

e-ISSN: 3045-9176

Tendencias de Enfermería

Revista científica de enfermería y disciplinas afines

Volumen 2, Número 6 Marzo-Abril 2026



<https://sociedadcientificasanitaria.org/tendencias-de-enfermeria/>

e-ISSN: 3045-9176

Tendencias de Enfermería

Revista científica de enfermería y disciplinas afines

Volumen 2, Número 6 Marzo-Abril 2026

<https://sociedadcientificasanitaria.org/tendencias-de-enfermeria/>

Sociedad Científica Sanitaria Europea para la Investigación, Divulgación, Solidaridad y Formación
SOCISAEU-IDSF

© 2026, de la edición, Tendencias de Enfermería

Calle Pedro García Villalba, 79, La Alberca (Murcia, España)

Teléfono: 650 16 12 52

Revista digital: <https://sociedadcientificasanitaria.org/tendencias-de-enfermeria/>

Correo electrónico: tendenciasdeenfermeria@sociedadcientificasanitaria.org

Primera edición: 2025. Última edición: 2026.

e-ISSN: 3045-9176

DOI: 10.56533/HFGZ2280

URL: <https://doi.org/10.56533/HFGZ2280>

Tendencias de Enfermería, Volumen 2, Número 6 Marzo-Abril 2026

DOI: 10.56533/EXRR5149

URL: <https://doi.org/10.56533/EXRR5149>

Directora:

Isabel Rosa Galera Pérez

Editor:

SOCISAEU-IDSF

Corrección de estilo y maquetación:

Alberto Sanz Armenteros

Comité Científico Editorial

Isabel Rosa Galera Pérez

Enfermera

Hospital General Universitario Morales Meseguer

Murcia, España

Rita Martínez Espinosa

Enfermera

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

Murcia, España

César Augusto Loayza Palomino

Médico Cirujano y Cirujano Dentista

Dental C & L Loayza

Lima, Perú

Irvin Zúñiga Almora

Médico Cirujano y Cirujano Dentista

Zaí Salud Integral

Ica, Perú

Antonio Fernández Lara

Enfermero

Hospital General Universitario Morales Meseguer

Murcia, España

Mario William Renny

Fisioterapeuta y Osteópata

Actividad privada

Murcia, España

María Ester Sistach Leal

Enfermera

Hospital Clínico de Barcelona

Barcelona, España

Tamar Blanca Serrano

Farmacéutica

Actividad privada

Málaga, España

Índice

Editorial.....	11
Carta a la Directora Prehabilitación quirúrgica: cuidar antes de operar	
César Augusto Loayza Palomino	13
Consecuencias del estrés laboral en el ámbito de la policía local	
Gema Correderas Cuevas.....	15
Artroplastia inversa de hombro en fracturas complejas de húmero proximal en pacientes mayores: revisión sistemática de resultados funcionales, dolor y complicaciones	
Alberto Ruiz del Bosque	25
Bienestar comunitario como eje en el cuidado de adultos mayores con demencia	
Ángel Perea Díaz	37

Editorial

La enfermería vive un momento de especial exigencia. No se trata solo de una cuestión de carga asistencial, falta de profesionales o aumento de la demanda sanitaria, aunque todos estos factores formen parte del escenario actual. El verdadero reto es más profundo: cuidar se ha vuelto cada vez más complejo. Los pacientes llegan a los servicios sanitarios con más edad, más enfermedades crónicas, más tratamientos simultáneos, más dependencia funcional y, en muchos casos, con una red familiar más frágil. Esta realidad obliga a mirar la práctica enfermera no como una sucesión de técnicas, sino como una intervención clínica constante, organizada y decisiva.

Durante mucho tiempo, una parte de la sociedad ha entendido la enfermería desde una mirada reducida, vinculada a tareas visibles, como administrar medicación, realizar curas, tomar constantes o acompañar al médico en determinados procedimientos. Sin embargo, la práctica diaria demuestra algo muy distinto. La enfermera observa, interpreta, anticipa, decide, educa, registra, coordina y evalúa. Su trabajo no se limita a ejecutar indicaciones, sino que sostiene una parte fundamental de la seguridad del paciente. Muchas complicaciones se detectan antes por una enfermera que por cualquier prueba complementaria, porque el cuidado directo permite reconocer cambios sutiles que no siempre aparecen en una analítica, una radiografía o un informe clínico.

En este sentido, la enfermería ocupa un lugar privilegiado dentro del sistema sanitario. Está presente en la consulta, en la hospitalización, en el quirófano, en urgencias, en cuidados intensivos, en atención primaria, en salud mental, en el domicilio y en los centros sociosanitarios. Esa presencia continua permite algo que resulta esencial en la asistencia actual: dar coherencia a procesos que a menudo están fragmentados. El paciente puede pasar por diferentes profesionales, servicios y niveles asistenciales, pero necesita que alguien mantenga una visión global de sus necesidades. La enfermería, por su contacto directo y sostenido, está en una posición especialmente adecuada para asumir ese papel.

También es necesario reconocer que cuidar no significa únicamente atender necesidades físicas. La enfermedad afecta al cuerpo, pero también modifica la autonomía, la autoestima, la relación con la familia, la forma de afrontar el futuro y la percepción de seguridad. Una cura técnicamente correcta puede ser insuficiente si el paciente no entiende lo que le ocurre, si tiene miedo, si no sabe cómo continuar los cuidados en casa o si no cuenta con apoyo suficiente. Por eso, la educación sanitaria, la comunicación comprensible y la escucha siguen siendo herramientas clínicas de primer nivel. No son complementos amables del cuidado, sino intervenciones que pueden reducir errores, mejorar la adherencia y favorecer mejores resultados.

El desarrollo tecnológico tampoco disminuye la importancia de la enfermería, sino que la hace aún más necesaria. La monitorización avanzada, la historia clínica digital, los sistemas de alerta, la inteligencia artificial y los nuevos dispositivos asistenciales pueden aportar información valiosa, pero no sustituyen el juicio profesional. Los datos necesitan interpretación, contexto y prudencia. Una alarma no siempre significa gravedad y un valor aparentemente normal no siempre indica estabilidad. La enfermera integra información objetiva con observación directa, conocimiento del paciente y experiencia clínica. Esa combinación es difícil de reemplazar, porque nace de una relación asistencial cercana y continuada.

Ahora bien, para que la enfermería pueda responder a esta complejidad, necesita condiciones adecuadas. No basta con apelar a la vocación, porque la vocación no compensa plantillas insuficientes, turnos sobrecargados, falta de tiempo para educar al paciente o escaso reconocimiento profesional. Cuidar bien requiere tiempo, formación, liderazgo, investigación, estabilidad y participación real en la toma de decisiones. La calidad asistencial no puede sostenerse únicamente sobre el esfuerzo individual de profesionales que, con frecuencia, trabajan al límite de sus posibilidades.

Las revistas científicas de enfermería tienen aquí una responsabilidad importante. Publicar experiencias, investigaciones, revisiones, casos clínicos y reflexiones profesionales ayuda a visibilizar el conocimiento enfermero y a construir una práctica más fundamentada. Cada artículo aporta una parte de ese proceso colectivo: mejora la atención, cuestiona rutinas, comparte aprendizajes y permite que el cuidado deje de ser una actividad silenciosa para convertirse en conocimiento comunicado.

Este número nace precisamente de esa convicción. La enfermería no solo acompaña los cambios del sistema sanitario, sino que participa activamente en ellos. En un tiempo marcado por la complejidad clínica, la presión asistencial y la transformación tecnológica, cuidar sigue siendo una de las acciones más humanas y, al mismo tiempo, más técnicas de la atención sanitaria. Reconocerlo no es un gesto simbólico, sino una necesidad para construir servicios de salud más seguros, más eficaces y más cercanos a las personas.

Isabel Rosa Galera Pérez
Directora

Carta a la Directora

Prehabilitación quirúrgica: cuidar antes de operar

César Augusto Loayza Palomino^a

a Médico Cirujano y Cirujano Dentista, Dental C & L Loayza, Lima, Perú

Recibido el 16 de febrero de 2026. Aceptado el 19 de febrero de 2026.

Disponible en Internet el 1 de marzo de 2026

Sra. Directora:

La cirugía moderna ha avanzado de forma notable en precisión técnica, abordajes mínimamente invasivos, anestesia segura y protocolos de recuperación intensificada. Sin embargo, todavía existe un espacio clínico que no siempre recibe la atención que merece: el periodo previo a la intervención. Durante años se ha entendido la preparación quirúrgica como una suma de pruebas preoperatorias, consentimiento informado y valoración anestésica. Hoy, la evidencia invita a ampliar esa mirada y a considerar la prehabilitación como una parte real del tratamiento quirúrgico.

La prehabilitación no consiste únicamente en “llegar en mejor forma” al quirófano. Supone identificar fragilidad, malnutrición, sedentarismo, ansiedad, tabaquismo, mal control glucémico o falta de apoyo familiar, y actuar de forma breve pero estructurada antes de la cirugía. En este sentido, los programas que combinan ejercicio, soporte nutricional y acompañamiento psicológico han mostrado resultados prometedores en la reducción de complicaciones y en la recuperación funcional de pacientes sometidos a cirugía mayor (1). En cirugía colorrectal oncológica, el ensayo PREHAB mostró que una intervención multimodal de cuatro semanas redujo complicaciones graves y médicas frente a la atención habitual, lo que refuerza la utilidad de preparar al paciente más allá de la técnica quirúrgica (2).

Este cambio obliga a entender el acto quirúrgico como un proceso y no como un momento aislado. Las recomendaciones ERAS han consolidado la importancia de los cuidados perioperatorios protocolizados, la movilización precoz, el control del dolor, la nutrición y la participación activa del paciente (3). Sin embargo, su aplicación plena exige equipos interdisciplinarios donde enfermería desempeña un papel central. La enfermera quirúrgica, de consulta, hospitalización o continuidad asistencial puede detectar riesgos, reforzar educación sanitaria, comprobar adherencia, coordinar intervenciones y acompañar al paciente en una fase en la que todavía es posible modificar parte del pronóstico.

Desde la perspectiva del cirujano, asumir la prehabilitación no resta protagonismo al procedimiento, sino que lo sitúa en un marco más completo de seguridad clínica. Operar bien también implica llegar al quirófano con un paciente mejor preparado. El reto actual no es solo demostrar que la prehabilitación funciona en determinados grupos, sino integrarla de forma realista, medible y equitativa en los circuitos asistenciales. Para ello, también será necesario mejorar la calidad del registro y la descripción de las intervenciones, como proponen los estándares SOS-Prehab (4).

La cirugía del futuro no debería empezar en la incisión, sino en la primera consulta en la que se decide operar.

Autor para correspondencia: César Augusto Loayza Palomino

Correo electrónico: tendenciasdeenfermeria@sociedadcientificasanitaria.org

Link artículo: <https://doi.org/10.56533/ORZP6766>

DOI: 10.56533/ORZP6766

Referencias

1. McIsaac DI, Kidd G, Gillis C, Branje K, Al-Bayati M, Baxi A, et al. Relative efficacy of prehabilitation interventions and their components: systematic review with network and component network meta-analyses of randomised controlled trials. *BMJ*. 2025;388. doi:10.1136/bmj-2024-081164.
2. Molenaar CJL, Minnella EM, Coca-Martinez M, Ten Cate DWG, Regis M, Awasthi R, et al. Effect of multimodal prehabilitation on reducing postoperative complications and enhancing functional capacity following colorectal cancer surgery: the PREHAB randomized clinical trial. *JAMA Surg*. 2023;158(6):572-581. doi:10.1001/jamasurg.2023.0198.
3. Gustafsson UO, Rockall TA, Wexner S, How KY, Emile S, Marchuk A, et al. Guidelines for perioperative care in elective colorectal surgery: Enhanced Recovery After Surgery Society recommendations 2025. *Surgery*. 2025;184:109397. doi:10.1016/j.surg.2025.109397.
4. Gillis C, McIsaac D, Santa Mina D, Chevalier S, Baldini G, Carli F, et al. Standards for reporting research methods, interventions, and Outcomes in Surgical Prehabilitation studies (SOS-Prehab). *Br J Surg*. 2026;113(3). doi:10.1093/bjs/znaf302.

Revisión

Consecuencias del estrés laboral en el ámbito de la policía local

Gema Correderas Cuevas^a

a Oficial de Policía Local del Ayuntamiento de Córdoba, Córdoba, España

Recibido el 2 de marzo de 2026. Aceptado el 16 de marzo de 2026.

Disponible en Internet el 30 de abril de 2026.

Resumen

Introducción: el estrés laboral en la policía local constituye un problema relevante de salud ocupacional, debido a la exposición continuada a demandas operativas, presión social, turnicidad, conflictos ciudadanos, situaciones traumáticas y factores organizativos que pueden afectar al bienestar del agente y a la calidad del servicio público. **Objetivos:** analizar las principales consecuencias del estrés laboral en el ámbito de la policía local, con especial atención a la salud mental, la salud física, el desempeño profesional y los factores psicosociales asociados. **Método:** se realizó una búsqueda bibliográfica en PubMed, Scopus, Web of Science, PsycINFO, Dialnet, SciELO y Google Scholar, empleando términos relacionados con policía local, estrés laboral, riesgos psicosociales, burnout, salud mental, sueño, turnos y apoyo organizacional. Se incluyeron estudios recientes, preferentemente publicados entre 2018 y 2026, así como trabajos españoles previos de especial relevancia. **Resultados:** la evidencia revisada muestra que el estrés laboral policial se asocia con burnout, ansiedad, síntomas depresivos, estrés postraumático, fatiga, alteraciones del sueño, riesgo cardiovascular, menor satisfacción laboral y deterioro de la calidad de vida. Los factores organizativos, como la carga de trabajo, la autonomía, la ambigüedad de rol, el apoyo de mandos y el reconocimiento, aparecen como elementos especialmente influyentes. **Conclusiones:** la prevención del estrés en policía local requiere intervenciones individuales y, sobre todo, medidas organizativas sostenidas, evaluación periódica de riesgos psicosociales y apoyo institucional efectivo.

Palabras clave: estrés laboral; policía local; burnout; riesgos psicosociales; salud mental.

Abstract

Introduction: Work-related stress in local police forces is a significant occupational health problem due to continuous exposure to operational demands, social pressure, shift work, citizen conflicts, traumatic situations, and organizational factors that can affect officer well-being and the quality of public service. **Objectives:** To analyze the main consequences of work-related stress in local police forces, with particular attention to mental health, physical health, professional performance, and associated psychosocial factors. **Method:** A literature search was conducted in PubMed, Scopus, Web of Science, PsycINFO, Dialnet, SciELO, and Google Scholar, using terms related to local police, work-related stress, psychosocial risks, burnout, mental health, sleep, shift work, and organizational support. Recent studies, preferably published between 2018 and 2026, were included, as well as previous Spanish studies of particular relevance. **Results:** The reviewed evidence shows that police work-related stress is associated with burnout, anxiety, depressive symptoms, post-traumatic stress, fatigue, sleep disturbances, cardiovascular risk, reduced job satisfaction, and a diminished quality of life. Organizational factors, such as workload, autonomy, role ambiguity, supervisory support, and recognition, appear to be particularly influential. **Conclusions:** Preventing stress in local police forces requires individual interventions and, above all, sustained organizational measures, regular psychosocial risk assessments, and effective institutional support.

Keywords: Work-related stress; local police; burnout; psychosocial risks; mental health.

El trabajo policial constituye una actividad profesional especialmente expuesta a demandas psicológicas, sociales y organizativas. En el caso de la policía local, estas exigencias se producen en un contexto de proximidad con la ciudadanía, intervención en conflictos vecinales, regulación del tráfico, atención a accidentes, violencia interpersonal, protección de colectivos vulnerables, turnicidad, trabajo nocturno, presión administrativa y exposición a situaciones potencialmente traumáticas. A diferencia de otros cuerpos policiales con funciones más especializadas, la policía local suele actuar como primer recurso ante problemas cotidianos de convivencia, seguridad vial, emergencias municipales y requerimientos ciudadanos de muy diversa naturaleza. Esta amplitud funcional hace que el estrés laboral no dependa solo de hechos críticos, sino también de una acumulación sostenida de demandas ordinarias, presión social, ambigüedad de rol, falta de recursos, exposición pública y dificultades de conciliación.

La literatura internacional ha señalado que los agentes de policía presentan una combinación de estresores operativos y organizativos. Los primeros incluyen el riesgo físico, la exposición a violencia, la toma rápida de decisiones, la posibilidad de lesiones y el contacto con sufrimiento humano. Los segundos se relacionan con la carga de trabajo, la burocracia, la escasa autonomía, los conflictos jerárquicos, la falta de reconocimiento, los turnos, la comunicación interna deficiente y la percepción de bajo apoyo institucional. Violanti et al. describieron estos factores como un conjunto de exposiciones laborales capaces de afectar a la salud mental, cardiovascular, familiar y ocupacional del personal policial¹. De forma complementaria, Magnavita et al. revisaron la evidencia sobre estrés laboral y riesgo cardiovascular en policías, destacando que el estrés sostenido puede vincularse con hipertensión, alteraciones metabólicas, sueño insuficiente y otros indicadores de riesgo físico².

En España, aunque la evidencia específica sobre policía local es menos abundante que la existente en otros cuerpos o en muestras internacionales, existen estudios relevantes. García Albuérne et al. analizaron riesgos psicosociales y estrés percibido en cuerpos de policía local, observando diferencias relacionadas con la antigüedad profesional y señalando la necesidad de atender a la trayectoria laboral del agente³. Luceño-Moreno et al. estudiaron policías locales de la Comunidad de Madrid y hallaron una percepción desfavorable de factores psicosociales como el control, las recompensas y el apoyo organizacional, con diferencias según la categoría profesional⁴. De la Fuente et al., en una muestra de policías españoles, aportaron evidencia sobre prevalencia y factores de riesgo del síndrome de burnout, mostrando que el desgaste profesional representa un problema relevante dentro de este colectivo⁵.

Además de los estudios sobre consecuencias, la investigación española ha avanzado en la validación de instrumentos específicos para valorar el estrés policial. Talavera-Velasco et al. propusieron el DECORE-21 como herramienta para evaluar estrés ocupacional en policías, con dimensiones relacionadas con demandas, control, apoyo y recompensas⁶. Posteriormente, Luceño-Moreno et al. validaron el Effort-Reward Imbalance Questionnaire en policías españoles, reforzando la utilidad del modelo desequilibrio esfuerzo-recompensa para comprender el estrés en este ámbito⁷. Más recientemente, Ruiz-Ruano García et al. analizaron factores psicosociales de riesgo y burnout en policías locales de la Región de Murcia mediante análisis de redes, observando que la autonomía, la carga de trabajo, la ambigüedad de rol y el apoyo organizacional ocupaban un lugar central en la explicación del desgaste⁸.

El objetivo general fue analizar las principales consecuencias del estrés laboral en policías locales, especialmente en salud mental, salud física, desempeño profesional y funcionamiento organizativo. Como objetivos específicos se establecieron: identificar los estresores laborales más asociados al malestar policial; describir las consecuencias psicológicas, físicas y ocupacionales documentadas en la literatura; revisar factores protectores e intervenciones útiles; y señalar las limitaciones de la evidencia disponible para orientar futuras investigaciones en el contexto municipal español.

Métodos

Diseño

Se realizó una revisión narrativa de la literatura científica sobre estrés laboral y consecuencias en policías, con prioridad para estudios centrados en policía local, policía municipal o cuerpos policiales de proximidad. La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo durante junio de 2026 en las bases de datos PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science, PsycINFO, Dialnet, SciELO y Google Scholar. También se consultaron repositorios universitarios y páginas de revistas científicas para localizar textos completos cuando el resumen resultaba especialmente pertinente.

Estrategia de búsqueda

La estrategia de búsqueda combinó términos en español e inglés. En español se utilizaron expresiones como: "policía local", "policía municipal", "policía española", "Mossos d'Esquadra", "estrés laboral", "riesgos psicosociales", "burnout", "síndrome de desgaste profesional", "salud mental", "ansiedad", "depresión", "estrés postraumático", "sueño", "turnos", "apoyo organizacional" y "satisfacción laboral". En inglés se emplearon combinaciones como: "local police" OR "municipal police" OR "police officers" OR "law enforcement" AND "occupational stress" OR "work stress" OR "psychosocial risk" OR "burnout" AND "mental health" OR "depression" OR "anxiety" OR "PTSD" OR "sleep" OR "cardiovascular risk" OR "job satisfaction".

Criterios de elegibilidad

Los criterios de inclusión fueron: estudios publicados preferentemente entre 2018 y 2026; investigaciones empíricas cuantitativas, cualitativas o mixtas; revisiones sistemáticas o narrativas con aportación directa al tema; muestras formadas por policías o profesionales de seguridad pública; análisis de estrés laboral, riesgos psicosociales, burnout, salud mental, salud física, sueño, satisfacción laboral, conciliación, desempeño o factores protectores; publicaciones en español o inglés; y disponibilidad de resumen o texto suficiente para extraer información relevante. Se admitieron algunos estudios anteriores a 2018 cuando eran especialmente pertinentes para el contexto español o para la policía local, dado que la producción específica en este campo es limitada.

Los criterios de exclusión fueron: estudios centrados exclusivamente en personal penitenciario, militar o sanitario sin muestra policial; trabajos sobre estrés no laboral; documentos de opinión sin metodología identificable; artículos sin relación con consecuencias del estrés; duplicados; estudios con información insuficiente sobre población o resultados; y trabajos centrados únicamente en aspectos jurídicos, criminológicos o de intervención policial sin variables de salud laboral.

Proceso de selección

El proceso de selección se realizó en tres fases. En primer lugar, se revisaron títulos y resúmenes para descartar documentos claramente no pertinentes. En segundo lugar, se examinó el texto completo o, cuando no fue posible, el resumen ampliado y los datos bibliográficos disponibles. En tercer lugar, se seleccionaron 15 estudios para el apartado de resultados, intentando equilibrar actualidad, pertinencia temática y proximidad al ámbito español. Se incorporaron además algunos artículos adicionales en la discusión para contrastar los hallazgos, especialmente revisiones sistemáticas y estudios sobre intervenciones. No se realizó metaanálisis debido a la heterogeneidad de diseños, instrumentos, muestras y variables de resultado. Tampoco se presenta como una revisión sistemática, sino como una revisión narrativa estructurada.

Resultados

La evidencia seleccionada muestra que el estrés laboral en policías tiene consecuencias en varios niveles (Tabla 1). En el plano individual, se asocia con burnout, ansiedad, depresión, sintomatología postraumática, irritabilidad, fatiga, problemas de sueño y deterioro de la calidad de vida. En el plano físico, se vincula con cansancio crónico, alteraciones cardiovasculares y peor recuperación. En el plano profesional, se relaciona con menor satisfacción laboral, peor conciliación, aumento de la intención de abandono, dificultades de concentración y deterioro de la relación con la ciudadanía. Aunque los estudios específicos en policía local española son escasos, los trabajos disponibles coinciden con la evidencia internacional en que los factores organizativos tienen un peso decisivo.

Tabla 1. Estudios incluidos en la síntesis de resultados

Autor y año	Contexto y diseño	Principales aportaciones
García Albuérne et al., 2013 ³	Policía local española; estudio sobre género, antigüedad y riesgos psicosociales	El estrés percibido mostró diferencias por antigüedad, con mayor afectación en etapas intermedias de carrera. No se observaron diferencias claras por sexo.
Luceño-Moreno et al., 2016 ⁴	Policías locales de 24 municipios de Madrid; estudio transversal	Los agentes percibieron de forma desfavorable los riesgos psicosociales. Los puestos de menor rango presentaron menor control, menos recompensas y menor apoyo.
De la Fuente et al., 2013 ⁵	Policías españoles; estudio transversal sobre burnout	El burnout apareció como problema relevante, asociado a factores individuales y laborales.
Talavera-Velasco et al., 2018 ⁶	Policías españoles; validación del DECORE-21	El modelo de demandas, control, recompensas y apoyo resulta útil para valorar estrés ocupacional policial.
Luceño-Moreno et al., 2021 ⁷	Policías españoles; validación del modelo esfuerzo-recompensa	El desequilibrio entre esfuerzo y recompensa se confirmó como marco válido para estudiar estrés y salud psicológica en policías.
Ruiz-Ruano García et al., 2023 ⁸	Policías locales de Murcia; análisis de redes	La autonomía, la carga de trabajo, la ambigüedad de rol y el apoyo organizativo fueron nodos centrales del burnout.
Márquez et al., 2021 ⁹	Policía Nacional española; intervención basada en mindfulness	La intervención mejoró variables de bienestar y redujo estrés percibido, aunque en una muestra reducida.
Navarrete et al., 2022 ¹⁰	Policías españoles; estudio piloto no aleatorizado	El entrenamiento en mindfulness mejoró estrés, sueño, ansiedad, depresión y burnout.
Rubiol Vilalta et al., 2026 ¹¹	Mossos d'Esquadra; validación PSQ-Op y PSQ-Org	La distinción entre estrés operativo y organizativo resulta aplicable al contexto policial catalán.
Moreno et al., 2026 ¹²	Fuerzas policiales de Cataluña; estudio transversal	Los estresores organizativos y operativos predijeron síntomas clínicos; el afrontamiento evitativo fue un factor de riesgo.
Queirós et al.,	Policías portuguesas; estudio	Se observaron niveles elevados de estrés operativo y

2020 ¹³	transversal	organizativo, burnout y bajo afrontamiento resiliente.
Acquadro Maran et al., 2020 ¹⁴	Policías italianos; estrés traumático secundario	Las demandas laborales y los recursos disponibles influyeron en la aparición de estrés traumático secundario.
Galbraith et al., 2021 ¹⁵	Personal policial de contacto y despacho; estudio sobre estrés ocupacional	El estrés se relacionó con salud física y psicológica, especialmente en puestos de alta demanda comunicativa.
Ogińska-Bulik y Juczyński, 2021 ¹⁶	Policías expuestos a eventos traumáticos	La rumiación medió la relación entre burnout y síntomas de estrés postraumático.
Santa Maria et al., 2021 ¹⁷	Policía alemana; estudio sobre esfuerzo, recompensas y liderazgo	Las recompensas laborales y el liderazgo orientado a la salud se asociaron con menor burnout.
Hassmén y Burgess, 2024 ¹⁸	Policías australianos; turnos, sueño y burnout	El burnout y el estrés fueron frecuentes, aunque el turno nocturno por sí solo no explicó completamente los resultados.

Consecuencias psicológicas: burnout, ansiedad y malestar emocional

La consecuencia más estudiada del estrés laboral policial es el burnout. Este síndrome se manifiesta mediante agotamiento emocional, distancia psicológica respecto al trabajo, cinismo, pérdida de motivación y percepción de baja eficacia profesional. En policía local, el burnout no puede entenderse únicamente como cansancio individual, sino como resultado de una relación mantenida entre demandas elevadas y recursos insuficientes. El estudio de Ruiz-Ruano García et al. en policías locales de Murcia mostró que más de un tercio de la muestra presentaba puntuaciones preocupantes de burnout, y que factores como la autonomía, la carga de trabajo, la ambigüedad de rol y el apoyo organizativo ocupaban una posición central en la red de relaciones entre riesgos psicosociales y desgaste⁸.

Los datos españoles previos apuntan en la misma dirección. Luceño-Moreno et al. observaron que los policías locales madrileños percibían de manera desfavorable varios factores psicosociales, especialmente aquellos relacionados con el control sobre el trabajo, las recompensas y el apoyo⁴. Este resultado es importante porque desplaza la explicación del estrés desde una visión centrada en la personalidad del agente hacia una perspectiva organizacional. El problema no se limita a que el policía “tolere mal” la presión, sino que determinadas condiciones laborales favorecen una exposición continuada al desgaste.

La antigüedad también parece relevante. García Albuérne et al. identificaron diferencias en estrés percibido según los años de servicio, con mayor afectación en agentes con antigüedad intermedia³. Esta etapa puede coincidir con una acumulación de experiencias críticas, mayores responsabilidades familiares, cierta pérdida de expectativas iniciales y exposición repetida a conflictos ciudadanos. En cambio, los agentes con más años de servicio pueden haber desarrollado estrategias de adaptación o haber accedido a destinos menos exigentes, aunque esta hipótesis requiere más investigación.

En el ámbito español general, los trabajos de De la Fuente et al., Talavera-Velasco et al. y Luceño-Moreno et al. refuerzan la importancia de modelos psicosociales como demandas-control-apoyo y esfuerzo-recompensa⁵⁻⁷. Estos modelos permiten explicar por qué el estrés policial aumenta cuando el agente percibe que debe realizar un esfuerzo intenso, con bajo reconocimiento, escasa autonomía y poco apoyo. La evidencia reciente en Cataluña también confirma esta idea: Moreno et al. encontraron que los estresores organizativos y operativos se asociaban con síntomas clínicos, y que el afrontamiento evitativo incrementaba el riesgo de malestar psicológico¹².

Estrés traumático, rumiación y sintomatología postraumática

La policía local puede estar expuesta a accidentes de tráfico graves, violencia de género, suicidios, agresiones, muertes súbitas, menores en situación de riesgo o episodios de alta tensión comunitaria. Aunque la frecuencia de estas situaciones puede variar según el municipio, su impacto psicológico puede ser considerable. La literatura internacional muestra que la exposición a eventos traumáticos no siempre genera

trastorno de estrés postraumático, pero sí puede producir síntomas parciales, hipervigilancia, alteraciones del sueño, evitación, irritabilidad o rumiación persistente.

Ogińska-Bulik y Juczyński observaron que, en policías expuestos a eventos traumáticos, la rumiación actuaba como mecanismo mediador entre burnout y síntomas postraumáticos¹⁶. Este hallazgo resulta útil para la policía local porque muchos agentes continúan trabajando en el mismo entorno donde ocurrieron incidentes graves. La exposición no termina con la intervención, ya que pueden volver a encontrarse con víctimas, familiares, agresores o espacios asociados al suceso. En este sentido, el apoyo posterior a incidentes críticos y la supervisión psicológica temprana son elementos preventivos importantes.

Acquadro Maran et al. analizaron el estrés traumático secundario en policías italianos y destacaron que las demandas laborales y los recursos organizativos influyen en la aparición de este tipo de malestar¹⁴. Este resultado tiene implicaciones claras: no basta con formar al agente para “resistir” situaciones difíciles, sino que la organización debe facilitar recursos, descansos, apoyo de mandos, procedimientos claros y espacios de recuperación. Cuando la exposición a sufrimiento humano se combina con burocracia, presión jerárquica y falta de reconocimiento, aumenta el riesgo de cronificación del malestar.

Sueño, turnicidad, fatiga y salud física

La turnicidad, el trabajo nocturno y los horarios cambiantes son características frecuentes del trabajo policial. Sus consecuencias pueden incluir alteraciones del sueño, fatiga, dificultad para la conciliación, irritabilidad y menor recuperación psicofisiológica. Sin embargo, la evidencia reciente matiza que no siempre el turno por sí solo explica el burnout. Hassmén y Burgess encontraron niveles elevados de estrés y burnout en policías australianos, pero el turno nocturno no explicó de forma independiente todos los resultados, lo que sugiere que la carga de trabajo, el ambiente laboral y los recursos disponibles pueden ser tan importantes como el horario¹⁸.

En el caso de la policía local, los turnos tienen además una dimensión comunitaria. Las noches, fines de semana y festivos suelen concentrar intervenciones relacionadas con ocio nocturno, alcohol, conflictos vecinales, violencia interpersonal y accidentes. Por ello, la fatiga no solo deriva de dormir menos, sino también de trabajar en franjas con alta carga emocional y social. La acumulación de noches, la dificultad para descansar después de intervenciones tensas y la imprevisibilidad de los servicios pueden afectar al equilibrio familiar y a la salud.

El estrés laboral policial también puede tener consecuencias físicas. La revisión de Magnavita et al. vinculó el estrés laboral con factores de riesgo cardiovascular en policías². Aunque las asociaciones no siempre permiten establecer causalidad directa, la combinación de hiperactivación fisiológica, sueño insuficiente, sedentarismo en determinados puestos, alimentación irregular, presión asistencial y exposición a eventos críticos puede favorecer un perfil de riesgo. En cuerpos locales, estos factores pueden pasar desapercibidos porque la atención institucional suele centrarse más en la seguridad operativa que en la salud laboral a medio y largo plazo.

Consecuencias organizativas: satisfacción, apoyo, desempeño y relación con la ciudadanía

El estrés laboral no solo afecta al agente, sino también al funcionamiento del servicio. Cuando el desgaste se mantiene en el tiempo, puede disminuir la satisfacción laboral, aumentar el conflicto interpersonal, reducir la implicación, favorecer errores, incrementar la intención de abandono y deteriorar la calidad de la interacción con la ciudadanía. Este punto es especialmente relevante en policía local, donde la legitimidad del servicio depende en gran medida de la comunicación directa con vecinos, comerciantes, menores, familias y otros servicios municipales.

Santa Maria et al. mostraron que el esfuerzo elevado se asociaba con más burnout, mientras que las recompensas laborales y el liderazgo orientado a la salud se relacionaban con menor desgaste¹⁷. Este resultado refuerza la idea de que los mandos intermedios y superiores no solo organizan el servicio, sino que actúan como factores de riesgo o protección. Un liderazgo que distribuye cargas de forma justa reconoce el trabajo, ofrece apoyo tras incidentes complejos y comunica con claridad puede reducir el impacto del estrés.

Por el contrario, un liderazgo percibido como arbitrario, distante o centrado solo en el control puede agravar el malestar.

Los estudios de validación españoles también son relevantes para la gestión organizativa. El DECORE-21 y el cuestionario de desequilibrio esfuerzo-recompensa permiten identificar dimensiones modificables de la organización^{6,7}. En lugar de limitar la prevención a cursos generales sobre manejo del estrés, los ayuntamientos y jefaturas pueden utilizar estos instrumentos para detectar unidades, turnos o funciones con mayor riesgo. La medición periódica de riesgos psicosociales facilitaría intervenciones más ajustadas: reorganización de turnos, clarificación de funciones, mejora de canales de comunicación, refuerzo de plantillas, apoyo psicológico y formación específica para mandos.

Factores protectores e intervenciones

La evidencia indica que el afrontamiento individual es importante, pero insuficiente si no se acompaña de cambios organizativos. Moreno et al. señalaron que el afrontamiento evitativo se asociaba con peor salud mental en policías de Cataluña¹². Evitar hablar de lo ocurrido, negar el malestar, aislarse o recurrir a estrategias pasivas puede aliviar a corto plazo, pero incrementa el riesgo de cronificación. En cambio, el afrontamiento centrado en el problema, el apoyo social, la búsqueda de ayuda y la regulación emocional parecen más adaptativos.

Las intervenciones basadas en mindfulness han recibido atención en policías españoles. Márquez et al. observaron mejoras en variables de calidad de vida y reducción del estrés percibido tras una intervención en Policía Nacional⁹. Navarrete et al. también encontraron mejoras en estrés, ansiedad, depresión, sueño y burnout después de un programa de mindfulness en policías españoles¹⁰. Estos resultados son prometedores, aunque deben interpretarse con cautela por el tamaño reducido de las muestras y el diseño piloto. Su principal valor es mostrar que existen intervenciones factibles y aceptables para este colectivo, pero no sustituyen la obligación organizativa de reducir riesgos laborales.

En conjunto, los estudios revisados muestran que las consecuencias del estrés laboral en policías locales y otros cuerpos policiales son multidimensionales. El burnout, la ansiedad, el malestar depresivo, la sintomatología postraumática, la fatiga, los problemas de sueño y la menor satisfacción laboral no son fenómenos aislados. Forman parte de un mismo sistema de exposición a demandas elevadas, recursos insuficientes y cultura profesional que, en ocasiones, dificulta pedir ayuda.

Discusión

Los hallazgos de esta revisión narrativa permiten afirmar que el estrés laboral en la policía local debe abordarse como un problema de salud laboral y de calidad del servicio público. La evidencia española disponible, aunque limitada, coincide con la literatura internacional en tres aspectos principales. Primero, el estrés policial tiene consecuencias psicológicas relevantes, especialmente burnout, ansiedad, síntomas depresivos y malestar postraumático. Segundo, los factores organizativos tienen un peso decisivo. Tercero, las intervenciones más prometedoras combinan recursos individuales de afrontamiento con cambios en liderazgo, turnos, apoyo y reconocimiento.

La revisión sistemática de Alves et al. sobre factores de riesgo y protección asociados al burnout en policías refuerza esta interpretación, al destacar que el desgaste profesional depende de variables psicosociales modificables y no solo de características individuales¹⁹. Este punto es fundamental para evitar discursos culpabilizadores. Si el estrés se explica únicamente por falta de resiliencia, la solución se desplaza hacia el agente. En cambio, si se reconoce el papel de la organización, se abren medidas preventivas más eficaces: evaluación de riesgos psicosociales, rediseño de tareas, mejora del apoyo de mandos, reconocimiento profesional y protocolos tras eventos críticos.

Los resultados también coinciden con la revisión de Vadvilavičius et al., que encontró efectos favorables de las intervenciones basadas en mindfulness para reducir estrés en policías²⁰. Sin embargo, estas intervenciones deben interpretarse como una herramienta complementaria. El mindfulness, la formación en regulación emocional o los programas de afrontamiento pueden mejorar la capacidad del agente para manejar situaciones difíciles, pero no corrigen por sí solos la falta de personal, los turnos mal diseñados, la ambigüedad

de rol o el déficit de apoyo institucional. Por tanto, su aplicación debería integrarse en planes amplios de salud laboral.

La modificación de horarios y turnos también merece atención. Rohwer et al. observaron mejoras en conciliación y satisfacción laboral tras cambios en el sistema de turnos en policías²¹. Este hallazgo contrasta parcialmente con estudios como el de Hassmén y Burgess, donde el turno nocturno no explicó de forma aislada el burnout¹⁸. La lectura conjunta de ambos trabajos sugiere que no basta con clasificar un turno como diurno o nocturno, sino que deben analizarse la previsibilidad, la recuperación entre servicios, la carga real de trabajo, la posibilidad de conciliación y la percepción de justicia en la asignación de horarios.

Otro aspecto relevante es la exposición traumática. Garbarino et al. ya habían mostrado asociación entre estrés laboral y problemas de salud mental en unidades policiales especiales²³. Los estudios más recientes sobre rumiación y estrés postraumático apuntan a que la forma en que el agente procesa los incidentes críticos influye en su evolución psicológica^{16,22}. En policía local, donde la cercanía territorial puede hacer que el agente siga vinculado al lugar o a las personas implicadas en un suceso, conviene implantar protocolos de apoyo psicológico temprano, *debriefing* estructurado cuando proceda, supervisión por profesionales cualificados y vías confidenciales de atención.

La evidencia española actual presenta varias limitaciones. En primer lugar, hay pocos estudios centrados exclusivamente en policía local. Muchos trabajos incluyen Policía Nacional, cuerpos autonómicos o muestras policiales generales, por lo que la extrapolación al ámbito municipal debe hacerse con prudencia. En segundo lugar, predominan los diseños transversales, que permiten identificar asociaciones, pero no establecer causalidad. En tercer lugar, la heterogeneidad de instrumentos dificulta comparar prevalencias de estrés o burnout. En cuarto lugar, algunas muestras son pequeñas, masculinizadas o proceden de territorios concretos, lo que limita la generalización. Por último, faltan investigaciones longitudinales que analicen la evolución del estrés a lo largo de la carrera profesional y estudios de intervención aplicados específicamente a policías locales.

Pese a estas limitaciones, las implicaciones prácticas son claras. Los ayuntamientos y jefaturas de policía local deberían incorporar la evaluación de riesgos psicosociales como parte ordinaria de la prevención de riesgos laborales. Esta evaluación no debería limitarse a cumplir un trámite documental, sino traducirse en acciones concretas: revisión de cargas, clarificación de funciones, mejora de la comunicación interna, protocolos ante agresiones o eventos críticos, formación de mandos en liderazgo saludable, acceso confidencial a apoyo psicológico, planificación de turnos con criterios de recuperación y seguimiento específico de unidades de mayor exposición.

También conviene superar la cultura profesional que identifica fortaleza con silencio emocional. La policía necesita preparación técnica, autoridad y autocontrol, pero ello no implica negar el impacto psicológico del trabajo. Normalizar la atención a la salud mental, proteger la confidencialidad, evitar estigmas y formar a los mandos para detectar señales tempranas de desgaste puede reducir consecuencias graves. En policía local, además, el bienestar del agente repercute directamente en la calidad de la atención ciudadana. Un agente agotado, irritable o emocionalmente desconectado tiene más dificultades para mediar, escuchar, decidir con prudencia y mantener una relación legítima con la comunidad.

Conclusiones

El estrés laboral en la policía local tiene consecuencias psicológicas, físicas y organizativas relevantes. La evidencia revisada muestra asociación con burnout, ansiedad, síntomas depresivos, estrés postraumático, fatiga, problemas de sueño, peor satisfacción laboral y deterioro de la calidad de vida. Aunque existen pocos estudios centrados de forma exclusiva en policía local española, los trabajos disponibles en Madrid, Murcia y otros contextos policiales españoles coinciden con la literatura internacional en destacar el peso de los factores psicosociales y organizativos.

Los principales factores modificables son la carga de trabajo, la autonomía, la claridad de rol, el apoyo de mandos y compañeros, el reconocimiento, la organización de turnos y los recursos disponibles. Las intervenciones individuales, como mindfulness o entrenamiento en afrontamiento, pueden ser útiles, pero deben integrarse en políticas preventivas más amplias. La prevención eficaz del estrés policial exige una

respuesta institucional, no solo individual. Se necesitan más estudios longitudinales, investigaciones específicas en policía local y evaluaciones de programas preventivos aplicados al contexto municipal español.

Financiación

La autora no ha recibido financiación o ayuda económica para la realización del estudio.

Conflictos de intereses

No existen conflictos de intereses.

Referencias

1. Violanti JM, Charles LE, McCanlies E, Hartley TA, Baughman P, Andrew ME, et al. Police stressors and health: a state-of-the-art review. *Policing*. 2017;40(4):642-656. doi:10.1108/PIJPSM-06-2016-0097.
2. Magnavita N, Capitanelli I, Garbarino S, Pira E. Work-related stress as a cardiovascular risk factor in police officers: a systematic review of evidence. *Int Arch Occup Environ Health*. 2018;91(4):377-389. doi:10.1007/s00420-018-1290-y.
3. García Albuérne MY, Pérez Nieto MA, Albacete Carreño A. Diferencias en riesgos psicosociales y estrés laboral percibido en los cuerpos de policía local atendiendo al género y la antigüedad. *Apuntes de Psicología*. 2013;31(3):291-298.
4. Luceño-Moreno L, García-Albuérne Y, Talavera-Velasco B, Martín-García J. Stress in the Spanish police force depending on occupational rank, sex, age and work-shift. *Psicothema*. 2016;28(4):389-393. doi:10.7334/psicothema2015.310.
5. De la Fuente EI, Aguayo R, Vargas C, Cañadas GR. Prevalence and risk factors of burnout syndrome among Spanish police officers. *Psicothema*. 2013;25(4):488-493.
6. Talavera-Velasco B, Luceño-Moreno L, Martín-García J, Vázquez-Estévez D. DECORE-21: Assessment of occupational stress in police. Confirmatory factor analysis of the original model. *PLoS One*. 2018;13(10):e0205028. doi:10.1371/journal.pone.0205028.
7. Luceño-Moreno L, Talavera-Velasco B, Jaén-Díaz M, Martín-García J. Occupational stress in Spanish police officers: validating the Effort-Reward Imbalance Questionnaire. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(4):1393. doi:10.3390/ijerph18041393.
8. Ruiz-Ruano García AM, Blaya Sánchez MA, López Morales JL, Peinado Portero AI, Giner Alegría CA, López Puga J, et al. Psychosocial risk factors and burnout in police officers: a network analysis. *Anales de Psicología*. 2023;39(3):478-486.
9. Márquez MA, Galiana L, Oliver A, Sansó N. The impact of a mindfulness-based intervention on the quality of life of Spanish national police officers. *Health Soc Care Community*. 2021;29(5):1491-1501. doi:10.1111/hsc.13209.
10. Navarrete J, García-Salvador MÁ, Cebolla A, Baños R. Impact of mindfulness training on Spanish police officers' mental and emotional health: a non-randomized pilot study. *Mindfulness*. 2022;13(3):695-711. doi:10.1007/s12671-022-01827-5.
11. Rubiol Vilalta S, Moreno AF, Hill R, Oliveira-Silva P. Two faces of police stress: Spanish validation of operational and organizational PSQ scales. *Front Psychiatry*. 2026;17:1805061. doi:10.3389/fpsy.2026.1805061.
12. Moreno AF, Oliveira-Silva P, Hill R, Rubiol Vilalta S. Coping under pressure: police-specific stressors and mental health in Catalonia police forces. *Front Psychiatry*. 2026;17:1800257. doi:10.3389/fpsy.2026.1800257.
13. Queirós C, Passos F, Bártolo A, Faria S, Monteiro Fonseca S, Marques AJ, et al. Job stress, burnout and coping in police officers: relationships and psychometric properties of the Organizational Police Stress Questionnaire. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(18):6718. doi:10.3390/ijerph17186718.
14. Acquadro Maran D, Zito M, Colombo L. Secondary traumatic stress in Italian police officers: the role of job demands and job resources. *Front Psychol*. 2020;11:1435. doi:10.3389/fpsyg.2020.01435.
15. Galbraith N, Boyda D, McFeeters D, Galbraith V. Patterns of occupational stress in police contact and dispatch personnel: implications for physical and psychological health. *Int Arch Occup Environ Health*. 2021;94(2):231-241. doi:10.1007/s00420-020-01562-1.
16. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. Burnout and posttraumatic stress symptoms in police officers exposed to traumatic events: the mediating role of ruminations. *Int Arch Occup Environ Health*. 2021;94:1201-1209. doi:10.1007/s00420-021-01689-9.
17. Santa Maria A, Wolter C, Gusy B, Kleiber D, Renneberg B. Reducing work-related burnout among police officers: the impact of job rewards and health-oriented leadership. *Police J*. 2021;94(3). doi:10.1177/0032258X20946805.
18. Hassmén P, Burgess R. Does shift work affect burnout and sleep quality among Australian police officers? *J Police Crim Psychol*. 2024;39:653-659. doi:10.1007/s11896-024-09698-3.
19. Alves L, Abreo L, Petkari E, Pinto da Costa M. Psychosocial risk and protective factors associated with burnout in police officers: a systematic review. *J Affect Disord*. 2023;332:283-298. doi:10.1016/j.jad.2023.03.081.

20. Vadvilavičius T, Varnagirytė E, Jarašiūnaitė-Fedosejeva G, Gustainienė L. The effectiveness of mindfulness-based interventions for police officers' stress reduction: a systematic review. *J Police Crim Psychol.* 2023;38(1):223-239. doi:10.1007/s11896-022-09570-2.
21. Rohwer E, Velasco Garrido M, Herold R, Preisser AM, Terschüren C, Harth V, et al. Police officers' work-life balance, job satisfaction and quality of life: longitudinal effects after changing the shift schedule. *BMJ Open.* 2022;12(9):e063302. doi:10.1136/bmjopen-2022-063302.
22. Juczyński Z, Ogińska-Bulik N. Ruminations and occupational stress as predictors of post-traumatic stress disorder and burnout among police officers. *Int J Occup Saf Ergon.* 2022;28(2):743-750. doi:10.1080/10803548.2021.1907986.
23. Garbarino S, Cuomo G, Chiorri C, Magnavita N. Association of work-related stress with mental health problems in a special police force unit. *BMJ Open.* 2013;3(7):e002791. doi:10.1136/bmjopen-2013-002791.

Revisión

Artroplastia inversa de hombro en fracturas complejas de húmero proximal en pacientes mayores: revisión sistemática de resultados funcionales, dolor y complicaciones

Alberto Ruiz del Bosque^a

a Enfermería, Unidad de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital Universitario de la Princesa, Madrid, España

Recibido el 17 de febrero de 2026. Aceptado el 26 de febrero de 2026.

Disponible en Internet el 30 de abril de 2026.

Resumen

Introducción: las fracturas complejas de húmero proximal en pacientes mayores representan un reto terapéutico por la frecuente presencia de osteoporosis, conminución, desplazamiento y riesgo de fracaso de la osteosíntesis. En este contexto, la artroplastia inversa de hombro se ha consolidado como una alternativa quirúrgica relevante, especialmente en fracturas irreconstruibles o con mala expectativa funcional mediante otros tratamientos. **Objetivos:** analizar los resultados funcionales, el dolor, la movilidad, la consolidación de tuberosidades, las complicaciones y las reintervenciones asociadas a la artroplastia inversa de hombro en fracturas complejas de húmero proximal en pacientes mayores. **Métodos:** se realizó una búsqueda bibliográfica en PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science, Cochrane Library, Embase y Google Scholar, siguiendo la metodología PRISMA 2020. Se incluyeron estudios publicados entre 2014 y 2026, con pacientes mayores tratados mediante artroplastia inversa por fracturas agudas complejas de húmero proximal. **Resultados:** se seleccionaron 15 estudios primarios. La artroplastia inversa mostró resultados funcionales satisfactorios, reducción del dolor y mejor recuperación de la elevación activa, especialmente frente a hemiarthroplastia y osteosíntesis con placa bloqueada. Frente al tratamiento conservador, los beneficios fueron más variables y dependieron del tipo de fractura, la fragilidad y la demanda funcional del paciente. **Conclusiones:** la artroplastia inversa es una opción eficaz en pacientes mayores con fracturas complejas no reconstruibles, aunque su indicación debe individualizarse considerando beneficios funcionales, riesgos quirúrgicos y comorbilidad.

Palabras clave: artroplastia inversa de hombro; fractura proximal de húmero; pacientes mayores; resultados funcionales; complicaciones.

Abstract

Introduction: Complex proximal humerus fractures in elderly patients present a therapeutic challenge due to the frequent presence of osteoporosis, comminution, displacement, and risk of osteosynthesis failure. In this context, reverse shoulder arthroplasty has become established as a relevant surgical alternative, especially in fractures that are irreparable or have a poor functional prognosis with other treatments. **Objectives:** To analyze the functional outcomes, pain, mobility, tuberosity consolidation, complications, and reoperations associated with reverse shoulder arthroplasty in complex proximal humerus fractures in elderly patients. **Methods:** A literature search was conducted in PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science, Cochrane Library, Embase, and Google Scholar, following the PRISMA 2020 methodology. Studies published between 2014 and 2026, involving elderly patients treated with reverse arthroplasty for acute complex proximal humerus fractures, were included. **Results:** Fifteen primary studies were selected. Reverse arthroplasty showed satisfactory functional results, pain reduction, and improved recovery of active weight-bearing, especially compared to hemiarthroplasty and locking plate osteosynthesis. Compared to conservative treatment, the benefits were more variable and depended on the fracture type, fragility, and the patient's functional demands. **Conclusions:** Reverse arthroplasty is an effective option in older patients with complex, non-reconstructible fractures, although its use should be individualized considering functional benefits, surgical risks, and comorbidities.

Keywords: Reverse Shoulder Arthroplasty; Proximal Humerus Fracture; Elderly Patients; Functional Outcomes; Complications.

Las fracturas de húmero proximal constituyen una lesión frecuente en pacientes de edad avanzada y se relacionan, en gran parte de los casos, con traumatismos de baja energía, osteoporosis, fragilidad y caídas desde la propia altura. Aunque muchas fracturas pueden tratarse de forma conservadora, las fracturas complejas desplazadas, especialmente las de tres y cuatro fragmentos, fracturas-luxación, fracturas con afectación articular tipo head-split o patrones con mala calidad ósea, siguen planteando dificultades terapéuticas importantes. En estos pacientes, la osteosíntesis con placa bloqueada puede verse limitada por la conminución metafisaria, el riesgo de pérdida de reducción, la necrosis avascular, el colapso secundario y la penetración intraarticular de tornillos. Por su parte, la hemiarthroplastia, aunque fue durante años una opción habitual, depende en gran medida de la consolidación anatómica de las tuberosidades para obtener una función aceptable, especialmente en rotación externa y elevación activa^{1,2}.

En este contexto, la artroplastia inversa de hombro ha adquirido un papel creciente en el tratamiento de fracturas complejas de húmero proximal en pacientes mayores. Su fundamento biomecánico consiste en medializar y distalizar el centro de rotación, aumentando el brazo de palanca del deltoides y permitiendo la elevación activa incluso cuando el manguito rotador está deteriorado o las tuberosidades no consolidan de forma óptima. Por ello, se ha considerado una alternativa especialmente útil en pacientes ancianos con hueso osteoporótico, fracturas irreconstruibles o alto riesgo de fracaso con osteosíntesis³.

Los estudios comparativos han mostrado resultados favorables de la artroplastia inversa frente a la hemiarthroplastia en términos de función, dolor y menor tasa de revisión. Sebastiá-Forcada et al. publicaron un ensayo clínico aleatorizado en el que la artroplastia inversa obtuvo mejores resultados funcionales que la hemiarthroplastia en fracturas agudas de húmero proximal⁴. Posteriormente, el ensayo DelPhi comparó artroplastia inversa con osteosíntesis mediante placa bloqueada en pacientes de 65 a 85 años, observando mejores puntuaciones Constant-Murley a los dos años en el grupo tratado con artroplastia inversa⁵. Sin embargo, la comparación frente al tratamiento conservador continúa siendo más discutida. Lopiz et al. comunicaron mejores resultados funcionales con artroplastia inversa en pacientes ancianos con fracturas de tres y cuatro fragmentos⁶, mientras que otros estudios han señalado beneficios más modestos o clínicamente discutibles frente al tratamiento no quirúrgico^{7,8}.

Además, la literatura reciente ha desplazado parte del debate desde la indicación general de la artroplastia inversa hacia aspectos técnicos concretos: tipo de vástago, cementación, lateralización, inclinación humeral, fijación de tuberosidades, tiempo hasta la cirugía y selección del paciente. La consolidación de las

tuberosidades, aunque no resulta tan determinante como en la hemiartroplastia, parece asociarse con mejor rotación externa, mayor movilidad activa y mejores puntuaciones funcionales⁹⁻¹¹. Por ello, una revisión actual debe analizar no solo si la artroplastia inversa “funciona”, sino en qué pacientes, frente a qué alternativas, con qué resultados funcionales, qué efecto sobre el dolor y qué perfil de complicaciones.

El objetivo general de esta revisión sistemática fue analizar la evidencia disponible sobre la artroplastia inversa de hombro en fracturas complejas de húmero proximal en pacientes mayores. Los objetivos específicos fueron: comparar los resultados funcionales de la artroplastia inversa frente a hemiartroplastia, osteosíntesis y tratamiento conservador; describir su efecto sobre el dolor y el rango de movilidad; analizar la influencia de la consolidación de las tuberosidades; identificar las complicaciones y reintervenciones más frecuentes; y valorar la calidad y limitaciones de la evidencia disponible.

Métodos

Diseño

Se realizó una revisión sistemática siguiendo las recomendaciones generales de la declaración PRISMA 2020. La pregunta de investigación se formuló mediante el esquema PICO (Tabla 1). La población estuvo constituida por pacientes mayores, preferentemente de 60 o 65 años o más, con fracturas complejas de húmero proximal. La intervención fue la artroplastia inversa de hombro primaria o aguda. Los comparadores fueron hemiartroplastia, osteosíntesis con placa bloqueada, tratamiento conservador, artroplastia inversa diferida o series sin comparador directo. Los resultados analizados fueron función, dolor, movilidad, consolidación de tuberosidades, complicaciones y reintervenciones. La pregunta de investigación fue: en pacientes mayores con fracturas complejas de húmero proximal, ¿la artroplastia inversa de hombro obtiene mejores resultados funcionales, menor dolor y una tasa aceptable de complicaciones en comparación con la hemiartroplastia, la osteosíntesis con placa bloqueada o el tratamiento conservador?

Tabla 1. Esquema PICO

Elemento PICO	Descripción
Población (P)	Pacientes mayores, preferentemente ≥ 60 o ≥ 65 años, con fracturas complejas de húmero proximal: fracturas de tres o cuatro fragmentos, fractura-luxación, fracturas desplazadas o patrones irreconstruibles.
Intervención (I)	Artroplastia inversa de hombro primaria/aguda.
Comparación (C)	Hemiartroplastia, osteosíntesis con placa bloqueada o tratamiento conservador.
Resultados (O)	Resultados funcionales, dolor, rango de movilidad, consolidación de tuberosidades, complicaciones, reintervenciones y revisión protésica.

Estrategia de búsqueda

La búsqueda bibliográfica se realizó en PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science, Cochrane Library, Embase y Google Scholar como fuente complementaria. Se utilizaron términos en inglés y español, combinados mediante operadores booleanos: “reverse shoulder arthroplasty”, “reverse total shoulder arthroplasty”, “RSA”, “RTSA”, “proximal humerus fracture”, “proximal humeral fracture”, “three-part fracture”, “four-part fracture”, “head-split”, “elderly”, “older”, “geriatric”, “Constant score”, “ASES”, “DASH”, “pain”, “VAS”, “complications”, “revision”, “tuberosity healing”, “artroplastia inversa de hombro”, “fractura proximal de húmero”, “fractura compleja” y “pacientes mayores”. La ecuación principal fue: (“reverse shoulder arthroplasty” OR “reverse total shoulder arthroplasty” OR RSA OR RTSA) AND (“proximal humerus fracture” OR “proximal humeral fracture”) AND (elderly OR older OR geriatric) AND (Constant OR ASES OR DASH OR pain OR VAS OR complications OR revision OR tuberosity).

Criterios de elegibilidad

Se incluyeron estudios publicados entre enero de 2014 y junio de 2026, en inglés o español, con pacientes mayores tratados mediante artroplastia inversa por fractura aguda compleja de húmero proximal. Se aceptaron ensayos clínicos aleatorizados, estudios prospectivos, cohortes retrospectivas, estudios de registros y estudios comparativos o series clínicas con al menos 10 pacientes. Los estudios debían informar al menos un resultado funcional, dolor, rango de movilidad, complicaciones, revisión o consolidación tuberositaria.

Se excluyeron revisiones sistemáticas, metaanálisis y revisiones narrativas de la síntesis principal, aunque se utilizaron para contextualizar la discusión; estudios centrados en artroplastia inversa por artropatía del manguito, artrosis primaria o secuelas no traumáticas; fracturas no agudas salvo análisis comparativos entre artroplastia aguda y diferida; estudios con edad media inferior a 60 años; series con muestras muy pequeñas; trabajos sin resultados clínicos extraíbles; artículos duplicados; protocolos de ensayo sin resultados; y publicaciones sin acceso a resumen suficiente para comprobar población, intervención y desenlaces.

Proceso de selección de estudios y extracción de datos

El proceso de selección se llevó a cabo en cuatro fases. Primero, se identificaron los registros mediante búsqueda electrónica. Segundo, se eliminaron duplicados. Tercero, se revisaron títulos y resúmenes para descartar estudios no pertinentes. Cuarto, se evaluaron textos completos o resúmenes ampliados. Para esta síntesis se seleccionaron 15 estudios primarios, priorizando los de mayor nivel de evidencia y aquellos con información suficiente sobre función, dolor, movilidad, tuberosidades, complicaciones y reintervención. Las revisiones sistemáticas y metaanálisis recientes se reservaron para la discusión.

La extracción de datos incluyó autor, año, país, diseño, muestra, edad, sexo, tipo de fractura, intervención, comparador, seguimiento, escalas funcionales, dolor, movilidad, consolidación de tuberosidades, complicaciones, revisiones y conclusión principal.

Análisis del riesgo de sesgo

La valoración metodológica se planteó mediante RoB 2 para ensayos clínicos aleatorizados y ROBINS-I para estudios no aleatorizados.

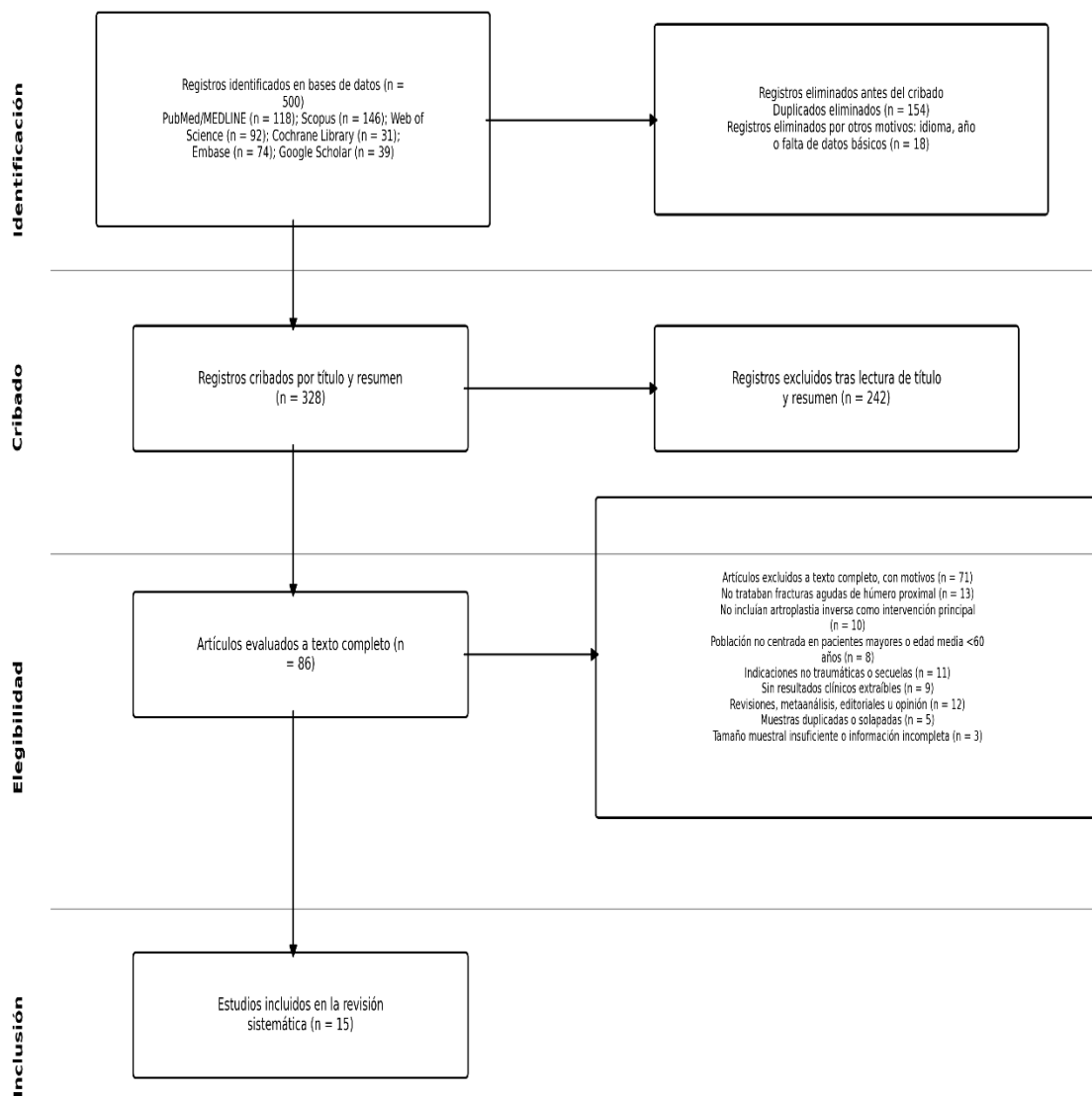
Resultados

Resultados de la búsqueda y estudios seleccionados

La búsqueda inicial permitió identificar 500 registros en las bases de datos consultadas. Tras eliminar 154 duplicados y 18 registros por motivos formales, se cribaron 328 referencias por título y resumen. En esta fase se excluyeron 242 estudios por no ajustarse a la pregunta de investigación. Posteriormente, se evaluaron 86 artículos a texto completo, de los cuales 71 fueron excluidos por no tratar fracturas agudas de húmero proximal, no incluir artroplastia inversa como intervención principal, presentar una población no centrada en pacientes mayores, analizar indicaciones no traumáticas, carecer de resultados clínicos extraíbles, corresponder a revisiones o presentar muestras duplicadas o insuficientes. Finalmente, se incluyeron 15 estudios en la síntesis cualitativa publicados entre 2014 y 2025 (Figura 1, Tabla 2).

Predominaron estudios en pacientes mayores de 65 o 70 años con fracturas complejas de tres o cuatro fragmentos, fracturas desplazadas, fractura-luxación o patrones articulares tipo head-split. Los comparadores más frecuentes fueron hemiartroplastia, osteosíntesis con placa bloqueada y tratamiento conservador. Las escalas más utilizadas fueron Constant-Murley, ASES, DASH, Oxford Shoulder Score, UCLA, Subjective Shoulder Value y escalas visuales analógicas de dolor. Los seguimientos oscilaron entre 12 meses y más de cinco años.

Figura 1. Diagrama de flujo modelos PRISMA 2020



Artroplastia inversa de hombro en fracturas complejas de húmero proximal en pacientes mayores: revisión sistemática de resultados funcionales, dolor y complicaciones

Tabla 2. Síntesis de los estudios incluidos

Autor/ año	País	Diseño	Muestra y edad	Fractura	Intervención comparador	Resultados funcionales y dolor	Movilidad/ tuberosidades	Complicaciones/ reintervención	Conclusión
Sebastiá- Forcada et al., 2014 ⁴	España	Ensayo clínico aleatorizado	Pacientes mayores con fractura aguda	Fracturas complejas de húmero proximal	Artroplastia inversa vs hemiartroplastia	Mejor Constant, UCLA, DASH y dolor con artroplastia inversa	Mejor elevación y abducción; menor dependencia de tuberosidades que la hemiartroplastia	Menor tasa de revisión en artroplastia inversa	La artroplastia inversa ofreció resultados funcionales más predecibles que la hemiartroplastia
Fraser et al., 2020 ⁵	Noruega	Ensayo multicéntrico aleatorizado	124 pacientes, 65-85 años	AO/OTA 11- B2 y 11-C2	Artroplastia inversa vs ORIF con placa	Constant 68,0 vs 54,6 a favor de artroplastia inversa	Mejor movilidad y fuerza, salvo rotación interna	Revisiones más relacionadas con fallo de osteosíntesis	La artroplastia inversa fue superior a la placa a los 2 años
Fraser et al., 2024 ¹²	Noruega	Seguimiento del ensayo DelPhi	Cohorte del ensayo original	Fracturas desplazadas B2/C2	Artroplastia inversa vs ORIF	Persistencia de mejores resultados funcionales con artroplastia inversa	Beneficio más claro en fracturas C2	Menor necesidad de cirugía secundaria que ORIF	El efecto favorable de la artroplastia inversa se mantuvo a medio plazo
Lopez et al., 2019 ⁶	España	Ensayo clínico aleatorizado	60 pacientes ≥70 años	Neer 3-4 fragmentos	Artroplastia inversa vs tratamiento conservador	Mejor Constant y función con artroplastia inversa	Mejor elevación activa	Complicaciones quirúrgicas presentes, pero funcionalidad superior	La artroplastia inversa mostró ventaja funcional frente al tratamiento no quirúrgico
Haws et al., 2023 ¹³	EE.UU.	Cohorte retrospectiva emparejada	71 pacientes con fractura proximal de húmero	Fractura proximal de húmero tratada quirúrgica o conservador amente	Artroplastia inversa vs tratamiento conservador	Mejores resultados funcionales con artroplastia inversa	Deterioro funcional progresivo en grupo conservador	Debe valorarse el riesgo quirúrgico frente al beneficio funcional	La artroplastia inversa puede ofrecer mejores resultados que el tratamiento conservador en pacientes seleccionados
Miquel et al., 2024 ⁷	España	Ensayo aleatorizado multicéntrico	81 pacientes ≥70 años	Fracturas complejas 3- 4 fragmentos no severamente desplazadas	Artroplastia inversa vs no quirúrgico	Constant superior en artroplastia inversa, pero diferencia moderada	Mejoría funcional limitada clínicamente	Más complicaciones en grupo quirúrgico	El beneficio existió, pero fue pequeño y debe ponderarse con el riesgo quirúrgico
Roberson et al., 2017 ⁸	EE. UU.	Cohorte retrospectiva	Pacientes mayores con fracturas desplazadas	Neer 3-4 fragmentos	Artroplastia inversa vs tratamiento conservador	Beneficios mínimos de artroplastia inversa sobre conservador	Diferencias funcionales limitadas	Riesgo quirúrgico no despreciable	El tratamiento conservador puede ser razonable en pacientes seleccionados
Chivot et al., 2019 ¹⁴	Francia	Comparativo	≥70 años	Fracturas desplazadas 3-4 fragmentos	Artroplastia inversa vs no quirúrgico	Mejor función en grupo quirúrgico	Mejor elevación activa	Complicaciones propias de la cirugía	La artroplastia inversa puede aportar ventaja funcional en fracturas desplazadas
Gallinet et al., 2019 ¹⁵	Francia	Cohorte multicéntrica	422 casos	Fracturas recientes complejas	Artroplastia inversa	Resultados satisfactorios y reproducibles	La reparación tuberositaria se relacionó con	Supervivencia protésica elevada	La artroplastia inversa mostró resultados mantenidos en una gran

Lehtimäki et al., 2020 ¹⁶	Países nórdicos	Registro multicéntrico	Registro NARA	Fracturas agudas	Artroplastia inversa	Bajo riesgo de revisión	mejor rotación No centrado en movilidad fina	Revisión infrecuente; riesgo mayor en algunos subgrupos	cohorte La artroplastia inversa por fractura aguda tuvo baja tasa de revisión
Fitschen-Oestern et al., 2020 ¹⁷	Alemania	Cohorte retrospectiva	Pacientes ancianos	Fracturas proximales complejas	Artroplastia inversa	Mejoría funcional aceptable	Movilidad útil para actividades básicas	Complicaciones presentes, pero manejables	La técnica fue eficaz en ancianos con fracturas complejas
Schmalzl et al., 2020 ⁹	Alemania	Multicéntrico retrospectivo	64 pacientes, media 76 años	Fracturas agudas	Artroplastia inversa 135°	Mejor Constant cuando consolidó la tuberosidad	Consolidación GT 77%; mejor flexión y rotación externa	Notching evaluado	La consolidación tuberositaria mejoró función y movilidad
Holschen et al., 2022 ¹⁸	Alemania	Retrospectivo comparativo	58 pacientes	Fracturas proximales	Artroplastia inversa 135°/155° y offset 0/4 mm	Resultados clínicos similares entre diseños	Menor notching con menor inclinación; diferencias en tuberosidades	Notching escapular relevante	La inclinación y lateralización influyeron más en radiología que en función
Imiolczyk et al., 2022 ¹⁹	Alemania/Suiza	Cohorte retrospectiva	26 pacientes	Head-split	Artroplastia inversa primaria	Constant 73,7; SSV 82%	Consolidación GT 61%; sin aflojamiento	Notching en 2 casos; complicaciones 8%	La artroplastia inversa fue adecuada en fracturas head-split en mayores
Claro et al., 2023 ¹¹	Portugal	Prospectivo comparativo	112 pacientes ≥70 años, media 78,6	Neer 3-4 fragmentos	Vástago específico vs convencional	Mejor Constant con fijación sólida y consolidación anatómica	Consolidación anatómica asociada a vástago específico y técnica de fijación	3 revisiones por infección/luxación; supervivencia 88,2% a 2 años	El vástago específico y la fijación robusta mejoraron resultados clínico-radiológicos

AIH: artroplastia inversa de hombro; ORIF: reducción abierta y fijación interna; AO/OTA: clasificación de fracturas de la *Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen/Orthopaedic Trauma Association*; Neer: clasificación de fracturas de húmero proximal; Constant: escala Constant-Murley; ASES: *American Shoulder and Elbow Surgeons Score*; DASH: *Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand*; UCLA: *University of California Los Angeles Shoulder Score*; SSV: *Subjective Shoulder Value*; EVA/VAS: escala visual analógica del dolor; ROM: rango de movilidad; GT: tuberosidad mayor; *head-split*: fractura con división cefálica articular.

Resultados funcionales

La mayoría de los estudios mostró que la artroplastia inversa proporciona resultados funcionales aceptables o buenos en pacientes mayores con fracturas complejas. El Constant-Murley fue la escala más utilizada, lo que facilita cierta comparación entre estudios. Frente a hemiarthroplastia, la evidencia favoreció de forma relativamente consistente a la artroplastia inversa. Sebastián-Forcada et al. observaron mejores resultados funcionales, menor dolor y menor tasa de revisión en el grupo de artroplastia inversa⁴. Esta diferencia es clínicamente razonable, ya que la hemiarthroplastia depende de la correcta consolidación de las tuberosidades y de la función del manguito rotador, dos condiciones frecuentemente comprometidas en pacientes ancianos con fracturas complejas.

Frente a la osteosíntesis con placa bloqueada, la evidencia también tiende a favorecer a la artroplastia inversa en fracturas seleccionadas. El ensayo DelPhi mostró una diferencia significativa en Constant-Murley a los dos años, con mejores resultados en el grupo de artroplastia inversa⁵. La ventaja fue especialmente relevante en fracturas más complejas tipo C2, donde la reconstrucción anatómica estable mediante placa es más difícil. El seguimiento a cinco años reforzó la idea de que la artroplastia inversa puede ofrecer resultados más duraderos en determinados patrones de fractura¹². Sin embargo, esta superioridad no debe interpretarse de forma universal, porque la placa puede seguir siendo útil en pacientes más jóvenes, con buen hueso, fracturas reconstruibles y mayor demanda rotacional.

La comparación con tratamiento conservador fue más heterogénea. Lopiz et al. comunicaron mejores resultados funcionales con artroplastia inversa frente a tratamiento no quirúrgico en pacientes de edad avanzada con fracturas desplazadas de tres y cuatro fragmentos⁶. Además, el seguimiento a largo plazo sugirió que la diferencia podía aumentar con el tiempo, en parte por deterioro funcional del grupo conservador¹³. Sin embargo, Miquel et al. observaron que la artroplastia inversa ofrecía una ventaja funcional moderada, posiblemente inferior al umbral de relevancia clínica en algunos pacientes, y con mayor riesgo de complicaciones quirúrgicas⁷. Roberson et al. también señalaron beneficios mínimos frente al tratamiento conservador en determinadas cohortes⁸. Por tanto, la indicación debe individualizarse según desplazamiento, contacto cabeza-diáfisis, edad biológica, autonomía previa, comorbilidad, demanda funcional y preferencias del paciente.

Dolor

El dolor mejoró de forma generalizada tras la artroplastia inversa en los estudios incluidos. Los trabajos comparativos frente a hemiarthroplastia mostraron una reducción relevante del dolor posoperatorio y mejores resultados clínicos globales en el grupo tratado con artroplastia inversa, lo que refuerza su utilidad en fracturas agudas complejas de húmero proximal en pacientes mayores⁴. En la comparación con el tratamiento conservador, algunos estudios también observaron mejores resultados clínicos y menor dolor con artroplastia inversa, aunque las diferencias no fueron siempre amplias ni homogéneas entre investigaciones^{6,7,13,14}. Esta variabilidad puede explicarse porque muchas fracturas tratadas de forma no quirúrgica evolucionan hacia una disminución progresiva del dolor, aunque persistan limitaciones funcionales, deformidad residual o pérdida de movilidad activa^{7,8}. En este sentido, la artroplastia inversa parece ofrecer una analgesia más predecible cuando existe fractura irreconstruible, incongruencia articular, desplazamiento importante, colapso cefálico o baja expectativa de consolidación funcional con tratamiento conservador^{5,6,14}.

No obstante, el dolor no puede valorarse de forma aislada. En pacientes ancianos de baja demanda, una reducción del dolor con función moderada puede considerarse un resultado aceptable, especialmente si el riesgo quirúrgico es elevado^{7,8}. En cambio, en pacientes autónomos, activos o con necesidad de utilizar el brazo para actividades básicas de la vida diaria, la movilidad y la capacidad funcional adquieren mayor peso clínico. La evidencia revisada sugiere que la artroplastia inversa aporta mayor valor cuando el objetivo terapéutico no es solo controlar el dolor, sino recuperar elevación activa, mejorar la función global del hombro y facilitar actividades como la higiene, la alimentación, el vestido y las tareas domésticas^{4-6,13,14}.

Movilidad y consolidación de tuberosidades

La elevación anterior y la abducción fueron los movimientos que más claramente mejoraron con la artroplastia inversa, especialmente frente a hemiartroplastia y placa en fracturas complejas. La rotación externa, en cambio, mostró resultados más variables. Esta variabilidad se relaciona con la consolidación de la tuberosidad mayor, la reparación del manguito rotador, el diseño del implante, la lateralización y la rehabilitación.

Los estudios centrados en tuberosidades muestran que, aunque la artroplastia inversa permite cierta función incluso sin consolidación anatómica, la curación de la tuberosidad mayor mejora la movilidad, en particular la rotación externa. Schmalzl et al. observaron una tasa de consolidación de la tuberosidad mayor del 77% con prótesis de 135°, y los pacientes con consolidación lograron mejor flexión anterior y rotación externa⁹. Claro et al. señalaron que la consolidación anatómica se asoció a mejores puntuaciones Constant y que los vástagos específicos de fractura, junto con una fijación robusta, favorecieron mejores resultados clínico-radiológicos¹¹. Imiolczyk et al., en fracturas *head-split*, obtuvieron buenos resultados funcionales, con consolidación de la tuberosidad mayor en el 61% y baja tasa de complicaciones¹⁹.

Estos hallazgos tienen implicación quirúrgica directa. La artroplastia inversa no debe entenderse como una técnica que permite ignorar las tuberosidades. Por el contrario, su reparación anatómica debe intentarse siempre que sea posible, especialmente en pacientes con expectativa funcional razonable. La consolidación mejora rotación, fuerza y función subjetiva, aunque el resultado global dependa también del deltoides, de la estabilidad protésica, del posicionamiento del implante y de la rehabilitación.

Complicaciones y reintervenciones

El estudio de registros de Lehtimäki et al. mostró bajo riesgo de revisión tras artroplastia inversa por fractura aguda, lo que apoya su seguridad en práctica clínica real¹⁶. Claro et al. comunicaron pocas revisiones, fundamentalmente por infección y luxación, aunque la supervivencia disminuyó con el tiempo¹¹. En el ensayo de Miquel et al., la artroplastia inversa se asoció a más complicaciones que el tratamiento conservador, dato relevante cuando el beneficio funcional es pequeño⁷. Por tanto, la decisión no debe basarse solo en la posibilidad de obtener una mejor puntuación funcional, sino en el balance entre ganancia esperada, fragilidad, riesgo anestésico, complicaciones y expectativas del paciente.

Riesgo de sesgo

En la Tabla 3 se presenta los resultados de la evaluación del riesgo de sesgo. Los ensayos clínicos incluidos presentaban, en general, un riesgo de sesgo bajo o con algunas preocupaciones, especialmente por las dificultades inherentes al cegamiento en intervenciones quirúrgicas y por las pérdidas de seguimiento en algunos estudios. No obstante, estos trabajos aportaron la evidencia más sólida para comparar la artroplastia inversa con hemiartroplastia, osteosíntesis con placa bloqueada o tratamiento conservador. En cambio, los estudios observacionales presentaron un riesgo de sesgo moderado, principalmente por su diseño retrospectivo, la ausencia de asignación aleatoria, el posible sesgo de selección, la heterogeneidad de los criterios quirúrgicos y las diferencias basales entre pacientes tratados con artroplastia inversa y aquellos manejados de forma conservadora o mediante otras técnicas.

También se identificó variabilidad en los instrumentos utilizados para medir los resultados funcionales, el dolor, la movilidad y las complicaciones, lo que dificultó la comparación directa entre estudios. Algunos trabajos aportaron información detallada sobre la consolidación de tuberosidades, complicaciones y revisiones, mientras que otros comunicaron estos desenlaces de forma parcial. Por este motivo, los resultados se interpretaron de manera cualitativa y no se realizó metaanálisis. En conjunto, la calidad metodológica fue mayor en los ensayos clínicos aleatorizados y en los estudios prospectivos, mientras que las cohortes retrospectivas y los registros aportaron información útil sobre práctica clínica real, aunque con mayor riesgo de confusión y menor control de variables.

Tabla 3. Evaluación del riesgo de sesgo

Autor/año	Diseño	Herramienta aplicada	Valoración global
Sebastiá-Forcada et al., 2014	Ensayo clínico aleatorizado	RoB 2	Algunas preocupaciones
Fraser et al., 2020	Ensayo multicéntrico aleatorizado	RoB 2	Bajo / algunas preocupaciones
Fraser et al., 2024	Seguimiento a 5 años del ensayo DelPhi	RoB 2	Algunas preocupaciones
Lopiz et al., 2019	Ensayo clínico aleatorizado	RoB 2	Algunas preocupaciones
Miquel et al., 2024	Ensayo aleatorizado multicéntrico	RoB 2	Algunas preocupaciones
Roberson et al., 2017	Cohorte retrospectiva comparativa	ROBINS-I	Moderado
Chivot et al., 2019	Estudio comparativo	ROBINS-I	Moderado
Gallinet et al., 2019	Cohorte multicéntrica	ROBINS-I	Moderado
Lehtimäki et al., 2020	Estudio de registro	ROBINS-I	Moderado
Fitschen-Oestern et al., 2020	Cohorte retrospectiva	ROBINS-I	Moderado
Schmalzl et al., 2020	Estudio retrospectivo multicéntrico	ROBINS-I	Moderado
Holschen et al., 2022	Retrospectivo comparativo	ROBINS-I	Moderado
Imiolczyk et al., 2022	Cohorte retrospectiva	ROBINS-I	Moderado
Claro et al., 2023	Prospectivo comparativo	ROBINS-I	Moderado
Haws et al., 2023	Cohorte emparejada	ROBINS-I	Moderado

Discusión

Los resultados de esta revisión sistemática indican que la artroplastia inversa de hombro es una opción eficaz para fracturas complejas de húmero proximal en pacientes mayores, especialmente cuando la fractura es irreconstruible, existe mala calidad ósea o se prevé alto riesgo de fracaso con placa o hemiartroplastia. La evidencia más sólida procede de ensayos frente a hemiartroplastia y placa bloqueada, donde la artroplastia inversa tiende a mostrar mejores resultados funcionales y menor necesidad de revisión^{4,5}. Sin embargo, la comparación frente al tratamiento conservador es menos concluyente y depende mucho del patrón de fractura y de la selección del paciente⁶⁻⁸.

Estos hallazgos coinciden parcialmente con revisiones sistemáticas recientes. Bosch et al. señalaron que la artroplastia inversa puede mejorar la función y la movilidad frente al tratamiento no quirúrgico en fracturas complejas de pacientes mayores, aunque con evidencia heterogénea²⁰. Lai et al. observaron que las diferencias funcionales entre artroplastia y tratamiento conservador no siempre alcanzan significación clara, aunque la artroplastia puede reducir el dolor y la artroplastia inversa parece obtener mejores puntuaciones que la hemiartroplastia en análisis de sensibilidad²¹. Por su parte, Iking et al. revisaron la comparación entre artroplastia inversa y placa bloqueada y concluyeron que la superioridad funcional no puede afirmarse de manera absoluta, pese a que la artroplastia inversa obtuvo valores medios altos y algunos ensayos, como DelPhi, sí mostraron ventaja significativa²².

La principal aportación clínica de esta revisión es que la artroplastia inversa no debe indicarse de forma automática por edad avanzada, sino por combinación de edad, fragilidad, patrón de fractura, calidad ósea y objetivo funcional. En un paciente mayor, autónomo, con fractura de cuatro fragmentos, conminución, afectación articular o baja probabilidad de reducción estable, la artroplastia inversa puede ofrecer una función más predecible. En cambio, en pacientes muy frágiles, con baja demanda, fracturas complejas pero parcialmente impactadas, contacto cabeza-diáfisis conservado o riesgo quirúrgico elevado, el tratamiento no quirúrgico puede ser razonable.

Otro punto relevante es el papel de las tuberosidades. La artroplastia inversa fue inicialmente valorada porque dependía menos de la consolidación tuberositaria que la hemiartroplastia. Sin embargo, la evidencia reciente matiza esta idea: la consolidación anatómica de la tuberosidad mayor mejora la rotación externa, la elevación, la fuerza y algunas puntuaciones funcionales⁹⁻¹¹. Esto explica el interés creciente por vástagos específicos de fractura, ventanas metafisarias para injerto, técnicas de sutura robusta y diseños que favorezcan la posición anatómica de las tuberosidades. En consecuencia, el cirujano debe intentar reparar las tuberosidades siempre que sea técnicamente posible.

Las complicaciones deben interpretarse desde una perspectiva comparativa. La placa bloqueada puede presentar complicaciones mecánicas importantes en hueso osteoporótico, mientras que la artroplastia inversa desplaza el riesgo hacia infección, luxación, notching, fractura periprotésica o complicaciones protésicas. Aunque los registros indican bajo riesgo de revisión¹⁶, los ensayos frente a tratamiento conservador recuerdan que cualquier cirugía añade riesgo. Por tanto, el beneficio funcional debe superar claramente el riesgo quirúrgico esperado.

Esta revisión presenta limitaciones. La heterogeneidad de estudios impidió realizar metaanálisis. Los trabajos incluyeron diferentes edades, clasificaciones de fractura, técnicas quirúrgicas, implantes, protocolos de rehabilitación y escalas funcionales. Algunos estudios fueron retrospectivos, con muestras pequeñas o riesgo de sesgo por selección. Además, varios trabajos agruparon fracturas de distinta complejidad, dificultando saber qué patrones se benefician más de la artroplastia inversa. También faltan estudios con seguimiento superior a cinco o diez años, especialmente importantes en pacientes mayores pero activos.

A pesar de estas limitaciones, los resultados permiten proponer una conclusión práctica: la artroplastia inversa es una alternativa sólida para pacientes mayores con fracturas complejas no reconstruibles, pero no sustituye a la valoración individual. Su indicación es más fuerte frente a hemiarthroplastia y osteosíntesis en fracturas irreconstruibles; es más discutible frente al tratamiento conservador cuando la fractura mantiene cierto contacto, el paciente tiene baja demanda o el riesgo quirúrgico es alto.

Conclusiones

La artroplastia inversa de hombro ofrece resultados funcionales satisfactorios, alivio del dolor y movilidad útil en pacientes mayores con fracturas complejas de húmero proximal. La evidencia es más favorable cuando se compara con hemiarthroplastia y osteosíntesis con placa en fracturas desplazadas o irreconstruibles. Frente al tratamiento conservador, el beneficio existe en algunos estudios, pero es más variable y debe ponderarse con el riesgo quirúrgico.

La consolidación anatómica de las tuberosidades mejora la función, sobre todo la rotación externa, por lo que su reparación debe intentarse siempre que sea posible. Las complicaciones más relevantes son infección, luxación, notching, aflojamiento, lesión neurológica, fractura periprotésica y revisión, aunque los registros muestran tasas de revisión relativamente bajas. Se necesitan más ensayos multicéntricos, seguimientos prolongados y estudios que estratifiquen por patrón de fractura, fragilidad, comorbilidad y demanda función.

Financiación

El autor no ha recibido financiación o ayuda económica para la realización del estudio.

Conflictos de intereses

No existen conflictos de intereses.

Referencias

1. Court-Brown CM, Caesar B. Epidemiology of adult fractures: A review. *Injury*. 2006 Aug;37(8):691-7. doi: 10.1016/j.injury.2006.04.130
2. Handoll HH, Elliott J, Thillemann TM, Aluko P, Brorson S. Interventions for treating proximal humeral fractures in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2022 Jun 21;6(6):CD000434. doi: 10.1002/14651858.CD000434.pub5
3. Kelly BJ, Myeroff CM. Reverse Shoulder Arthroplasty for Proximal Humerus Fracture. *Curr Rev Musculoskelet Med*. 2020 Apr;13(2):186-199. doi: 10.1007/s12178-020-09597-0
4. Sebastiá-Forcada E, Cebrián-Gómez R, Lizaur-Utrilla A, Gil-Guillén V. Reverse shoulder arthroplasty versus hemiarthroplasty for acute proximal humeral fractures. A blinded, randomized, controlled, prospective study. *J Shoulder Elbow Surg*. 2014 Oct;23(10):1419-26. doi: 10.1016/j.jse.2014.06.035
5. Fraser AN, Bjørndal J, Wagle TM, Karlberg AC, Lien OA, Eilertsen L, et al. Reverse Shoulder Arthroplasty Is Superior to Plate Fixation at 2 Years for Displaced Proximal Humeral Fractures in the Elderly: A Multicenter Randomized Controlled

- Trial. *J Bone Joint Surg Am.* 2020 Mar 18;102(6):477-485. doi: 10.2106/JBJS.19.01071. Erratum in: *J Bone Joint Surg Am.* 2020 Jun 17;102(12):e63. doi: 10.2106/JBJS.ER.19.01071
6. Lopiz Y, Alcobía-Díaz B, Galán-Olleros M, García-Fernández C, Picado AL, Marco F. Reverse shoulder arthroplasty versus nonoperative treatment for 3- or 4-part proximal humeral fractures in elderly patients: a prospective randomized controlled trial. *J Shoulder Elbow Surg.* 2019 Dec;28(12):2259-2271. doi: 10.1016/j.jse.2019.06.024
7. Miquel J, Cassart E, Santana F, Martínez R, Valls L, Salomó-Domènech M, et al. Reverse shoulder arthroplasty or nothing for patients with displaced proximal humeral fractures: a randomized controlled trial. *J Shoulder Elbow Surg.* 2024 Oct;33(10):2187-2195. doi: 10.1016/j.jse.2024.02.023
8. Roberson TA, Granade CM, Hunt Q, Griscom JT, Adams KJ, Momaya AM, et al. Nonoperative management versus reverse shoulder arthroplasty for treatment of 3- and 4-part proximal humeral fractures in older adults. *J Shoulder Elbow Surg.* 2017 Jun;26(6):1017-1022. doi: 10.1016/j.jse.2016.10.013
9. Schmalzl J, Jessen M, Holschen M, Cohen BC, Steinbeck J, Lehmann LJ, et al. Tuberosity healing improves functional outcome following primary reverse shoulder arthroplasty for proximal humeral fractures with a 135° prosthesis. *Eur J Orthop Surg Traumatol.* 2020 Jul;30(5):909-916. doi: 10.1007/s00590-020-02649-8
10. Chandra Mohapatra N, Sahoo US, Sahoo MM. Effect of tuberosity repair on functional outcome of reverse shoulder arthroplasty in proximal humerus fractures. *Chin J Traumatol.* 2023 Mar;26(2):94-100. doi: 10.1016/j.cjtee.2022.12.001
11. Claro R, Ribau A, Fonte H, Amorim-Barbosa T, Barros LH, Sevivas N. Improved outcomes of older patients with acute and displaced proximal humerus fractures treated with window bone ingrowth fracture-specific stem reverse shoulder arthroplasty. *BMC Geriatr.* 2023 Sep 12;23(1):553. doi: 10.1186/s12877-023-04210-8
12. Fraser AN, Wagle TM, Karlberg AC, Madsen JE, Mellberg M, Lian T, et al. Reverse Shoulder Arthroplasty Is Superior to Plate Fixation for Displaced Proximal Humeral Fractures in the Elderly: Five-Year Follow-up of the DelPhi Randomized Controlled Trial. *J Bone Joint Surg Am.* 2024 Nov 6;106(21):1945-1956. doi: 10.2106/JBJS.23.01431
13. Haws BE, Samborski SA, Karnyski S, Soles G, Gorczyca JT, Nicandri GT, et al. Superior Outcomes With Reverse Shoulder Arthroplasty versus Nonoperative Management for Proximal Humerus Fractures: A Matched Cohort Analysis. *J Orthop Trauma.* 2023 Jun 1;37(6):e247-e252. doi: 10.1097/BOT.0000000000002559
14. Chivot M, Lami D, Bizzozero P, Galland A, Argenson JN. Three- and four-part displaced proximal humeral fractures in patients older than 70 years: reverse shoulder arthroplasty or nonsurgical treatment? *J Shoulder Elbow Surg.* 2019 Feb;28(2):252-259. doi: 10.1016/j.jse.2018.07.019
15. Gallinet D, Cazeneuve JF, Boyer E, Menu G, Obert L, Ohl X, et al. Reverse shoulder arthroplasty for recent proximal humerus fractures: Outcomes in 422 cases. *Orthop Traumatol Surg Res.* 2019 Sep;105(5):805-811. doi: 10.1016/j.otsr.2019.03.019
16. Lehtimäki K, Rasmussen JV, Kukkonen J, Salomonsson B, Arverud ED, Hole R, et al. Low risk of revision after reverse shoulder arthroplasty for acute proximal humeral fractures. *JSES Int.* 2020 Jan 2;4(1):151-155. doi: 10.1016/j.jses.2019.10.114
17. Fitschen-Oestern S, Behrendt P, Martens E, Finn J, Schiegnitz J, Borzikowsky C, et al. Reversed shoulder arthroplasty for the treatment of proximal humerus fracture in the elderly. *J Orthop.* 2019 Aug 14;17:180-186. doi: 10.1016/j.jor.2019.08.029
18. Holschen M, Körting M, Khouddaji P, Bockmann B, Schulte TL, Witt KA, et al. Treatment of proximal humerus fractures using reverse shoulder arthroplasty: do the inclination of the humeral component and the lateral offset of the glenosphere influence the clinical outcome and tuberosity healing? *Arch Orthop Trauma Surg.* 2022 Dec;142(12):3817-3826. doi: 10.1007/s00402-021-04281-5
19. Imiolczyk JP, Brunner U, Imiolczyk T, Freisleder F, Endell D, Scheibel M. Reverse Shoulder Arthroplasty for Proximal Humerus Head-Split Fractures-A Retrospective Cohort Study. *J Clin Med.* 2022 May 17;11(10):2835. doi: 10.3390/jcm11102835
20. Bosch TP, Beeres FJP, Ferree S, Schipper IB, Camenzind RS, Hoepelman RJ, et al. Reverse Shoulder Arthroplasty versus Non-Operative Treatment of Three-Part and Four-Part Proximal Humerus Fractures in the Elderly Patient: A Pooled Analysis and Systematic Review. *J Clin Med.* 2024 Jun 6;13(11):3344. doi: 10.3390/jcm13113344
21. Lai B, Zhang S, Pan J, Li A, Guo D, Peng Z, et al. Comparison between arthroplasty and non-operative treatment for proximal humeral fractures: a systematic review and meta-analysis. *Front Med (Lausanne).* 2024 Sep 6;11:1436000. doi: 10.3389/fmed.2024.1436000
22. Iking J, Fischhuber K, Katthagen JC, Oenning S, Raschke MJ, Stolberg-Stolberg J, et al. Reverse total shoulder arthroplasty versus locked plate fixation for proximal humeral fractures in the elderly: a systematic review. *PLoS One.* 2025 Feb 27;20(2):e0317005. doi: 10.1371/journal.pone.0317005. Erratum in: *PLoS One.* 2025 Apr 4;20(4):e0322033. doi: 10.1371/journal.pone.0322033

Revisión

Bienestar comunitario como eje en el cuidado de adultos mayores con demencia

Ángel Perea Díaz ^a

^a Trabajador Social, Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, Málaga, España. Presidente de la Asociación Recreativa y Cultural Prost!

Recibido el 12 de abril de 2026. Aceptado el 19 de abril de 2026.

Disponible en Internet el 30 de abril de 2026.

Resumen

Introducción: el deterioro cognitivo asociado a la vejez percibido o clínicamente medido se ha convertido en un asunto de salud pública de primer orden; por lo que cabe destacar que las cifras hablan por sí solas. Tanto el deterioro cognitivo leve (DCL) como el deterioro subjetivo de la memoria aparecen con elevada frecuencia, ya sea a nivel comunitario o en centros residenciales. A menudo, estas condiciones anuncian un descenso palpable en la calidad de vida, una escalada de la dependencia y, con frecuencia, un desenlace más temprano. **Objetivo:** describir el papel de la enfermería ante el declive cognitivo en personas mayores, poniendo el foco en la detección precoz, el cuidado centrado en la persona y las intervenciones no farmacológicas basadas en la evidencia. **Método:** el presente artículo realiza una revisión narrativa de la literatura de los últimos cuatro años. **Resultados:** Chen et al. (2023), insiste en que las consecuencias de la demencia no son inevitables. Factores modificables, como la fragilidad o la depresión, la falta de actividad física o el insomnio, la soledad, el bajo nivel educativo o los estilos de vida perjudiciales, actúan silenciosamente en el proceso. En la discusión se confrontan estos hallazgos con la línea de trabajo "Bienestar comunitario como eje en el cuidado de adultos mayores con demencia", analizando sinergias y tensiones entre un modelo predominantemente clínico-asistencial y un enfoque comunitario y salutogénico. **Conclusión:** la enfermería tiene un papel insustituible: detectar a tiempo, clasificar el riesgo, intervenir antes del deterioro irreversible. Su ámbito rebasa la mera atención clínica. Conjugando movimiento, estimulación mental, redes de apoyo y educación sanitaria, la práctica enfermera se convierte en un vector de bienestar comunitario.

Palabras clave: adultos mayores; deterioro cognitivo; demencia; calidad de vida; enfermería.

Abstract

Introduction: Cognitive decline associated with aging, whether perceived or clinically measured, has become a major public health issue; the figures speak for themselves. Both mild cognitive impairment (MCI) and subjective memory impairment are frequently observed, both in the community and in residential care facilities. These conditions often signal a noticeable decline in quality of life, increased dependency, and frequently, an earlier death. **Objective:** To describe the role of nursing in addressing cognitive decline in older adults, focusing on early detection, person-centered care, and evidence-based non-pharmacological interventions. **Method:** This article presents a narrative review of the literature from the last four years. **Results:** Chen et al. (2023) emphasize that the consequences of dementia are not inevitable. Modifiable factors, such as frailty or depression, lack of physical activity or insomnia, loneliness, low educational attainment, or unhealthy lifestyles, silently influence the process. The discussion compares these findings with the research line "Community Well-being as a Core Element in the Care of Older Adults with Dementia," analyzing synergies and tensions between a predominantly clinical-care model and a community-based, salutogenic approach. **Conclusion:** Nursing plays an irreplaceable role: early detection, risk assessment, and intervention before irreversible decline. Its scope extends beyond mere clinical care. By combining movement, mental stimulation, support networks, and health education, nursing practice becomes a driver of community well-being.

Keywords: older Adults; Cognitive Impairment; Dementia; Quality of Life; Nursing.

En los grupos de mayor edad y, de forma muy visible, en los entornos residenciales, el envejecimiento poblacional se traduce en una carga creciente de deterioro cognitivo y demencia. No se trata solo de un fenómeno cuantitativo; el deterioro cognitivo leve, situado entre el envejecimiento normal y la demencia, representa un estadio intermedio con un riesgo anual de progresión superior al de quienes no presentan alteración cognitiva. Y hay un punto previo, lo cual es muy importante para la prevención, el deterioro cognitivo subjetivo que puede preceder a las alteraciones objetivables en las pruebas se ha reconocido como fase preclínica relevante¹.

La prevalencia de deterioro cognitivo y de quejas subjetivas de memoria en mayores que viven en la comunidad y en residencias es alta. En algunos contextos, supera el 40%; además, se incrementa claramente con la edad, como en entornos latinoamericanos y europeos de habla hispana se han documentado asociaciones consistentes entre deterioro cognitivo, peor bienestar, aumento del riesgo de caídas, menor autonomía funcional y peor calidad de vida². Esta realidad convierte el declive cognitivo en un eje prioritario para la atención de enfermería tanto en atención primaria como en cuidados de larga duración y hospitales.

En los últimos años, sin embargo, ha emergido y se ha afianzado un cuerpo de evidencia que respalda la eficacia de diversas intervenciones no farmacológicas; entre ellas destacan el ejercicio físico, la estimulación cognitiva, la musicoterapia, la reminiscencia, las intervenciones multicomponente y los programas comunitarios de envejecimiento saludable orientadas a mantener o mejorar el rendimiento cognitivo y el bienestar psicosocial en personas mayores con y sin deterioro Cáceres et al.². Asimismo, el hecho de que muchas de estas estrategias estén lideradas o colideradas por personal de enfermería enfatiza la urgencia de replantear y ampliar su rol, otorgándole un lugar central en el diseño y la implementación de dichas intervenciones.

A partir de este escenario, el artículo se organiza en torno a tres ejes interrelacionados, que funcionan a la vez como objetivos. Primero, aspira a sintetizar la evidencia reciente sobre factores de riesgo y predictores de declive cognitivo que resultan especialmente pertinentes para la toma de decisiones en la práctica enfermera. Después, se detiene en la descripción de las intervenciones no farmacológicas basadas en la evidencia en las que la enfermería ocupa un lugar central, ya sea como motor del diseño, como agente ejecutor o como pieza clave en la evaluación de su impacto. Y, en un tercer movimiento, se abre una discusión sobre cómo el enfoque de "promoción del bienestar en la tercera edad a través de la educación y la comunidad" dialoga con la respuesta de enfermería frente al declive cognitivo: la complementa, amplificando

sus posibilidades de acción; pero también la tensiona, al obligar a repensar, de manera crítica, las fronteras entre cuidado clínico, educación para la salud y participación comunitaria.

Métodos

Diseño

La presente revisión se planteó como una revisión narrativa con orientación crítica, adecuada para integrar evidencia heterogénea acerca del declive cognitivo en la vejez y del papel de la enfermería en su abordaje clínico y comunitario. La finalidad consistió en reconstruir -con criterio analítico- un marco interpretativo capaz de responder a los objetivos del artículo; el cual está orientado en examinar los factores asociados al deterioro cognitivo en personas mayores, identificar intervenciones enfermeras sustentadas por la evidencia y valorar su proyección hacia la promoción del bienestar en el entorno comunitario.

La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo en bases de datos biomédicas y multidisciplinarias de amplia utilización en ciencias de la salud, junto con revistas especializadas en enfermería, gerontología y salud pública. Se priorizaron publicaciones en inglés -lengua mayoritaria del corpus analizado- y en español, empleado de forma complementaria para incorporar aportaciones relevantes en el ámbito hispanohablante.

En cuanto al marco temporal, se concedió preferencia a la literatura publicada desde 2022 a 2025, sin excluir referencias anteriores cuando su valor conceptual o metodológico resultaba necesario para sostener la argumentación. Asimismo, se conservaron algunas fuentes sin fecha explícita, siempre que su utilización quede relacionada con una función documental o contextual y no comprometiera la solidez de la exposición. Esta decisión -lejos de ser arbitraria- obedeció a un criterio de pertinencia científica como es que la fecha de publicación orienta la actualidad del conocimiento, pero no agota por sí sola su valor explicativo.

La estrategia de búsqueda se construyó mediante descriptores controlados y términos libres relacionados con el declive cognitivo, el deterioro cognitivo leve, la demencia, la fragilidad cognitiva, la enfermería, la persona mayor, las intervenciones no farmacológicas, la educación para la salud, la promoción del bienestar y la comunidad. La combinación de términos permitió recuperar estudios observacionales, revisiones sistemáticas, ensayos clínicos y propuestas de intervención con implicación directa para la práctica enfermera. Se evitó restringir la búsqueda a un único diseño, porque el objeto de estudio exige contemplar tanto la eficacia de intervenciones concretas como los marcos teóricos y asistenciales en los que dichas intervenciones se insertan.

Se incluyeron trabajos centrados en población de edad avanzada que aportaran resultados sobre dimensiones cognitivas, funcionales, emocionales, relacionales o de calidad de vida, siempre que su contenido permitiera extraer implicaciones para la práctica clínica, la atención primaria, los cuidados de larga duración o la intervención comunitaria. Se descartaron los estudios sin conexión clara con la enfermería o con la temática del declive cognitivo, así como aquellos cuya escasa precisión metodológica impedía una interpretación prudente de sus hallazgos.

La lectura crítica de los textos se realizó atendiendo a la coherencia interna de cada estudio, la correspondencia entre objetivos, diseño y resultados, la consistencia de los hallazgos y su posible transferibilidad al contexto asistencial. No se persiguió una síntesis cuantitativa, dado el carácter narrativo de la revisión y la heterogeneidad de los diseños incluidos. En su lugar, se optó por una síntesis temática organizada en tres núcleos: epidemiología y factores de riesgo, intervención enfermera ante el declive cognitivo y estrategias de promoción del bienestar en el ámbito comunitario.

Este procedimiento metodológico permitió articular una revisión rigurosa, coherente con los objetivos del artículo y con la naturaleza del problema estudiado. Al mismo tiempo, favoreció una lectura integradora de la evidencia, sin forzar una homogeneidad artificial entre estudios distintos, y reforzó la conexión entre la atención clínica y la dimensión comunitaria del cuidado enfermero en la tercera edad.

Resultados

Epidemiología y predictores de declive cognitivo en la vejez

- Prevalencia en residencias y comunidad

La prevalencia global de deterioro cognitivo leve en centros de larga estancia fue estimada como elevada por una revisión sistemática y un metaanálisis que integraron 53 estudios y más de 370 000 residentes. No se trató de una cifra uniforme: hubo variabilidad entre países, y la estimación se relacionó con variables como la edad, el sexo y el nivel de dependencia funcional. En población comunitaria asiática, además, los estudios recientes han mostrado prevalencias cercanas al 50% de deterioro cognitivo subjetivo en mayores de 60 años. Son más altas en mujeres, y también en los grupos de edad más avanzada³.

En los entornos hispanohablantes, las investigaciones transversales sobre deterioro cognitivo han puesto de manifiesto tanto prevalencias relevantes como su estrecha vinculación con caídas, desempeño de la función física, bienestar y factores de riesgo cardiovasculares. Cuando este conocimiento se traslada a la práctica de la atención primaria urbana, los resultados son especialmente llamativos: en un estudio de cribado poblacional con 161 personas mayores de 65 años sin diagnóstico previo, una evaluación interdisciplinar identificó deterioro cognitivo leve o demencia en el 10% de los participantes, lo que subraya hasta qué punto el problema permanece infradiagnosticado en las consultas habituales⁴.

- Factores de riesgo y fragilidad cognitiva

La fragilidad cognitiva, en términos estrictos, alude a la coexistencia de fragilidad física y deterioro cognitivo sin demencia. Se ha propuesto, por ello, como un constructo clínico útil para detectar a mayores con un riesgo alto de dependencia y de eventos adversos. Y no es un matiz menor: una revisión sistemática y metaanálisis situó la depresión y los problemas de sueño entre los factores modificables asociados, con una asociación que indica un incremento cercano a tres veces en la probabilidad del evento respecto de los mayores sin esas condiciones.

En población mayor, la fragilidad física no aparece aislada ya suele estar asociada con peor desempeño lingüístico y con menor capacidad para las actividades instrumentales de la vida diaria, lo que refuerza la interdependencia entre función física, lenguaje y cognición⁵. Asimismo, Moreno-Noguez et al.⁶ han mostrado que el tabaquismo crónico y la enfermedad vascular se relacionan con mayor probabilidad de deterioro cognitivo grave en personas mayores; lo que refuerza la necesidad de un control sostenido de los factores de riesgo cardiovascular a lo largo del curso vital.

En personas de 65 años o más, un estudio transversal puso de manifiesto que diversos factores demográficos y clínicos se asocian al deterioro cognitivo, confirmando el impacto de la edad avanzada, el bajo nivel educativo, la presencia de comorbilidades y ciertos estilos de vida sobre el rendimiento cognitivo. A ello se suman revisiones sobre predictores de declive cognitivo en recursos de larga duración, que destacan el papel de comorbilidades, polifarmacia, depresión y baja participación en actividades significativas como componentes clave en la evolución cognitiva de los residentes⁶.

- Apoyo social, bienestar y relaciones intergeneracionales

Pensar la vejez únicamente desde el deterioro o la enfermedad deja fuera una parte esencial del cuadro; como la red de apoyos y los vínculos entre generaciones. Es en ese tejido quién acompaña, cómo se habla, qué tipo de soporte circula en la familia donde el apoyo social y las relaciones intergeneracionales se vuelven determinantes de la salud cognitiva y del bienestar percibido. Una revisión sistemática desarrollada en países del este asiático según Sharifi et al.⁷, mostró que las relaciones de apoyo emocional entre padres e hijos adultos, junto a una comunicación bidireccional viva, se asociaban con mejor rendimiento cognitivo en las personas mayores, lo que sugiere un posible efecto protector del soporte familiar frente al declive.

En otro escenario sociocultural, la investigación con población mayor ha ido dibujando un mapa en el que bienestar, estrategias de afrontamiento, nivel de actividad física y deterioro cognitivo leve aparecen estrechamente relacionados⁸. Estos estudios indican que la combinación de menor actividad física y determinadas formas de afrontamiento desadaptativas se vincula a un peor bienestar en mayores con deterioro; paralelamente, describen patrones diferenciales de regulación emocional en personas mayores con

y sin deterioro cognitivo, abriendo explícitamente la posibilidad de intervenciones personalizadas dirigidas a reforzar estrategias cognitivas y emocionales más adaptativas.

Desde esta perspectiva, el mensaje que se desprende para la práctica enfermera no resulta simplemente relevante, sino claramente exigente por lo que la valoración integral de la persona mayor con riesgo o presencia de declive cognitivo no puede limitarse, por tanto, a registrar variables clínicas o funcionales, ya que esa aproximación, aunque necesaria, resulta insuficiente para comprender su situación. Por el contrario, ha de integrar de forma deliberada y sistemática dimensiones biomédicas, funcionales, emocionales y sociales, de modo que sea posible captar la complejidad real de su experiencia de salud y, en consecuencia, orientar intervenciones que reconozcan el importante papel del apoyo social, el bienestar subjetivo y las relaciones intergeneracionales.

Rol de la enfermería en la detección y el abordaje clínico del declive cognitivo

- Cribado precoz y estratificación del riesgo en atención primaria

La puerta de entrada es clara: la atención primaria constituye el punto privilegiado para captar de forma temprana el deterioro cognitivo. Esto resulta especialmente cierto en aquellas personas que, sin verbalizar quejas ni mostrar síntomas evidentes, acuden a consulta por motivos aparentemente ajenos a la esfera cognitiva, y es precisamente ahí donde experiencias recientes de cribado poblacional, articuladas mediante la colaboración entre enfermería de atención primaria y unidades hospitalarias de trastornos cognitivos, han demostrado que la aplicación sistemática de instrumentos breves como el MoCA o el test del dibujo del reloj, junto con escalas de riesgo vascular, permite identificar una proporción significativa de casos que hasta entonces permanecían sin diagnóstico formal⁹.

Para la enfermería, el cribado no se agota en el momento en que se administra un test cognitivo sino que más bien, se integra en una evaluación amplia que considera de forma simultánea las comorbilidades presentes, la medicación con potencial iatrogénico, el estado de ánimo, la calidad del sueño, la actividad física, el soporte social disponible y el grado de capacidad funcional, de modo que esta lectura conjunta del cuadro clínico facilita la estratificación del riesgo y abre la posibilidad de planificar, en concertación con medicina de familia y trabajo social, intervenciones adaptadas al contexto concreto de cada persona y a las exigencias de su entorno cuidador¹⁰.

En aquellos contextos donde el riesgo es elevado, el escenario cambia de escala y la práctica enfermera se sitúa en un entorno tecnológicamente más denso. Se están ensayando modelos que combinan tecnologías portátiles, biomarcadores y técnicas de imagen para alcanzar un diagnóstico precoz de fibrilación auricular, ictus silente y deterioro cognitivo en población de alto riesgo atendida en primaria, y esta integración de recursos, lejos de ser un añadido accesorio, pone en evidencia la transformación del rol de enfermería hacia una función crecientemente compleja en términos tecnológicos dentro de la atención primaria¹¹.

- Enfermería y cuidados de larga duración

Para Reyes et al.¹², en residencias y centros de larga estancia, las enfermeras asumen una función nuclear ya que detectan y siguen los cambios cognitivos, conductuales y funcionales; previenen, además, complicaciones tan frecuentes como las caídas, el delirio, la malnutrición o el síndrome de inmovilidad. Cuando el deterioro cognitivo aumenta, también lo hace el riesgo de caídas en adultos mayores institucionalizados. Por eso resulta imprescindible diseñar planes de cuidados que, sin fragmentar la intervención, integren la valoración del equilibrio, la marcha y el entorno físico con estrategias educativas para residentes y cuidadores.

Las revisiones sobre resultados hospitalarios en personas mayores con deterioro cognitivo dibujan un patrón muy consistente: estancias más largas, mayor incidencia de delirium, peor recuperación funcional y más institucionalización tras el alta. A partir de ahí, la implicación clínica es clara; por lo que se necesitan cuidados de enfermería específicos durante la hospitalización, con prevención del delirio, orientación espaciotemporal, movilización precoz y participación del cuidador principal¹³.

- Ampliación de roles y cuidados centrados en la persona con deterioro cognitivo

La tendencia internacional es clara ya que se orienta hacia una ampliación de los roles de enfermería con la finalidad de proporcionar cuidados centrados en la persona a individuos con deterioro cognitivo, sobre todo en entornos de alta complejidad, como los hospitales de agudos. Y no se trata solo de una declaración general sino de un protocolo reciente describe una intervención compleja, liderada por personal de enfermería de práctica avanzada en unidades de hospitalización médica, diseñada para promover la atención centrada en la persona, reforzar la comunicación con pacientes con deterioro cognitivo y con sus familiares, y disminuir los eventos adversos asociados a la hospitalización.

La base de estas intervenciones está en competencias avanzadas de valoración geriátrica integral, gestión de casos, liderazgo clínico y trabajo interdisciplinar¹³. Y, por eso mismo, también consolidan el papel de la enfermería como agente de cambio organizativo en la mejora de la atención a personas con deterioro cognitivo. Pero no basta con ampliar funciones; por lo que es necesario formar a las enfermeras en geriatría, demencias, comunicación y ética del cuidado, y asegurar además el soporte institucional que permita la sostenibilidad de estos modelos.

Intervenciones no farmacológicas lideradas o colideradas por enfermería

- Ejercicio físico, marcha y programas multicomponente

La evidencia de los últimos años es clara ya que el ejercicio físico contribuye a mejorar la función cognitiva y, además, a ralentizar el declive en las personas mayores. En una revisión sistemática y metaanálisis de intervenciones de marcha en mayores de 55 años mostró que los programas de caminata estructurada tienen efectos positivos sobre múltiples dominios cognitivos como la cognición global, la atención, la velocidad de procesamiento y las funciones ejecutivas, con tamaños de efecto pequeños a moderados¹⁴.

En mayores con DCL, un metaanálisis en red comparó diferentes modalidades de ejercicio aeróbico, mente-cuerpo y multicomponente y mostró que los programas de ejercicio mente-cuerpo, como el tai chi o el yoga, se asocian a una notable reducción de síntomas depresivos, seguidos por el ejercicio aeróbico y el multicomponente, lo que subraya la necesidad de integrar dimensiones físicas y psicoemocionales en las intervenciones. Sobre esta base, nueva evidencia refuerza el papel central de las prácticas mente-cuerpo. Una red de metaanálisis según Li et al.¹⁵, que incluyó 128 ensayos en mayores con deterioro cognitivo halló que el ejercicio mente-cuerpo y las intervenciones multicomponentes se sitúan entre las modalidades con mejor equilibrio entre mejora de la cognición global y adherencia, superando a algunos programas exclusivamente aeróbicos o de resistencia cuando se consideran conjuntamente eficacia y sostenibilidad a medio plazo.

En el ámbito de la fragilidad cognitiva, la evidencia sintetizada mediante revisión y metaanálisis señala que las intervenciones combinadas como entrenamiento físico, estimulación cognitiva y soporte psicosocial permiten mejorar simultáneamente el rendimiento cognitivo y la función física en personas mayores con esta condición, aunque el impacto sobre la fragilidad física aislada resulta más limitado¹⁶. Estos programas, por lo general, se desarrollan en el marco de equipos multidisciplinares; en ellos, enfermería asume un papel activo que abarca la captación, la valoración, la educación, la monitorización y el ajuste de los planes de ejercicio según el riesgo individual.

De manera complementaria, un ensayo aleatorizado reciente se centró en un programa comunitario multidominio de diez meses de duración destinado a personas mayores con declive cognitivo leve a moderado. El programa combinaba ejercicio en doble tarea con actividades sociales, articulando un dispositivo que no solo promovía la actividad física, sino que también generaba espacios de interacción¹⁶. Los resultados fueron claros: se observaron mejoras modestas pero significativas en la memoria lógica, en la capacidad de marcha de seis minutos y en los niveles de actividad física habitual, junto con una elevada adhesión a las sesiones semanales. En este entramado, la estructura grupal, la calidad de la interacción social y la supervisión profesional se configuraron como elementos clave del éxito, y en todos ellos la enfermería ocupa una posición central.

Cabe añadir también que un metaanálisis con análisis dosis-respuesta sobre ejercicios tradicionales chinos (TCEs) en personas con DCL mostró mejoras significativas y de gran magnitud en las puntuaciones de MoCA

y MMSE, especialmente con protocolos de 16 a 24 semanas de duración y una frecuencia de 3 a 5 sesiones semanales, lo que permite orientar decisiones sobre la “dosis” óptima de intervención. Estos hallazgos son coherentes con revisiones previas que situaban al ejercicio mente-cuerpo por delante del ejercicio aeróbico y de resistencia en varios dominios cognitivos en adultos mayores sanos, reforzando su inclusión prioritaria en las carteras de servicios lideradas por enfermería¹⁷. Desde esta perspectiva, la enfermería no solo facilita la derivación a programas de tai chi, yoga o Baduanjin, sino que también puede diseñar, adaptar y supervisar intervenciones de mente-cuerpo en entornos comunitarios, utilizando estrategias de educación para la salud y entrevista motivacional para favorecer la adherencia.

- Estimulación cognitiva, música y reminiscencia

Las intervenciones de estimulación cognitiva desde programas informatizados hasta talleres presenciales se han consolidado como herramientas útiles para mantener o mejorar determinados dominios cognitivos en mayores con deterioro leve o subjetivo. Un ensayo controlado aleatorizado en mayores con deterioro cognitivo leve en la comunidad mostró que un programa de entrenamiento cognitivo adaptativo, centrado en funciones ejecutivas mediante tareas multitarea, obtuvo mejoras significativas en ejecución frontal y en dominios no específicamente entrenados, sostenidas en el seguimiento a corto plazo, lo que refuerza la idea de diseñar intervenciones que activen simultáneamente varios procesos cognitivos relevantes¹⁸; por otra parte, los ensayos que combinan estimulación cognitiva con ejercicio físico estructurado apuntan a un beneficio adicional sobre la capacidad funcional y la cognición en general.

Las intervenciones basadas en la música han adquirido un protagonismo creciente como estrategias de estimulación cognitiva y emocional en mayores con DCL o demencia, tanto en contextos comunitarios como institucionales. Cabe resaltar que el metaanálisis muestra que tanto las intervenciones activas (canto, instrumentos, música con movimiento) como las receptivas (escucha musical) se asocian a mejoras pequeñas o moderadas en cribado cognitivo global, pruebas de memoria verbal y baterías frontales, con beneficios observables en participantes con DCL y con demencia. De forma relevante para la práctica clínica, estos efectos se han documentado en programas conducidos por musicoterapeutas acreditados y también en intervenciones musicalizadas implementadas por otros profesionales de la salud o del ámbito comunitario, lo que abre la puerta a modelos cooperativos donde la enfermería pueda co-diseñar y co-facilitar sesiones musicalmente estructuradas. Asimismo, se ha observado que las intervenciones musicales grupales pueden reducir síntomas depresivos y mejorar el bienestar subjetivo en mayores institucionalizados.

La terapia de reminiscencia, concebida como un proceso de evocación y reconstrucción significativa del pasado personal, ha mostrado beneficios consistentes sobre la calidad de vida, la sintomatología depresiva y la recuperación de recuerdos específicos positivos en personas mayores con envejecimiento normal, deterioro cognitivo leve y enfermedad de Alzheimer. Además, han proliferado formatos combinados como la reminiscencia con historias digitales, la reminiscencia entre pares de distintas generaciones o la reminiscencia asistida por música que, según estudios piloto y controlados¹⁹, se asocian con un descenso de la soledad emocional, un aumento del afecto positivo y una mayor participación social en mayores con compromiso cognitivo por lo que este conjunto de evidencias respalda el papel de la reminiscencia positiva como intervención complementaria, útil no solo en el declive cognitivo, sino también en la preservación del bienestar existencial.

Dentro de este marco de intervenciones psicosociales, el personal de enfermería suelen asumir un rol articulador; como encargarse del diseño de las sesiones, de la selección de materiales biográficos y culturales relevantes, de la conducción de los grupos y de la evaluación del impacto sobre el estado cognitivo y afectivo de los participantes, integrando en estas tareas tanto sus competencias clínicas como sus capacidades relacionales.

- Tecnologías asistivas y programas domiciliarios supervisados por enfermería

Las tecnologías de neuromodulación no invasiva y telemedicina empiezan a perfilarse como aliados clave para prevenir y tratar el deterioro cognitivo en personas mayores, si bien su uso rutinario en la enfermería comunitaria aún cojea por falta de protocolos estandarizados. Destaca aquí la estimulación transcraneal de corriente alterna (tACS), que altera selectivamente los ritmos cerebrales implicados en memoria operativa, atención sostenida y funciones ejecutivas; la base de datos se nutre de ensayos preliminares y pilotos que, pese a su modestia, insinúan beneficios tangibles. Una revisión sistemática dedicada a adultos sanos y con

fragilidad cognitiva confirma que la tACS genera variaciones en múltiples dominios cognitivos, pero tropieza con limitaciones recurrentes: grupos pequeños, esquemas de aplicación dispares desde frecuencias variables hasta posicionamientos electrodo-específicos y medidas de resultado inconmensurables que complican cualquier síntesis firme²⁰.

En el espectro del deterioro cognitivo leve y la demencia, los trabajos disponibles son predominantemente estudios piloto que combinan tACS con entrenamiento cognitivo digital o con ejercicios guiados, describiendo mejoras puntuales en memoria episódica, habilidades visuoespaciales o control inhibitorio, junto con una buena tolerabilidad y ausencia de eventos adversos graves. Especial interés para la enfermería comunitaria tienen los ensayos de tACS domiciliaria tele-supervisada en personas con enfermedad de Alzheimer o deterioro cognitivo leve, donde se han demostrado la factibilidad y seguridad de administrar sesiones repetidas en el hogar con apoyo de un cuidador y monitorización remota, así como mejoras preliminares en memoria y estado cognitivo global. Estos hallazgos refuerzan la idea de la tACS como tecnología asistiva potencialmente integrable en programas comunitarios, siempre que exista una supervisión clínica estructurada²⁰. Desde la perspectiva enfermera, estas intervenciones obligan a replantear los circuitos de selección de candidatos, la evaluación de riesgos (comorbilidad cardiovascular, fragilidad, presencia de delirium), la educación a pacientes y cuidadores y el seguimiento de adherencia y efectos secundarios, funciones que los propios protocolos de neuromodulación no invasiva reconocen como críticas para garantizar la seguridad.

Tomando con referencia a Lee²¹, se ha consolidado un cuerpo creciente de investigaciones sobre programas domiciliarios basados en tecnologías de la información y la comunicación exergames, telerehabilitación, plataformas de eSalud dirigidos a personas mayores con fragilidad incipiente o enfermedades crónicas, con el objetivo de preservar la función física y el bienestar psicosocial en el entorno comunitario. Un ensayo aleatorizado en mayores comunitarios de 75 años o más mostró que un programa de exergames en el domicilio, centrado en ejercicios de equilibrio y fuerza de extremidades inferiores durante ocho semanas, supervisado mediante videoconferencia y acompañado de educación online en salud musculoesquelética, produjo mejoras significativas en varias pruebas de función física (equilibrio estático y dinámico, movilidad, levantarse de la silla), en la autoeficacia frente a las caídas, en los síntomas depresivos y en determinados dominios de calidad de vida relacionados con el rol físico, la percepción de salud general y la energía.

Programas comunitarios que combinan educación sanitaria con seguimiento y orientación vía plataformas digitales sean apps web, paneles interactivos, wearables de telemonitorización o diarios de síntomas autodeclarados se erigen como opciones viables y con visos de éxito para alargar la autonomía, fortalecer lazos sociales y potenciar el autocuidado en ancianos polimedicados. Ensayos con herramientas de eSalud en pacientes con pluripatología han captado ganancias en bienestar emocional, sensación de respaldo relacional y puntuaciones depresivas, sobre todo en quienes acumulan más morbilidad y visitas frecuentes al médico de cabecera; estos perfiles de alto consumo sanitario parecen extraer mayor provecho de intervenciones virtuales calibradas a sus necesidades. Paralelamente, iniciativas de eHealth co-creadas con la comunidad elevan la comprensión sanitaria, la seguridad en el manejo de dolencias crónicas y la destreza para transitar el laberinto asistencial, blindando así contra ingresos hospitalarios prevenibles que tanto lastran la vejez²².

Promoción del bienestar en la tercera edad a través de la educación y la comunidad

- Educación para la salud y empoderamiento de las personas mayores

Más allá de la consulta clínica y del seguimiento farmacológico, los programas comunitarios de alfabetización en salud orientados a personas mayores han demostrado capacidad para modificar conductas clave desde la actividad física, la alimentación, la adherencia terapéutica hasta el uso pertinente de servicios sanitarios.

Así mismo, la implementación de intervenciones grupales de doce sesiones semanales, desarrolladas en centros de salud y recursos comunitarios, han logrado mejorar de forma significativa la autopercepción de salud mental, la autoeficacia para el autocuidado y la alfabetización en salud, al tiempo que incrementan la participación social y el sentimiento de seguridad y confianza en el vecindario; por lo que estos hallazgos refuerzan la pertinencia de modelos de atención que combinan contenidos educativos estructurados con dinámicas de apoyo mutuo y actividades fuera del entorno clínico, como visitas guiadas por el barrio o uso de

equipamientos comunitarios, no obstante es recomendable la aplicación de estrategias de educación para la salud que sitúen a las personas mayores como agentes activos y no como meros receptores de cuidados²³.

Por otro lado, la incorporación de contenidos relacionados con la llamada "literacia física" es decir, el conocimiento, la motivación y la confianza necesarios para ser físicamente activos se ha mostrado eficaz para incrementar la actividad física de las personas mayores e impactar en su condición funcional.

Ensayos clínicos que combinan ejercicio estructurado con componentes lúdicos e interactivos, como los exergames, han demostrado mejoras en la movilidad, la confianza para hacer ejercicio y el conocimiento sobre la actividad física frente a programas convencionales, lo que respalda la integración de la promoción de actividad física dentro de los programas de alfabetización en salud liderados por la enfermería; por lo que este énfasis en la conducta motora resulta especialmente relevante en el contexto del declive cognitivo²⁴, dado el papel protector que se ha atribuido al ejercicio regular sobre la reserva cognitiva y la progresión de los síndromes neurocognitivos. Resaltar que la idea de empoderamiento en la vejez trasciende, por definición, la simple acumulación de información por lo que saber no equivale, por sí solo, a poder decidir, actuar y sostener decisiones en contextos cotidianos complejos.

En las personas mayores, especialmente cuando conviven con fragilidad, enfermedad crónica o declive cognitivo, el empoderamiento solo adquiere sentido si fortalece la autonomía práctica, la capacidad de agencia y el sentimiento de pertenencia a una red comunitaria que respalda, acompaña y reconoce; por lo que, sin ese anclaje social, el conocimiento queda muchas veces en un plano abstracto, insuficiente para transformar conductas o para sostener cambios duraderos.

Esa perspectiva se entiende mejor en el marco de la digitalización sanitaria; por lo que el avance de la eSalud ha abierto oportunidades reales para el seguimiento clínico, la educación terapéutica y el apoyo continuado, pero también ha desplazado una parte de la responsabilidad hacia la capacidad de cada persona para moverse con soltura en entornos digitales. Ahí la alfabetización digital deja de ser un complemento técnico y pasa a constituir una condición de acceso²⁵. En otras palabras, -no basta- con disponer de dispositivos o plataformas; hace falta poder interpretarlas, confiar en ellas y utilizarlas con sentido para el autocuidado.

En esa línea, la alfabetización digital en salud se relaciona con estilos de vida más saludables y con mejor calidad de vida en las personas mayores que viven en la comunidad.

El mecanismo es comprensible; quien comprende mejor la información sanitaria, busca con mayor criterio, participa más en su proceso asistencial y tiende a adoptar conductas preventivas más consistentes. De este modo, los hábitos saludables funcionan, así, como un puente entre las competencias digitales y el bienestar percibido; no se trata únicamente de saber usar una aplicación, sino de convertir ese uso en decisiones concretas sobre alimentación, actividad física, adherencia terapéutica o seguimiento de recomendaciones preventivas.

Sin embargo, el desarrollo de estas competencias no es homogéneo ya que las encuestas disponibles muestran que solo una parte reducida de las personas mayores alcanza niveles altos de eHealth literacy, y la distribución de esas capacidades responde a desigualdades muy marcadas.

La edad avanzada, un nivel educativo más bajo, menores ingresos y una menor familiaridad previa con internet o con redes sociales se asocian con peores resultados; lo cual introduce una fractura clara: la digitalización, si no se acompaña de mediación humana y de diseño inclusivo, puede ampliar las distancias en lugar de reducirlas.

Por eso, en la vejez, empoderar no es digitalizar sin más sino ofrecer apoyos comprensibles, accesibles y relacionales; lo cual traduce la tecnología a términos útiles para la vida diaria; preservando la capacidad de decidir sin expulsar a nadie por razones de edad o competencia tecnológica.

- Intervenciones comunitarias para promover salud, funcionalidad y bienestar

Los programas comunitarios multicomponente; los cuales están concebidos para integrar de manera coordinada la actividad física, la educación sanitaria y el apoyo conductual, continúan mostrando beneficios consistentes en personas mayores con riesgo de fractura, fragilidad o enfermedades crónicas. La evidencia disponible hasta 2026 respalda que este tipo de intervenciones no se limita a mejorar parámetros funcionales, sino que también puede favorecer la calidad de vida relacionada con la salud, el conocimiento sobre la enfermedad y determinadas creencias vinculadas al autocuidado y a la prevención. En esta línea, los

programas comunitarios de ejercicio combinados con educación específica sobre osteoporosis han evidenciado mejoras en la calidad de vida y en el nivel de conocimiento sobre la enfermedad entre las personas adherentes²⁶, lo que sugiere que la articulación entre entrenamiento físico estructurado y contenido educativo dirigido incrementa la relevancia percibida y la eficacia global de la intervención.

La evidencia acumulada en los últimos años apunta a que el componente físico de estos programas no solo mejora parámetros funcionales, sino que también repercute de manera evidente en la calidad de vida en su conjunto.

En este contexto, la enfermería comunitaria se sitúa en una posición estratégica para liderar la identificación de mayores en riesgo (osteopenia, caídas previas, fragilidad incipiente), realizar el cribado funcional y cognitivo, adaptar los contenidos educativos al nivel de alfabetización en salud y coordinar con fisioterapia, medicina de familia y servicios municipales de deporte la implementación de programas multicomponente en centros de barrio o asociaciones locales. El seguimiento en enfermería permite, además, monitorizar la adherencia, detectar barreras (dolor, miedo a caerse, sobrecarga de cuidados) y ajustar de forma iterativa el plan de cuidados, integrando indicadores clínicos como caídas, dolor y funcionalidad con resultados percibidos por la persona mayor y su entorno²⁶.

Los programas comunitarios inspirados en el modelo salutogénico, orientados a potenciar recursos y activos de salud más que a centrarse en déficits, han mostrado ser viables y aceptables para promover la autoeficacia, los recursos de afrontamiento y el bienestar en mayores que viven solos o únicamente con su pareja.

Según Seah et al.²², el programa SHAPE (Salutogenic Healthy Ageing Programme Embrace); diseñado específicamente para personas mayores que residían solas o con su cónyuge, es un ejemplo de intervención upstream que combina sesiones grupales con llamadas de seguimiento telefónicas, información estructurada sobre recursos comunitarios y ejercicios para reforzar la convicción personal de poder afrontar los retos del envejecimiento. En su ensayo piloto aleatorizado se demostró la factibilidad del programa, y se observaron tendencias favorables en sentido de coherencia, autoeficacia de afrontamiento y utilización de recursos comunitarios, lo cual apoya la idea de que un enfoque basado en activos de salud puede fortalecer la capacidad de las personas mayores para mantenerse independientes.

El marco salutogénico ha sido retomado también desde la enfermería gerontológica como guía para reorganizar la atención residencial y comunitaria hacia la identificación y movilización de recursos generales y específicos de resistencia, así como para fortalecer el sentido de coherencia -destacando la comprensibilidad, la manejabilidad y la significatividad- en la vida cotidiana de las personas mayores²². Esta perspectiva invita a la enfermería comunitaria reoriente las intervenciones desde una lógica centrada en el riesgo hacia otra que combine prevención con promoción activa de salud, mediante la cartografía de activos comunitarios, la co-creación de programas con los propios mayores y la articulación de redes de apoyo formales e informales que amplíen el repertorio de recursos disponibles para afrontar pérdidas, enfermedades crónicas y declive funcional o cognitivo.

Intervenciones destinadas a fomentar el respeto y la inclusión social de las personas mayores Las intervenciones orientadas a promover el respeto y la inclusión social de las personas mayores, entre ellas los programas intergeneracionales, las actividades culturales y artísticas, la música, la danza, la mentoría y las iniciativas de voluntariado; se han relacionado de forma consistente con mejoras en el bienestar, la calidad de vida, la salud percibida y la reducción de síntomas depresivos en distintos contextos comunitarios. Seah et al.²² hacen referencia a que sigue apuntando en la misma dirección por lo que estas propuestas no solo favorecen la participación social, sino que también contribuyen a disminuir la soledad, reforzar el sentido de pertenencia y contrarrestar el edadismo cotidiano, especialmente cuando se diseñan desde enfoques participativos y con continuidad suficiente.

La enfermería comunitaria, en coordinación con servicios sociales, asociaciones vecinales y entidades culturales, puede desempeñar un papel decisivo como agente articulador de estas iniciativas, identificando necesidades, facilitando la captación de participantes, adaptando las actividades a las capacidades de cada persona y evaluando sus resultados con indicadores clínicos y psicosociales.

- Tecnología, soledad y bienestar

La soledad subjetiva y el aislamiento social se han consolidado como determinantes independientes de deterioro cognitivo, depresión y fragilidad funcional en la vejez, más allá de otros factores clásicos como la

edad, el nivel educativo o la comorbilidad; a todo esto hay que sumar que diversas revisiones señalan que tanto la soledad como el aislamiento se asocian con peor rendimiento en dominios como memoria episódica, atención o velocidad de procesamiento, y que la depresión y la falta de estimulación social actuarían como mediadores clave de este vínculo. Un ensayo controlado aleatorizado evaluó un programa de reducción de la soledad basado en tecnologías de la información y la comunicación que combinaba sesiones educativas, actividades grupales en línea y apoyo para el uso de dispositivos y observó reducciones significativas de la soledad y la depresión, así como mejoras en indicadores de bienestar como el índice de risa en mayores comunitarios²⁷.

Estas experiencias sugieren que la alfabetización digital y el acompañamiento en el uso de tecnologías pueden ser herramientas valiosas para reducir la brecha digital, favoreciendo la conexión social y creando nuevos espacios de participación para las personas mayores, siempre que se adapten a sus capacidades y preferencias. La enfermería comunitaria se encuentra en una posición idónea para liderar y apoyar estas iniciativas, actuando como mediadora entre los recursos tecnológicos, los servicios de salud y las redes comunitarias.

Junto a estos abordajes centrados en la interacción social mediante las TIC; también se están explorando intervenciones híbridas que combinan estimulación cognitiva, reminiscencia y participación social en entornos digitales. Así mismo, los ensayos y protocolos de terapia de reminiscencia apoyada en plataformas de narración digital, o de estimulación cognitiva grupal mediante tabletas, muestran que es posible la articulación de espacios en línea donde las personas mayores donde quedan incluidas aquellas con deterioro cognitivo leve o demencia compartan historias de vida, ejerciten funciones cognitivas y fortalezcan vínculos intergeneracionales, con efectos potencialmente positivos sobre el bienestar emocional y la calidad de vida²⁸. Aunque estos estudios todavía son preliminares, ilustran un cambio de enfoque: desde tecnologías pensadas solo para “monitorizar” o “supervisar” a tecnologías que habilitan agencia, identidad y participación de las personas mayores.

Finalmente, en líneas de investigación más recientes como los protocolos sobre sistemas conversacionales para cuidados sociales, intervenciones de realidad aumentada colaborativa o apuntan a un horizonte de programas de terapia cognitivo-conductual en línea adaptados a mayores en el que la enfermería comunitaria deberá implicarse también en la evaluación ética, la co-creación y la implementación de nuevas soluciones digitales²⁹. Por lo que la integración de estas tecnologías en estrategias comunitarias centradas en la persona exige sostener algunos principios; como la adaptación de los programas al perfil cognitivo y sensorial, el respeto a las preferencias y ritmos de las personas mayores, asegurar la accesibilidad económica y técnica, y considerar la reducción de la soledad no solo como un fin en sí mismo, sino como una vía para preservar la reserva cognitiva y la calidad de vida en la vejez. Haciendo una ampliación de esta perspectiva, la tecnología deja de ser un mero “canal” de atención para convertirse en un escenario relacional adicional, cuyo diseño, acompañamiento y evaluación constituyen un ámbito de competencia clave para la enfermería en la promoción del bienestar comunitario ante el declive cognitivo.

Discusión: articulación entre el abordaje enfermero del declive cognitivo y la promoción comunitaria del bienestar

La evidencia disponible confirma que el declive cognitivo en la vejez es un proceso heterogéneo, modulable y profundamente atravesado por determinantes biológicos, psicológicos, sociales y ambientales; lo cual obliga a superar miradas lineales centradas en la lesión cerebral o en la edad cronológica como únicos ejes explicativos. En este contexto, la enfermería ocupa una posición estratégica en la detección precoz, en la valoración geriátrica integral y la planificación de cuidados de las personas mayores, tanto en atención primaria como en el ámbito hospitalario y residencial.

Un estudio de cribado poblacional en una zona urbana española ilustra esta contribución. Un programa interdisciplinario liderado desde atención primaria permitió identificar deterioro cognitivo leve o demencia en aproximadamente un 10% de personas mayores inicialmente asintomáticas, apoyando la utilidad del cribado estructurado cuando se acompaña de circuitos claros de derivación y confirmación diagnóstica⁴.

Sin embargo, la extrapolación acrítica de estos hallazgos a un modelo de cribado universal y exclusivamente clínico resulta problemática, por lo que la proporción de falsos positivos, la carga de trabajo que genera sobre

recursos ya tensionados y el riesgo de etiquetar prematuramente a personas con variaciones cognitivas aún reversibles obligan a situar el cribado dentro de estrategias más amplias de atención primaria orientadas al riesgo y a la equidad, y no como una respuesta autosuficiente. La visión centrada en el déficit, dominante en muchos dispositivos asistenciales, tiende además a invisibilizar los recursos personales, familiares y comunitarios que modulan la trayectoria del declive cognitivo y condicionan la experiencia subjetiva del envejecimiento.

Los programas comunitarios de promoción del bienestar aportan un contrapeso necesario a esta mirada deficitista, al demostrar que intervenciones no farmacológicas, diseñadas desde la lógica de los activos de salud, pueden mejorar tanto resultados clínicos como psicosociales en personas mayores que viven en la comunidad. Por otro lado, ensayos controlados sobre programas domiciliarios de exergaming indican que la participación en intervenciones estructuradas de actividad física mediada por tecnologías lúdicas mejora la función física, la eficacia frente a las caídas, los síntomas depresivos y distintos dominios de calidad de vida en adultos mayores, incluso cuando el deterioro cognitivo no constituye el criterio principal de inclusión²¹.

De forma complementaria, Lee²¹ muestra que distintas modalidades de intervención musical se asocian con mejoras en la función cognitiva en general, la fluidez verbal y funciones ejecutivas en vida en las personas mayores; incluso cuando el deterioro cognitivo no constituye el criterio principal de inclusión. mayores con deterioro cognitivo leve; si bien la heterogeneidad de las intervenciones y el riesgo de sesgo obligan a interpretar los resultados con cautela.

A pesar de esta diversidad, pueden identificarse claros puntos de convergencia entre el abordaje clínico y las aproximaciones comunitarias ya que ámbitos coinciden en la necesidad de intervenciones multicomponente que integren dimensiones físicas, cognitivas, emocionales y sociales, alejándose de programas monofocales centrados, por ejemplo, únicamente en el entrenamiento cognitivo o en el ejercicio físico. Igualmente, comparten la relevancia del involucramiento activo de las personas mayores, ya sea a través de la toma de decisiones compartida en consulta o mediante metodologías participativas, educación entre iguales y co-diseño de actividades en el espacio comunitario³⁰. Esta participación no constituye un mero requisito ético o retórico, sino un mecanismo clave para adaptar las intervenciones a los significados que las personas atribuyen al envejecimiento, a la enfermedad y al cuidado.

La evidencia subraya también la centralidad del entorno en la configuración de riesgos y oportunidades para la salud cognitiva. Experiencias de programas domiciliarios de ejercicio supervisado a distancia, grupos de actividad física en centros comunitarios y propuestas culturales desarrolladas en residencias evidencian que hogar, barrio e instituciones pueden transformarse en escenarios promotores de salud cuando se articulan de manera coordinada recursos sanitarios, sociales y culturales³¹. En este sentido, la enfermería comunitaria, por su contacto continuado con los hogares y su conocimiento de los recursos de proximidad, se encuentra especialmente bien situada para actuar como bisagra entre los circuitos clínicos formales y los activos comunitarios informales.

No obstante, la integración entre ambos modelos no está exenta de tensiones. El paradigma clínico clásico, el cual está orientado a la identificación de patología y a la prevención de complicaciones, puede derivar en la patologización del envejecimiento y en la subordinación de la experiencia subjetiva a los marcadores biomédicos. Por el contrario, los enfoques comunitarios y salutogénicos enfatizan la capacidad de agencia, la resiliencia y el sentido de coherencia, corriendo el riesgo, si se aplican de forma acrítica, de minimizar situaciones de vulnerabilidad estructural o necesidades de atención especializada³². La construcción de marcos realmente integradores exige que la enfermería sea capaz de transitar entre ambos lenguajes, evitando tanto el reduccionismo biomédico como una exaltación ingenua de los activos comunitarios.

En términos metodológicos, la evidencia disponible presenta limitaciones que conviene reconocer para no sobredimensionar las conclusiones. Muchos ensayos y revisiones se basan en muestras reducidas, reclutadas en contextos urbanos y con personas relativamente motivadas y funcionalmente preservadas, lo que limita la generalización de los resultados a personas mayores con fragilidad avanzada, multimorbilidad o deterioro cognitivo moderado-grave³³. La ausencia de seguimientos prolongados dificulta además valorar la persistencia de los efectos sobre trayectorias de declive cognitivo y sobre resultados duros como institucionalización o mortalidad. Por otro lado, las desigualdades de género, nivel socioeconómico, nivel educativo o pertenencia a minorías culturales rara vez se abordan de manera explícita en los análisis, a pesar de su relevancia para la equidad en salud cognitiva.

Las dificultades prácticas asociadas a la implementación y sostenibilidad de programas comunitarios intensivos constituyen otro elemento de fricción. La puesta en marcha de intervenciones grupales o domiciliarias requiere tiempo profesional, espacios accesibles, equipamiento y financiación estable, recursos que en los sistemas públicos suelen ser limitados y sujetos a proyectos de corta duración. La literatura sobre factibilidad señala problemas de reclutamiento, abandono temprano y baja adherencia, especialmente entre personas con movilidad reducida, polifarmacia o carga de cuidados²¹. A ello se suman barreras específicas para el uso de tecnologías digitales, como la brecha de acceso, la baja alfabetización digital o la desconfianza en herramientas tecnológicas, factores que deben ser considerados cuando se promueven intervenciones basadas en *exergames* u otras plataformas digitales.

A partir de este análisis, se perfila una agenda integradora para la enfermería en, al menos, cuatro líneas de acción complementarias. En primer lugar, consolidar el cribado y la valoración integral del riesgo de declive cognitivo en atención primaria, incorporando de forma rutinaria dimensiones de fragilidad física, estado de ánimo, calidad del sueño, apoyo social y estilo de vida, y articulando esta información con rutas claras de derivación a recursos clínicos especializados o comunitarios según el perfil de riesgo. La experiencia del cribado poblacional en consultas de atención primaria sugiere que los instrumentos breves, combinados de forma adecuada, pueden identificar subgrupos de mayor riesgo, siempre que estén acompañados de seguimiento longitudinal y de estrategias para evitar el sobrediagnóstico⁶.

En segundo lugar, resulta de especial relevancia el fortalecimiento de las competencias de las enfermeras en el diseño, la implementación y evaluación de intervenciones no farmacológicas multicomponente en diversos entornos. La evidencia sobre que el ejercicio, la estimulación cognitiva, las intervenciones musicales, la reminiscencia y las tecnologías asistivas apunta a beneficios potenciales sobre la función cognitiva, el estado de ánimo y la calidad de vida, aunque subraya la necesidad de diseños más robustos y comparaciones entre modalidades³⁴. Todo esto implica incorporar en la formación de grado y posgrado contenidos de metodología de la investigación, ciencias del comportamiento, evaluación de programas y alfabetización digital, así como crear condiciones organizativas que permitan a las enfermeras participar en proyectos de innovación sin sobrecarga asistencial añadida.

En tercer lugar, impulsar el trabajo en red entre la enfermería comunitaria, los servicios sociales, las asociaciones de personas mayores y las entidades culturales, con la finalidad de co-crear programas de promoción del bienestar que respondan a las necesidades y preferencias de las personas mayores de cada territorio, respetando su diversidad cultural y socioeconómica²³.

Cabe resaltar que la enfermería solo podrá responder adecuadamente al reto del declive cognitivo en la tercera edad si abandona la dicotomía entre lo “clínico” y lo “comunitario” y se posiciona como una profesión puente, capaz de integrar la precisión diagnóstica y la gestión del riesgo con la promoción de entornos y relaciones que sostengan la capacidad de las personas mayores para vivir con sentido, dignidad y participación en sus comunidades.

Para finalizar, es imprescindible promover la investigación liderada por enfermería sobre declive cognitivo y envejecimiento saludable, en particular estudios de implementación que evalúen la viabilidad, aceptabilidad, coste-efectividad y equidad de las intervenciones en entornos reales de práctica, así como el impacto sobre resultados centrados en la persona²⁶.

Conclusiones

El declive cognitivo en la tercera edad emerge como un problema de salud pública de primera magnitud; el cual está estrechamente vinculado con la fragilidad, la dependencia, la institucionalización, la discapacidad y el deterioro de la calidad de vida de las personas mayores. Según Xue et al. (2023), la evidencia de estudios longitudinales y metaanálisis sobre fragilidad física, cognitiva y social indica que la combinación de vulnerabilidad física y deterioro cognitivo incrementa de forma significativa el riesgo de discapacidad, demencia, hospitalización y muerte, consolidando el declive cognitivo como un objetivo prioritario de prevención e intervención en la práctica de la enfermería.

Los resultados sintetizados según Tam et al.³⁵ sitúan a la enfermería en una posición estratégica para articular respuestas integrales ante este fenómeno, tanto en el ámbito de la atención primaria como en el medio sociosanitario. La práctica enfermera se revela clave en el cribado sistemático de la fragilidad y del deterioro

cognitivo, en la valoración geriátrica integral y en el diseño de planes de cuidados individualizados que integren las dimensiones física, cognitiva, emocional y social de la persona mayor. Asimismo, las intervenciones enfermeras multicomponente; las cuales combinan ejercicio físico, estimulación cognitiva, educación para la salud, apoyo psicosocial, entrenamiento en actividades de la vida diaria y uso de tecnologías asistivas han mostrado ser eficaces para mantener la funcionalidad, favorecer la autonomía, retrasar la institucionalización y mejorar la calidad de vida, especialmente cuando se implementan de manera prolongada y coordinada con otros recursos del sistema.

Al contrastar este enfoque clínico con las estrategias de promoción del bienestar en la tercera edad basadas en la educación para la salud y la acción comunitaria, se evidencia que la respuesta enfermera al declive cognitivo no puede circunscribirse al escenario asistencial clásico, sino que debe adoptar una perspectiva salutogénica que ponga el acento en los recursos, en las capacidades y en los activos de salud presentes en la comunidad. Desde esta óptica, la enfermería comunitaria se perfila como agente clave para fomentar la participación social, fortalecer el capital social, reducir el aislamiento y promover entornos que faciliten estilos de vida activos y cognitivamente estimulantes, especialmente en colectivos vulnerables como las personas mayores que viven solas o en barrios desfavorecidos. Las experiencias de programas comunitarios orientados a la promoción del envejecimiento saludable muestran que las intervenciones grupales participativas que integran actividad física, componentes educativos y espacios de encuentro social generan mejoras en la salud percibida, la autoeficacia, la alfabetización en salud y el bienestar, aspectos todos ellos estrechamente relacionados con el mantenimiento de la capacidad funcional y cognitiva. Integrar de forma coherente las perspectivas clínica y comunitaria requiere desarrollar marcos organizativos que reconozcan explícitamente el liderazgo enfermero en el diseño, implementación y evaluación de intervenciones complejas orientadas a prevenir o ralentizar el declive cognitivo²⁶. Esto implica reforzar la formación avanzada en enfermería gerontológica, comunitaria y de salud pública; consolidar equipos interprofesionales y redes intersectoriales que vinculen servicios sanitarios, recursos sociales y organizaciones comunitarias; y dotar a las enfermeras de competencias para el uso crítico de tecnologías emergentes telemonitorización, aplicaciones digitales, plataformas de apoyo al autocuidado al servicio de la autonomía de las personas mayores.

Desde una perspectiva de salud pública, avanzar hacia una atención enfermera verdaderamente centrada en la persona exige incorporar de manera sistemática la voz y las preferencias de las personas mayores en la planificación, ejecución y evaluación de los programas, garantizando que las intervenciones sean culturalmente pertinentes, equitativas y sensibles a la diversidad de trayectorias de envejecimiento (Von Der Lühe et al., 2023). Solo a través de este enfoque integrado clínico, comunitario y participativo la enfermería podrá responder con calidad, rigor científico y justicia social al desafío del declive cognitivo en la tercera edad, contribuyendo de forma sustantiva a la sostenibilidad de los sistemas de cuidados y a la promoción de un envejecimiento verdaderamente saludable.

Financiación

El autor no ha recibido financiación o ayuda económica para la realización del estudio.

Conflictos de intereses

No existen conflictos de intereses.

Referencias

1. Xue C, Li J, Hao M, Chen L, Chen Z, Tang Z, et al. High prevalence of subjective cognitive decline in older Chinese adults: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Public Health*. 2023;11:1277995. doi:10.3389/fpubh.2023.1277995
2. Cáceres IJ, Muñoz EG, Palma MV. Relación entre el bienestar, deterioro cognitivo, afrontamiento al estrés y actividad física durante la pandemia por COVID-19 en personas mayores de una ciudad del norte de Chile. *Salud Uninorte*. 2023;39(2):535-550. doi:10.14482/sun.39.02.813.625

3. Chen P, Hong C, Bai W, Su Z, Tang YL, Ungvari GS, et al. Global prevalence of mild cognitive impairment among older adults living in nursing homes: a meta-analysis and systematic review of epidemiological surveys. *Nature*. 2023. doi:10.1038/s41398-023-02361-1
4. Molins C, Piñol G, Sol J, Plana A. Utilidad del cribado poblacional del deterioro cognitivo en una población urbana: póster. *REV Clin Med Fam-SEmFYC* [Internet]. Fecha desconocida. Disponible en: <https://www.revclinmedfam.com/article/utilidad-del-cribado-poblacional-del-deterioro-cognitivo-en-una-poblacion-urbana-poster>
5. Yuan C, Zhang Y. Modifiable risk factors of cognitive frailty in community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Knowledge*. 2023;35(2):177-185. doi:10.1111/2047-3095.12437
6. Moreno-Noguez M, Castillo-Cruz J, García-Cortés LR, Gómez-Hernández HR. Risk factors associated with cognitive impairment in aged: cross-sectional study. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2023;61(Supl 3):S395-S406. doi:10.5281/zenodo.8319815
7. Sharifi S, Khorzoughi KB, Khaledi-Paveh B, Rahmati M. Association of intergenerational relationship and supports with cognitive performance in older adults: a systematic review. *Geriatric Nursing*. 2023;52:146-151. doi:10.1016/j.gerinurse.2023.05.014
8. Parra-Rizo MA, Agustí A, Guillem-Saiz J, González-Moreno J, Cantero-García M. Patrones y estrategias de regulación emocional empleadas en personas mayores de 60 años con deterioro cognitivo. *Revista de Psicología de la Salud*. 2023;11(1). doi:10.21134/pssa.v11i1.309
9. Schade N, Medina F, Ramírez-Vielma R, Sanchez-Cabaco A, De la Torre L. Detección temprana de deterioro cognitivo leve en personas mayores durante la pandemia: protocolo cribado online. *SciELO Chile* [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v60n4/0717-9227-rchnp-60-04-0403.pdf>
10. Echeverría A, Astorga C, Fernández C, Salgado M, Dintrans PV. Funcionalidad y personas mayores: ¿dónde estamos y hacia dónde ir? *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2022;46:e34. doi:10.26633/rpsp.2022.34
11. Hernández A, Clúa JL, Satué EM, Martín F, Lucas J, Moltó P. Proyecto PREFATE: diagnóstico precoz de fibrilación auricular, ictus silente y deterioro cognitivo en personas de alto riesgo: póster. *REV Clin Med Fam-SEmFYC* [Internet]. Fecha desconocida. Disponible en: <https://revclinmedfam.com/article/proyecto-prefate-diagnostico-precoz-de-fibrilacion-auricular-ictus-silente-y-deterioro-cognitivo-en-personas-de-alto-riesgo-poster>
12. Reyes RJT, Maytorena RS, Núñez JRG, Ríos MIA, Zazueta AGA, Herrera GO. Deterioro cognitivo y riesgo de caídas en adultos mayores en Culiacán, Sinaloa, México. *Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores*. 2023. doi:10.46377/dilemas.v10i3.3632
13. Von Der Lühe V, Roos M, Löbberding M, Scholten N, Müller W, Hellmich M, et al. Expanded nursing roles to promote person-centred care for people with cognitive impairment in acute care (ENROLE-acute): study protocol for a controlled clinical trial, process and economic evaluation. *BMC Geriatrics*. 2023;23(1):858. doi:10.1186/s12877-023-04560-3
14. Gradone AM, Dotson VM, Verhaeghen P. Walking for cognitive function in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the International Neuropsychological Society*. 2023;29(S1):323. doi:10.1017/S1355617723004459
15. Li G, Teng G, Zhang W, Song T, Li Y, Wang Z, et al. Comparative effects of different physical exercises on cognitive function and intervention adherence in older adults with cognitive impairment: a systematic review and network meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 2025;120:102604. doi:10.1016/j.cpr.2025.102604
16. Lee S, Harada K, Bae S, Harada K, Makino K, Anan Y, et al. A non-pharmacological multidomain intervention of dual-task exercise and social activity affects the cognitive function in community-dwelling older adults with mild to moderate cognitive decline: a randomized controlled trial. *Frontiers in Aging Neuroscience*. 2023;15:1005410. doi:10.3389/fnagi.2023.1005410
17. Wen Q, Luo Q, Liu Y, Li L, Bialas M, Wilezynska D. Optimal exercise temporal parameters of traditional Chinese exercises for cognitive function of older adults with mild cognitive impairment: a systematic review and dose response meta-analysis of randomized controlled trials. *Frontiers in Medicine*. 2025;12:1568835. doi:10.3389/fmed.2025.1568835
18. Mohanty M, Kumar P. Multi-component interventions in older adults having subjective cognitive decline (SCD): a review article. *Geriatrics*. 2022;8(1):4. doi:10.3390/geriatrics8010004
19. Rueda AV, Cabaco AS, Mejía-Ramírez M, Castillo-Riedel E, Alvelais-Alarcón M. Enhancement of quality of life in older people through positive reminiscence intervention: a pilot study. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*. 2023;31(1):197-215. doi:10.51668/bp.8323112n
20. Kraft JD, Hampstead BM. A systematic review on the effects of tACS on cognitive function within older adults. *Alzheimer's & Dementia*. 2023;19(S5). doi:10.1002/alz.067744
21. Lee K. Home-based exergame program to improve physical function, fall efficacy, depression and quality of life in community-dwelling older adults: a randomized controlled trial. *Healthcare*. 2023;11(8):1109. doi:10.3390/healthcare11081109
22. Seah B, Espnes GA, Hong WT, Wang W. Salutogenic Healthy Ageing Programme Embrace (SHAPE): an upstream health resource intervention for older adults living alone and with their spouses only: complex

- intervention development and pilot randomized controlled trial. *BMC Geriatrics*. 2022;22(1):932. doi:10.1186/s12877-022-03605-3
23. Ribas BB, Llobera-Cànaves J, García-Ortiz L, Bellón J, Ramos R, García-Campayo J, et al. La Red de Investigación en Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (redIAPP): una red de referencia e impulsora de la investigación en atención primaria. *Atención Primaria*. 2023;55(11):102694. doi:10.1016/j.aprim.2023.102694
24. Campelo AM, Weisberg A, Sheehan DP, Schneider K, Cossich VR, Katz L. Physical and affective physical literacy domains improved after a six-week exergame exercise program in older adults: a randomized controlled clinical trial. *Games For Health Journal*. 2023;12(5):366-376. doi:10.1089/g4h.2022.0212
25. Belmonte IA, Collado RS, Yuguero O, Oliva JA, Martínez-Millana A, Pérez CS. La alfabetización digital como elemento clave en la transformación digital de las organizaciones en salud. *Atención Primaria*. 2024;56(6):102880. doi:10.1016/j.aprim.2024.102880
26. Talevski J, Gianoudis J, Bailey CA, Ebeling PR, Nowson CA, Hill KD, et al. Effects of an 18-month community-based, multifaceted exercise program on patient-reported outcomes in older adults at risk of fracture: secondary analysis of a randomised controlled trial. *Osteoporosis International*. 2023;34(5):891-900. doi:10.1007/s00198-023-06693-y
27. Ae-Ri J, Kowoon L, Eun-A P. Development and evaluation of the information and communication technology-based Loneliness Alleviation Program for community-dwelling older adults: a pilot study and randomized controlled trial. *Geriatric Nursing*. 2023;53:204-211. doi:10.1016/j.gerinurse.2023.07.011
28. Xu L, Fields NL, Daniel KM, Cipher DJ, Troutman BA. Reminiscence and digital storytelling to improve the social and emotional well-being of older adults with Alzheimer's disease and related dementias: protocol for a mixed methods study design and a randomized controlled trial. *JMIR Research Protocols*. 2023;12:e49752. doi:10.2196/49752
29. Oken BS, Kaplan J, Klee D, Gallegos AM. Contributions of loneliness to cognitive impairment and dementia in older adults are independent of other risk factors and Alzheimer's pathology: a narrative review. *Frontiers in Human Neuroscience*. 2024;18:1380002. doi:10.3389/fnhum.2024.1380002
30. Rahaei Z, Ghavami M, Rastjoo S. Innovative approaches to health promotion for older adults. *Journal of Education and Health Promotion*. 2025;14(1):132. doi:10.4103/jehp.jehp_1265_24
31. Vrancken D, Tambour J, De Keyser E, De Smedt E, Belpaire M, De Cauwer S, et al. ACTIVE-AGE@home: a home-based functional exercise program for community dwelling frail older adults: mixed method study. *European Journal of Public Health*. 2023;33(Suppl 1). doi:10.1093/eurpub/ckad133.088
32. Ronzi S, Orton L, Pope D, Valtorta NK, Bruce NG. What is the impact on health and wellbeing of interventions that foster respect and social inclusion in community-residing older adults? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Systematic Reviews*. 2018;7(1):26. doi:10.1186/s13643-018-0680-2
33. Hill A, Starling T, Xin W, Naseri C, Xu D, O'Brien G, et al. Promoting healthy aging for older people living with chronic disease by implementing community health programs: a randomized controlled feasibility study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2024;21(12):1667. doi:10.3390/ijerph21121667
34. Kim J, Cuevas H, Wood ST. Effect of music interventions on cognitive function in older adults with mild cognitive impairment: a systematic review. *Research in Gerontological Nursing*. 2023;16(5):259-268. doi:10.3928/19404921-20230609-01
35. Tam ACY, Chan AWY, Cheung DSK, Ho LYW, Tang ASK, Christensen M, et al. The effects of interventions to enhance cognitive and physical functions in older people with cognitive frailty: a systematic review and meta-analysis. *European Review of Aging and Physical Activity*. 2022;19(1):19. doi:10.1186/s11556-022-00299-9

© Sociedad Científica Sanitaria Europea para la Investigación, Divulgación, Solidaridad y Formación, 2026

SOCISAEU-IDSF

© 2026, de la edición, Tendencias de Enfermería

Calle Pedro García Villalba, 79, La Alberca (Murcia, España)

Teléfono: 650 16 12 52

Revista digital: <https://sociedadcientificasanitaria.org/tendencias-de-enfermeria/>

Correo electrónico: tendenciasdeenfermeria@sociedadcientificasanitaria.org

Primera edición: 2025. Última edición: 2026.

e-ISSN: 3045-9176

DOI: 10.56533/HFGZ2280

Tendencias de Enfermería, Volumen 2, Número 6 Marzo-Abril 2026

Tendencias de Enfermería es una revista científica de enfermería cuya misión es servir de instrumento de comunicación de la actividad de los profesionales de esta disciplina, incluidos los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, en los campos de la investigación, los cuidados, la asistencia, la gestión y la docencia. Dado el carácter multidisciplinar de los cuidados, la asistencia y la investigación en enfermería *Tendencia de Enfermería* es un medio de divulgación abierto a la participación de otros profesionales de las ciencias de la salud cuya actividad sea aplicable a la enfermería.

Los objetivos de *Tendencias de Enfermería* son promover la investigación de los profesionales de enfermería y disciplinas aliadas, difundir la evidencia de los cuidados basada en la práctica clínica de acuerdo con la estrategia EBE (Enfermería Basada en la Evidencia), la investigación original y la síntesis de dicha evidencia, así como divulgar la experiencia de las enfermeras en la asistencia, la gestión y la docencia.

La revista *Tendencias de Enfermería* es una revista con sistema de revisión por pares que acepta artículos originales en los que se realiza la comunicación de los resultados de una investigación cuantitativa, cualitativa o mixta. También se aceptan revisiones narrativas, sistemáticas, incluidos los metaanálisis, scoping reviews, así como planes de cuidados de enfermería y síntesis de la EBE a partir de la revisión de guías de práctica clínica que contribuyan a una mejora en la toma de decisiones clínicas. Esta revista acepta artículos que son una adaptación a las normas de la revista de trabajos académicos o de partes de ellos, como trabajos fin de grado (TFG), trabajos fin de máster (TFM) y tesis doctorales. Por último, se admiten cartas al director.