 30							.69		-							
Consistencia Interna																
α	.95	.95	.86	.85	.81	.89	.92	.85	.92	.95	.86	.81	.80	.89	.92	.84
Ω	.95	.95	.86	.86	.81	.89	.92	.86	.93	.94	.86	.82	.80	.89	.92	.86

*Ornelas Contreras, Benavides Pando, Ortiz Rodríguez, Barceló Reyna*

**Correlaciones Factores**

F1	-	.83	.68	.63	.60	.72	.67	.47	-	.78	.67	.55	.57	.69	.62	.43
F2		-	.74	.66	.62	.84	.79	.56		-	.74	.58	.61	.85	.79	.54
F3			-	.75	.71	.77	.68	.65			-	.65	.73	.78	.68	.63
F4				-	.87	.74	.63	.74				-	.76	.61	.53	.58
F5					-	.75	.64	.87					-	.74	.62	.82
F6						-	.89	.73						-	.89	.71
F7							-	.68							-	.67
F8								-								-

*Nota:* F1 = Función Física, F2 = Rol Físico, F3 = Dolor Corporal, F4 = Salud

General, F5 = Vitalidad, F6= Función Social, F7 = Rol Emocional, F8 = Salud

Mental.

## Discusión

El Cuestionario de Salud SF-36 se encuentra entre los instrumentos más utilizados para evaluar la CVRS en personas adultas mayores. Sus adecuadas propiedades psicométricas al utilizarse en dicha población se constataron en diversas publicaciones (López Peláez et al., 2021; Melchor et al., 2023; Mercuris et al., 2020; Stanghelle et al., 2020; Valdivieso-Mora et al., 2018; Zanella et al., 2023; Zhao et al., 2019).

Entre los modelos generados, el M2-SF13-4 evidenció la consistencia interna más adecuada, lo que corrobora la validez del SF-36 en esta población. El análisis factorial identificó al ítem 22, referente a la interferencia del dolor en las actividades laborales, como el de mayor contribución a la varianza total. Este hallazgo resalta el impacto significativo del dolor en la percepción de la calidad de vida de los participantes, condicionando su desempeño habitual. Sin embargo, se debe señalar que investigaciones previas (Rodríguez, 2017) no han encontrado una asociación consistente entre el dolor corporal y la calidad de vida percibida, por lo que se requieren estudios adicionales para

dilucidar esta compleja relación.

El ítem 24 del cuestionario, que evalúa la frecuencia con la que el adulto mayor se ha sentido nervioso durante el último mes, presenta una carga factorial baja (0.60), por debajo del umbral recomendado (0.70). Esta observación podría estar fundamentada en la mayor variabilidad emocional que experimentan las personas en la vejez. Diversos factores contribuyen a estas fluctuaciones emocionales, entre ellos: cambios en los roles sociales, aumento de la dependencia, pérdida o distanciamiento de seres queridos, y el temor a la muerte. A pesar de eso, investigaciones como las de Segura et al. (2019) y Góngora y Castro (2018) sugieren que la edad también puede propiciar una mayor integración entre la cognición y las emociones, permitiendo a los adultos mayores regular mejor sus afectos y enfocarse en los aspectos positivos de la vida. En este contexto, la baja carga factorial del ítem 24 podría reflejar la complejidad de las emociones en la vejez, donde la experiencia individual y la capacidad de autorregulación emocional juegan un papel fundamental en la modulación del estado anímico.

Los análisis factoriales confirmatorios (AFC) realizados

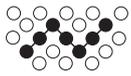
*Fiabilidad de validez del Cuestionario de Salud SF-36 en personas adultas mayores*

**Tabla 3.**

*Soluciones estandarizadas análisis factorial confirmatorio para el Modelo M2-SF13-4*

Item	F1	F2	F3	F4
Pesos Factoriales				
<i>ítem 4</i>	.81			
<i>ítem 5</i>	.78			
<i>ítem 6</i>	.85			
<i>ítem 8</i>	.86			
<i>ítem 9</i>	.90			
<i>ítem 13</i>		.86		
<i>ítem 15</i>		.87		
<i>ítem 17</i>		.77		
<i>ítem 21</i>			.81	
<i>ítem 22</i>			.94	
<i>ítem 24</i>				.60
<i>ítem 25</i>				.77
<i>ítem 29</i>				.77
Consistencia Interna				
$\alpha$	.92	.89	.86	.77
$\Omega$	.92	.87	.86	.75
Correlaciones Factores				
F1	-	.81	.69	.55
F2		-	.78	.71
F3			-	.76
F4				-

*Nota:* F1 = Función Física, F2 = Rol Físico, F3 = Dolor Corporal, F4 = Salud Psicológica



*Ornelas Contreras, Benavides Pando, Ortiz Rodríguez, Barceló Reyna*

respaldaron la estructura de cuatro factores propuesta por Aguirre (2017) para el Cuestionario de Salud SF-36. Estos factores son: Función Física, Dolor Corporal, Rol Físico y Salud Psicológica. Los indicadores de ajuste del modelo resultaron adecuados, lo que evidencia la validez factorial del instrumento. La consistencia interna del cuestionario se evaluó mediante los coeficientes alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) y Omega ( $\Omega$ ), obteniendo valores superiores a 0.70 en ambos casos. Estos valores se consideran aceptables, ya que se encuentran dentro del rango recomendado entre 0.70 y 0.90 (Campo-Arias y Oviedo, 2008). Cabe destacar que valores más cercanos a 1 indican mayor consistencia entre los ítems del cuestionario. En todos los modelos evaluados, los valores de los coeficientes de consistencia interna superaron 0.75. Esto confirma que el Cuestionario de Salud SF-36 posee una adecuada fiabilidad, lo que significa que sus ítems miden de manera precisa y consistente los constructos que pretenden evaluar.

Aun así, el factor Salud Psicológica, evidenció el valor de fiabilidad más bajo, aunque aceptable, ( $\alpha=.72$ ). Tentativamente, pudiera expresarse que en gran medida esto se debió a que dicho factor contiene al ítem 24, el cual reportó la menor carga factorial (.60). Por otra parte, es válido señalar que Aguirre (2017) autora del modelo M2-SF13-4, en el factor Salud Psicológica, agrupa ítems que en el cuestionario original pertenecían a los factores Vitalidad y Salud Mental. Esto revela la necesidad de realizar posteriores análisis factoriales confirmatorios para este modelo, en diversas muestras de personas adultas mayores, con el propósito de arribar a resultados más concluyentes.

Mientras, el factor Función Física, mostró el valor de fiabilidad más alto  $\alpha=.92$ . Se considera oportuno expresar que, dicho factor, dentro de la estructura del cuestionario, mide el grado en que las afectaciones a la salud limitan las actividades físicas, por ejemplo: el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, sujetar o transportar y cargar objetos. En este punto, el hallazgo al parecer indica que las personas adultas mayores estudiadas, perciben limitaciones en la realización de las actividades de la vida diaria, como consecuencia del deterioro paulatino de su estado general de salud. Al respecto, evidencias científicas demuestran que, en este grupo etario se reportan mejores percepciones de CVRS, en tanto se ha sido más físicamente activo y muy superiores en sujetos que mantienen prácticas sistemáticas de actividades físicas (Santos et al., 2019).

## **Conclusiones**

Sobre la base de los resultados discutidos, se puede concluir que los análisis factoriales confirmatorios apoyan la estructura tetrafactorial del modelo M2-SF13-4, que manifiesta apropiadas saturaciones factoriales estandarizadas, aun cuando este difiere de los propuestos y validados por: Ware Jr y Sherbourne (1992); Alonso et al. (1995). El análisis de las propiedades psicométricas del Cuestionario de Salud SF-36 mostró adecuados indicadores de ajuste, fiabilidad y validez, esto ratifica su posibilidad de utilizarse en muestras de personas adultas mayores. No obstante, la trascendencia de estos resultados es aún limitada, lo que demanda de futuras investigaciones.

## **Agradecimientos**

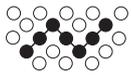
Se considera oportuno expresar el agradecimiento al Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías de México (CONAHACYT), pues el autor de correspondencia disfrutó de una beca para la formación doctoral, otorgada por esta institución.



*Fiabilidad de validez del Cuestionario de Salud SF-36 en personas adultas mayores*

REFERENCIAS

1. Aguirre, S. I. (2017). Adaptación y validación del cuestionario: Calidad de Vida SF-36 en adultos y adultos mayores mexicanos Universidad Autónoma de Chihuahua]. Chihuahua, México.
2. Alonso, J., Prieto, L., y Antó, J. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin (Barc)*, 104(20), 771-776. <https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00008>
3. Blanco, H., Ornelas, M., Tristán, J. L., Cocca, A., Mayorga-Vega, D., López-Walle, J., & Viciano, J. (2013). Editor for creating and applying computerise surveys. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 106, 935-940. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.12.105>
4. Campo-Arias, A., y Oviedo, H. C. (2008). Propiedades Psicométricas de una Escala: la Consistencia Interna. *Rev. Salud Pública*, 10(5), 831-839.
5. Campos, T., León, A., y Rojas, G. (2018). Guía calidad de vida en la vejez. Herramientas para vivir más y mejor.
6. Consejo Estatal de Población. (2017). Programa estatal de población 2017-2021. México: Consejo Estatal de Población Retrieved from <http://ceg.chihuahua.gob.mx/PED/EJE5/MedianoP/COESPO.PDF>
7. Estebsari, F., Dastoorpoor, M., Khalifehkandi, Z. R., Nouri, A., Mostafaei, D., Hosseini, M., Esmaceli, R., & Aghababaeian, H. (2020). The concept of successful aging: a review article. *Current aging science*, 13(1), 4-10.
8. Góngora, V., y Castro, A. (2018). Bienestar emocional, psicológico y social y variables demográficas en población adulta de la ciudad de Buenos Aires. *Psicodébate. Psicología, Cultura y Sociedad*, 18(1), 72-83. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6534088>
9. González, A. L., y Lima, Lizbeth. (2017). Autoeficacia, Percepción de salud y soledad, sobre la calidad de vida en Adultos Mayores. *Entreciencias: Diálogos en la Sociedad del Conocimiento*, 5(15). <https://doi.org/10.22201/enesl.20078064e.2017.15.62571>
10. Kuiper, L., Smit, A., Bizzarri, D., van den Akker, E., Reinders, M., Ghanbari, M., van Rooij, J., Voortman, T., Rivadeneira, F., & Dollé, M. (2024). Lifestyle factors and metabolomic aging biomarkers: Meta-analysis of cross-sectional and longitudinal associations in three prospective cohorts. *Mechanisms of Ageing and Development*, 220, 111958.
11. Lee, M. K., & Oh, J. (2020). Health-related quality of life in older adults: Its association with health literacy, self-efficacy, social support, and health-promoting behavior. *Healthcare*,
12. López Peláez, J., Aguirre-Loaiza, H., Ortiz, A., Caballo, V. E., y Núñez, C. (2021). Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer ginecológico. *suma psicológica*, 28(2), 88-96. <https://doi.org/https://doi.org/10.14349/sumapsi.2021.v28.n2.3>
13. Melchor, A. S., Sesma, M. L. J., Castán, J. S., Melchor, L. S., Sorolla, D. F., y Bosque, D. B. (2023). Percepción de la salud entre los adultos mayores según estilo de vida y capacidad funcional. *Enfermería Global*, 22(4), 217-249.
14. Melguizo, E., Acosta, A., y Castellano, B. (2012). Factores asociados a la calidad de vida de adultos mayores. Cartagena (Colombia). *Revista Científica Salud Uninorte*, 28(2). <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/1250/3036>
15. Mercuris, K., Lowry, K., & Espey, S. (2020). Does Instructor Experience Impact Balance and Health-Related Quality of Life in Healthy Older Adult Participants following a Tai Chi for Arthritis Program? *Journal of Community Health Nursing*, 37(1), 26-34. <https://doi.org/10.1080/07370016.2019.1693136>
16. Muñoz, S. H. (2024). Envejecimiento Poblacional en México, un Desafío para el Bienestar Social. *ELYSIUM revista de divulgación científica, cultural y educativa*, 3(1).
17. Organización Mundial de la Salud. (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. OMS Ginebra
18. Osareme, J., Muonde, M., Maduka, C. P., Olorunsogo, T. O., & Omotayo, O. (2024). Demographic shifts and healthcare: A review of aging populations and systemic challenges. *International Journal of Science and Research Archive*, 11(1), 383-395.
19. Peláez, E., Acosta, L. D., y Carrizo, E. D. (2015). Factores asociados a la autopercepción de salud en adultos mayores. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41. <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2015.v41n4/o7/>
20. Rodríguez, S. E. (2017). Percepción de la calidad de vida en anciano con dolor crónico secundario a patología osteoarticular y musculoesquelética. *Gerokomos*, 28(4), 168-172. <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v28n4/1134-928X-geroko-28-04-00168.pdf>
21. Rubio, D. Y., Rivera, L., Borges, L. d. l. C., y González, F. V. (2015). Calidad de vida en el adulto mayor. *VARONA, Revista Científico-Metodológica*(61), 1-7.
22. Santos, J., Petrica, J., Cardoso, R., Serrano, J., Batista, M., Honório, S., & Maia, L. (2019). Self-perception of life quality and the practice of physical activity in elderly. *JOURNAL OF HUMAN SPORT & EXERCISE*, 14, S1391-S1394. <https://doi.org/10.14198/jhse.2019.14.Proc.4.82>
23. Segura, A. P., Sosa, M., Castillo, R., y Gutiérrez, J. M. (2019). Evaluación del efecto de una intervención en inteligencia emocional en adultos mayores. *PSICUMEX*, 9(2), 35-50. <https://doi.org/10.36793/psicumex.v9i2.312>
24. Stanghelle, B., Bentzen, H., Giangregorio, L., Pripp, A., Skelton, D., & Bergland, A. (2020). Effects of a resistance and balance exercise programme on physical fitness, health-related quality of life and fear of falling in older women with osteoporosis and vertebral fracture: a randomized controlled trial. *Osteoporosis international*, 1069-1078. <https://doi.org/10.1007/s00198-020-05398-w>



*Ornelas Contreras, Benavides Pando, Ortiz Rodríguez, Barceló Reyna*

## REFERENCIAS

25. Valdivieso-Mora, E., Ivanisevic, M., Shaw, L. A., Garnier-Villarreal, M., Green, Z. D., Salazar-Villanea, M., Moncada-Jiménez, J., & Johnson, D. K. (2018). Health-Related Quality of Life of Older Adults in Costa Rica as Measured by the Short-Form-36 Health Survey. *Gerontology & Geriatric Medicine*, 4, 1–13. <https://doi.org/10.1177/23337214187828>
26. 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.
27. Ware Jr, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical care*, 30(6), 473-483. <http://www.jstor.org/stable/3765916>
28. Wong, R., González, C., Michaels-Obregon, A., y Orozco, K. (2021). Estudios poblacionales longitudinales: el potencial del Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México. In *Población y envejecimiento: Pasado, presente y futuro en la investigación sociodemográfica*. Universidad Nacional Autónoma de México.
29. Yang, H., Deng, Q., Geng, Q., Tang, Y., Ma, J., Ye, W., Gan, Q., Rehemayi, R., Gao, X., & Zhu, C. (2021). Association of self-rated health with chronic disease, mental health symptom and social relationship in older people. *Scientific reports*, 11(1), 14653.
30. Zanella, S. O. P., Gómez, N. L. L., y Ramírez, M. C. G. (2023). Calidad de vida en Adultos Mayores con Diabetes tipo 2 en primer nivel de atención.
31. Zhao, X., Zhang, D., Wu, M., Yang, Y., Xie, H., Jia, J., Li, Y., & Su, Y. (2019). Depressive symptoms mediate the association between insomnia symptoms and health-related quality of life and synergistically interact with insomnia symptoms in older adults in nursing homes. *Psychogeriatrics*, 19(6), 584-590. <https://doi.org/10.1111/psyg.12441>
32. Zhou, Y., Sun, Y., Pan, Y., Dai, Y., Xiao, Y., & Yu, Y. (2024). Prevalence of Successful Aging in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Archives of gerontology and geriatrics*, 105604.



# Construcción colectiva de estrategias de abordaje para familias de personas con deterioro cognitivo a través de un taller

Augusto Pupilli <sup>1</sup>

## Resumen

*El presente artículo tiene como objetivo compartir la experiencia de la realización de un taller destinado a familiares de personas con deterioro cognitivo y/o demencia. El mismo se realizó en modalidad de atención ambulatoria, en el marco de un consultorio particular, en la ciudad de Buenos Aires, Argentina. Su objetivo principal tuvo que ver con promover la construcción colectiva de estrategias de abordaje para familiares y/o cuidadores no formales. A lo largo del presente artículo se trabajará con el objetivo de ubicar diferentes dimensiones que intervienen en esta problemática, tales como: caracterización del deterioro cognitivo y las demencias; impacto de dichos cuadros en la persona que lo padece, en la dinámica familiar en general y en quién ocupa el rol de cuidador en particular; y estrategias para el abordaje familiar de estas situaciones. Asimismo, se describirá la modalidad de realización del presente taller y se dará cuenta de los testimonios de algunos de sus participantes.*

*Palabras clave:* Personas Mayores. Cuidadores; Demencia; Deterioro Cognitivo.

## Abstract

The objective of this article is to share the experience of carrying out a workshop for relatives of people with cognitive impairment and/or dementia. It was carried out in an outpatient care modality, within the framework of a private office, in the city of Buenos Aires, Argentina. Its main objective had to do with promoting the collective construction of approach strategies for family members and/or non-formal caregivers.

Throughout this article we will work with the objective of locating different dimensions that intervene in this problem, such as: characterization of cognitive deterioration and dementia; impact of these conditions on the per-

son who suffers from it, on the family dynamics in general and on those who occupy the role of caregiver in particular; strategies for the family approach to these situations. Likewise, the method of carrying out this workshop will be described and the testimonies of some of its participants will be reported.

## Key words

Elderly people, Caregivers; Dementia; Cognitive impairment.

**ISSUE N°1**

**JUNIO**

2025

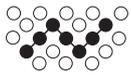
**Recibido:**

04/03/2025

**Aceptado:**

08/04/2025

(1) Lic. Psicología por la Universidad de Buenos Aires. Esp. En Psicología Clínica (Ministerio de Salud de la Nación). Actualmente se desempeña como psicólogo de planta interino del Hospital Zonal General de Agudos "Narciso López" perteneciente a la red de atención de la Provincia de Buenos Aires; realiza práctica clínica en su consultorio particular en Buenos Aires; ex residente en la Residencia "PRIM Lanús". Carrera de especialización en Clínica de Adultos con orientación Psicoanalítica (UBA). [augustopupilli@gmail.com](mailto:augustopupilli@gmail.com)



*Construcción colectiva de estrategias de abordaje para familias de personas con deterioro cognitivo a través de un taller*

## **Introducción**

El presente artículo tiene como objetivo compartir la experiencia de la realización de un taller destinado a familiares de personas con deterioro cognitivo y/o demencia. El mismo se realizó en modalidad de atención ambulatoria, en el marco de un consultorio particular, en la ciudad de Buenos Aires, Argentina. Su objetivo principal tuvo que ver con promover la construcción colectiva de estrategias de abordaje para familiares y/o cuidadores no formales.

A lo largo del presente artículo se trabajará con el objetivo de ubicar diferentes dimensiones que intervienen en esta problemática, tales como: caracterización del deterioro cognitivo y las demencias; impacto de dichos cuadros en la persona que lo padece, en la dinámica familiar en general y en quien ocupa el rol de cuidador en particular; y estrategias para el abordaje familiar de estas situaciones. Asimismo, se describirá la modalidad de realización del presente taller y se dará cuenta de los testimonios de algunos de sus participantes.

## **Surgimiento del dispositivo.**

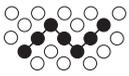
El taller respecto del cual se trabajará a lo largo de este escrito surge como una forma de dar respuesta a la demanda detectada en consultorio particular en el marco de tratamientos individuales, en modalidad ambulatoria, de personas adultas, en la ciudad autónoma de Buenos Aires. Cabe destacar que dichos tratamientos respondían a motivos de consulta muy diversos y de acuerdo a la singularidad de cada consultante, por ejemplo, problemáticas laborales, dificultades de pareja, problemáticas relacionadas a la crianza de hijos adolescentes, consumo problemático de sustancias, duelos, entre otros. Sin embargo, en algún momento del tratamiento, de las personas que luego fueron convocadas a participar del taller, irrumpió la problemática acerca del cuidado de personas mayores de su familia quienes presentaban deterioro cognitivo y/o demencia. Fundamentalmente, comenzó a surgir cómo el hecho de ocupar un rol de cuidador de personas con estas afecciones generaba sobrecarga en sus vidas y cómo esta situación se superponía con el padecimiento por el cual habían

solicitado tratamiento inicialmente. En términos generales, surgían ideas relacionadas al cansancio que les producía dicha situación, la culpa respecto de ese agotamiento, sensación de rechazo hacia la tarea, percepción de soledad al interior de sus familias respecto del cuidado, tanto como sensación de injusticia respecto de la manera en que las tareas estaban distribuidas. En diferentes momentos varios de los consultantes incluso expresaron su malestar respecto del hecho de no estar pudiendo dar lugar a su motivo de consulta “primario” en sus tratamientos dado que la temática del cuidado y la sobrecarga asociada al mismo arrasaba con éste. De parte del analista a cargo de estos tratamientos se detectó que efectivamente en algunos de los casos la temática del cuidado no estaba dando lugar al motivo de consulta inicial y que, a su vez, había algo del orden de la imposibilidad de dar respuesta a dicha problemática a través del dispositivo de tratamiento ambulatorio.

En esta coyuntura surge la posibilidad de realizar un taller para familiares y cuidadores de personas con deterioro cognitivo y demencias con el objetivo de trabajar de manera grupal en la construcción colectiva de estrategias de abordaje. A partir de lo expuesto, se realizaron las convocatorias pertinentes con un alto grado de aceptación por parte de los participantes. Se trabajará sobre esta experiencia a lo largo de este artículo. Cabe destacar que a los fines de este proyecto se tuvo en cuenta la siguiente configuración de cuidador informal: aquel cuidador principal quien dedica la mayor cantidad de tiempo a cuidar a su familiar enfermo, éste no recibe ninguna remuneración por la realización de esta tarea y es percibido por los miembros de la familia como el único responsable del cuidado (Demey, I; Feldberg, C. 2015). Asimismo, respecto de las afecciones presentadas por los cuidadores, se conceptualizan bajo la denominación de “síndrome del cuidador” y bajo la misma se incluyen problemáticas de la siguiente índole: astenia, cefaleas, alteraciones del sueño, lumbalgias, afecciones de la piel, alteraciones gastrointestinales; sentimientos de cansancio, tristeza, ansiedad/depresión, irritabilidad y culpabilidad (Mateo, Rodríguez et al., 2000). Por su parte, la OMS (2004) considera que el cuidado de un enfermo crónico representa un factor de riesgo para la salud mental, siendo predominante la presentación de alteraciones del estado de ánimo y depresión.

## **Acerca del deterioro cognitivo y las demencias.**

A los fines de determinar la temática del taller previamente descrito resulta fundamental poder caracteri-



### *Pupilli*

zar, brevemente, a qué nos referimos cuando hablamos de deterioro cognitivo y demencias. Por su parte, el deterioro cognitivo se refiere a las alteraciones que se producen en diferentes grados en las funciones psicológicas, a saber: memoria, orientación, lenguaje, reconocimiento, regulación conductual, funciones ejecutivas, cognición social (Demey, I; Feldberg, C. 2015).

Cabe destacar que dichas alteraciones interfieren en diferente grado en la vida de las personas, ya sea en sus niveles de actividad o su interacción social. Por su parte, las demencias constituyen un síndrome neuropsiquiátrico que consiste en el deterioro adquirido (es decir respecto de instancias previas) de la esfera cognitiva y alteraciones conductuales de tal magnitud que interfiere en las actividades de la vida diaria, en la esfera social, funcional y conductual. Algunas de las características que definen el cuadro tienen que ver con que su curso suele ser crónico, progresivo y degenerativo. A su vez, responde a múltiples etiologías que tienen un impacto a nivel cerebral. Si bien existen diferentes tipos, tales como demencia vascular, demencia de cuerpos de Lewy, demencia frontotemporal, entre otros, la enfermedad de Alzheimer es la forma más común, siendo el 60 o 70% de los casos.

Uno de los aspectos centrales a tener en cuenta a la hora de planificar intervenciones tiene que ver con ubicar que la demencia afecta a cada persona de manera diferente dependiendo del impacto de la enfermedad tanto como de la personalidad premórbida del individuo. A su vez, otro aspecto a considerar es la necesidad de realizar un adecuado diagnóstico diferencial entre cuadros. En este sentido, la diferenciación entre la demencia y el deterioro cognitivo leve descansa en la determinación de si hay o no una interferencia significativa en la capacidad funcional en el trabajo o en las actividades cotidianas usuales (Demey, I; Feldberg, C. 2015). Entre los factores de riesgo que predisponen a su desarrollo los más relevantes son los siguientes: edad, que si bien constituye el principal factor de riesgo, no es una consecuencia inevitable de la misma; factores hereditarios y genéticos; sedentarismo; tabaquismo; consumo excesivo de alcohol; hipertensión arterial; diabetes; colesterol; obesidad; depresión; bajo nivel educativo; aislamiento social; inactividad cognitiva, entre otros. Finalmente, otro de los aspectos fundamen-

tales a tener en cuenta es que las personas viven durante muchos años después de la aparición de los síntomas de la demencia. Con un apoyo apropiado, muchos pueden y deben tener la posibilidad de seguir participando y de contribuir a la sociedad, al igual que de gozar de una buena calidad de vida. Sin embargo, es una de las mayores causas de discapacidad durante el envejecimiento, y el enorme costo de la enfermedad representa un desafío para los sistemas de salud ante el pronosticado aumento de su prevalencia. Uno de los aspectos centrales tiene que ver con que los síntomas psicológicos y del comportamiento asociados a la demencia afectan profundamente la calidad de vida de las personas que la sufren y de sus cuidadores, constituyéndose ésta como la principal causa de institucionalización.

### **Acerca de los síntomas y los factores determinantes**

Resulta esencial poder trabajar, tanto con las familias como con los pacientes, respecto de cuáles son los primeros síntomas que se pueden observar ante situaciones de deterioro cognitivo y/o demencias: pérdida de memoria, cambios de humor, apatía, irritabilidad, tristeza, síntomas de ansiedad y depresión, problemas en la comunicación y el lenguaje, declinación para la habilidad de hablar, leer y escribir.

En relación a la pérdida de memoria cabe destacar que la misma tendrá un impacto muy importante a nivel de la vida cotidiana y del nivel de funcionalidad de la persona. Dicho impacto va desde olvidarse de lo que se les dijo, los nombres de sus familiares, dónde han dejado objetos, los lugares que siempre fueron familiares comienzan a percibirse como extraños, se olvidan las rutinas, se pierden compromisos previamente realizados, pueden olvidar si han realizado o no alguna tarea, pueden preguntar a sus familiares repetidas veces lo mismo tanto como reiterar un relato. Todo este tipo de situaciones generan grandes dificultades para sostener la independencia y autonomía y generan altos niveles de estrés en sus cuidadores. Ante esto, una de las principales acciones que se pueden desarrollar tiene que ver con generar compensaciones y estrategias que den una respuesta ante las fallas de memoria (Demey, I; Feldberg, C. 2015). En este sentido, resulta muy útil realizar adaptaciones del entorno, procurar establecer rutinas, valerse de ayuda memorias externas, y, por supuesto, promover la participación en espacios donde se realizan tareas de estimulación cognitiva. Cabe destacar que tanto los síntomas psicológicos como los conductuales generan efectos tanto en quien la padece como



*Construcción colectiva de estrategias de abordaje para familias de personas con deterioro cognitivo a través de un taller*

en sus familiares y cuidadores: padecimiento subjetivo, agravan el deterioro cognitivo y el grado de funcionalidad. Por esta razón muchas veces son estos los síntomas que producen que se precipite la inclusión de la persona en una institución, residencia de larga estada, la cual sería de ahí en adelante la responsable del cuidado de la persona con demencia. Este tipo de sintomatología puede aparecer en cualquier etapa de la enfermedad, si bien están asociados principalmente con la pérdida de capacidad en el desempeño de las actividades de la vida cotidiana.

Su emergencia está asociada a diferentes factores: biológicos, psicológicos y sociales. En este sentido, es importante resaltar que los factores psicológicos y ambientales son susceptibles de modificación, mejorando las oportunidades para su tratamiento interdisciplinario (ya sea farmacológico o mediante la implementación de estrategias no farmacológicas). Asimismo, los mismos pueden ser el resultado de factores anatómicos, bioquímicos o genéticos. Por ejemplo, un daño disfuncional frontal puede constituirse como el principal determinante para la emergencia de alteraciones en el control de los impulsos, las cuales podrían evidenciarse en apatía, hiperactividad, actitud desinhibida, alteraciones en la alimentación, o bien en un deficiente juicio de realidad, alucinaciones, entre otras.

A los fines de poder ofrecer un tratamiento adecuado resulta fundamental realizar un diagnóstico diferencial que permita ubicar las razones a las cuales obedecen dichos síntomas. En línea con la importancia de la evaluación diagnóstica, cabe destacar que los síntomas conductuales se identifican mediante la observación del paciente, pueden incluir agresividad, estado de inquietud psicomotora, agitación, comportamientos sexuales desinhibidos, entre otros. A su vez, los síntomas psicológicos se pueden identificar mediante la realización de una entrevista, tanto con el paciente como con el cuidador, posibles síntomas de este tipo son la ansiedad, los trastornos de estado de ánimo, las alteraciones de la sensopercepción y del pensamiento, insomnio, entre otros. Respecto de los factores sociales y ambientales se trata de sucesos vitales

que puedan resultar estresantes o que la persona, debido a su condición, no pueda procesar o comprender, por ejemplo la pérdida de relaciones significativas tanto como la pérdida de estímulos, actividades y funciones que sean relevantes para la vida de esa persona. Cabe destacar que este tipo de cambios y/o pérdidas son características en este grupo poblacional, dado que es el momento de la vida donde se da el retiro laboral, quizás la pérdida del cónyuge, la imposibilidad de continuar realizando determinadas actividades, cambios corporales asociados al envejecimiento, entre otras. Ante la emergencia de situaciones como las mencionadas hasta ahora se impone la necesidad de generar estrategias de afrontamiento y cuidado para un correcto abordaje de la persona (Iacub, 2015). En este sentido, el cuidador desempeña un papel fundamental, ya sea que se trate de que ocupe un lugar a la hora de la prevención y/o como alguien que debido a alguna conducta y/o posicionamiento funciona como desencadenante de la conducta disruptiva. Entre las actitudes que más aparecen a la hora de evaluar posibles desencadenantes se encuentran el trato paternalista o el que ubica a la persona con deterioro cognitivo como un niño, la indiferencia respecto de sus demandas, entre otras. Respecto de factores ambientales, se debe tener en cuenta cuestiones tales como la iluminación, ruidos molestos, gran cantidad de personas, ambientes sobrecargados de estímulos que exigen un gran desempeño a nivel cognitivo.

**Acerca del taller.**

**Objetivo general:**

Construcción colectiva de estrategias para el abordaje familiar de personas con deterioro cognitivo y/o demencias.

**Objetivos específicos:**

- Difusión de conocimiento acerca de síntomas, factores de riesgo y factores protectores.
- Promoción de la salud de las personas con deterioro cognitivo y demencias y prevención del agravamiento de los cuadros.
- Construcción de redes socio-comunitarias que



### *Pupilli*

contribuyan a evitar la sobrecarga de los cuidadores familiares.

Modalidad: ambulatoria.

Frecuencia: semanal.

Duración de cada encuentro: dos horas.

Cantidad de encuentros: seis.

Cantidad de participantes: mínimo 4 y máximo de 10.

Destinatarios: familiares de personas con deterioro cognitivo y demencias.

Equipo a cargo: equipo interdisciplinario compuesto por Lic. en Psicología y Trabajador Social.

Locación: Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

### **Desarrollo del taller**

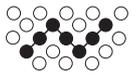
Tal como se ha mencionado, una vez detectada la demanda de atención se decidió el diseño, planificación y puesta en funcionamiento de un dispositivo específico para dar respuesta a la problemática presentada por familiares y cuidadores de personas con deterioro cognitivo y demencia. A partir de allí se realizó la convocatoria, la cual tuvo un alto grado de aceptación y concurrencia.

Dicha convocatoria se extendió a 12 personas, de las cuales confirmaron 9. Tal como estaba previsto, se realizaron seis encuentros en total. Los dos primeros estuvieron destinados a que cada uno de los participantes pudiera presentarse a sí mismo y comentar acerca de la problemática que se encontraba atravesando su familiar. En este punto se procuraba establecer un equilibrio entre poder caracterizar con algún grado de detalle la situación (edad del familiar, momento de inicio, evolución del cuadro, descripción de la red vincular, asistencia sanitaria y social recibida) sin que el relato de ninguno de los participantes tomara preeminencia por sobre los demás. En este sentido, y como consecuencia del azar, fue interesante que la conformación del grupo fue heterogénea respecto de los diferentes estados de evolución de los cuadros de los familiares de los participantes. Cuatro de los participantes se encontraban transitando los primeros momentos del deterioro cognitivo de sus familiares, mientras que el resto ya había pasado por dicha situación tiempo atrás y en ese momento se encontraban ante desafíos más complejos respecto de las intervenciones a realizar.

Dicha heterogeneidad promovió la participación activa en la posterior construcción de estrategias, dado que fueron en general los propios participantes quienes tomaron la palabra para poder asesorar y acompañarse entre sí. Un primer efecto de estos dos encuentros tuvo que ver con poder ubicar que otras personas, de otras familias, se encontraban atravesando situaciones del mismo orden. En general generó alivio saber que no eran los únicos afrontando situaciones de este tipo. Quienes se encontraban acompañando a personas cursando los primeros estadios del deterioro cognitivo presentaban muchas dificultades para comprender los cambios que el mismo implica y, fundamentalmente, les costaba correrse de la idea de que sus familiares realizaban dichas conductas con cierto grado de intencionalidad. Sostenían, férreamente, la idea de que “si quisieran podrían hacer las cosas de otra forma”. En este punto, es fundamental poder capacitar a los cuidadores respecto de los procesos biológicos que se encuentran en la base de la sintomatología para así poder deslindarlo de la voluntad de la persona con demencia.

En esta línea, fueron principalmente los participantes del espacio quienes transmitieron esta idea. Asimismo, en estos encuentros se trabajó acerca de que uno de los pilares tiene que ver con poder construir estrategias de abordaje ante la emergencia de síntomas psicológicos y conductuales de las personas con deterioro cognitivo y/o demencia. En este sentido, se plantea como esencial que el cuidador pueda realizar una evaluación diagnóstica (sin que la misma constituya un diagnóstico profesional, por supuesto), pero sí destacar que resulta fundamental realizar una correcta evaluación integral respecto de los síntomas: momentos de emergencia, posibles desencadenantes, conductas que estabilizan. Dicha evaluación se debe realizar a través de la observación directa y la entrevista con familiares y cuidadores.

Ambos aspectos ofrecen información valiosa a la hora de diseñar un plan de tratamiento. Por supuesto, cabe destacar que dicha evaluación será dinámica, cambiante, y deberá re-actualizarse permanentemente: aquello que funciona en un momento puede no hacerlo en otro. Asimismo, resultó importante destacar que en términos ideales se apunta a la eliminación de la sintomatología, pero sin embargo se debe tener presente que muchas veces no es posible y que la meta debe ser la reducción en la frecuencia de ocurrencia. Uno de los aspectos que



*Construcción colectiva de estrategias de abordaje para familias de personas con deterioro cognitivo a través de un taller*

contribuye a la reducción de la frecuencia tiene que ver con generar condiciones ambientales apropiadas para cada persona.

Los siguientes encuentros, tercero y cuarto, se dedicaron de manera exclusiva a que cada uno de los participantes pudiese hablar respecto de cómo la situación de su familiar impactaba en su propia vida. En este sentido, fue fundamental establecer que dicha afección incluía tanto aspectos operativos como subjetivos. La invitación fue a trabajar acerca de la globalidad de la afección. En este sentido, surgieron cuestiones relacionadas al empleo del tiempo, como tanto la tarea de cuidado en sí misma como el acompañamiento a las consultas médicas, interfería con las actividades de los participantes generando estrés y sensación de no poder anticipar y/o tomar compromisos dado que no sabían cuál sería la necesidad familiar. A su vez surgieron dificultades de orden económico que se pusieron en juego.

Las mismas se podían pensar desde diferentes perspectivas, por un lado estaban quienes tuvieron que reducir su propia carga laboral para de esa manera poder disponer de mayor tiempo para las tareas de cuidado; por otro lado estaban aquellas familias en las cuales el deterioro cognitivo de la persona que lo padecía había sido la razón de la pérdida de ingreso y/o posibilidad de trabajar de esta persona afectando de ese modo a la economía familiar; finalmente, todos coincidían en que en algún momento de la trayectoria del cuadro de sus familiares tuvieron que incurrir en gastos extras a fin de poder contratar servicios de cuidado adicionales ante situaciones de emergencia. Asimismo, respecto del impacto emocional algunos de los participantes pudieron poner de manifiesto la sensación de culpa que les generaba el enojo y/o rechazo hacia la tarea de cuidadores. Esta sensación coexistía con el pesar que ver a su familiar atravesando una situación de deterioro les producía. En ese sentido, María, una de las participantes, contaba que gran parte del tiempo se sentía enojada dado que hacerse cargo del cuidado de su padre le había implicado indefectiblemente un detenimiento en su desarrollo profesional.

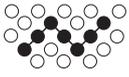
A partir de esto, muchas veces ocupaba su rol con desgano, mala predisposición y sintiendo que era víctima

de una injusticia. Sin embargo, a su vez relataba de manera muy angustiada lo mal que se sentía cuando se reconocía en esa actitud tanto como cuando reconocía la situación por la que estaba atravesando su padre. Ante esos momentos surgían la culpa y la angustia y, en un intento reparatorio de las mismas en general intensificaba la tarea de cuidado con el costo de posponer cada vez más sus propios proyectos. Este ciclo se repetía de manera regular con peores consecuencias para ella en cada uno de los ciclos. Otros de los participantes compartieron cómo se habían visto deteriorados sus vínculos familiares ante la distribución poco equitativa que las tareas de cuidado implicaban.

En esta línea, M., una mujer de 54 años, relataba que es la única mujer entre cuatro hermanos y que a partir del momento en que el padre enfermó “fue obvio al interior de mi familia que quien debía ocuparse del cuidado de nuestro padre era yo” (sic). En el marco del trabajo realizado en el taller se comenzó a cuestionar este estereotipo de género que asocia el cuidado a las mujeres y se comenzó a ubicar cómo se podía maniobrar en torno al mismo con el objetivo de no que no fuese “obvio” que M. debía hacerse cargo de esas funciones sino establecer una correcta distribución de las mismas. Poder encontrar en otros participantes opiniones que legitimaran su malestar fue esencial como para que ella pudiera empezar a metabolizar que las cosas no tenían por qué ser de esa manera y, a partir de allí, poder posicionarse de otra forma ante sus hermanos.

Durante el quinto encuentro algunos de los participantes plantearon desafíos más complejos que les tocaba atravesar debido al deterioro del estado funcional de sus familiares, debido a la frecuencia y magnitud de los síntomas conductuales y psicológicos, y a las implicancias que esta situación estaba teniendo en sus vidas, comenzó a evaluar la necesidad de institucionalización. Esta decisión en ningún caso fue sencilla de tomar.

Por ejemplo, A., un señor de 54 años, separado, con hijos adolescentes que convivían con él, y con algunas dificultades a nivel económico, compartió con el grupo que la presencia de su padre en su casa se estaba tornando difícil de manejar. Su padre, un señor de 85 años, se encontraba transitando la enfermedad de Alzheimer en un estadio avanzado y, por lo tanto, requería cada vez de cuidados de mayor intensidad. Entre las dificultades



### *Pupilli*

mencionaba que él trabajaba varias horas por día, sus hijas mujeres se sentían muy expuestas ante los síntomas de desinhibición sexual de su abuelo, el dinero era insuficiente para la contratación permanente de cuidadores, y, fundamentalmente, temía porque la falta de cuidados permanentes expusiera a su padre a situaciones de riesgo. Según su relato, su padre había sido una persona destacada durante su vida profesional, por ende, había accedido a una jubilación y obra social que permitían el acceso a una residencia de larga estadía de muy buena calidad.

Sin embargo, pese a contar con esa posibilidad A. relataba que le resultaba muy duro tomar esa decisión, dado que sentía culpa por considerar que estaba abandonando a su padre en el momento en que éste más lo necesitaba. En este sentido, cuando la institucionalización es la alternativa más viable tanto para el cuidado de la persona mayor como para la familia se trabajó sobre la necesidad de poder buscar instituciones que trabajasen de acuerdo al modelo de atención centrada en la persona (Saizarbitoria, 2012), es decir un modelo de atención cuyo objetivo principal es mejorar la calidad de vida de las personas que se encuentre atravesando situaciones de fragilidad y/o dependencia.

Este modelo promueve la autonomía, potencia la independencia, y se destaca el papel terapéutico que la vida cotidiana y las áreas significativas y de interés de la persona pueden tener en su abordaje. Uno de sus grandes pilares tiene que ver con el hecho de concebir los cuidados desde la dignidad y poniendo el foco en que es el sistema quien deberá adaptarse a las necesidades de la persona, teniendo en cuenta sus gustos, intereses, preferencias, y no a la inversa. Poder compartir la existencia de instituciones que trabajan desde esta concepción fue un punto que generó alivio en los familiares que se encontraban teniendo que tomar la decisión de acudir a la institucionalización ya que contribuyó a desmitificar la idea de “abandono” que se presentaba en A. Asimismo, otro de los aspectos trabajados, en función de este caso, tuvo que ver con la promoción de que la persona conserve su independencia y autonomía por el mayor tiempo posible y respecto de todas las actividades que estén a su alcance.

En esta línea, se promovió la no sustitución de la persona en la realización de aquellas tareas para las cuales aún con-

vaba la capacidad, dado que si la persona es sustituida en sus funciones en general eso tiene como efecto una anticipación de la discapacidad tanto como un impacto negativo en la autoestima y la valoración personal. Se destacó que si a las personas se les otorga el tiempo y acompañamiento acorde, se encuentran en condiciones de realizar muchas actividades. En este sentido, se transmitió la idea de que con supervisión adecuada el cuidador está en condiciones de continuar evaluando la capacidad funcional real y, por lo tanto, planificarlas intervenciones requeridas junto con el equipo interdisciplinario.

Finalmente, en el sexto encuentro se realizó una recapitulación de todo lo trabajado a lo largo del taller y, fundamentalmente, cada uno de los participantes pudo poner de manifiesto en qué punto sentía que este taller había contribuido a aliviar la carga experimentada ante el cuidado de su familiar. Todos ellos coincidieron en que se habían sentido acompañados y en la situación que estaban atravesando. Incluso, muchos de ellos manifestaron el deseo de poder continuar el contacto más allá de la finalización del taller. Respecto de este punto decían que poder compartir con personas que estuviesen en situaciones similares no sólo aportaba ideas y estrategias útiles, sino que además sentían que obtenían de ellos mayor comprensión.

De todas maneras, surgió entre ellos la idea de poder reunirse para compartir algún otro tema y/o propuesta recreativa que no necesariamente tuviese que ver con su rol de cuidadores. Creían que hacer eso sería una forma de aliviar la carga. Otro de los temas que surgió fue la posibilidad de comenzar, a partir del taller, a elaborar el duelo por la pérdida de la versión conocida hasta el momento de sus familiares. Poder poner de manifiesto qué impacto emocional tenía para ellos dicha situación fue algo sobre lo cual refirieron que “nunca antes nadie nos había preguntado cómo nos sentíamos nosotros ante esto”. Debido a lo expuesto, se evaluó que el taller tuvo un efecto positivo en todos los participantes del mismo.



*Construcción colectiva de estrategias de abordaje para familias de personas con deterioro cognitivo a través de un taller*

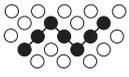
## Conclusiones

De acuerdo a lo trabajado a lo largo del presente artículo, se destaca la importancia de que los familiares y/o cuidadores de personas con deterioro cognitivo y/o demencias puedan participar de dispositivos donde se pueda trabajar acerca de la construcción colectiva, participativa y comunitaria de estrategias de abordaje. Se considera que contar con mayor conocimiento, compartir experiencias con otros, poder tomar distancia de la situación para poder analizarla desde otra perspectiva, contribuye no sólo a aliviar la sobrecarga experimentada en el cuidador, sino además a aumentar la calidad de los cuidados ofrecidos.

En este sentido, estos espacios están en línea con la promoción de los derechos de las personas mayores y con la construcción de sociedades libres de discriminación por razones de edad, dado que se considera que cuanto mayores herramientas y conocimientos posean las personas para abordar estas cuestiones, mejores serán los resultados. Por esta razón, y con la intención de hacer visible no sólo la problemática sino algunas posibles soluciones, es que se decidió compartir la presente experiencia.

## REFERENCIAS

1. Aguilera (2018). Ministerio de desarrollo de la Nación. Secretaría Nacional de niñez, adolescencia y familia. Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores. Programa Nacional de Cuidadores Domiciliarios. Contenidos Gerontológicos para la formación de cuidadores domiciliarios. Buenos Aires.
2. Andrés, H (2003). Género, representaciones sociales de la vejez y Derechos Humanos. Ponencia presentada en el Simposio Viejos y Viejas Participación, Ciudadanía e Inclusión Social, 51 Congreso Internacional de Americanistas. Santiago de Chile, 14 al 18 de julio de 2003.
3. Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. (1982). Plan de Acción Internacional de Viena Sobre el Envejecimiento. Viena.
4. Becca, R.L. & Mahzarin, R. B. (2004) "Viejismo Implícito" en Viejismo, Estereotipos Prejuicios contra las Personas Mayores (Ageism. Stereotyping and Prejudice against Older Persons) (comp.) Todd D. Nelson. Massachusetts: The Mit Press. Recuperado de: <https://envejecimientoysociedad.files.wordpress.com/2010/07/ageism.pdf>
5. Butler, R.N.; Lewis, M. Y Sutherland, T. (1998). Aging and Mental Health. Positive Psychosocial and Biomedical Approaches. Fifth Edition, EUA: Ailin and Bacon.
6. Dabove, M. I. (2016). Derechos humanos de las personas mayores en la nueva Convención Americana y sus implicancias bioéticas. Revista Latinoamericana de Bioética, 16 (1), 38-59. DOI: <http://dx.doi.org/10.18359/rlbi.1440>.
7. Elder, Ch. y R. Cobb (1993), "Formación de la agenda. El caso de la política de ancianos", Problemas públicos y agenda de Gobierno, México, D.F.d, Editorial Miguel Porrúa.
8. Gómez, J. y Curcio, C (2014). Salud del anciano: Valoración. Asociación Colombiana de Gerontología y Geriátrica. Editorial Blanecolor. Manizales, Colombia.
9. Iacub, Ricardo y otro (2007). Psicología de la mediana edad y vejez. (Módulo 3) Ministerio de Desarrollo Social (SENAF) y Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata.
10. Iacub, R. (2015). Todo lo que usted quiso saber sobre la jubilación y nunca se animó a preguntar. Buenos Aires: Paidós.
11. Jodelet. D. (1984). La representación social: fenómenos, conceptos y teoría. En Ley 27.360 (2017). Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores. Publicada en Boletín Oficial 31 de mayo de 2017. Buenos Aires.
12. Maglioco; Ponce (2016). Discriminación por edad, vejez, estereotipos y prejuicios. Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia, y el Racismo (INADI). Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Buenos Aires.



*Pupilli*

13. Muller, M. (2007) Genealogía y ecología de la orientación. Revista Aprendizaje Hoy, n° 68, p. 13 a 25.
14. Organización Mundial de la Salud (2002). Envejecimiento activo: un marco político. Recuperado en <http://www.fundacion-barcelo.com.ar/gerontologia/archivos/envejecimiento-activo%20OMS.pdf> el 15 de Febrero de 2016.
15. Organización Mundial de la Salud (2015) "Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud".
16. Portaluppi, V.; Torrez, S. (2018). Nuevos desafíos en una comunidad envejecida: Cuando las personas mayores cuidan a otras personas mayores. Neurama, Revista Electrónica de Psicogerontología, V6-N1; 20-26. ISSN: 2341-4936.
17. Roqué, M. & Fassio, A. (2012). Gerontología comunitaria e institucional (Módulo 2). Buenos Aires, Argentina: Universidad Nacional de Mar del Plata.
18. Saizarbitoria, M. (2012). Revisión de estudios de coste-efectividad en servicios de atención comunitaria y atención centrada en la persona. País Vasco: SIIS Centro de Documentación y Estudios Fundación Eguia-Careaga.
19. Salvarezza, L (1988). Psicogeriatría. Teoría y clínica. Paidós, Buenos Aires.
20. Tartaglino, Feldberg, Stefani, (2015). Manual de rehabilitación cognitiva. Un enfoque interdisciplinario desde las neurociencias. Paidós. Buenos Aires, 2015.
21. Zarit, et al. (1980), adaptación al español de Martín M.; Salvado, I; Nadal, S; Mijo, L. C. Rico, J.M.; Lanz, P. y Taussig, M.I. (1996), "Adaptación para nuestro medio de la escala de sobrecarga del cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit", Rev. Gerontol., 6 (4): 338-346.



# La funcionalidad psicológica para mejoramiento de la calidad de vida, una mirada desde Huambo, Angola

Ariel Gutiérrez Pedroso <sup>1</sup>, Yenismara Pelayo García <sup>2</sup>

## Resumen

*El artículo refleja el diagnóstico del estudio realizado en la comunidad en la Ciudad Baixa de la provincia de Huambo. Angola, sobre la educación de la funcionalidad psicológica de los adultos mayores para mejorar su calidad de vida. Dicho estudio da continuidad a la estrategia educativa para perfeccionar la funcionalidad psicológica y a la atención que se le debe brindar a este grupo poblacional. Participaron una muestra de 160 adultos mayores distribuidos en la parte baja de la provincia de Huambo. Angola. Se presenta la variable construida y las dimensiones (cognitivas, afectiva y volitiva) e indicadores determinados para su estudio. Se utilizaron métodos científicos del nivel teórico, empírico y procedimientos matemáticos. Los principales resultados estuvieron centrados en la poca satisfacción del adulto mayor con su calidad y estilo de vida, la aceptación de este momento en la etapa de la adultez y la poca motivación por parte de los encargados de su educación para mejorar su funcionalidad psicológica.*

*Palabras clave:* Envejecimiento, educación, funcionalidad psicológica.

## Abstract

This article reflects the diagnosis of a community-based study conducted in the Lower City of Huambo Province, Angola, on the education of older adults' psychological functioning to improve their quality of life. This study provides continuity to the educational strategy to improve psychological functioning and the care that should be provided to this population group. A sample of 160 older adults from the lower part of Huambo Province, Angola, participated. The constructed variable and the dimensions (cognitive, affective, and volitional) and indica-

tors determined for the study are presented. Scientific methods from the theoretical and empirical levels, as well as mathematical procedures, were used. The main results focused on the low satisfaction of older adults with their quality of life and lifestyle, their acceptance of this stage of adulthood, and the lack of motivation on the part of those responsible for their education to improve their psychological functioning.

**Keywords:** Aging, education, psychological functioning.

**ISSUE N°1**

**JUNIO**

**2025**

**Recibido:**

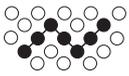
**21/02/2025**

**Aceptado:**

**27/03/2025**

(1) Profesor. Vicepresidente del Área Científica del Instituto Politécnico Superior de Atrantida en Luanda. Presidente del Instituto Superior Politécnico do Cuito, Vicerrector de Asuntos Científicos y Estudios de Posgrado. Egresado del Instituto Politécnico de Cuito. Jefe del Departamento de Ciencias Sociales instituto Politécnico Superior Sol Nascente. Metodóloga del curso de psicología; coordinador de año académico, Jefe de la disciplina de atención a personas mayores; Profesor coordinador de la línea de investigación. Educación para las personas mayores. Profesor de cursos de pregrado y posgrado. Tutoría de trabajos de curso, Ejercicios de finalización de estudios de maestría y doctorado.

(2) Ingeniero en Ciencias Informáticas con 14 años de experiencia en tecnologías de la información y desarrollo de software. Desarrollador back-end de nivel medio en soluciones innovadoras para problemas complejos.



*La funcionalidad psicológica para mejoramiento de la calidad de vida, una mirada desde Huambo, Angola*

## Introducción

Durante los próximos tiempos, el continente africano percibirá un aumento constante tanto en la proporción como del número absoluto de personas de 60 años y más. En el año 1975 este grupo poblacional constituía solamente según censo de población el 1.1 % de la población total de Angola y para el 2014 ya ascendía el 2.8 %. En 2018, el número de personas de estas edades en la región oscilaban por los 705 059 lo que representaba el 2.32 % de la población total de Angola, ya para el año 2020 los adultos mayores ascendía a 4.26 %. Aunque no se disponen de informaciones específicas sobre este incremento, las proyecciones indican que esas cifras se elevarán considerablemente y se espera que para el año 2050 este grupo aumentará considerablemente; dentro de las posibles causas se encuentran el aumento de la población y una mayor esperanza de vida en la región (Naciones Unidas, 2022).

Esta situación existente en el continente Africano constituye una problemática social, económica y cultural agravada en los últimos años de la segunda década del siglo XXI, pero destacar que dicho continente, se enfrenta a problemas aún mayores, puesto que tienen que proporcionar infraestructuras básicas tales como: abastecimiento de agua, saneamiento, acceso a la educación entre otras, y prestar servicios sociales a este grupo de personas mayores en aumento constante mediante la educación de la funcionalidad psicológica, resulta algo difícil. Aunque las políticas sociales claramente lo establecen en sus documentos oficiales.

En la actualidad se conocen todas las características y situaciones sociales desde el punto de vista de la educación de la funcionalidad psicológica, favorables para mejorar el entorno del adulto mayor sobre la base de la educación, teniendo en cuenta, los logros que el adulto mayor Angolano ha alcanzado en esta etapa de la vida, pero en realidad ¿se utilizan todas estas potencialidades para mejorar la educación de su funcionalidad psicológica?, ¿serán suficientes las políticas existentes para la educación funcional de estos adultos mayores?, ¿el trabajo multisectorial y de conjunto para mejorar la educación de la funcionalidad

psicológica, y dar el valor que en esta etapa de la vida merece este adulto mayor, después de haber aportado tanto cumple los objetivos?. Por tal motivo se definió en el estudio que se presenta, como variable de investigación, la educación de la funcionalidad psicológica del adulto mayor para mejorar su calidad de vida, por lo que se identificaron las dimensiones afectivas, cognitivas y la volitiva para profundizar en la educación de dicha funcionalidad psicológica.

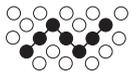
En el presente artículo se devela la concepción del diagnóstico de la educación de la funcionalidad psicológica del adulto mayor en la provincia de Huambo, Angola, desde una visión holística, cuyo punto de partida lo constituye la determinación de la variable a estudiar para finalmente mostrar las características de su estado actual como parte de las necesidades y potencialidades identificadas.

## Desarrollo

El término funcionalidad psicológica ha sido de gran interés para pedagogos, psicólogos, médicos, trabajadores sociales, entre los fundamentales. Una búsqueda en la base de datos de bibliografía médica (Medline) arrojó que fue citado por 375 investigadores en 563 artículos desde el 2008 hasta el año 2024.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) y la Organización de las Naciones Unidas (2022), reconocen la funcionalidad psicológica (presente en todas las etapas del desarrollo) como la capacidad del adulto mayor, en su estado global, para realizar las actividades de la vida diaria. La funcionalidad psicológica se integra como un importante componente donde se implican aspectos afectivos, cognitivos y volitivos que podrían decidir una discapacidad, fragilidad o estados de necesidad (Triana, 2024).

Los motivos que justifican el interés por la "función" (funcionalidad) son básicamente dos, por un lado, la situación funcional que es un determinante fundamental en el riesgo de desarrollo de dependencia, institucionalización, consumo de recursos socio sanitarios y mortalidad del adulto diagnosticado frágil (OMS, 1985) y por otra, el deterioro funcional que aparece como el cauce habitual en el que confluyen las consecuencias de las enfermedades y de la fragilidad en este grupo poblacional, en el que el deterioro del estado funcional emerge como un factor de riesgo de trastornos afectivos, cognitivos y volitivos cada vez más relevantes en esta



*Gutiérrez Pedroso, Pelayo García*

etapa del ciclo vital.

Dentro del estado funcional (base del estado de salud del adulto mayor) los estados emocionales, la memoria y el apoyo social y familiar, como expresión de la unidad de lo cognitivo, lo afectivo y lo volitivo, pueden incidir en el funcionamiento psicológico del adulto mayor, traduciéndose en beneficios o retos para el desarrollo personal y la calidad de vida de los integrantes de este grupo poblacional en incremento (Villavicencio, 2001).

Para Fillenbaum (1984) existen otros elementos que se convierten en riesgos o facilitadores del estado funcional del adulto mayor estos pueden ser: las dificultades en las relaciones personales, los problemas de comunicación y los conflictos con la familia o con otras personas del entorno social, otros como la soledad, las dificultades económicas, el estrés y el aislamiento, todos ellos tienen igualmente un efecto negativo significativo que no puede perderse de vista para el mejoramiento de la funcionalidad psicológica del adulto mayor.

Además de lo anterior otros aspectos no psicológicos valorados por Lorenzo (2004), influyen en la funcionalidad del adulto mayor y resultan de interés por la influencia que poseen en el comportamiento humano, en este sentido menciona la capacidad humana en relación con algunas funciones tales como la capacidad de ventilación, la fuerza muscular y el rendimiento cardiovascular, que aumentan desde la niñez y alcanzan un punto máximo en la edad adulta y posteriormente se manifiesta por una declinación.

La declinación también puede acelerarse a causa de factores externos y ambientales, tales como la contaminación ambiental, la pobreza, la falta de una adecuada educación, sobre los cuales el individuo puede tener poca o ninguna influencia. Ambos pueden ser influenciados mediante políticas o la implementación de acciones educativas.

Otro de los factores responsables de la declinación natural, por mencionar algunos de ellos, pueden ser el funcionamiento del sistema cardiovascular, el cual puede acelerarse a causa del hábito de fumar, dejando al individuo a un nivel de capacidad funcional más bajo de lo que se esperaba

normalmente para la edad de la persona. Sin embargo, la aceleración en la declinación puede ser reversible a cualquier edad.

El mantener la calidad de vida para las personas mayores es una consideración principal, especialmente para aquellos cuya capacidad funcional ya no puede recuperarse (De vrees, 2014).

La calidad de vida según Urzúa (2010), se refiere a las condiciones económicas, sociales, políticas, culturales y ecológicas de la existencia del individuo incluyendo las condiciones de trabajo y de vida, el tiempo libre y la organización del descanso, las mercancías y los servicios utilizados, la sanidad pública, la instrucción y el medio ambiente.

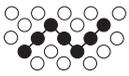
Todas estas condiciones permiten un mejor estilo de vida, que se traduce en la manera de vivir logrando una armonía en la interacción Hombre-Ambiente donde este utilice las condiciones de vida que propicie el contexto social donde vive en relación con sus intereses, necesidades y motivos y sea más feliz (Viñuela, 2015).

Los estilos de vida insanos que dependen de forma directa de hábitos y costumbres desfavorables a la salud constituyen uno de los factores causales de las afecciones y enfermedades crónicas que aparecen en el adulto mayor. La modificación de dichos factores solo resulta factible mediante un trabajo educativo sistemático con el individuo y con los grupos sociales con los que interactúa (Villavicencio, 2001, p.114).

Un enfoque de curso de vida hacia el envejecimiento saludable y activo, está basado en los comportamientos individuales sanos, así como en las políticas que influyen esos comportamientos y que determinan el entorno en el cual viven las personas.

La cantidad y calidad del apoyo que la persona recibe mediante este sistema de influencias educativas en sus relaciones personales pueden ser factores protectores de este estado, del estrés y en la solución de problemas de la vida cotidiana.

Los estilos de vida insanos que influyen en el comportamiento humano, son causa de la fragilidad, según Brooks (2000) la pendiente de la declinación a lo largo del curso de la vida, que está determinada en gran parte por factores externos, tales como el fumar, la nutrición poco



*La funcionalidad psicológica para mejoramiento de la calidad de vida, una mirada desde Huambo, Angola*

adecuada o la falta de actividad física y la poca educación funcional, son factores que intervienen en la fragilidad.

La educación de la funcionalidad psicológica puede beneficiar el desarrollo de una cultura del envejecimiento y elevar la calidad de vida reflejada en una mejor salud, mayor felicidad y bienestar en los individuos que transitan por esta etapa tan importante del ciclo vital llamada adultez mayor, la que tiene sus antecedentes en la formación de adultos, a la que referentes autores han intentado conceptualizar como una ciencia, con una historia y desarrollo propio (Gutierrez, 2021).

Esta educación funcional del adulto mayor tiene sus inicios en Europa y Estados Unidos de Norte América, tardíamente en comparación con su equivalente en el ámbito de la educación funcional de otras etapas de la vida. Es apenas a finales de los años cincuenta del siglo XX que se iniciaron esfuerzos de sistematización, articulación y difusión de teorías específicas acerca del aprendizaje del adulto mayor, así como de estrategias y métodos capaces de expresarse en términos de una didáctica para un aprendizaje adulto. Es a partir de estas propuestas que el término de funcionalidad cobra importancia en las décadas posteriores, para hacer referencia a la educación funcional de los adultos mayores.

Es considerada la educación de la funcionalidad psicológica de los adultos mayores una especialidad dentro del campo de la educación que, basándose en estudios desde la perspectiva de diferentes disciplinas como la psicología, la gerontología entre otras, aporta resultados para concebir prácticas que utilicen principios pedagógicos y educativos concediendo a la didáctica, instrumentos para afrontar procesos de aprendizaje complejos que involucren aspectos desde el punto de vista intelectual, cognitivo y volitivo.

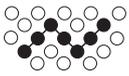
La Educación funcional, como proceso de aprendizaje, proporciona la oportunidad para que el adulto mayor que decide aprender, participe activamente en su propio aprendizaje e intervenga en su planificación, programación, realización y evaluación de las actividades educativas

mueven la educación crítica, que empodera a los individuos a comprender y transformar sus realidades sociales. Otro de los investigadores que aportaron a esta educación funcional lo constituye los estudios realizados por Jean Piaget en la primera mitad del siglo XX, donde su teoría sobre el desarrollo cognitivo influyó en la manera en que se conceptualizan las habilidades prácticas en los niños. Piaget estudió cómo los individuos construyen su conocimiento del mundo y cómo este proceso puede ser utilizado para desarrollar habilidades prácticas. Por otra parte mediante la teoría del desarrollo sociocultural y el concepto de la zona de desarrollo próximo de Lev Vygotsky, el cual, es fundamental para la educación funcional, ya que implica la idea de enseñar no solo lo que saben, sino lo que pueden aprender con la ayuda de los demás. Vygotsky hace énfasis en la importancia de la interacción social en el aprendizaje de habilidades prácticas.

Destacar también a Howard Gardner, con su teoría de las inteligencias múltiples, donde enfatizó que no hay existe una sola forma de inteligencia, lo que implica que las personas tienen diferentes maneras de aprender y de aplicar habilidades. Por otra parte los estudios de John Dewey el que fue un defensor de la educación activa, donde defendía que se debe aprender haciendo, lo que se alinea estrechamente con los enfoques funcionales en la educación (Alberto, 2021).

La educación funcional de adultos según los autores de este trabajo, es un término inclusivo que cubre todo tipo de educación y actividades de formación para adultos mayores, formal e informal, ya se ofrezca en escuelas, colegios, universidades y organizaciones sociales, por lo que es entendida como todo programa de aprendizaje organizado y desarrollado para atender las necesidades educativas de los adultos mayores. En este tipo de educación los adultos combinan el aprendizaje con otras responsabilidades familiares y laborales, a la vez que aportan una gran diversidad de experiencias y lo hacen de manera voluntaria.

En Angola, la atención a los adultos mayores constituye uno de los aspectos comprendidos y respaldados por diversos documentos normativos, que buscan garantizar los derechos y el bienestar de las personas que se encuentran en este grupo poblacional tales como el Firmado por Angola el 18 de junio de 2020, el cual for-



*Gutiérrez Pedroso, Pelayo García*

parte de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, que establece que los ancianos tienen derecho a medidas especiales de protección, de acuerdo con sus necesidades físicas y morales. La Ley de Personas con Discapacidad y Ley de Accesibilidad, la cual protege y garantiza los derechos de las personas con discapacidad en Angola, incluyendo a los adultos mayores que puedan tener algún tipo de discapacidad, promoviendo la inclusión social y la eliminación de barreras para su participación plena en la sociedad y el Decreto Presidencial n° 300/20, de 23 de noviembre, entre otros; este decreto establece las normas, modalidades y criterios que regulan el acceso y ejercicio de las prácticas profesionales, priorizando el acceso a mujeres, personas con discapacidad y colectivos sociales más desfavorecidos. Aunque no se centra exclusivamente en los adultos mayores, beneficia a este grupo poblacional al promover su inclusión en el ámbito laboral.

Constituye un reto para la educación angolana, la educación de la funcionalidad psicológica del adulto mayor, teniendo en cuenta el incremento de las personas que transitan por esta etapa del desarrollo, aunque en Angola no es tan ascendente este incremento poblacional como en otras etapas del desarrollo humano, el trabajo mancomunado que debe realizarse para alcanzar el empoderamiento del conocimiento que se logra durante la adultez y la atención a los adultos mayores, es un elemento de vital importancia y lograr involucrar a la sociedad en su conjunto.

Según los autores de este trabajo el mundo se está transformando en forma tan rápida que cuesta captar este cambio en toda su dimensión, por lo que resulta de vital importancia la realización de un trabajo multisectorial que logre una adecuada educación en los adultos mayores.

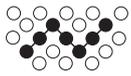
Lo que sí se sabe es que este proceso de envejecimiento y crecimiento de la población en este grupo poblacional afecta profundamente a las sociedades en gran magnitud, porque modifica el medio en que se vive, los hábitos de vida, los valores, las relaciones interpersonales, es decir, transforma la cultura. Uno de los efectos de estos cambios en la sociedad, es el aumento de la incidencia de aquellos indicadores biopsicosociales, cuya presencia en la vida de la persona o grupo incrementa la probabilidad de quedar en desventaja social o sufrir daños.

En estos procesos educativos sobre la educación de la funcionalidad psicológica, se pretende lograr una profundización del conocimiento de las realidades cotidianas de las personas que permita la utilización de un modelo que conlleve a la necesaria construcción de redes, alianzas de solidaridad en la que los participantes sean actores constructores del conocimiento de su propia realidad, con base en problemas significativos a partir de los cuales se plantean las acciones viables para contribuir a transformar una realidad determinada (Triana, 2024).

Este proceso educativo sobre la funcionalidad, procura la definición de acciones transformadoras, donde participen los diferentes sujetos, en acciones individuales y colectivas. Esta perspectiva de realidad hace que los procesos educativos sobre la funcionalidad tengan un valor significativo para los profesionales que buscan la comprensión y transformación en el ámbito social, esta debe ser universal y englobar a todas las personas, sin embargo la intervención educativa es más necesaria en grupos sociales más desfavorecidos, entre ellos los adultos mayores, ya que los ayudará a incorporarse o reinsertarse en la sociedad.

La participación de los individuos, ya no como objetos de estudio, sino como sujetos de transformación, facilita la posibilidad de tomar conciencia de las contradicciones sociales y asumir el reto de buscar alternativas que promuevan el empoderamiento y la capacidad de las personas para organizarse, movilizarse, interactuar, sensibilizarse, establecer compromisos, buscar su propia sabiduría emanada de sus historias de vida y su propia cultura (Campos, Méndez & Mora, 2001).

Así los procesos educativos sobre la funcionalidad deben entenderse como un recurso para mejorar la propia sociedad; desde esta perspectiva, se debe considerar que se sitúan principalmente cerca de los sectores sociales que presentan problemáticas específicas. Es pernicioso pensar que los únicos responsables de la educación son los educadores de profesión, en la educación de la persona intervienen diversos factores, como son el contexto, la situación política, la ideología del grupo social, los valores inculcados por familiares y otros agentes sociales que tienen que ver con la manera en que se organiza toda la influencia educativa por tanto, es necesario evitar tal reduccionismo y no culpar a los profesionales de la educación de los errores que puedan



*La funcionalidad psicológica para mejoramiento de la calidad de vida, una mirada desde Huambo, Angola*

presentar las personas con respecto a su educación. Se precisa la organización de los distintos actores, que eleven los niveles de reflexión y autorreflexión, sobre la base de contribuir a gestar y consolidar una base social organizada combativa y propositiva.

Los factores que explican el aspecto educativo sobre la funcionalidad son la democracia, el estado de bienestar, el aumento del tiempo de ocio, la implantación de una pedagogía de tiempo libre y la conciencia de responsabilidad frente a la sociedad. Es pertinente el pensar que, según el contexto histórico, la época, las circunstancias políticas y sociales, la forma de educación y otros muchos factores, la definición de Intervención educativa cambiará, y hay que tenerlos a todos en cuenta para hacer una definición que integre de forma global todas las circunstancias.

Paralelo a la importancia de la educación de la funcionalidad psicológica del adulto mayor, el empoderamiento comunitario como sistema de influencias para alcanzar y perfeccionar el desarrollo, busca cambiar la esencia de las cosas. Aunque también se plantea que la metodología del empoderamiento, en contraste con el enfoque orientado a la caridad, está dirigida a otorgar fuerza a la comunidad en vez de estimularla a permanecer dependiente de los recursos de afuera. (Campos, et al. 2001).

Destacar que el papel de la comunidad en la educación de la funcionalidad psicológica es algo que hace mucho tiempo está claramente definido y establecido, por lo que no vale la pena tratar de demostrar lo demostrado, donde de todas las formas de empoderamiento el comunitario es dentro de los conceptos de poder y liderazgo uno de los más importantes.

### **Metodología y métodos**

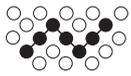
El diagnóstico en la actualidad, constituye parte obligatoria en todas las investigaciones. Se ha convertido en un procedimiento científico universal de todas las ciencias en tanto constituye un proceso de estudio, de investigación, de conocimiento previo, imprescindible para acometer las acciones de intervención con previsión y aseguramiento de las condiciones para

el éxito en cualquier tipo de actividad investigativa.

En las ciencias psicológicas resulta de gran importancia la concepción del diagnóstico para tener claridad sobre los diferentes aspectos que forman parte del objeto de estudio e poder identificar los rasgos que lo caracterizan, para lograr una definición o construir una más operativa (variable) que enrumbe la investigación; decidir qué rasgos o cualidades, de esa definición o construcción operativa, se van a estudiar (dimensiones) y mediante qué indicadores, para determinar los métodos de investigación más pertinentes y crear las condiciones adecuadas para su aplicación e interpretación que finalmente arrojará las características más relevantes de su comportamiento actual como punto de partida para la transformación de ese objeto de estudio en la práctica. Este proceder refleja la visión holística del diagnóstico y la objetividad que debe demostrar.

El estudio de la educación de la funcionalidad psicológica del adulto mayor para mejorar su calidad de vida permitió identificar primero los aspectos más relevantes visto a través de la propia estructura de la personalidad y su función reguladora, donde quedan implícitos la estrecha unidad de los componentes afectivo, cognitivo y volitivos. Seguidamente se identificaron los aspectos que pueden contribuir a ese mejoramiento mediante la educación y los aspectos metodológicos que ese proceso conlleva, para mejorar su funcionalidad psicológica implícita en sus indicadores.

El componente afectivo en el adulto mayor representa uno de los más sensibles ya que continúan demandando afecto durante toda la vida, lo cual es esencial para su bienestar, desarrollo y mejoría en lo que a la calidad de vida se refiere. Desde el punto de vista afectivo los adultos mayores perciben una gran satisfacción con la vida cuando son capaces de reconocer todos los logros alcanzados durante el proceso de envejecimiento. Lo anterior se puede presentar como desarrollador del autoconocimiento, la confianza y el control en sí mismo y, si hay un buen ajuste entre las expectativas y la realidad, habrá un buen desarrollo afectivo y de la salud mental. Resulta necesario entonces crear las condiciones para la formación de un estilo creativo de vida que favorecerá la unidad e integridad de una personalidad que se caracterizará por responsabilidad individual y social, tolerancia, buena autoestima y una proyección enriquecedora ante la vida.



*Gutiérrez Pedroso, Pelayo García*

Determinados estados son importantes para el equilibrio afectivo de los adultos mayores y ellos dependen de las condiciones sociales de vida. Esta situación se define por la forma en que se piensa desarrollar el amor en su vida, no solo en la vida íntima sino también con la familia, los amigos, vecinos y, compañeros con los que se relaciona.

Por otra parte el componente cognitivo, valora la manera de concebir la educación de la funcionalidad psicológica de los adultos mayores a través de conocer y entender sus procesos internos, comprende el papel del sujeto, no como un receptor pasivo de estímulos e influencias, de procesamiento de la información, sino como un participante activo en estos procesos con sus recursos, herramientas y neoformaciones propias del ciclo vital al que pertenece, las que le permitirán construir un nuevo conocimiento sobre la base de la educación. La educación es un proceso activo y está fuertemente influenciado por la estructura del conocimiento, del pensamiento y del medio cultural del sujeto que aprende.

Los aspectos enunciados anteriormente relacionados con la dimensión cognitiva sobre la educación da la funcionalidad psicológica del adulto mayor han tenido un impacto significativo en ello, ya que se observa la tendencia a buscar alternativas para que el adulto conozca cómo operan sus procesos mentales en la tarea de aprender y potencialice así su desarrollo.

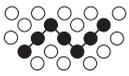
Por otra parte se aborda desde una concepción dialéctico - materialista del conocimiento, el enfoque histórico - cultural, el cual considera que la buena enseñanza es la que se adelanta al desarrollo, aquella que ocurre en el contexto de la Zona de Desarrollo Próximo (Vigotsky, L.S, 1985; Morenza, L., 1998) planteando por Vigotsky en los términos de:

*...la distancia entre el nivel real de desarrollo, determinado por la capacidad de resolver independientemente, un problema y el nivel de desarrollo potencial, determinado a través de la resolución de un problema bajo la guía de un adulto o en colaboración con otro compañero más capaz (Vigotsky, 1985, p. 133).*

Desde esta posición se destaca la naturaleza histórico - cultural del hombre y de su aprendizaje, de sus cualidades y capacidades, en el cual la actividad consciente y transformadora que realiza bajo determinadas condiciones de vida y educación, es determinante y constituye la fuente de ese desarrollo (Vigotsky, 1985; Leontiev, 1986). Como procesos dinámicos del desarrollo integral, y componente comportamental esta la dimensión volitiva, que se encuentra estrechamente ligada a lo cognitivo y lo afectivomotivacional, ella regula las acciones como la inhibición de aspiraciones, la jerarquización de motivos, la solución de conflictos, la toma de decisiones trascendentales para el sujeto y la fuerza para persistir en un propósito a pesar de las dificultades que surgen en el hombre como consecuencia de su actividad en el medio social. Por tal motivo es que se tuvo en cuenta esta dimensión.

La actividad volitiva regula la conducta, frena los impulsos y aspiraciones. La voluntad prevé que las personas organizan una cadena de acciones variadas en consonancia con los fines que se proponen conscientemente. Su influencia en la educación está dada, porque en la medida en que la educación se convierte en motivo de la actividad, ejercerá fuerza movilizadora y será un impulsor de la actividad volitiva. Ya que una vez que el motivo da impulso y vida a la acción, comienza al acto volitivo que lleva a la toma de decisión que está precedida de valoraciones durante la etapa de la reflexión.

Por lo expuesto anteriormente se logra comprender la educación de la funcionalidad psicológica del adulto mayor para el mejoramiento de su calidad de vida como un sistema de influencias educativas que integran a la comunidad, la familia y al propio sujeto (adulto mayor) donde el desarrollo de sus recursos psicológicos logren contribuir a la calidad de la memoria, el control de los estados emocionales y la toma de decisiones en aras de mejorar su calidad y estilo de vida.



*La funcionalidad psicológica para mejoramiento de la calidad de vida, una mirada desde Huambo, Angola*

**I. Dimensión cognitiva para el mejoramiento de la educación de la funcionalidad psicológica del adulto mayor.**

**Indicadores:**

- Conocimiento de las particularidades que caracterizan la funcionalidad psicológica por familiares, miembros de la comunidad y el propio sujeto.
- Conocimiento de la repercusión de la funcionalidad psicológica en su calidad y estilo de vida, por familiares, miembros de la comunidad y el propio sujeto.
- Conocimiento de las vías y herramientas para el mejoramiento de la funcionalidad psicológica por familiares, miembros de la comunidad y el propio sujeto.

**II. Dimensión afectiva para el mejoramiento de la educación de la funcionalidad psicológica del adulto mayor.**

Satisfacción con la calidad y estilo de vida por los familiares, miembros de la comunidad y el propio sujeto.

- Aceptación del adulto mayor como una etapa de crecimiento personal, por familiares, miembros de la comunidad y el propio sujeto.
- Motivación para mejorar la educación de la funcionalidad psicológica por familiares, miembros de la comunidad y el propio sujeto.
- Complacencia con las vías educativas establecidas y las herramientas ofrecidas a través de ellas para mejorar la educación de la funcionalidad psicológica del adulto mayor por familiares, miembros de la comunidad y el propio sujeto.

**III. Dimensión volitiva en el mejoramiento de la educación de la funcionalidad psicológica del adulto mayor.**

- La toma de decisiones para empoderarse de una adecuada educación que posibilite el mejoramiento de la educación de la funcionalidad psicológica, por familiares, miembros de la comunidad y el propio sujeto.
- Participación en la identificación de los problemas educativos que inciden en el mejoramiento de la educación

de la funcionalidad psicológica por familiares, miembros de la comunidad y el propio sujeto.

- Participación en la determinación de acciones educativas que permitan el mejoramiento de la educación de la funcionalidad psicológica por familiares, miembros de la comunidad y el propio sujeto.
- Participación en la transformación de las condiciones educativas que permitan el mejoramiento de la educación de la funcionalidad psicológica por familiares, miembros de la comunidad y el propio sujeto.

Los métodos empíricos de la investigación educativa determinados para el estudio de la variable fueron la entrevista, la observación participativa, la encuesta, la Escala de Satisfacción con la Vida, y la Escala Geriátrica de Evaluación Funcional. Estos métodos fueron aplicados a un total de 160 adultos mayores distribuidos en la Ciudad Baixas del municipio de Huambo de la misma provincia, Angola, que presentan una mayor incidencia en el envejecimiento poblacional.

La entrevista se realizó para profundizar en el conocimiento de las particularidades del adulto mayor, de su calidad, estilo de vida y para conocer las vías y herramientas que permiten mejorar la educación de la funcionalidad psicológica del adulto mayor por familiares, miembros de la comunidad y el propio sujeto adulto mayor.

La observación participativa se utilizó para constatar el nivel de participación en la identificación y en la determinación de las acciones educativas, que incidieron en el mejoramiento de la educación de la la funcionalidad psicológica, además de lograr la familiarización y la socialización con los implicados en las acciones transformadoras.

La encuesta para valorar el conocimiento que se posee acerca de las particularidades que caracterizan la funcionalidad psicológica del adulto mayor, la repercusión que tiene en ella la calidad y el estilo de vida, así como las vías herramientas para su mejoramiento y para conocer la motivación en participar e identificar los problemas educativos que inciden en el mejoramiento de la educación de la funcionalidad psicológica del adulto mayor, los familiares y la comunidad.



*Gutiérrez Pedroso, Pelayo García*

La Escala de Satisfacción con la Vida accedió a la evaluación de los aspectos cognitivos y afectivos del bienestar en los que se encontraban los Adultos Mayores.

La Escala Geriátrica de Evaluación Funcional (EGEF) permitió evaluar la funcionalidad global en especial los ítems relacionados con la funcionalidad psicológica: Estados emocionales, memoria, apoyo social y apoyo familiar.

### **Resultados y discusión**

El procesamiento de toda la información diseñada, aplicada y procesada para los métodos científicos mencionados, arrojaron los siguientes resultados:

#### **En la observación participante a los adultos mayores:**

-La mayoría de los adultos mayores no tenían una adecuada percepción respecto a las particularidades que caracterizan la educación de su funcionalidad psicológica y cómo repercute en ella, su calidad y estilo de vida, esta afirmación responde a los comportamientos manifestados por los participantes al explicar la investigación, ya que la expresión facial en algunos adultos mayores era reservada que indicaban rasgos propios del individuo y no marcados de la depresión como alteración psicológica, como: la preocupación y tristeza al tocar temas del envejecimiento; otros se mostraban preocupados respecto a lo que entendían por funcionalidad psicológica.

-La postura adoptada en la mayoría de los casos era apoyada, recostada pero relajada, en muchos de ellos se observó una conducta intranquila algunos gustaban de levantarse, caminar, comían algún tipo de alimentos (recargas: Maní con yuca cruda) y otros sentados, pero realizando movimientos de pies o manos y otros más serenos.

-La expresión oral en algunos adultos mayores era lenta y en otras rápidas.

-Respecto a la apariencia física de los adultos mayores, se observó que no todos estaban arreglados, algunos presentaban defectos físicos, malformaciones y otros cicatrices.

-Todos presentaron una actitud de disposición durante todo el proceso de la investigación y ninguno se manifestó con algu-

na actitud de rechazo, la mayoría se mostraron tranquilos y colaboradores.

La mayor preocupación del comportamiento observado estuvo relacionado con el hábito de alimentación, ya más del 50 % de los adultos mayores estaban acostumbrados a comer la (recargas: Maní con yuca cruda), este hábito incide en su calidad de vida y repercute negativamente en su funcionalidad psicológica.

-Al explicar las vías y herramientas para mejorar la educación de la funcionalidad psicológica del adulto mayor la mayoría se mostraron interesados y motivados por la novedad de esta información. Ya que nunca se había realizado algo parecido en la comunidad.

#### **En observación participante a las familias:**

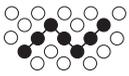
-No tenían una adecuada percepción respecto a las particularidades que caracterizan la educación de la funcionalidad psicológica del adulto mayor y cómo repercute en ella, su calidad y estilo de vida.

-La expresión facial en algunos casos mostraba preocupación. Algunas familias presentaban conductas intranquilas, se levantaban con frecuencia.

-En casi todos los familiares se apreció un estado de silencio, dejando que los adultos mayores tomaran el protagonismo durante la actividad.

-Todas las familias tenían una apariencia física adecuada y mostraron disposición ante la investigación.

Com la observación participante se logró constatar además, que la mayoría de los miembros de la comunidad que forman parte de esta investigación (la especialista en informática, y el segundo psicólogo) poseen una adecuada percepción respecto a las particularidades que caracterizan la educación de la funcionalidad psicológica del adulto mayor y del conocimiento de las vías y herramientas que son necesarias para mejorar esta educación funcional, sin embargo mostraron insatisfacción respecto a las acciones que se realizan en el trabajo con el adulto mayor y sus familiares, ya que no es coherente, lo que hace que cada sector actúe de manera independiente y no se logren los resultados que se espera con este grupo poblacional en crecimiento. Se percibe disposición de este grupo para realizar un trabajo entre los sectores



*La funcionalidad psicológica para mejoramiento de la calidad de vida, una mirada desde Huambo, Angola*

comunitarios que contribuya a la educación del adulto mayor para el mejoramiento de la educación de su funcionalidad psicológica.

**Las entrevistas a profundidad realizadas a los adultos mayores arrojaron los siguientes resultados:**

-El 61% de los entrevistados (98 de ellos) no tenían conocimientos de las particularidades que caracterizan la educación de su funcionalidad psicológica, solo el 39 %, (62 de ellos) de manifestaban tener algún tipo de conocimiento.

-Los adultos mayores reconocieron la importancia que representa para ellos tener una calidad y estilo de vida favorable y que esta puede repercutir positiva o negativamente en la mejora de la educación de su funcionalidad psicológica.

-Las mayores preocupaciones estuvieron centradas en la calidad de la memoria, el estado de ánimo y el tema de la sexualidad.

-La motivación para mejorar la educación de la funcionalidad psicológica representó un dato importante ya que el 100% refirió tener muchas ganas de vivir por lo que se mostraron interesados en participar en la identificación de los problemas que inciden en el mejoramiento de la educación de la funcionalidad psicológica y en la determinación de las acciones educativas que posibiliten este mejoramiento.

-La mayoría de los adultos mayores 78 % (125 de ellos), no poseen conocimiento de las vías y herramientas que pueden utilizar para mejorar la educación de su funcionalidad psicológica.

**La entrevista realizada a los familiares aportó como datos relevantes lo siguiente:**

- El 78 %, lo que representa 125 familias, no tenían conocimiento de las particularidades que caracterizan la educación de la funcionalidad psicológica de los adultos mayores y solo el 22 %, (35 familias) expresaron tener algún tipo de conocimiento sobre este tema.

-El 100% del total de los familiares reconocieron la importancia de tener una adecuada calidad y favorable estilo de vida, y que esto puede ser esencial para la mejora de la educación de la funcionalidad psicológica.

-Los procesos que más preocupaban desde el punto de vista personológico en el adulto mayor, fueron lo referente al funcionamiento de la memoria, ya que 144 de ellos, la mayoría (90 %) plantearon algún tipo de preocupación y el resto 16 (10 %) se refirió a los estados emocionales.

-La mayoría de los entrevistados reconoció su disposición en la determinación de acciones educativas para mejorar la calidad y estilo de vida y argumentaron que los adultos mayores juegan un rol muy importante en sus comunidades.

-La mayoría de los familiares 80 % (128) plantean no conocer las vías y herramientas para poder mejorar mediante la educación la funcionalidad psicológica de los adultos mayores, solo el 20 % (32 de ellos) las conocen.

Por otro lado la encuesta a los familiares reflejó:

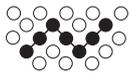
-En relación con el conocimiento que poseen acerca de las particularidades que caracterizan la funcionalidad psicológica del adulto, la mayoría 78 % (125 de ellos) dice no tener adecuados conocimientos sobre estas particularidades y otras valoran que su conocimiento no es del todo bueno 22 % (35 de ellos).

-Acerca del conocimiento de la calidad y estilo de vida del adulto mayor y su repercusión en la funcionalidad psicológica del adulto mayor, la mayoría 69 % (110 de ellos) de los encuestado plantean que su conocimiento no es del todo bueno, y el resto 31 % (50 de ellos) refirieron tener algún conocimiento de la calidad y estilo de vida que deben tener los adultos mayores.

-Sobre el conocimiento de las vías y herramientas que, puedan utilizar para mejorar la educación de la funcionalidad psicológica de los adultos mayores, una gran parte de ellos 76 % (122 de ellos) planteó no conocer todas las vías y solo el 24 % (38 de ellos) no posee algún conocimiento.

-El 92 % (147 sujetos), refieren no estar satisfechos con la calidad y estilo de vida que llevan sus adultos mayores y solo el 8% (13 de ellos) se sienten satisfechas.

-El 100% de las familias sienten motivación en participar e identificar los problemas educativos que



*Gutiérrez Pedroso, Pelayo García*

inciden en la educación de la funcionalidad psicológica del adulto mayor para su mejoramiento.

La aplicación de la Escala de Satisfacción con la Vida a los Adultos Mayores objeto de estudio, arrojó los siguientes resultados:

- 74 %, (118 de los adultos mayores), marcaron una puntuación entre 15-19 puntos, lo que refiere que están ligeramente por debajo de la media en satisfacción vital con la vida. Las personas que puntúan en este rango normalmente tienen problemas que son pequeños pero significativos en varias áreas de sus vidas, o tienen un problema importante en una de ellas. Según la escala si usted ha bajado a este nivel de forma temporal desde niveles más altos de satisfacción a causa de algún suceso reciente, es probable que las cosas mejoren y que la satisfacción vuelva al estado previo. Por otra parte, si usted está de forma continua insatisfecho con muchas áreas de su vida, podrían ser necesarios algunos cambios para conseguir una mayor satisfacción. Es decir, mientras que una insatisfacción temporal es común y normal, un nivel continuo de insatisfacción en diversas áreas vitales puede significar la necesidad de una reflexión más profunda. Algunas personas pueden sentirse motivadas gracias a un nivel pequeño de insatisfacción, pero a menudo la insatisfacción en muchas áreas puede actuar como una distracción, además de ser desagradable.

-Solo el 26 % (42 de los adultos mayores), marcaron una puntuación entre 20-24 puntos, lo que representa estar ligeramente satisfecho.

La escala presenta además, otras puntuaciones en las que no se encontró ningún miembro de los encuestados como: 30- 35 (extremadamente satisfecho), 25 – 29 puntos (satisfecho), , 10-14 puntos (insatisfechos o poco felices) y la puntuación de 5-9 puntos (muy insatisfecho).

La Escala Geriátrica de evaluación Funcional hizo énfasis en los elementos que aportaron más a la educación de la funcionalidad psicológica de los adultos mayores (Estados emocionales memoria, apoyo social y apoyo familiar), sin dejar de analizar e interpretar los resultados de los demás ítems por parte de los participantes en la investigación

Respecto al Funcionamiento de la Memoria como una de las estructuras que más estuvo presente en la preocupa-

ción de los adultos mayores, se consideraron criterios subjetivos del funcionamiento de la memoria e impacto en la realización de las actividades de la vida diaria del propio adulto mayor, donde el conocimiento de algunas de las características del funcionamiento de la memoria, interesaron a todos en su mayoría.

-El 79 % (127) de los adultos mayores, refieren problemas de memoria, pero estos no limitan las actividades de su vida diaria.

-El 43 % (68) de los adultos mayores, se mantienen usualmente con buen estado de ánimo, aunque presentan trastornos emocionales que superan sin la ayuda de la familia.

-El 78 % (125) de los adultos mayores, no cuentan con todo el apoyo de sus familiares que demandan sus necesidades.

-El 8 % (12 de los adultos mayores), cuentan con apoyo de vecinos y amigos pero este es limitado y 90% (148) marcaron tener apoyo de vecinos y amigos, pero solo si existen momentos de crisis.

La triangulación metodológica realizada sobre la información analizada permitió valorar que:

- La dimensión cognitiva se ve afectada ya que los adultos mayores y sus familiares no poseen los conocimientos sobre las particularidades que caracterizan la educación de la funcionalidad psicológica y sobre las vías y herramientas que pueden utilizar para su mejoramiento y en consecuencia mejorar una calidad y estilo de vida adecuada.

- Los aspectos mencionados anteriormente tienen incidencia en la dimensión volitiva ya que el poco conocimiento, expresado anteriormente, influye en la identificación de problemas y en la determinación de acciones educativas que permitan el mejoramiento de la educación de la funcionalidad psicológica del adulto mayor y por ende en la toma de decisiones sobre lo que se debe hacer para potenciar su desarrollo mediante una mejor calidad y estilo de vida.

- La dimensión afectiva aunque arroja algunos resultados favorables en cuanto a la motivación para mejorar la edu-



*La funcionalidad psicológica para mejoramiento de la calidad de vida, una mirada desde Huambo, Angola*

cación de la funcionalidad psicológica del adulto mayor; es una dimensión en la que hay que trabajar, por el grado de fortaleza y de influencia que ejerce sobre la dimensión cognitiva y la volitiva.

- La poca complacencia con las vías educativas establecidas y las herramientas ofrecidas por la comunidad para la educación del adulto mayor constituye otro de los aspectos relacionados con la dimensión afectiva en los cuales es necesario accionar.

- En sentido general todos los participantes mostraron motivación en participar e identificar multisectorialmente los principales problemas educativos que inciden en el mejoramiento de la educación de la funcionalidad psicológica y de trabajarlo de manera coherente.

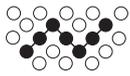
## Conclusiones

El diagnóstico aplicado en la investigación realizada, desde su visión holística, constituyó un proceso de estudio y profundización de los fundamentos teóricos y metodológicos del objeto de investigación que dio lugar a la determinación de la variable, su construcción teórica y la determinación de su estudio a través de su operacionalización, la determinación de los métodos de investigación y su aplicación e interpretación para ofrecer las características del estado actual en que se encuentra la variable para su transformación.

Los resultados arrojados apuntan al desarrollo de acciones educativas en las comunidades de Huambo que enfatizan el trabajo desde todas las dimensiones y desde un accionar más coherente entre los sectores sociales que participan en la educación del adulto mayor y las familias.

## REFERENCIAS

1. Alberto, O. (2022). Modelo educativo para la Cátedra Universitaria del adulto mayor. Tesis en opción al grado científico de Doctor en Ciencias de la Educación. Universidad de Matanzas.
2. Benítez-Rosario, M A. (2005). Impacto del estado funcional y cognitivo en la mortalidad de las personas mayores que viven en la comunidad. *AtenPrimaria*. No. 36, p. 487-8.
3. Blanco, A. González, E. Montalt, B y Oliver L (2017,14 de Set). Envejecimiento activo y saludable. ¿Cómo promocionarlo en el trabajo? Recuperado el 24 de noviembre de 2018 [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0465-](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-)
4. De Vreese, L. P., T. Gomiero, et al. (2014). Functionalabilities and cognitive decline in adult and aging intellectual disabilities. Psychometric validation of an Italian version of the Alzheimer's Functional Assessment Tool (AFAS): analysis of its clinical significance with linear statistics and artificial neural networks. *J Intellect Disabil Res*. p.101-111.
5. Díaz Llanes, G. (2005). La investigación-acción en el primer nivel de atención. *Rev. Cubana Med Gen Integr* 2005; 21(3-4).
6. Fauth, E. B., D. Gerstorf, et al. (2014) "Comparing changes in late-life depressive symptoms across aging, disablement, and mortality processes." *DevPsychol*50(5). 1584, p-93-99.
7. Fierro, B. (2015). Literatura e identidad, vasos comunicantes contra la desmemoria. *Revista Amauta*. Barranquilla (col.): Universidad del Atlántico Nro. 25, ene-Jun 2015.pp. 3949 <http://investigaciones.uniatlantico.edu.co/revistas/index.php/Amauta/article/view/1283/911>
8. Goveas, J. S., M. A. Espel and, et al. (2014). "Depressive Symptoms and Longitudinal Changes in Cognition: Women's Health Initiative Study of Cognitive Aging." *J Geriatr Psychiatry Neurol*27(2): p,94-102.Doi: 10.1177.
9. Gutierrez, A. (2021). La educación del adulto mayor para el mejoramiento de su calidad y estilo de vida. X Convención Científica Internacional CIUM, Matanzas, Cuba.
10. Gutierrez, A. (2021). Estrategia educativa para el mejoramiento de la funcionalidad psicológica en el adulto mayor. Tesis en opción al grado científico de Doctor en Ciencias de la Educación. Universidad de Matanzas.
11. Huenchuan S. (ed.). (2018). Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos. Libros de la CEPAL, N° 154 (LC/PUB.2018/24-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
12. Jiménez, M., Fierro, B.M., & García, A.M. (2016). La lectura y su promoción desde diferentes escenarios pedagógicos. *Revista Amauta*, 28, 25-36. Doi: <http://dx.doi.org/10.15648/am.28.2016.3>
13. Lee, H. B., H. R. Han, et al. (2014). Mental health service utilization among Korean elders in Korean churches: preliminary findings from the Memory and Aging Study of Koreans in Maryland (MASK-MD). *AgingMentHealth*. 2014;18(1):102-9. doi: 10.1080/13607863.2013.814099.



*Gutiérrez Pedroso, Pelayo García*

14. Martínez C., et al. (2005). La fragilidad: un reto a la atención geriátrica en la APS. *Rev Cubana Med Gen Integr.* p. 21(1-2).
15. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (2022). ¿Qué son los Objetivos de Desarrollo del Milenio? Recuperado:  
  
<http://www.unesco.org/new/es/culture/achieving-the-millennium-developmentgoals/mdgs/>.
16. Orosa, F. (2009). Informe de Proyecto Ramal "La Cátedra del adulto Mayor en la Nueva Universidad Cubana, Universidad de la Habana.
17. Orosa, F. (2018). Aprender a envejecer: Modelo cubano en Gerontología.
18. Prospects, W. P. (2018). United Nations DESA / Population Division. Obtenido de United Nations DESA / Population Division: <http://esa.un.org/unpd/wpp/index.html>
19. DSt-Laurent, M., H. Abdi, et al. (2014). Memory reactivation in healthy aging: evidence of stimulus-specific dedifferentiation. *J Neurosci*34(12): 4175-86. doi:  
  
10.1523/JNEUROSCI.3054-13.2014.
20. Torrades Oliva, S. (2004). Aspectos neurológicos del envejecimiento. *Offarm.*; 23:106-9.
21. Vigotsky, L. (1982). *Pensamiento y lenguaje*. Ciudad de La Habana. Edit. Pueblo y Educación.



# Percepción de las personas mayores en relación con sus necesidades psicosociales

Beatriz González Arranz <sup>1</sup>Ph.D., Sara Jiménez García-Tizón <sup>2</sup>Ph.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

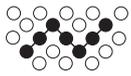
## Abstract

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](mailto:beatrizumaps@usal.es)

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

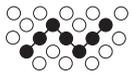
### **Introducción**

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.



## 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) <i>min. 60 - máx. 93</i>
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  $\chi^2$  (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.

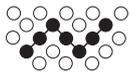
**RESULTADOS**

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**

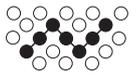
*Categorías y subcategorías de problemas y necesidades.*

	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	d. Elaboración del duelo	50	52%	
	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
	c. Dificultades cognitivas propiamente dichas: Problemas de atención, memoria, etc.	51	53%	c. Evaluación de dificultades cognitivas y actividades de estimulación cognitiva
	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
	e. 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%		
	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
Dific. medioambientales	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 ( $\chi^2$  (4, N=96)=9.53, p=.049) y también más dificultades asociadas a su estado de ánimo (estaban más tristes) ( $\chi^2$  (4, N=96)=11.34, p=.023). Las personas casadas presentaban más dificultades en relación con un rol de cuidador ( $\chi^2$  (4, N=96)=12.66, p=.013) y más dificultades de aceptación de los cambios asociados a la enfermedad ( $\chi^2$  (4, N=96)=10.46, p=.033). En el caso de las personas divorcia-

**Tabla 3**

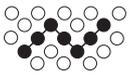
*Principales necesidades psicosociales de las personas mayores.*

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%

das tenían mayor ideación suicida ( $\chi^2$  (4, N=96)=10.36, p=.035), mayor dependencia a la medicación ( $\chi^2$  (4, N=96)=12.08, p=.012), problemas con los hijos ( $\chi^2$  (4, N=96)=10.38, p=.035) y problemas económicos ( $\chi^2$  (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 ( $\chi^2$  (2, N=96)=9.36, p=.009), peor alimentación ( $\chi^2$  (2, N=96)=8.51, p=.014) y más problemas familiares con los hermanos ( $\chi^2$  (2, N=96)=6.87, p=.032). El grupo de edad de entre 71 y 80 años sufría mayor aislamiento social ( $\chi^2$  (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 ( $\chi^2$  (5, N=96)=11.36, p=.045); aunque las personas con estudios superiores presentaban más problemas del estado de ánimo (más tristeza) ( $\chi^2$  (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.

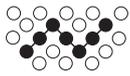
Los resultados obtenidos en el presente estudio permiten afirmar que las personas viudas presentan más sintomatología emocional y enfermedades físicas; lo que concuerda con resultados de anteriores investigaciones (López y Díaz, 2018). La necesidad de ser ayudados en la elaboración del duelo es de hecho 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 (Poudevida et



González Arranz, Jiménez García-Tizón

## REFERENCIAS

al., 2022).

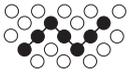
Las dificultades cognitivas llegan en este estudio a un 53%, con la necesidad correspondiente de ser evaluados por un profesional y de participar en programas estructurados de estimulación cognitiva. La realización de talleres en esta línea ya es algo bastante difundido, no obstante, como se comentó 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.

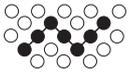
No obstante, el estudio presenta algunas limitaciones. Como se comentó en el apartado anterior, respecto a la transferibilidad o a qué tanto se ajustan los resultados con otro contexto, se debe tener en cuenta la limitación en relación con la generalización de los resultados obtenidos.

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. Poudevida, S., de Sola S, Brugulat, A, Mas-Vall, G., Castillo, Á., Huesa, G., Píromalli, 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.



## II Jornadas profesionales sobre Demencia con cuerpos de Lewy\*

### Resumen

*La Facultad de Psicología de la Universidad de Granada ha sido el escenario de un enriquecedor encuentro profesional centrado en la demencia con cuerpos de Lewy, una de las principales causas de demencia en personas mayores y, sin embargo, aún poco conocida en muchos ámbitos clínicos y sociales. Este evento, de carácter multidisciplinar, ha estado dirigido tanto a estudiantes universitarios de distintas disciplinas como a profesionales del ámbito sociosanitario, con el objetivo de fomentar el conocimiento, el diálogo y la actualización en torno a esta compleja patología.*

*Palabras clave: Jornadas profesionales, Demencia, Demencia con cuerpos de Lewy, divulgación.*

### ISSUE Nº1

JUNIO

2025

### Recibido:

22/05/2025

### Aceptado:

26/05/2025

### Abstract

The Faculty of Psychology at the University of Granada hosted an enriching professional meeting focused on Lewy body dementia, one of the main causes of dementia in older adults yet still little known in many clinical and social settings.

This multidisciplinary event was aimed at both university students from various disciplines and healthcare professionals, with the aim of promoting knowledge, dialogue, and up-to-date information on this complex condition.

Key words: Keywords: Professional conferences, Dementia, Lewy body dementia, outreach.

\* Celebradas el día 12 de mayo en la Facultad de Psicología de la Universidad de Granada. Campus de la Cartuja.

## *II Jornadas profesionales sobre Demencia con cuerpos de Lewy*

### **Introducción**

Organizadas por Neurama y Lewy Body España, y con la colaboración de la Universidad de Granada (Facultad de Psicología), el profesor Antonio Muñoz García y la Confederación Española de Alzheimer y otras Demencias (CEAFA), estas jornadas han contado con la participación de expertos de referencia en el sector, quienes han compartido sus investigaciones, experiencias clínicas y propuestas de intervención. Gracias a este intercambio de saberes, se ha generado un espacio de reflexión y formación de alto nivel, fundamental para mejorar el abordaje integral de la demencia con cuerpos de Lewy desde múltiples perspectivas profesionales.

El programa estuvo compuesto por cuatro intervenciones presenciales y dos en diferido, realizadas por dos expertos externos mediante grabación de video. Los ponentes invitados a esta segunda edición fueron: Angel Moreno Toledo, Psicogerontólogo y formador Sociosanitario, Director / Editor de Neurama, Roberto Suárez Canal,

Técnico-Asesor de la Confederación Andaluza de Alzheimer y Director de la Escuela Andaluza de Enfermedades Neurodegenerativas EADEN, La Doctora Carla Abdelnour Ruiz, Neuróloga e investigadora del Dpto. de Neurología y Ciencias Neurológicas (Universidadde Stanford). Daniel Andrés Alcolea Rodríguez, Neurólogo en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona y coordinador de la plataforma de Biomarcadores de la Unid. de Memoria en el Depto. de Neurología. Raquel Durán Ogalla, profesora titular del Departamento de Fisiología. Doctora en Bioquímica por la Universidad de Granada (UGR). José Gigante, Fundador y Presidente de Lewy Body España, Director de Global Accessibility Associates.

El evento estuvo dirigido tanto a estudiantes de diferentes disciplinas, profesorado y profesionales sociosanitarios en activo . Las jornadas comenzaron con la intervención de Angel Moreno Toledo, analizando la Demencia con cuerpos de Lewy y la dificultad para establecer un diagnóstico. Una demencia desconocida tanto para el público en general como para muchos profesionales y que desafortunadamente incurre en frecuentes errores diag-



Apertura de las segundas Jornadas profesionales sobre Demencia con Cuerpos de Lewy

## *II Jornadas profesionales sobre Demencia con cuerpos de Lewy*

nósticos. Existe superposición de patologías y confusión frecuentemente con la Enfermedad de Alzheimer, la Enfermedad de Parkinson o la Demencia frontotemporal. De igual modo, es habitual encontrar a este respecto diagnósticos tardíos o no realizados, siendo un diagnóstico muy difícil en fase preclínica.

De este modo, se emplazó a la audiencia a considerar, como futuros profesionales de diferentes disciplinas a observar en los pacientes, el momento del inicio del deterioro cognitivo en relación con el momento del inicio del Parkinsonismo.

Esta sesión además, centró el interés en la presentación de pautas prácticas de análisis y búsqueda de síntomas que pueden esclarecer el diagnóstico. Estuvo presente también la reflexión en torno a las lagunas actuales que

podemos encontrar en torno a este trastorno. Impulsando la necesidad de trabajar en nuevos Biomarcadores, en aumentar la concienciación pública en torno a la enfermedad, apostar por la mejora de los fondos destinados a la investigación, el trabajo en la creación y diseño de nuevas intervenciones terapéuticas o el fomento de nuevas vías de investigación y ensayos clínicos.

Aportando una serie de soluciones y perspectivas en el área de la Demencia con cuerpos de Lewy, alentar la publicación de estudios y hallazgos a nivel profesional, con nueva bibliografía, fuentes y manuscritos, el impulso de estudios de diagnóstico así como la labor social, de la mano del tejido asociativo y la concienciación, la financiación a través de subvenciones y la colaboración entre comunidades.



*El ponente Angel Moreno Toledo presentando a la audiencia su intervención sobre pautas de diagnóstico en Demencia con cuerpos de Lewy*

## *II Jornadas profesionales sobre Demencia con cuerpos de Lewy*

Roberto Suárez Canal, experto en enfermedades neurodegenerativas, planteó la urgencia de mejorar el diagnóstico clínico en demencias, especialmente en condiciones como la demencia por cuerpos de Lewy. Aunque la mayoría de las demencias no se pueden curar, una detección temprana permite a las personas afectadas y a sus cuidadores tomar decisiones informadas sobre su futuro, planificar tratamientos y acceder a recursos de apoyo.

La evaluación clínica sigue siendo el pilar del diagnóstico en demencias. Identificar los signos desde las primeras fases clínicas (diagnóstico temprano) resulta crucial, ya que en etapas avanzadas las distintas formas de demencia tienden a parecerse. El diagnóstico precoz (en fase subclínica), aunque conceptualmente deseable, enfrenta limitaciones técnicas y éticas debido a la falta de herramientas diagnósticas eficaces y tratamientos modificadores.

Se recomienda una detección basada en síntomas clínicos incipientes, evitando caer en diagnósticos precipitados que puedan etiquetar injustamente a las personas y generar angustia innecesaria.

El diagnóstico no solo tiene implicaciones clínicas, sino también un profundo impacto emocional. Las personas afectadas enfrentan con ansiedad, incredulidad y desafío, el hecho de asimilar el diagnóstico. Las familias experimentan miedo, confusión y sobrecarga emocional. Una comunicación ética y empática del diagnóstico es esencial, teniendo en cuenta principios como la autonomía, la no maleficencia y la beneficencia. Informar adecuadamente al paciente permite planificar el futuro, tomar decisiones con consentimiento informado y poner en orden temas personales y legales.

Los cuidadores juegan un rol central y necesitan orientación para manejar situaciones complejas. El binomio persona afectada–persona cuidadora debe ser atendido de forma conjunta, pues ambos son víctimas del proceso neurodegenerativo y requieren apoyo. El impacto del diagnóstico en el paciente y su entorno es significativo. Su comunicación debe gestionarse con extrema sensibilidad ética, considerando principios de autonomía o beneficencia.



*Roberto Suárez Canal en el transcurso de su intervención*

Aunque existe resistencia en algunos entornos familiares a informar al paciente por miedo a reacciones emocionales adversas, la evidencia muestra que muchos afectados experimentan alivio al obtener una explicación para sus síntomas y valoran la posibilidad de tomar decisiones informadas sobre su futuro.

Finalmente, el rol del cuidador emerge como un elemento central en el abordaje integral de las demencias. Se requiere apoyo emocional y formación específica para manejar los cambios conductuales y emocionales de los pacientes, promoviendo su autoestima, fortaleciendo su red social y manteniendo su implicación en actividades significativas.

Este enfoque integral y humanizado del diagnóstico clínico en demencias no solo mejora la atención del paciente, sino que contribuye a mitigar el impacto en el entorno familiar y social, posicionando el diagnóstico temprano como un acto clínico, ético y socialmente necesario.

*II Jornadas profesionales sobre Demencia con cuerpos de Lewy*

Neurol Ther  
https://doi.org/10.1007/s40120-023-00467-8

REVIEW

**Dementia with Lewy Bodies Drug Therapies  
in Clinical Trials: Systematic Review up to 2022**

Carla Abdelnour · Maria Camila Gonzalez · Lucy L. Gibson ·  
Kathleen L. Poston · Clive G. Ballard · Jeffrey L. Cummings ·  
Dag Aarsland



**Table 1** General characteristics of clinical trials in DLB as of September 27, 2022

Clinical trial phase	Number of clinical trials	Status			Classification		Repurposed agents
		Completed	Active <sup>a</sup>	Other status	DMT	Symptomatic	
Phase 3	7 (17.5%)	6 (86%)	1 (14%)	0	0	7 (100%)	7 (100%)
Phase 2	31 (77.5%)	15 (48.4%)	8 (25.8%)	8 <sup>b</sup> (25.8%)	8 (25.8%)	23 (74.2%)	16 (51.6%)
Phase 1	2 (5%)	0	0	2 <sup>c</sup> (100%)	2 (100%)	0	2 (100%)
Total	40	21 (52.5%)	9 (22.5%)	10 (27%)	10 (25%)	30 (75%)	25 (65%)

1. US National Library of Medicine of the National Institutes of Health (NIH) clinical research registry ClinicalTrials.gov.

2. European Union Drug Regulating Authorities Clinical Trials Database (EudraCT/clinicaltrialsregister.eu), and

3. International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP) operated by the World Health Organization (WHO).

*Carla Abdelnour en un momento de su ponencia, presentando los resultados de un artículo reciente*

La Doctora Abdelnour Ruíz, presentó una interesante ponencia en la que destacó la importancia de los ensayos clínicos en el avance de la investigación.

La intervención comenzaba con una muy interesante reflexión: "se necesita un promedio de diecisiete años para que la evidencia cambie la práctica clínica". Este periodo de tiempo es muy extenso y el objetivo radica en acortar los tiempos en el desarrollo de los medicamentos. Los ensayos clínicos son una parte fundamental de la investigación en Demencia con Cuerpos de Lewy y por lo tanto un área de trabajo que demanda una mayor atención en el tratamiento de este trastorno.

Los ensayos clínicos fueron analizados en tres etapas, pasado, presente y futuro, centrándose en primer lugar en aquellos ensayos realizados hasta 2022, el tratamiento de la cuestión en la actualidad y una visión prospectiva de retos y oportunidades en 2025.

La exposición analizó al detalle la naturaleza de los ensayos clínicos, fases, objetivos y sus características.

De la misma forma, se valoró el interés creciente de los ensayos clínicos y su evolución a lo largo de los últimos años. A través de 412 registros, se encontraron 40 ensayos clínicos que estudiaban 25 medicamentos (en un periodo del año 2000-2022).

La intervención también destacó por una parte la distribución de medicamentos en ensayos clínicos, los tratamientos actuales y los ensayos activos en la actualidad.

Los retos y oportunidades para el futuro pasan por la detección temprana, para prevenir y retrasar el desarrollo de la demencia, desarrollar instrumentos de evaluación específicos y mejorar nuestra capacidad de representar mayor número de perfiles en los ensayos clínicos efectuados.

La Dra. Raquel Durán Ogalla, presentó su ponencia "Sinucleinopatías y deterioro cognitivo: explorando la contribución de la  $\alpha$ -sinucleína". Las enfermedades neurodegenerativas, cuya prevalencia aumenta con la edad, constituyen una de las principales causas de discapacidad cognitiva en la población envejecida. Estas patologías se

## II Jornadas profesionales sobre Demencia con cuerpos de Lewy

caracterizan por la acumulación anómala de proteínas mal plegadas y la disfunción neuronal progresiva. Entre ellas, las sinucleinopatías, como la enfermedad de Parkinson (EP) y la demencia con cuerpos de Lewy (DCL), destacan por la acumulación patológica de  $\alpha$ -sinucleína, una proteína presináptica cuya alteración estructural y funcional se vincula directamente con la neurodegeneración.

La DCL representa una de las principales causas de demencia degenerativa, compartiendo características clínicas y neuropatológicas con otras entidades como la enfermedad de Alzheimer (EA) y la EP. Su sintomatología incluye fluctuaciones cognitivas, alucinaciones visuales, parkinsonismo espontáneo y alteraciones del sueño REM, además de disfunciones autonómicas. Estas manifestaciones clínicas reflejan el daño neuronal extendido y multifocal, con presencia de cuerpos de Lewy en regiones corticales y subcorticales. Aunque la mayoría de los casos de DCL son esporádicos, existen formas familiares asociadas a mutaciones en genes como SNCA, GBA, LRRK2, entre otros. Estas alteraciones genéticas han permitido avanzar en la comprensión de los mecanismos patogénicos, especialmente aquellos relacionados con la disfunción lisoso-

omal y la vía autofagia-lisosoma, procesos fundamentales en la degradación de proteínas como la  $\alpha$ -sinucleína. El grupo de investigación CTS-438 ha desarrollado varios proyectos centrados en el estudio de estas rutas celulares. Particularmente, se ha evaluado el papel de la progranulina, así como las implicaciones de GBA y LRRK2, en el contexto de la enfermedad de Parkinson y otras sinucleinopatías. La alteración de la actividad enzimática lisosomal ha demostrado estar correlacionada con un mayor riesgo de acumulación patológica de  $\alpha$ -sinucleína, contribuyendo al deterioro neuronal progresivo.

A nivel epidemiológico, las proyecciones globales indican un aumento alarmante en la prevalencia de demencias, con una estimación de más de 130 millones de personas afectadas para el año 2050. Esta situación exige no solo avanzar en el conocimiento básico de los mecanismos moleculares implicados en las sinucleinopatías, sino también desarrollar estrategias diagnósticas y terapéuticas más eficaces.

En conclusión, la  $\alpha$ -sinucleína se consolida como una pieza clave en la fisiopatología de la DCL y otras sinucleinopatías. La investigación actual no solo profundiza en su papel como

agente patogénico, sino que plantea nuevas oportunidades para la identificación de biomarcadores y dianas terapéuticas en el abordaje integral de estas enfermedades.



*La Doctora Raquel Durán, en un momento de su intervención a la audiencia, Junto a una exposición de los aspectos generales de las enfermedades neurodegenerativas, Durán Ogalla ofreció a los asistentes un enfoque magistral con datos de prevalencia, sintomatología, factores y etiológicos de las demencias. Finalmente, exploró las características fundamentales de la Demencia con Cuerpos de Lewy.*

## II Jornadas profesionales sobre Demencia con cuerpos de Lewy



El Dr. Daniel Alcolea durante su presentación "Nuevos criterios y conceptualización biológica de la Demencia con Cuerpos de Lewy"

El Dr. Daniel Alcolea dirigió la segunda intervención externa de la jornada. En la misma, afirmó que en los últimos años ha habido avances científicos significativos en el campo de la DCL que nos van a permitir mejorar los diagnósticos y a reconceptualizar la enfermedad como un concepto biológico.

Desde la distinción de la DCL de la EP y la EP asociada a Demencia con el análisis de la regla arbitraria de un año. También la aclaración del conjunto de sinucleinopatías. La alfa-sinucleína es una proteína neuronal abundante, involucrada en la regulación de la liberación de neurotransmisores y la homeostasis sináptica. Sin embargo, bajo ciertas condiciones, esta proteína puede sufrir un proceso de malplegamiento estructural que la convierte en una forma insoluble, propensa a la agregación. Estas formas agregadas pueden organizarse en inclusiones fibrilares denominadas cuerpos de Lewy, localizadas dentro del citoplasma neuronal. La presencia de cuerpos de Lewy intraneuronales constituye una característica neuropatológica distintiva en varias sinucleinopatías, especialmente en la EP y la DCL. Se ha demostrado que estas agregaciones proteicas no solo actúan como biomarcadores de la enfermedad, sino que también participan activamente en la disfunción y muerte neuronal

mediante mecanismos que incluyen el estrés oxidativo, la disrupción del transporte axonal y la activación de respuestas neuroinflamatorias.

En este contexto, comprender los mecanismos moleculares que subyacen al malplegamiento de la alfa-sinucleína y a la formación de cuerpos de Lewy es fundamental para el desarrollo de estrategias terapéuticas dirigidas a modificar el curso de estas enfermedades devastadoras. Del mismo modo, la explicación incluyó un recorrido magistral en la aclaración de conceptos clave (síntomatología, fases, criterios clínicos y biomarcadores).

La última presentación del programa fue la propuesta de Lewy Body España dirigida por su Presidente José Gigante. La Demencia con Cuerpos de Lewy representa el 20% de los casos de demencia neurodegenerativa en España, afectando a más de 120.000 personas. Pese a su prevalencia y el elevado coste sociosanitario que implica—hasta un 50% más que otras demencias—esta enfermedad continúa siendo escasamente reconocida y comprendida tanto por la sociedad como por muchos profesionales de la salud. Ante esta realidad, la Asociación Lewy Body España (LBE) ha desarrollado un

## II Jornadas profesionales sobre Demencia con cuerpos de Lewy

modelo de intervención comunitaria basado en tres pilares fundamentales: visibilidad, acompañamiento y formación. A lo largo de 2024, la entidad ha impulsado campañas de sensibilización a nivel nacional, ha colaborado con medios de comunicación y ha promovido la conmemoración del Día Mundial de la DCLW. Estos esfuerzos han contribuido significativamente a posicionar esta forma de demencia en la agenda pública y sanitaria.

En paralelo, Lewy Body España ha desarrollado programas de formación destinados a profesionales sanitarios y cuidadores, así como acciones específicas para capacitar a familiares sobre los derechos y recursos sociosanitarios disponibles. Asimismo, se ha fortalecido la red de grupos de apoyo y se ha fomentado la participación de voluntariado joven, especialmente en entornos universitarios, creando una comunidad solidaria y comprometida.

De cara a 2025-2026, la asociación plantea una expansión estratégica de sus iniciativas, que incluye el uso de inteligencia artificial para el análisis de necesidades de pacientes y cuidadores, el desarrollo de proyectos piloto y la cooperación interasociativa. Esta hoja de ruta consolida un enfoque multidimensional e innovador frente a los desafíos de la DCL, priorizando no solo la atención clínica, sino también la contención emocional y la justicia social. Este modelo, replicable en otros contextos, pone de relieve la importancia de construir redes comunitarias alrededor de enfermedades poco visibilizadas y sugiere que la articulación entre conocimiento científico, acción social y comunicación puede ser una vía eficaz para mejorar la calidad de vida de quienes conviven con estas patologías.



*El Presidente de Lewy Body España, José Gigante, en el transcurso de su intervención. Gigante sostuvo un balance positivo de los objetivos propuestos y emplazó a conocer los próximos pasos de la pionera asociación.*

## REFERENCIAS

1. Abdelnour C, Gonzalez MC, Gibson LL, Poston KL, Ballard CG, Cummings JL, Aarsland D. Dementia with Lewy Bodies Drug Therapies in Clinical Trials: Systematic Review up to 2022. *Neurol Ther.* 2023 Jun;12(3):727-749. doi: 10.1007/s40120-023-00467-8. Epub 2023 Apr 5. PMID: 37017910; PMCID: PMC10195935.
2. Lewy Body España. (2025, mayo 1). II Jornadas Profesionales DCLW Universidad de Granada. <https://www.lewybodyespana.org/post/ii-jornadas-profesionales-dclw-universidad-de-granada>
3. Lewy Body España. (2025, mayo 13). Agradecimientos a los ponentes de las II Jornadas Profesionales DCLW. <https://www.lewybodyespana.org/post/agradecimientos-a-los-ponentes-de-las-ii-jornadas-profesionales-dclw>
4. McKeith IG, Ferman TJ, Thomas AJ, Blanc F, Boeve BF, Fujishiro H, Kantarci K, Muscio C, O'Brien JT, Postuma RB, Aarsland D, Ballard C, Bonanni L, Donaghy P, Emre M, Galvin JE, Galasko D, Goldman JG, Gomperts SN, Honig LS, Ikeda M, Leverenz JB, Lewis SJG, Marder KS, Masellis M, Salmon DP, Taylor JP, Tsuang DW, Walker Z, Tiraboschi P; prodromal DLB Diagnostic Study Group. Research criteria for the diagnosis of prodromal dementia with Lewy bodies. *Neurology.* 2020 Apr 28;94(17):743-755. doi: 10.1212/WNL.0000000000009323. Epub 2020 Apr 2. PMID: 32241955; PMCID: PMC7274845.
5. Universidad de Granada. (2025). II Jornadas Profesionales Demencia por Cuerpos de Lewy. Canal UGR. <https://canal.ugr.es/convocatoria/ii-jornadas-profesionales-demencia-por-cuerpos-de-lewy/>