

Alfabetización en salud como herramienta para la prevención de la institucionalización en el paciente geriátrico:

Diseño de una guía para el manejo de la cronicidad y detección precoz de signos de alarma.

TFG CON METODOLOGÍA APRENDIZAJE-SERVICIO (ApS)

GRADO EN MEDICINA

UNIDAD DOCENTE SANT PAU I SANTA CREU

Universidad Autónoma de Barcelona

AUTORA: LUCÍA FELIZ NÚÑEZ
TUTORA: MONTSERRAT SOLANAS GARCIA
ENTIDAD: COMUNITAT DE SANT'EGIDI

© 2026 Lucía Feliz Núñez.
Este material se distribuye bajo una licencia Creative Commons CC BY-NC-SA Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0): https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/

AGRADECIMIENTOS:

En primer lugar, quiero expresar mi agradecimiento más sincero a mi tutora la Dra. Montserrat Solanas García, por su guía a lo largo de todo este proceso. Este trabajo ha supuesto una experiencia de aprendizaje compartida en la que hemos ido construyendo y descubriendo un camino que todavía no conocíamos. Su implicación, su cercanía y su confianza han sido fundamentales para el desarrollo de este proyecto.

Asimismo, me gustaría también agradecer a la Comunitat de Sant'Egidio, por su implicación en este proyecto y por facilitar el contacto con la realidad sobre la que se ha construido este trabajo. Este proyecto nace gracias a ellos, que son quienes están en contacto directo con las personas mayores y quienes gracias a su labor diaria de acompañamiento, supieron detectar la necesidad que da lugar a esta Guía.

Me gustaría dedicar también unas palabras a mi entorno más cercano.

A mis abuelos y mis padres, que han sido la verdadera inspiración de este trabajo. Este proyecto nace pensando en vosotros, en vuestro día a día, en vuestras dudas, vuestras dificultades y en todo lo muchas veces no se dice, pero se vive. Gracias por todo lo que me habéis enseñado, por estar y cuidar y por dar sentido a lo que hoy os intento devolver, aunque sea en una pequeña parte. No podría estar más orgullosa de vosotros y de todo lo que habéis superado.

También me gustaría agradecer a mis amigos y mi pareja, por estar siempre a mi lado, por el apoyo incondicional y por hacer todo este proceso mucho más llevadero.

A todos vosotros, gracias por haber sido parte de este camino y por ayudarme a llegar hasta aquí.

Gracias de corazón.

"There are only four kinds of people in the world:
Those who have been caregivers.
Those who are currently caregivers
Those who will be caregivers,
and those who will need a caregiver"
-ROSALIND CARTER

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

Introducción: El envejecimiento de la población se asocia a una mayor prevalencia de enfermedades crónicas, que con frecuencia requieren un manejo continuado en el domicilio. En este contexto, las personas mayores pueden presentar múltiples dificultades para reconocer signos de alarma y tomar decisiones adecuadas sobre cuándo consultar a los servicios sanitarios, lo que puede generar ansiedad y un uso inadecuado de los recursos. Por ello, resulta relevante desarrollar herramientas sencillas que faciliten la toma de decisiones y fomenten la autonomía de los pacientes en el autocuidado.

Objetivos: Promover el envejecimiento de calidad y la autonomía en el domicilio de las personas mayores mediante la mejora de la alfabetización en salud. Para ello, se desarrolló una Guía de salud adaptada con recomendaciones prácticas para el manejo domiciliario de patologías crónicas frecuentes y la identificación precoz de signos de alarma.

Metodología: Trabajo basado en la metodología de Aprendizaje-Servicio (ApS), desarrollado en colaboración con la Comunitat de Sant'Egidio. Elaboración de una Guía de salud adaptada y un taller grupal dirigido a los usuarios de la entidad para explicar el contenido y la utilización de esta.

Discusión: Este trabajo pone de manifiesto la importancia de desarrollar recursos accesibles y adaptados a la población mayor que faciliten el autocuidado y la toma de decisiones en el domicilio.

Palabras clave: envejecimiento, manejo domiciliario, autocuidado, educación sanitaria.

ABSTRACT AND KEY WORDS

Introduction: population ageing is associated with an increased prevalence of chronic diseases, which often require continuous management at home. In this context, older adults may face difficulties in recognizing warning signs and making appropriate decisions about when to seek healthcare services, which can lead to anxiety and inappropriate use of healthcare resources. Therefore, it is important to develop simple and adapted tools that facilitate decision-making and promote patient autonomy in self-care.

Objectives: To promote quality ageing and autonomy at home among older adults through improved health literacy. To achieve this, an adapted health Guide was developed including practical recommendations for the home management of common chronic diseases and the early identification of warning signs.

Methodology: This work is based on the Service-Learning (SL) methodology and was developed in collaboration with the Comunitat de Sant'Egidio. It involved the development of an adapted health Guide and a group workshop aimed at the organization's users to explain its content and how to use it.

Discussion: This work highlights the importance of developing accessible resources adapted to the elderly population to support self-care and decision-making in the home setting.

Key words: ageing, home management, self-care, health education.

RESUM I PARAULES CLAU

Introducció: L'envelliment de la població s'associa a una major prevalença de malalties cròniques, que sovint requereixen un maneig continuat en el domicili. En aquest context, les persones grans poden presentar dificultats per reconèixer signes d'alarma i prendre decisions adequades sobre quan consultar als serveis sanitaris, fet que pot generar ansietat i un ús inadequat dels recursos. Per això, és rellevant desenvolupar eines senzilles que facilitin la presa de decisions i fomentin l'autonomia dels pacients en l'autocura.

Objectius: Promoure un envelliment de qualitat i l'autonomia al domicili de les persones grans mitjançant la millora de l'alfabetització en salut. Amb aquest objectiu, es va desenvolupar una Guia de salut adaptada amb recomanacions pràctiques per al maneig domiciliari de patologies cròniques freqüents i la identificació precoç de signes d'alarma.

Metodologia: Treball basat en la metodologia d'Aprenentatge-Servei (ApS), desenvolupat en col·laboració amb la Comunitat de Sant'Egidio. S'ha elaborat una Guia de salut adaptada i s'ha dut a terme un taller grupal dirigit als usuaris de l'entitat per explicar-ne el contingut i el seu ús.

Discussió: Aquest treball posa de manifest la importància de desenvolupar recursos accessibles i adaptats a la població gran que facilitin l'autocura i la presa de decisions en el domicili.

Paraules clau: envelliment, maneig domiciliari, autocora, educació sanitària.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN 1

2. OBJETIVOS 6

2.1. OBJETIVO GENERAL 6

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS 7

3. METODOLOGÍA 8

3.1. DISEÑO 8

3.2. POBLACIÓN DIANA Y ÁMBITO DE ACTUACIÓN 8

3.3. FASES DEL PROYECTO 9

Fase I: Identificación de necesidades y consenso sobre la intervención con la entidad 9

Fase II: Revisión del contexto sociodemográfico y su impacto sobre la salud 10

Fase III: Búsqueda bibliográfica de la evidencia clínica 11

Fase IV: Adaptación del contenido 12

Fase V: Diseño gráfico y estructuración visual de la Guía de Salud 13

Fase VI: Presentación del recurso a los usuarios 13

3.4. CONSIDERACIONES ÉTICAS 15

4. RESULTADOS 16

4.1. CONTENIDO DE LA GUÍA 17

4.2. ESTRUCTURA DE LA GUÍA 21

4.3. DISEÑO VISUAL Y ACCESIBILIDAD 21

5. EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN 22

5.1. EVALUACIÓN POR PARTE DE LOS USUARIOS 22

5.2. EVALUACIÓN POR PARTE DE LA ENTIDAD 23

5.3. AUTOEVALUACIÓN Y LIMITACIONES 24

6. REFLEXIÓN PERSONAL 27

7. BIBLIOGRAFÍA 29

8. ANEXOS 35

8.1. ANEXO 1. GUÍA DE SALUD ADAPTADA 36

8.2. ANEXO 2. MATERIAL DE DIFUSIÓN DEL TALLER (INVITACIÓN) 94

8.3. ANEXO 2. PRESENTACIÓN DEL TALLER 95

8.4. ANEXO 4. EVALUACIÓN PARA LOS USUARIOS DE LA GUÍA 109

8.5. ANEXO 5. EVALUACIÓN PARA LA ENTIDAD 110

8.6. ANEXO 6. IMÁGENES DEL TALLER CON LA ENTIDAD 111

1. INTRODUCCIÓN

Actualmente, España se enfrenta a un marcado envejecimiento demográfico, en el que la población mayor de 65 años representa el 20,4% de la población total, estimándose para 2045 un porcentaje de la población del 29,2% según un informe del CSIC [1]. Con una media de edad de 44,37 años, España se consolida como uno de los países más envejecidos de Europa, como reflejo de las transformaciones demográficas y del aumento de la longevidad [1]. Para los hombres la esperanza de vida se sitúa sobre los 81,11 años, mientras que para las mujeres alcanza los 86,34 [1]. De hecho, el porcentaje de personas mayores de 85 años ronda ya el 3,19%, lo que evidencia un crecimiento del grupo de edad más avanzada, asociado a la mayor esperanza de vida actual[2]. Sin embargo, más de la mitad de este colectivo padece enfermedades crónicas, lo que plantea no solo cuántos años se vivirá, sino con qué calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se afrontará dicha longevidad [1].

Ante este crecimiento de longevidad y cronicidad, surge la cuestión de dónde ofrecer los cuidados necesarios para atender esta demanda demográfica. La institucionalización constituye una de las principales opciones de atención a las personas mayores en situación de dependencia. Esta se define como la práctica que implica el ingreso a un espacio de cuidado donde profesionales se encargan de proporcionar los cuidados y la atención necesarios, lo que suele implicar cambios importantes en la rutina, el entorno y la vida cotidiana de la persona [3]. El porcentaje de institucionalización en España se estima en aproximadamente el 4,3% de los mayores de 65 años según datos del IMSERSO, siendo el 74,1% de los residentes mayores de 80 años [4]. Esta cifra de institucionalización es similar a la media europea que se sitúa en torno al 3,6% [5], con tasas que oscilan entre el 3 % y el 10% en los mayores de 65 años también. En los países del norte de Europa

hay una mayor tasa de institucionalización, mientras que en los países mediterráneos la cifra es más próxima al 3%, lo que se ha relacionado con diferencias en la disponibilidad de servicios formales de cuidados y con el peso cultural del cuidado familiar [6]. En España, el cuidado de las personas mayores suele recaer principalmente en el entorno familiar, mientras que en los países escandinavos, por ejemplo, es frecuente recibir cuidados formales procedentes de servicios profesionales o institucionales.

Aunque tradicionalmente el modelo de cuidado habitual en España es el de la familia como apoyo principal, cada vez hay una mayor aceptación de los cuidados formales. A pesar de esta tendencia, diversos estudios señalan que la mayoría de las personas mayores desea continuar residiendo en sus viviendas y no desvincularse completamente de su entorno al entrar en una institución. El ingreso en una residencia suele implicar un abandono del hogar habitual, así como una privación de los hábitos de vida y de las relaciones sociales previamente establecidas. No obstante, no solo es una preferencia personal, sino que la literatura científica refleja que las personas que envejecen institucionalizadas asocian una menor calidad de vida, y un peor estado de salud general que aquellas que permanecen en su domicilio [7]. Además, sigue existiendo una carencia de datos y estudios que analicen el impacto de la institucionalización y no existen tampoco indicadores estandarizados que evalúen la calidad de los servicios y la satisfacción de los usuarios [4].

Es importante también analizar este problema desde una perspectiva de género, ya que la feminización del envejecimiento constituye un fenómeno demográfico ampliamente descrito en las sociedades occidentales. En España, las mujeres presentan una esperanza de vida significativamente mayor que los hombres, lo que conlleva un aumento progresivo de la proporción de mujeres en los grupos de edad más avanzados. De hecho, las mujeres representan cerca del 80% de las personas centenarias. Esta mayor

longevidad, sin embargo, no siempre viene acompañada de un buen estado de salud. Debido a su mayor esperanza de vida, las mujeres pasan más años conviviendo con enfermedades crónicas, discapacidad y situaciones de dependencia, presentado además mayores cifras de limitación funcional en edades avanzadas en comparación con los hombres. A esto se suma que las mujeres mayores presentan una mayor probabilidad de vivir solas, fenómeno que se explica por la mayor esperanza de vida comentada anteriormente y la viudedad. Así, un informe de 2021 del INE estima que el 44,1% de las mujeres mayores de 85 años viven solas en comparación con el 24,2% de hombres [8]. Esta situación incrementa el riesgo de aislamiento, fragilidad y dificultades en el manejo cotidiano de la salud, especialmente cuando existe pluripatología o dependencia funcional. Este mayor grado de soledad conlleva también un mayor riesgo de institucionalización. Concretamente, las mujeres representan en España el 71% de las personas institucionalizadas en residencias de mayores, cifra que asciende hasta el 80% entre los mayores de 80 años, lo que pone de manifiesto que la vejez presenta un marcado componente de género [4]. La combinación de mayor longevidad, mayor probabilidad de vivir solas y mayor prevalencia de discapacidad en edades avanzadas sitúa a las mujeres en una posición de especial vulnerabilidad durante el envejecimiento.

Paradójicamente, cuando los cuidados se mantienen en el domicilio, también se observa un importante grado de feminización, ya que históricamente el rol de cuidador informal principal también ha recaído sobre ellas. Según datos del IMSERSO, el 72,3% de las personas cuidadoras no profesionales son mujeres, frente al 27,7% de los hombres [9]. En la misma línea, distintos informes sobre cuidados familiares en España estiman que hasta el 83% de los cuidadores familiares son mujeres, principalmente hijas (43%) y esposas (22%) de las personas dependientes [10]. Estos datos reflejan la realidad compleja que comporta el envejecimiento para las mujeres. Por un lado, al presentar una mayor

tasa de dependencia, son ellas las que más ingresan en centros residenciales para personas mayores, pero además son las principales proveedoras de cuidados en el domicilio. Es decir, una mayor esperanza de vida en las mujeres implica no solo un mayor grado de limitación, sino también un mayor peso como cuidadoras informales de sus familiares, asumiendo en este caso la gestión de patologías complejas sin la seguridad o la formación adecuada.

Todo lo expuesto pone de manifiesto que el cuidado domiciliario de las personas mayores recae con frecuencia sobre cuidadores informales que deben afrontar situaciones complejas de salud sin disponer de la formación, el acompañamiento o los recursos necesarios. La gestión cotidiana de enfermedades crónicas y tratamientos en el domicilio supone, por tanto, un desafío tanto para las personas mayores como para quienes se hacen cargo de su cuidado.

Pese a que el acceso a servicios sanitarios en nuestro entorno es alto, sigue "habiendo barreras tanto económicas como geográficas especialmente para aquellos que viven solos" [1], a lo que se suma la falta de alfabetización en salud (*health literacy*), lo que dificulta la correcta gestión de estas patologías a nivel domiciliario. Este desafío no se limita únicamente a los pacientes sino también a sus cuidadores, que muchas veces tampoco disponen de las herramientas suficientes para llevar a cabo estos cuidados en el domicilio.

En este contexto, la alfabetización en salud se define como la habilidad de los individuos para acceder, entender y aplicar la información, a la hora de tomar decisiones que repercutan sobre su estado de salud. En pacientes mayores, especialmente aquellos que viven solos, tener escaso conocimiento sobre sus patologías está asociado a conductas de salud inadecuadas, lo que incluye un uso ineficiente de los recursos sanitarios, errores a la hora de interpretar pautas clínicas y una baja adherencia a los tratamientos [11]. Tal

y como se menciona en literatura reciente, un bajo nivel de alfabetización en salud está asociado a disminución de la CVRS en todos los dominios: físico, psicológico, relaciones sociales y entorno [12], así como a un aumento de la tasa de hospitalización y mortalidad total, incluso ajustándola por factores de salud y sociodemográficos [13].

Frente a este escenario de un país envejecido, con una alta prevalencia de enfermedades crónicas y soledad no deseada, diversas iniciativas comunitarias tratan de dar una respuesta a estas problemáticas desde el ámbito social. En concreto, la Comunidad de Sant'Egidio es una entidad sin ánimo de lucro, presente en más de 70 países, que desarrolla, entre otras acciones, una labor de acompañamiento y apoyo a personas mayores de 80 años, promoviendo un modelo de cuidado basado en la creación de redes comunitarias de apoyo y un seguimiento activo y continuo de los mayores, a través de su programa "Viva los Ancianos". El programa surge con el objetivo de prevenir el aislamiento social, favorecer la permanencia en el domicilio y reducir los efectos negativos que tienen algunas situaciones como las olas de calor, las caídas o la pérdida de los convivientes [14].

En el desarrollo de su actividad la entidad ha identificado dificultades en el manejo domiciliario de las patologías crónicas, lo que puede contribuir a episodios de descompensación agudas y favorecer procesos de institucionalización no deseada, así como situaciones de aislamiento social asociadas. Es a partir de esta necesidad detectada de la propia entidad que se plantea este Trabajo de Fin de Grado (TFG) desarrollado bajo el marco de la metodología de Aprendizaje-Servicio (ApS), que busca integrar la formación académica con la colaboración en un proyecto que responda a una necesidad real comunitaria.

En este caso, el proyecto consiste en la elaboración de una Guía de salud adaptada y dirigida a las personas mayores acompañadas por la Comunidad de Sant'Egidio en Barcelona, concretamente en los barrios Gótico y del Raval. La adaptación de la información sanitaria a las capacidades y necesidades de las personas mayores permite reducir barreras de comprensión y favorecer una mayor participación en el cuidado de la propia salud. Si bien el envejecimiento y la institucionalización responden a fenómenos complejos influenciados por diversos determinantes, iniciativas orientadas a mejorar la alfabetización en salud pueden contribuir a promover la autonomía en el envejecimiento domiciliario.

Por lo expuesto anteriormente en relación con las mujeres mayores, la intervención desarrollada contempla la perspectiva de género, ya que éstas constituyen un grupo especialmente relevante por su mayor longevidad, mayor prevalencia de vida en soledad y su papel histórico como principales cuidadoras informales. Finalmente, también se desea destacar que la metodología de ApS empleada en este trabajo favorece el compromiso social y la contribución a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2030, principalmente aquellos relacionados con la salud (ODS3), la igualdad de género (ODS5) y la reducción de desigualdades en las personas mayores (ODS10).

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

El objetivo general de este trabajo es promover el envejecimiento de calidad en el domicilio y la autonomía de las personas mayores, en colaboración con la Comunidad de Sant'Egidio, mediante la mejora del grado de alfabetización en salud. Con este propósito, el trabajo trata de dar respuesta a la necesidad concreta detectada en el desarrollo de su labor social mediante el desarrollo de un recurso educativo adaptado que

facilite el manejo de la cronicidad. Este recurso consiste en una Guía de salud dirigida a personas mayores y cuidadores informales que incluye recomendaciones prácticas para el manejo cotidiano de las patologías crónicas y la identificación precoz de signos de alarma, con el fin de evitar descompensaciones y precipitar institucionalizaciones no deseadas.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Los objetivos específicos son los siguientes:

1. Describir y analizar la situación actual de la institucionalización de mayores de 80 años en España y sus repercusiones en la calidad de vida, con el fin de fundamentar la necesidad de los recursos que favorezcan el cuidado domiciliario e identificar las barreras de alfabetización en salud que dificultan el autocuidado de las personas mayores.
2. Identificar las patologías crónicas más prevalentes en las personas mayores de 80 años en España y la evidencia científica sobre su manejo domiciliario, así como los signos de alarma detectables por la población general.
3. Sintetizar y adaptar la literatura científica a un lenguaje sencillo y accesible, aplicando principios de alfabetización en salud que faciliten su comprensión por parte de las personas mayores y sus cuidadores, a través de la elaboración de una Guía de salud.
4. Presentar la información a la entidad y los usuarios potenciales del recurso en un taller grupal con el objetivo de poder explicar el uso y contenido de la Guía.
5. Reflexionar desde una perspectiva personal y académica sobre la responsabilidad profesional que implica el manejo de pacientes reales y el impacto potencial que las intervenciones sanitarias pueden tener en la vida de las personas.

3. METODOLOGÍA

3.1. DISEÑO

Este TFG consiste en el diseño y el desarrollo de una intervención comunitaria en colaboración con la Comunidad de Sant'Egidio, orientada a la promoción de la autonomía y el autocuidado en personas mayores. El proyecto tiene como finalidad la elaboración de un material gráfico educativo (Guía de salud) fundamentado en la evidencia científica más reciente y adaptado según los principios de alfabetización en salud.

El trabajo se desarrolla enmarcado bajo la metodología de Aprendizaje y Servicio (ApS), integrando por tanto la formación académica adquirida con la colaboración comunitaria. De esta manera, el proyecto no se limita únicamente a la revisión de la literatura científica publicada hasta la fecha, sino que culmina con la elaboración de un recurso tangible que pueda implementarse en el ámbito de actuación de la entidad.

Se trata de un proyecto de carácter descriptivo, que combina una revisión estructurada de la evidencia con su posterior adaptación a un formato accesible, dirigido a población geriátrica autónoma, residente en su domicilio y a sus cuidadores. Por lo tanto, a diferencia de otros TFG del grado en Medicina, no trata de evaluar resultados, sino de desarrollar un recurso práctico basado en evidencia. En cualquier caso, se ajusta a las competencias y resultados de aprendizaje establecidos en esta asignatura.

3.2. POBLACIÓN DIANA Y ÁMBITO DE ACTUACIÓN

El proyecto se ha realizado en colaboración con la Comunidad de Sant´Egidio de Barcelona, que desarrolla su labor con personas mayores en los barrios Gótico y del Raval a través de su programa "Viva los ancianos". Tal como se expuso anteriormente, el programa trata de dar respuesta a los efectos perjudiciales que comporta el envejecimiento, como el aislamiento social o las situaciones de fragilidad y está dirigido

a todas las personas mayores de 80 años que residen dentro del territorio de aplicación del programa. De manera indirecta, incluye, también, tanto a las personas que forman la red informal de apoyo de estas personas, como a sus cuidadores formales y/o informales.

Este trabajo por ende está enfocado a personas mayores de 80 años residentes del área de actuación de la Comunidad de Sant'Egidio, que residen en su domicilio con patología crónica y/o fragilidad. Generalmente, son personas con pluripatología y polimedicación que presentan un riesgo aumentado de sufrir descompensaciones agudas que puedan comprometer su estado basal y a consecuencia de ello, su autonomía. No obstante, al tratarse de un recurso de promoción de salud podría ser adecuado para personas que, no cumpliendo el límite de edad establecido por la entidad, presentan situaciones similares de fragilidad y declive funcional.

3.3. FASES DEL PROYECTO

Fase I: Identificación de necesidades y consenso sobre la intervención con la entidad

El proyecto se inició con la identificación de la necesidad objetivada por la Comunidad de Sant'Egidio. Las primeras sesiones con la entidad se orientaron a analizar las diversas problemáticas asociadas al envejecimiento, que han podido observar dentro de su programa de actuación. Entre ellas se encontraban: el aislamiento social que genera, la fragilidad progresiva, el declive funcional asociado a la institucionalización o las dificultades en el manejo domiciliario de las patologías crónicas.

A partir de este análisis inicial, se valoraron diversas líneas de trabajo orientadas a mejorar la calidad de vida de las personas mayores residentes en su área de actuación. De manera conjunta, se evaluó la viabilidad y el impacto potencial de cada una de las propuestas.

Finalmente, se identificó la falta de alfabetización en salud como un factor de riesgo modificable clave. Se consideró que mejorar la comprensión de las patologías crónicas y facilitar el reconocimiento precoz de signos de alarma podría favorecer el envejecimiento domiciliario. Esta decisión se basó en el objetivo compartido de promover el envejecimiento en el hogar (*aging in place*) frente a la institucionalización y mejorar la calidad de vida de los usuarios, favoreciendo su autonomía en el manejo de sus patologías.

Fase II: Revisión del contexto sociodemográfico y su impacto sobre la salud

Una vez determinada la necesidad y la línea de actuación, se llevó a cabo una búsqueda dirigida a dimensionar el impacto real de la institucionalización en los pacientes geriátricos en el contexto nacional actual. Asimismo, se analizó la prevalencia de la cronicidad en los pacientes ancianos y su estrecha correlación con el grado de dependencia.

Con el propósito de describir la situación social y demográfica actual de la forma más veraz posible, se consultaron fuentes oficiales como el Instituto Nacional de Estadística (INE) [2,8] o el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) [1], además de otros recursos recientes globales como informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) [15]. Se utilizaron términos de búsqueda libres tales como "institucionalización en ancianos en España", "envejecimiento y dependencia", o "consecuencias de la institucionalización en ancianos".

En esta fase, se evidenciaron varios datos clave para la elaboración del trabajo tales como la tendencia creciente de envejecimiento poblacional, el aumento asociado de las patologías crónicas y dependencia, así como el impacto de la institucionalización en la calidad de vida y el estado de salud de las personas mayores. Estos hallazgos respaldan

en gran medida la necesidad de plantear estrategias orientadas a fomentar el envejecimiento en el domicilio y el mantenimiento de la autonomía.

Fase III: Búsqueda bibliográfica de la evidencia clínica

Al tener establecido el contexto y la problemática a nivel sociodemográfico, se llevó a cabo una revisión de la evidencia clínica con la finalidad de identificar las patologías crónicas más prevalentes en las personas mayores de 80 años y recoger las recomendaciones actuales para su manejo domiciliario, así como la detección precoz de los signos de alarma de descompensaciones.

La búsqueda bibliográfica se efectuó en bases de datos médicas, principalmente PubMed. Se emplearon términos de búsqueda relacionados con las patologías seleccionadas ("hipertensión arterial", "insuficiencia cardiaca", "enfermedad pulmonar obstructiva crónica", "diabetes mellitus", "artrosis" y "dolor osteoarticular", "caídas en el anciano", "salud mental" y deterioro cognitivo"), combinados con términos MeSH como "frail elderly" ("anciano frágil") o "aged" ("persona de edad avanzada") para acotar la búsqueda a población geriátrica. Se utilizaron también otros términos libres como "manejo domiciliario", "autocuidado" y "signos de alarma".

La elección de las patologías incluidas en la Guía se basó en criterios clínicos y epidemiológicos, priorizando aquellas con una alta prevalencia en población geriátrica y un importante impacto sobre la autonomía funcional y la calidad de vida de las personas mayores [15]. Asimismo, se seleccionaron patologías frecuentemente asociadas a descompensaciones agudas, ingresos hospitalarios y aumento del grado de dependencia, especialmente en pacientes con pluripatología [16].

A su vez se priorizaron aquellas situaciones clínicas sobre las que era posible ofrecer recomendaciones prácticas y adaptadas al ámbito domiciliario, orientadas al autocuidado, la adherencia terapéutica y la identificación precoz de signos de alarma, con

el objetivo de favorecer la toma de decisiones y reducir situaciones potencialmente evitables [17].

Fase IV: Adaptación del contenido

Esta fue una de las principales fases del trabajo, ya que para tratar de contribuir a mejorar la tasa de alfabetización en salud de la población diana del trabajo, era necesario adaptar el contenido para resultar accesible.

El envejecimiento comporta diversas barreras que dificultan el acceso a los recursos de información más compleja [18]. Estas barreras incluyen dificultades cognitivas como el deterioro cognitivo o el enlentecimiento de la capacidad de procesamiento de la información, así como limitaciones sensoriales principalmente visuales y auditivas y barreras contextuales relacionadas con la alfabetización en salud y la nueva salud digital ("E-health literacy")) [19]. Por lo tanto, una de las prioridades del diseño de la Guía fue tener en consideración todas estas limitaciones.

Para ello, lo primero fue sintetizar la información recopilada, priorizando aquella relevante en el manejo domiciliario y ambulatorio pero con un alto nivel de evidencia. El objetivo no era eliminar información relevante, sino prescindir de elementos excesivamente técnicos o difíciles de aplicar en el contexto de aplicación del trabajo, como la fisiopatología compleja o los datos epidemiológicos, que podrían aumentar la carga cognitiva de la información ofrecida.

A continuación, se sintetizó la información evitando simplificaciones que pudieran comprometer la seguridad clínica. Esto se llevó a cabo mediante la sustitución de los tecnicismos por lenguaje cotidiano y los términos ambiguos por descripciones concretas facilitando su reconocimiento en la experiencia personal. A su vez, se priorizaron frases cortas y directas, que resultaran más fáciles de comprender, sin una formación previa en el ámbito sanitario.

Este proceso permitió transformar la evidencia científica en mensajes claros, concisos, estructurados y adaptados a la población diana, manteniendo la precisión clínica necesaria en una herramienta de salud.

Fase V: Diseño gráfico y estructuración visual de la Guía de Salud

En esta fase se llevó a cabo el diseño gráfico y la estructuración visual de la Guía de salud, con el objetivo de adaptar el contenido previamente elaborado a un formato accesible, claro y comprensible para la población diana. Para ello se empleó la herramienta digital Canva, que permitió integrar elementos tipográficos, visuales y de color de manera homogénea en todas las patologías de la Guía.

El diseño se realizó siguiendo principios de comunicación visual, priorizando la claridad del mensaje y la facilidad de lectura. Se seleccionaron tipografías legibles, un tamaño de letra adecuado para un documento de tamaño A5 y una disposición del contenido en bloques estructurados.

Durante el proceso de diseño, se realizó una adaptación del contenido, simplificando la información y reformulando los mensajes para hacerlos más comprensibles, sin perder el rigor científico.

La Guía de salud finalmente elaborada se muestra en el Anexo 1.

Fase VI: Presentación del recurso a los usuarios

La última fase del trabajo consistió en la preparación y realización de un taller para la presentación de la Guía en la entidad colaboradora. Esta actividad estaba dirigida a los propios usuarios potenciales del recurso creado, es decir, personas mayores acompañadas por la Comunidad de Sant'Egidio, dentro de su programa de actuación, así como sus cuidadores. Se realizó en la sede de la entidad en Barcelona, en la calle Ataulf 9, el miércoles 6 de mayo a las 17:30 horas.

Para la convocatoria del taller, se elaboró un cartel (Anexo 2) que la entidad utilizó para hacer difusión entre las personas mayores a las que acompañan habitualmente, así como en distintos espacios comunitarios del barrio, incluyendo dos centros cívicos de la zona y el centro de salud CAP Gòtic, próximo a sus instalaciones.

La sesión se planteó en formato grupal, con un enfoque participativo y práctico, con el objetivo de facilitar la comprensión del contenido, estructura de la Guía y su promoción para el uso en el domicilio. Durante el taller se explicó de manera sencilla y adaptada el uso de la Guía, su finalidad, su estructura y el sistema de codificación por colores de tipo semáforo. Se priorizó el uso de estrategias de comunicación médico-paciente adaptadas a población geriátrica, empleando un lenguaje claro, evitando tecnicismos y favoreciendo la participación de los asistentes. Asimismo, se trató de generar un entorno cercano y de confianza, facilitando la expresión de dudas y preocupaciones relacionadas con su propio estado de salud. Asimismo, se utilizaron ejemplos prácticos basados en situaciones cotidianas, fácilmente reconocibles en la propia experiencia, para mostrar cómo utilizar la Guía en la toma de decisiones ante distintos tipos de problemas de salud. Estos casos permitieron ilustrar de forma aplicada el funcionamiento del recurso, favoreciendo la participación de los asistentes y la resolución de dudas en un entorno cercano.

La presentación se apoyó en un material visual en formato de diapositivas de Power point, diseñado específicamente para esta sesión, con un lenguaje accesible y adaptado a la población diana (Anexo 3).

Después de la presentación se abrió un espacio para que los asistentes pudieran realizar preguntas o comentarios, fomentando la escucha activa, la resolución de dudas y una comunicación bidireccional centrada en las necesidades de los pacientes.

3.4. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La elaboración de esta Guía es un proyecto de diseño de un recurso educativo concebido como intervención comunitaria para dar respuesta a una necesidad detectada. Por ello, no ofrece una intervención clínica directa, ni implica el manejo de información sensible o datos personales y, por tanto, no requiere de una aprobación por un comité de ética como otros trabajos de medicina.

Uno de los aspectos más importantes a la hora de diseñar la Guía, fue priorizar el respetar los principios fundamentales de la ética médica, que guían la práctica profesional: no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia. Estos principios son la base de las consideraciones éticas que se plantean a continuación.

En primer lugar, cabe destacar que uno de los problemas a la hora de elaborar un material educativo sanitario es el riesgo de caer en la sobre simplificación, que pueda resultar en la pérdida de información relevante o la generación de mensajes vagos e inexactos. Esto es fundamental, ya que puede contribuir a la desinformación especialmente en colectivos vulnerables, como el de las personas mayores, incumpliendo el principio de no maleficencia. Por ello, en la elaboración del proyecto se han adoptado las siguientes medidas: una redacción clara de los signos de alarma, ejemplos claros y simples evitando, en la medida de lo posible las ambigüedades y sobre todo una recomendación de consulta ante la duda, para evitar retrasos en el acceso a los servicios sanitarios. También se ha recalcado en diversas ocasiones a lo largo de la Guía, la importancia de no confundir la herramienta con una valoración médica personalizada y la necesidad de individualizar.

En segundo lugar, el principio de beneficencia se refleja en la búsqueda de la mejora de la calidad de vida de las personas mayores durante el envejecimiento. El objetivo primordial de este proyecto es la mejora del manejo domiciliario, la reducción de las

complicaciones evitables y la contribución al envejecimiento en el hogar ("Aging in place").

Por otra parte, uno de los principales pilares en este caso, es el principio de autonomía, ya que el hecho de que las personas mayores ganen independencia para el manejo domiciliario es el objetivo final del trabajo. El trabajo no solo busca el poder acceder a la información, sino también poder mejorar su comprensión y, por tanto, promover la participación en la toma de decisiones sobre su propia salud. Es importante recalcar la diferencia entre potenciar el empoderamiento y prescindir del asesoramiento médico personalizado, y reconocer las limitaciones de una herramienta divulgativa.

Finalmente, haciendo mención del principio de equidad y justicia, el trabajo trata de remarcar el bajo nivel de alfabetización en salud como una barrera de acceso a los servicios sanitarios. Esta Guía trata de reducir esta desigualdad haciendo de la información académica y científica un recurso más asequible para el público diana, intentando adaptarse a las limitaciones sensoriales y cognitivas que comporta el envejecimiento.

4. RESULTADOS

El resultado final de la intervención consiste en una Guía de salud adaptada y dirigida a personas mayores (Anexo 1) cuyo contenido, estructura y diseño se describen a continuación. La Guía ha sido diseñada para su aplicación en un contexto comunitario, habiéndose presentado a los usuarios mediante un taller grupal con el objetivo de facilitar su comprensión y su uso en el domicilio.

4.1. CONTENIDO DE LA GUÍA

El contenido de la Guía se basó en la revisión y síntesis de literatura científica reciente, incluyendo guías clínicas, revisiones sistemáticas, documentos institucionales y recursos especializados en geriatría y cronicidad. Para ello, se consultaron principalmente recomendaciones relacionadas con el manejo domiciliario, la adherencia terapéutica, la prevención de complicaciones y la identificación precoz de signos de alarma en personas mayores.

La selección de patologías incluidas se realizó atendiendo a criterios clínicos y epidemiológicos. Se priorizaron enfermedades crónicas y síndromes geriátricos prevalentes, especialmente aquellos asociados a fragilidad, pérdida de autonomía, ingresos hospitalarios recurrentes y deterioro funcional global. Asimismo, se incluyeron situaciones clínicas en las que la educación sanitaria y el reconocimiento precoz de los signos de alarma pueden contribuir al manejo cotidiano y a la toma de decisiones en el domicilio [17].

Para ello se consultaron datos epidemiológicos nacionales sobre la prevalencia de enfermedades crónicas en la población adulta en España [20]. A partir de esta revisión, se seleccionaron las siguientes patologías y síndromes geriátricos:

- Patología cardiovascular: hipertensión arterial (HTA) e insuficiencia cardiaca
- Patología metabólica: diabetes mellitus tipo 2
- Patología respiratoria: enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
- Patología osteoarticular y funcional: artrosis-dolor osteoarticular
- Síndromes geriátricos: caídas y deterioro cognitivo
- Salud mental: ansiedad, depresión e insomnio

La hipertensión arterial, la diabetes mellitus y la insuficiencia cardiaca fueron seleccionadas por tratarse de algunas de las enfermedades crónicas más prevalentes en la población geriátrica y por su estrecha relación con complicaciones cardiovasculares, ingresos hospitalarios y pérdida de funcionalidad. Asimismo se trata de patologías en las que el control domiciliario, la adherencia terapéutica y la identificación precoz de signos de alarma desempeñan un papel relevante en la prevención de descompensaciones [21, 22,23]. Cabe comentar que aunque se valoró inicialmente la inclusión de otras patologías con repercusión cardiovascular muy prevalentes como la hipercolesterolemia, se decidió priorizar aquellas donde el reconocimiento de síntomas, la monitorización domiciliaria y la identificación precoz de signos de alarma pudieran tener una aplicación más directa en el contexto cotidiano de las personas mayores y sus cuidadores.

En el caso de la EPOC, se consideró especialmente relevante incluir recomendaciones relacionadas con la prevención de exacerbaciones respiratorias y el reconocimiento personal precoz de signos de empeoramiento clínico, debido al importante impacto que estas descompensaciones tienen sobre la funcionalidad, la calidad de vida y el riesgo de hospitalización en personas mayores [24].

La artrosis y el dolor osteoarticular se incluyeron por su elevada prevalencia en personas mayores y su impacto directo sobre la movilidad, la autonomía funcional y la calidad de vida. Aunque no suelen asociarse a descompensaciones agudas como otras patologías crónicas, constituyen un motivo frecuente de consulta y limitación en las actividades básicas de la vida diaria, y pueden favorecer el sedentarismo, fragilidad, aislamiento y un mayor riesgo de caídas [25,26].

Además de enfermedades crónicas concretas se decidió incorporar dos síndromes geriátricos especialmente frecuentes y relevantes en la población anciana: las caídas y el

deterioro cognitivo. Aunque no constituyen enfermedades específicas, ambos síndromes presentan una elevada prevalencia y se asocian de forma importante a pérdida de independencia, fragilidad, institucionalización y deterioro de la calidad de vida [16, 27, 28].

Finalmente, se incorporó un apartado de salud mental, en el que se trata brevemente problemas de sueño, ansiedad y depresión, buscando abordar al paciente mayor desde una perspectiva integral, que contempla no solo las enfermedades orgánicas, sino también la esfera psicoemocional. Las alteraciones del sueño, la soledad no deseada y la elevada frecuencia de síntomas ansioso-depresivos presentan una importante repercusión sobre el bienestar, la calidad de vida y la percepción del estado de salud de las personas mayores. A su vez, muchos de estos problemas continúan infradiagnosticados en población anciana, en parte debido a la tendencia a normalizar determinados síntomas emocionales como consecuencia del envejecimiento, así como al estigma que todavía existe alrededor de la salud mental y la búsqueda de ayuda [29].

A partir de la selección de las patologías mencionadas, se priorizaron aquellos aspectos relacionados con el manejo cotidiano de las patologías en el domicilio, seleccionando recomendaciones aplicables y fácilmente reconocibles tanto por las personas mayores como por sus cuidadores. Para ello, se revisaron guías clínicas y documentos de consenso relacionados con la adherencia terapéutica, la prevención de complicaciones y los criterios de consulta sanitaria o atención urgente.

En el caso de la hipertensión arterial y la insuficiencia cardiaca se incorporaron recomendaciones relacionadas con el control domiciliario de la tensión arterial, la identificación precoz de signos de descompensación y el reconocimiento de síntomas sugestivos de evento cardiovascular [21,22].

En la diabetes mellitus, se priorizaron recomendaciones relacionadas con la prevención y detección precoz tanto de hipo como de hiperglucemias, así como pautas básicas de actuación ante situaciones frecuentes en el domicilio [23].

Por otro lado, en la EPOC se incluyeron recomendaciones orientadas al reconocimiento precoz de exacerbaciones respiratorias, la identificación de signos de alarma urgentes así como medidas dirigidas a prevenir complicaciones frecuentes asociadas al tratamiento inhalado y sus señales para poder detectarlas [24].

Con respecto a la osteoartrosis se recogieron principalmente recomendaciones orientadas a la prevención de la inmovilidad, el manejo cotidiano del dolor, la realización de ejercicio adaptado y la identificación de situaciones que requieren valoración sanitaria, como dolor intenso persistente, inflamación importante, pérdida brusca de movilidad o aparición de síntomas tras una caída o traumatismo [25,26].

En cuanto a los síndromes geriátricos, en el apartado relacionado con las caídas se incorporan recomendaciones centradas en la prevención de riesgos que puedan condicionar caídas, la identificación de señales de alarma ante estos casos y la consulta ante caídas repetidas, lesiones o repercusión funcional asociada [27]. En el caso del deterioro cognitivo se incorporaron señales de alerta relacionadas con pérdida de memoria, desorientación, cambios conductuales o dificultades crecientes para el manejo de las actividades cotidianas [28].

Por último, en el apartado de salud mental se incorporaron recomendaciones orientadas a la identificación de síntomas ansioso-depresivos, alteraciones del sueño y situaciones de aislamiento o malestar emocional. Asimismo se incluyeron pautas básicas relacionadas con la higiene del sueño, hábitos de vida saludables y señales de alarma que pueden requerir valoración sanitaria, como la pérdida de interés por las actividades cotidianas o tristeza, ansiedad y/o insomnio mantenidos.

4.2. ESTRUCTURA DE LA GUÍA

La Guía de salud, elaborada está organizada en torno a las principales patologías mencionadas en el apartado anterior, estructurándose en bloques temáticos por sistemas y aparatos.

Cada patología sigue una misma estructura con el objetivo de facilitar la compresión y la toma de decisiones en el ámbito domiciliario. En concreto, cada apartado incluye:

- Una breve explicación de la enfermedad, orientada a comprender en qué consiste y por qué es importante controlarla
- Una sección sobre cómo se mide o se monitoriza la enfermedad en aquellas donde sea importante hacerlo
- Un apartado específico sobre los signos de alarma que requieren atención urgente
- Una recopilación de situaciones frecuentes en las que se recomienda acudir al centro de salud o el servicio sanitario disponible de atención primaria
- Recomendaciones prácticas para el autocuidado diario.

Esta organización busca ofrecer una herramienta clara, simple, sistemática y fácilmente aplicable sin conocimientos previos en la materia.

4.3. DISEÑO VISUAL Y ACCESIBILIDAD

El diseño de la Guía se ha desarrollado con el objetivo de maximizar su accesibilidad y comprensión por parte de personas mayores, teniendo en cuenta sus posibles limitaciones visuales, cognitivas o de alfabetización en salud.

Se ha empleado un sistema de codificación por colores inspirado en el modelo de semáforo, con el fin de facilitar la identificación rápida de la información relevante. De este modo:

- El color rojo se ha utilizado para señalar situaciones de gravedad y urgencia,
- El amarillo para indicar la necesidad de consultar con profesionales sanitarios
- El verde para presentar recomendaciones de autocuidado domiciliario.

Asimismo, se han utilizado frases cortas y estructuras en forma de listas, con el fin de evitar la sobrecarga cognitiva que ocurre con los párrafos largos y densos, que pueden provocar fatiga mental, relectura y pérdida de foco. Todo ello, no solo dificulta el aprendizaje, sino que también puede generar estrés añadido y comprometer la comprensión y la gestión adecuada del problema de salud a abordar.

5. EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

La evaluación realizada en este trabajo se centró en la evaluación de la presentación de la Guía y en la percepción inicial de utilidad, comprensión y aplicabilidad del recurso, tras el taller realizado, no en la Guía como tal. Debido a las limitaciones de tiempo del proyecto, no fue posible realizar una evaluación longitudinal del uso de la Guía en el domicilio ni analizar su utilidad práctica por parte de las personas mayores y sus cuidadores.

La valoración de la intervención se realizó desde dos perspectivas diferentes: por un lado, la percepción de los usuarios potenciales de la Guía tras el taller y, por otro, la valoración realizada por los miembros de la entidad colaboradora con respecto a la utilidad y adecuación del recurso a su propio contexto.

5.1. EVALUACIÓN POR PARTE DE LOS USUARIOS

La evaluación dirigida a los usuarios potenciales del recurso se realizó al finalizar el taller mediante un breve cuestionario de satisfacción y comprensión de la Guía (Anexo

4), diseñado con preguntas sencillas y respuestas cerradas para facilitar su cumplimentación por parte de los asistentes.

Al taller asistieron un total de 30 personas mayores del barrio Gòtic y Raval de Barcelona, de las cuales 25 eran mujeres (más del 80% del total). En general, la valoración de la intervención fue muy positiva, especialmente en relación con la utilidad práctica de la Guía y su posible aplicación en el domicilio. La mayoría de los participantes consideraron que la Guía podía resultarles útil para manejar determinadas situaciones que viven de manera habitual y orientarse mejor ante problemas de salud frecuentes.

Asimismo, se valoró favorablemente la estructura visual basada en el sistema tipo semáforo, así como el lenguaje sencillo empleado. Sin embargo, aproximadamente un 25% de los asistentes manifestó ciertas dudas respecto a si sabrían identificar correctamente cuándo consultar o acudir a urgencias, aspecto que además coincide con alguna de las limitaciones identificadas en la preparación de la implementación de la intervención.

En cuanto a las sugerencias libres recogidas, varios participantes señalaron que echaban en falta información relacionada con otras patologías o situaciones clínicas concretas que les afectaban personalmente. Este hecho puso de manifiesto tanto la heterogeneidad de necesidades existente en la población mayor como el interés generado por el recurso presentado.

5.2. EVALUACIÓN POR PARTE DE LA ENTIDAD

La evaluación por parte de los miembros de la Comunidad de Sant'Egidio que asistieron al taller se llevó a cabo también mediante un cuestionario específico (Anexo 5), con el objetivo de valorar la adecuación, utilidad y viabilidad de implementación de la Guía en su ámbito de actuación.

A la sesión acudieron 5 miembros de la entidad (4 de ellos mujeres), quienes realizaron una valoración global positiva, tanto de la Guía como del taller realizado. Se destacó especialmente el potencial de la intervención para empoderar a los mayores en la identificación de signos de alarma y en la toma de decisiones relacionadas con la decisión de consultar un recurso sanitario, especialmente en situaciones que muchos usuarios desconocían previamente.

Asimismo, la entidad valoró de forma especialmente favorable el apartado relacionado con la prevención y manejo de las caídas, considerándolo un tema de gran relevancia en la población con la que trabaja habitualmente. También se felicitó el diseño visual de la Guía, destacando la facilidad de lectura gracias a la letra grande, colores diferenciados y estructura clara y sencilla.

Como principal aspecto de mejora, se propuso que en el caso de existir futuras revisiones o ampliaciones del proyecto pudiera incorporarse una participación más activa de las personas mayores, desde el comienzo del proyecto, por ejemplo, mediante entrevistas o cuestionarios dirigidos a identificar de forma más específica y cercana sus necesidades y preocupaciones cotidianas.

5.3. AUTOEVALUACIÓN Y LIMITACIONES

La realización de este trabajo ha permitido desarrollar una intervención centrada en una necesidad real detectada en el ámbito comunitario, lo que ha permitido integrar conocimientos médicos con una perspectiva social y de acompañamiento. La elaboración de la Guía y el desarrollo del taller han supuesto una gran oportunidad para reflexionar sobre la importancia de adaptar la información sanitaria a las características y necesidades concretas de la población mayor.

Uno de los principales puntos fuertes que ha tenido la intervención ha sido el carácter práctico y accesible de la Guía elaborada, diseñada intencionadamente con un lenguaje sencillo y apoyado en recursos visuales para mejorar su comprensión. Asimismo, al colaborar con la Comunidad de Sant'Egidio, se ha podido desarrollar un proyecto estrechamente conectado con la realidad cotidiana de las personas mayores y de sus cuidadores.

No obstante, es importante mencionar también que este trabajo presenta diversas limitaciones, que deben ser consideradas.

En primer lugar, la Guía no puede sustituir en ningún caso la valoración individualizada de un profesional sanitario ni una consulta médica. La medicina requiere adaptar las decisiones en función del contexto clínico, funcional y social de los pacientes y es algo que resulta imposible de reflejar completamente en un recurso general y simplificado como este.

Asimismo, la elevada complejidad y heterogeneidad de la población anciana hace imposible incluir todas las enfermedades, situaciones clínicas y escenarios potenciales que pueden aparecer en el domicilio. Por ello, la Guía debe entenderse únicamente como una herramienta de orientación y apoyo, y no como un recurso capaz de resolver de forma autónoma todos los problemas relacionados con la salud y el envejecimiento.

Otra limitación importante del trabajo fue la imposibilidad de realizar una evaluación longitudinal del uso real de la Guía en el domicilio. Debido a las limitaciones temporales del proyecto, la evaluación realizada se centró en la presentación del recurso, sin poder valorar cómo de útil resultaría ser la Guía en el domicilio de las personas mayores y sus cuidadores. Por lo tanto, no fue posible analizar cómo la utilizarían realmente las personas mayores en situaciones cotidianas, ni valorar su impacto sobre la toma de decisiones, el

manejo domiciliario de enfermedades crónicas o la utilización eficiente de recursos sanitarios.

A su vez, el contenido de la Guía no fue sometido a un proceso formal de revisión por expertos externos previo a su implementación. En futuras fases del proyecto podría resultar de interés incorporar revisiones multidisciplinares, así como evaluaciones posteriores tras un periodo de utilización real en el domicilio, que permitieran valorar de manera más precisa su utilidad práctica, su comprensión y su aplicabilidad.

Además, durante la preparación del taller y la reflexión sobre cómo utilizarían realmente la Guía las personas mayores en el domicilio, se identificaron diversas limitaciones prácticas relacionadas con su uso. Uno de los aspectos que más preocupación generó fue el riesgo potencial de que algunas personas puedan retrasar la consulta a un recurso sanitario o la atención urgente por intentar buscar primero una respuesta en la Guía. Es por ello, que en todo momento durante el taller se insistió en que, ante una situación grave o preocupante, debe priorizarse siempre la consulta inmediata con profesionales sanitarios o servicios de urgencias.

Finalmente, otra de las limitaciones objetivada en esta fase fue la propia organización de la Guía por patologías. Muchos síntomas son inespecíficos y pueden aparecer en múltiples enfermedades diferentes, dificultando identificar dónde buscar la información correspondiente sin una formación sanitaria previa. Del mismo modo, algunos pacientes pueden no relacionar determinados síntomas con la patología concreta en la que están explicados, dificultando así el uso práctico del recurso.

A pesar de estas limitaciones, la intervención con la entidad ha permitido desarrollar un recurso adaptado a una necesidad detectada a nivel comunitario, así como aproximarse a las dificultades reales que presentan las personas mayores y sus cuidadores. Del mismo modo, la realización del taller permitió identificar aspectos susceptibles de mejora y

posibles líneas de desarrollo del futuro para adaptar el recurso de forma más precisa para las necesidades de los usuarios.

6. REFLEXIÓN PERSONAL

La elección de este trabajo surge principalmente de la necesidad de realizar un trabajo con un componente social y humano importante, que se salga un poco del marco más teórico del Grado en Medicina. Más que desarrollar un trabajo puramente técnico y académico, buscaba crear algo que pudiera tener una utilidad práctica y real para las personas a las que va dirigido. Aunque se trata de una intervención pequeña y acotada, considero que este trabajo ha intentado generar un impacto significativo en la vida cotidiana de quienes puedan utilizar esta Guía, especialmente en pequeños momentos de duda, miedo o inseguridad relacionados con la salud.

Siendo sincera, mi propia experiencia cercana y familiar con situaciones de dependencia, fragilidad y enfermedad ha sido y será, en gran medida, el principal motor de este trabajo y también de la forma en la que entiendo mi futura práctica profesional.

Habiendo vivido de cerca las dificultades que surgen en el cuidado cotidiano y habiendo asumido, sin demasiada experiencia, el papel de cuidadora, pude comprender que muchas de las preocupaciones no solo vienen de la propia carga que comporta la enfermedad, si no que en muchas ocasiones estas inquietudes vienen del desconocimiento, de la falta de comprensión, del miedo a molestar por necesitar ayuda o de la propia incertidumbre que genera el proceso de enfermar. Es por ello por lo que el principal objetivo del trabajo contribuir a potenciar la autonomía de los pacientes mayores que viven estas situaciones y fomentar su capacidad para afrontar el día a día de la enfermedad con mayor seguridad, dignidad, comprensión y autonomía.

Uno de los aspectos que más me ha hecho reflexionar durante la elaboración de este trabajo ha sido la responsabilidad que implica desarrollar un recurso dirigido directamente a pacientes reales. A lo largo de todo el proceso, ha existido en mí un miedo constante a equivocarme o a simplificar en exceso situaciones complejas, que pudieran comprometer negativamente la vida de otras personas. La posibilidad de que una recomendación pudiera ser malinterpretada o llegara a generar consecuencias perjudiciales para una persona mayor me hizo tomar consciencia de la enorme responsabilidad que implica tomar decisiones que afecten directamente a la salud de otros. En este sentido, considero también que este trabajo ha supuesto la aproximación más cercana a lo que significa ejercer la medicina, que tendré antes de entrar en la residencia. Como futuros médicos, convivimos con el temor a cometer errores, especialmente cuando sabemos que las consecuencias de equivocarnos pueden afectar profundamente tanto a los pacientes como a sus familias y su entorno cercano. Este proyecto me ha permitido recordar la importancia de actuar siempre desde la prudencia, la responsabilidad y la humildad, entendiendo que detrás de cada enfermedad existen personas reales con historias, miedos y circunstancias muy diferentes.

Asimismo, trabajar con la Comunitat de Sant'Egidio me permitió acercarme de manera breve pero emocionante a una realidad social muchas veces invisibilizada. La labor de acompañamiento que realizan pone de manifiesto que cuidar no siempre implica resolver grandes problemas, sino también, estar presente, escuchar, mostrar interés y disminuir esa sensación de soledad o desamparo que origina la vejez. Creo que este trabajo me ha ayudado a entender que el cuidado y el acompañamiento van más allá, y que forman la parte esencial de la práctica médica.

Finalmente, me gustaría agradecer haber podido realizar este trabajo, ya que este proyecto ha reforzado el tipo de medicina que me gustaría ejercer en el futuro: una

medicina cercana, amable, accesible y centrada en la persona sentada al otro lado de la mesa. Más allá de la elaboración de una Guía, este trabajo me ha permitido reflexionar sobre el valor de los cuidados, la importancia de la autonomía y la necesidad de adaptar el conocimiento a la realidad cotidiana de quienes conviven con la enfermedad fuera de las consultas y los hospitales.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). España combina longevidad récord con desafíos en atención a la dependencia y las enfermedades crónicas [Internet]. Madrid: CSIC; 2025 [citado el 23 de enero de 2026]. Disponible en: https://www.csic.es/es/actualidad-del-csic/espana-combina-longevidad-record-con-desafios-en-atencion-la-dependencia-y-las-enfermedades-cronicas
2. Instituto Nacional de Estadística. Población por sexo y grupos de edad [Internet]. Madrid: INE; 2025 [citado el 28 de enero de 2026]. Disponible en: https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=1451
3. de la Luz Sobrevilla Cruz M. Envejecimiento e institucionalización: reflexiones en torno al maltrato e institucionalización coercitiva de las personas adultas mayores. PERS [Internet]. 2022 [citado el 10 de mayo de 2026];24(1):25–53. Disponible en: https://perspectivassociales.uanl.mx/index.php/pers/article/view/165
4. Díaz Gorfinkiel M. Ámbito temático 1. Situación actual de la institucionalización de las personas en el ámbito de los cuidados en España: Personas mayores [Internet]. Madrid: Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030 / Universidad Carlos III de Madrid; 2024 [citado el 29 de ene de 2026]. Disponible

en: https://estudiodesinstitucionalizacion.gob.es/wp-content/uploads/2024/01/4.-Situacion-actual-de-la-institucionalizacion-de-las-personas-en-el-ambito-de-los-cuidados-en-Espana-2.pdf

5. Socci M, Melchiorre MG, Di Rosa M, D'Amen B. Functional and psychosocial profile of older people living in nursing homes: findings from the European Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). Healthcare [Internet]. 2023 [citado el 29 de ene de 2026]; 11 (19):2702. Disponible en: https://www.mdpi.com/2227-9032/11/19/2702
6. European Commission, Social Protection Committee. Long-term care report: trends, challenges and opportunities in an ageing society [Internet]. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2021 [citado el 29 de ene de 2026]. Disponible en: https://www.ifsw.org/wp-content/uploads/2021/07/KE-09-21-202-EN-N-1.pdf.
7. Villeneuve R, Meillon C, Dartigues JF, Amieva H. Trajectory of quality of life before and after entering a nursing home: a longitudinal study. J Geriatr Psychiatry Neurol [Internet]. 2022 [citado el 29 de ene de 2026];35(1):102-109. Disponible en: https://doi.org/10.1177/0891988720964259.
8. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta continua de hogares 2020 [Internet]. Madrid: INE; 2021 [citado el 30 de ene de 2026]. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/ech_2020.pdf
9. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. La lista de espera de la dependencia baja casi un 20% en un año y registra un máximo histórico de personas atendidas [Internet]. Madrid: IMSERSO; 2024 [citado el 6 de abr de 2026]. Disponible en: https://imserso.es/detalle-actualidad/-/asset_publisher/n1oS8lWfrx6m/content/la-lista-de-espera-de-la-dependencia-

baja-casi-un-20-en-un-ano-y-registra-un-maximo-historico-de-personas-atendidas/20123

10. Cruz Roja Española. ¿Qué significa ser una cuidadora y cuidador? [Internet]. Madrid: Cruz Roja Española; [citado el 6 de abr de 2026]. Disponible en: https://www.cruzroja.es/ser-cuidador/Que-significa-ser-una-cuidadora-y-cuidador-1.html
11. Kim H-S, Kim J, Kim J-A. Mediating role of health literacy in relationship between frailty and health-related quality of life in community-dwelling older adults. PLoS One [Internet]. 2024 [citado 24 de enero de 2026];19(5):e0303164. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0303164
12. Panagioti M, Skevington SM, Hann M, Howells K, Blakemore A, Reeves D, et al. Effect of health literacy on the quality of life of older patients with long-term conditions: a large cohort study in UK general practice. Qual Life Res [Internet]. 2018 [citado 24 de enero de 2026];27(5):1257–68. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1007/s11136-017-1775-2
13. Bostock S, Steptoe A. Association between low functional health literacy and mortality in older adults: longitudinal cohort study. BMJ [Internet]. 2012 [citado 24 de enero de 2026];344:e1602. Disponible en: https://www.bmj.com/content/344/bmj.e1602
14. Santegidio.org. [citado el 10 de mayo de 2026]. Disponible en: https://www.santegidio.org/pageID/30092/langID/es/VIVA-LOS-ANCIANOS.html
15. OMS: World Health Organization. Decade of healthy ageing: baseline report [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [citado 25 de enero de 2026] ;Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900

16. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG). Prevención de la enfermedad, la discapacidad y la dependencia. En: Tratado de Geriatría para residentes [Internet]. Madrid: SEGG; [citado el 10 de mayo de 2026]. Disponible en: https://www.segg.es/tratadogeriatria/main.html
17. Ministerio de Sanidad. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. Gob.es. [citado el 10 de mayo de 2026]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/abordajeCronicidad/docs/Estrategia_de_Abordaje_a_la_Cronicidad_en_el_SNS_2021.pdf
18. Chesser AK, Keene Woods N, Smothers K, Rogers N. Health literacy and older adults: A systematic review: A systematic review. Gerontol Geriatr Med [Internet]. 2016 [citado el 10 de mayo de 2026] ;2:2333721416630492. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1177/2333721416630492
19. Bertolazzi A, Quaglia V, Bongelli R. Barriers and facilitators to health technology adoption by older adults with chronic diseases: an integrative systematic review. BMC Public Health [Internet]. 2024 [citado el 10 de mayo de 2026] ;24(1):506. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1186/s12889-024-18036-5
20. Principales problemas crónicos de salud, porcentaje de población de 15 y más años que padece determinados problemas crónicos, registrado en atención primaria, por comunidad autónoma [Internet]. Gob.es. [citado el 10 de mayo de 2026]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/tablas/tabla5.htm
21. McEvoy JW, McCarthy CP, Bruno RM, Brouwers S, Canavan MD, Ceconi C, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and

hypertension. Eur Heart J [Internet]. 2024;45(38):3912–4018. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehae178

22. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur Heart J [Internet]. 2021;42(36):3599–726. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehab368
23. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 3. Prevention or delay of diabetes and associated comorbidities: Standards of care in diabetes-2024. Diabetes Care [Internet]. 2024;47(Suppl 1):S43–51. Disponible en: http://dx.doi.org/10.2337/dc24-S003
24. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for prevention, diagnosis and management of COPD: 2024 report [Internet]. 2024 [citado el 10 de mayo de 2026]. Disponible en: https://goldcopd.org/2024-gold-report/
25. Torres Haba R, Nieto de Haro MD. Inmovilidad. En: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG). Tratado de Geriatría para residentes [Internet]. Madrid: SEGG; [citado el 10 de mayo de 2026]. Disponible en: https://www.segg.es/tratadogeriatria/main.html
26. Rodríguez Solís J, Palomo Martínez VM, Bartolomé Blanco S, Hornillos Calvo M. Osteoartrosis. En: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG). Tratado de Geriatría para residentes [Internet]. Madrid: SEGG; [citado el 10 de mayo de 2026]. Disponible en: https://www.segg.es/tratadogeriatria/main.html
27. World Health Organization. Step safely: strategies for preventing and managing falls across the life-course [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [citado el 10 de mayo

de 2026]. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789240021914

28. Amor Andrés MS, Martín Correa E. Deterioro cognitivo leve. En: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG). Tratado de Geriatría para residentes [Internet]. Madrid: SEGG; [citado el 10 de mayo de 2026]. Disponible en: https://www.segg.es/tratadogeriatria/main.html
29. World Health Organization. Mental health of older adults [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [citado el 10 de mayo de 2026]. Disponible en: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults

8. ANEXOS

8.1. ANEXO 1. GUÍA DE SALUD ADAPTADA



¿CÓMO CUIDARSE EN CASA?

UNA GUÍA PRÁCTICA DE SALUD PARA EL DÍA A DÍA EN LA TERCERA EDAD

© 2026 Lucía Feliz Núñez.
Este material se distribuye bajo una licencia Creative Commons CC BY-NC-SA Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0):
https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BARCELONA
GRADO EN MEDICINA
TFG APRENDIZAJE Y SERVICIO (ApS)
AUTORA: LUCÍA FELIZ NÚÑEZ
TUTORA: MONTSERRAT SOLANAS GARCIA

Esta guía es fruto del trabajo de fin de grado del grado en Medicina de la Universidad Autónoma de Barcelona de Lucía Feliz Núñez, siguiendo la metodología de Aprendizaje y Servicio.

ÍNDICE:

1 CORAZÓN Y TENSIÓN 1-16

-HIPERTENSIÓN ARTERIAL

-INSUFICIENCIA CARDIACA

2 AZÚCAR (DIABETES) 16-21

3 RESPIRATORIO 22-28

4 MOVILIDAD Y CAÍDAS 29-42

-DOLOR ARTICULAR

-CAÍDAS

5 DETERIORO COGNITIVO 43-48

6 SALUD MENTAL 49-55

HIPERTENSIÓN ARTERIAL



La **tensión arterial** es la fuerza con la que circula la sangre por las arterias.

Cuando esa presión se mantiene alta durante un tiempo, hablamos de **HIPERTENSIÓN ARTERIAL.**

En general, consideramos que está alta cuando está por encima de **140** la **máxima** y **90** la **mínima**.

CORAZÓN Y TENSIÓN

HIPERTENSIÓN ARTERIAL



Muchas veces no da síntomas, pero si no se controla bien puede dañar órganos muy importantes como el corazón, el cerebro o los riñones.



Por eso es importante detectarla y controlarla, con hábitos de vida saludables y/o tratamiento

CORAZÓN Y TENSIÓN

HIPERTENSIÓN ARTERIAL



¿CÓMO SE MIDE LA TENSIÓN?

Con un aparato llamado **tensiómetro.**

Puede ser:

- Automático
- Manual: medido por profesionales sanitarios

Si no dispone de un tensiómetro automático en casa, puede acudir a la farmacia para medirse la presión.



CORAZÓN Y TENSIÓN

HIPERTENSIÓN ARTERIAL



Para medírsela, siéntese y descanse 5 minutos:

- Apoye bien la espalda y los brazos
- No hable durante la medición
- Tómesela dos veces y anótelo en un papel

CORAZÓN Y TENSIÓN

HIPERTENSIÓN ARTERIAL



¿CUÁNDO ACUDIR A URGENCIAS O LLAMAR AL 112?

Si tiene la tensión por encima de 180/110, y aparece alguno de estos síntomas:

- Dolor fuerte en el pecho
- Falta de aire importante
- Dolor de cabeza intenso y repentino
- Confusión o dificultad para hablar
- Pérdida de fuerza en un lado del cuerpo o entumecimiento
- Cambios bruscos en la visión

SIGA LAS RECOMENDACIONES DE SU MÉDICO

CORAZÓN Y TENSIÓN

HIPERTENSIÓN ARTERIAL



¿CUÁNDO ACUDIR A URGENCIAS O LLAMAR AL 112?

Si tiene la **tensión** por encima de **180/110** y no tiene síntomas, **espere 5 minutos** y vuelva a tomársela. Si sigue igual de alta, llame al 112.

CORAZÓN Y TENSIÓN

SIGA LAS RECOMENDACIONES DE SU MÉDICO

HIPERTENSIÓN ARTERIAL



¿CUÁNDO PEDIR CITA EN EL CENTRO DE SALUD?

- Si la tensión está alta varios días seguidos.
- Tiene dudas sobre cómo tomar su medicación.
- Cree que algún medicamento le puede estar sentando mal.
- No sabe cómo utilizar bien el tensiómetro.
- Nota que se marea al levantarse de la cama o del sofá, o se ha caido porque estaba mareado.
- Siente dolor de cabeza frecuente o palpitaciones.

SIGA LAS RECOMENDACIONES DE SU MÉDICO

CORAZÓN Y TENSIÓN

HIPERTENSIÓN ARTERIAL



¿CÓMO CUIDARSE EN CASA?

- **Tómese la medicación** todos los días tal y como le haya indicado su médico, aunque se sienta bien.
- **Mídase la tensión regularmente**, si su médico se lo recomienda. Si se la toma, apunte las cifras en una libreta para la próxima consulta.
- **Reduzca la sal**: menos de una cucharita pequeña al día (5g), repartida entre todas las comidas.

SIGA LAS RECOMENDACIONES DE SU MÉDICO

CORAZÓN Y TENSIÓN

HIPERTENSIÓN ARTERIAL



¿CÓMO CUIDARSE EN CASA?

- **Evite alimentos muy salados** como embutidos, conservas o comida preparada.
- **Camine todos los días**, en la medida de lo posible
- **Limite el consumo de alcohol**.

SIGA LAS RECOMENDACIONES DE SU MÉDICO

CORAZÓN Y TENSIÓN

INSUFICIENCIA CARDIACA



La insuficiencia cardiaca ocurre cuando el corazón no funciona con normalidad y no puede enviar suficiente sangre al resto del cuerpo. Esto puede provocar que la sangre no llegue bien a los órganos o que se acumule líquido en distintas partes del cuerpo.

Es importante controlar esta enfermedad porque puede provocar que los órganos importantes no reciban suficiente sangre y acaben perdiendo su funcionamiento.

CORAZÓN Y TENSIÓN

INSUFICIENCIA CARDIACA



Los síntomas son variados, pero es frecuente la falta de aire, el cansancio o la retención de líquidos.

CORAZÓN Y TENSIÓN

INSUFICIENCIA CARDIACA



¿CUÁNDO ACUDIR A URGENCIAS O LLAMAR AL 112?

Si nota alguno de estos síntomas:

- Falta de aire intensa en reposo o sensación de ahogo importante
- Dolor fuerte en el pecho
- Pérdida de consciencia o mareo intenso
- Dificultad al respirar brusca al tumbarse

CORAZÓN Y TENSIÓN

SIGA LAS RECOMENDACIONES DE SU MÉDICO

INSUFICIENCIA CARDIACA



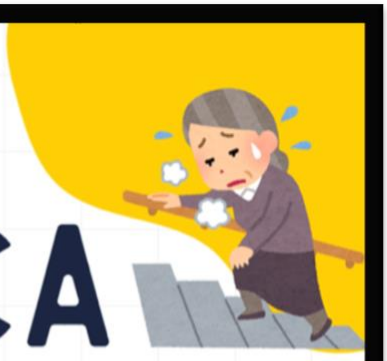
¿CUÁNDO PEDIR CITA EN EL CENTRO DE SALUD?

- Aumenta de peso rápidamente (más de 2-3 kg en pocos días)
- Tiene más falta de aire de lo habitual, aunque pueda continuar con su actividad diaria
- Se le hinchan las piernas o el abdomen más de lo habitual
- Necesita más almohadas para dormir o dormir sentado

SIGA LAS RECOMENDACIONES DE SU MÉDICO

CORAZÓN Y TENSIÓN

INSUFICIENCIA CARDIACA



¿CUÁNDO PEDIR CITA EN EL CENTRO DE SALUD?

- Orina menos de lo habitual, bebiendo la misma cantidad aproximada
- Se encuentra cansado o con mareos, sin pérdida de conocimiento

SIGA LAS RECOMENDACIONES DE SU MÉDICO

CORAZÓN Y TENSIÓN

INSUFICIENCIA CARDIACA



¿CÓMO CUIDARSE EN CASA?

- Tómese la medicación todos los días tal y como le haya indicado su médico y no la abandone sin antes consultar.
- Pésese habitualmente por la mañana, después de orinar y antes de desayunar y anote el peso en una libreta.
- Reduzca la sal: menos de una cucharita pequeña al día (5 gramos), repartida entre todas las comidas.

SIGA LAS RECOMENDACIONES DE SU MÉDICO

CORAZÓN Y TENSIÓN

INSUFICIENCIA CARDIACA



¿CÓMO CUIDARSE EN CASA?

- Mantenga una actividad física suave diaria, consultando con su médico que tipo de actividad podría hacer.
- No fume, ni beba para no empeorar su corazón

SIGA LAS RECOMENDACIONES DE SU MÉDICO

CORAZÓN Y TENSIÓN

DIABETES MELLITUS



La diabetes es una **enfermedad crónica** en la que el nivel de **glucosa (azúcar)** en la sangre está alto.

La glucosa es la principal **fuente de energía del cuerpo**, pero puede ser perjudicial si hay un exceso en la sangre. Esto ocurre porque la insulina, que es la hormona que ayuda a que las células puedan utilizar la glucosa, no funciona correctamente o no es suficiente.

AZÚCAR (DIABETES)

DIABETES MELLITUS



Esto provoca que el azúcar quede en la sangre y pueda lesionar órganos como los **ojos**, los **riñones**, los **nervios** o el **corazón**.

Por eso es muy importante controlarlo, mediante hábitos de vida saludables y/o tratamiento.

AZÚCAR (DIABETES)

DIABETES MELLITUS



¿CUÁNDO ACUDIR A URGENCIAS O LLAMAR AL 112?

- Pérdida de conocimiento o desmayo
- Mucho sueño o dificultad a la hora de despertarse
- Confusión importante o comportamiento extraño
- Sudores fríos, temblores o mareo intenso
- Vómitos continuos o dificultad para respirar

SIGA LAS RECOMENDACIONES DE SU MÉDICO

AZÚCAR (DIABETES)

DIABETES MELLITUS



¿CUÁNDO PEDIR CITA EN EL CENTRO DE SALUD?

- Tiene dudas con la medicación o el control del azúcar
- Si utiliza insulina y tiene dudas consulte con su médico o su enfermera antes de modificar la dosis
- Nota más cansancio o debilidad de lo habitual
- Tiene más sed de lo normal o va más al baño
- Presenta heridas que tardan en curar

SIGA LAS RECOMENDACIONES DE SU MÉDICO

AZÚCAR (DIABETES)

DIABETES MELLITUS



¿CÓMO CUIDARSE EN CASA?

- Tómese la medicación tal y como le ha indicado su médico
- No fume, ya que puede ser especialmente perjudicial para su salud
- Coma en horarios regulares
- Mantenga una alimentación equilibrada evitando azúcares y dulces
- Realice actividad física regular
- No deje de comer ni de tomar la medicación aunque se encuentre bien

SIGA LAS RECOMENDACIONES DE SU MÉDICO

AZÚCAR (DIABETES)

EPOC



La EPOC es una **enfermedad crónica** que afecta a los **pulmones** y dificulta la respiración. Se produce porque las vías respiratorias que llevan el aire a los pulmones están inflamadas y estrechadas, lo que dificulta que entre y salga el aire.

Puede provocar **falta de aire, tos y aumento de la mucosidad**.

Es una enfermedad que suele empeorar con el tiempo y dificultar las actividades del día a día.

RESPIRATORIO

EPOC



La EPOC grave puede incluso impedir hacer actividades muy básicas como caminar, cocinar o encargarse del cuidado personal.

Suele estar relacionada con el **consumo de tabaco** o la exposición al humo durante años.

RESPIRATORIO

EPOC



¿CUÁNDO ACUDIR A URGENCIAS O LLAMAR AL 112?

- Falta de aire intensa que no mejora con el uso de su tratamiento de rescate (medicación o inhaladores)
- Falta de aire en reposo, incluso estando sentado o acostado
- Dificultad para hablar por falta de aire
- Mucho sueño o dificultad para mantenerse despierto o sentirse confundido, no saber dónde está, o no reconocer a familiares

SIGA LAS RECOMENDACIONES DE SU MÉDICO

RESPIRATORIO

EPOC



¿CUÁNDO ACUDIR A URGENCIAS O LLAMAR AL 112?

- Coloración azulada de labios o uñas
- Sensación de fiebre, temblores o escalofríos

SIGA LAS RECOMENDACIONES DE SU MÉDICO

RESPIRATORIO

EPOC



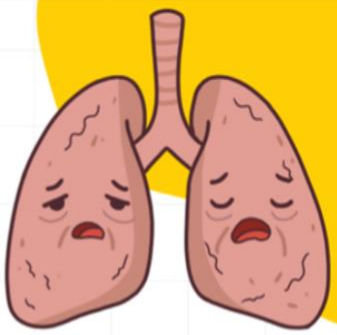
¿CUÁNDO PEDIR CITA EN EL CENTRO DE SALUD?

- Tiene dudas con la medicación o no sabe cómo utilizar los inhaladores
- Si tras usar los inhaladores nota nerviosismo, palpitaciones en el pecho, temblor o náuseas
- Le han aparecido manchas blancas en la boca o tiene molestias al tragar
- Tiene más falta de aire de lo habitual al caminar o en actividades diarias o necesita usar más el inhalador de lo habitual

SIGA LAS RECOMENDACIONES DE SU MÉDICO

RESPIRATORIO

EPOC



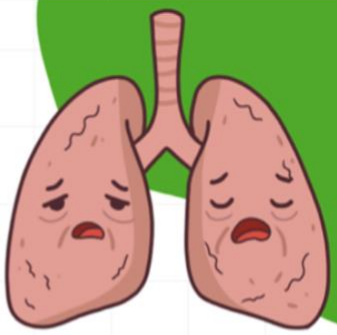
¿CUÁNDO PEDIR CITA EN EL CENTRO DE SALUD?

- Ha notado un aumento de la tos en intensidad o frecuencia
- Tiene más mucosidad o cambios en el color de las flemas

SIGA LAS RECOMENDACIONES DE SU MÉDICO

RESPIRATORIO

EPOC



¿CÓMO CUIDARSE EN CASA?

- Utilice los inhaladores tal y como le han indicado y asegúrese con su médico o enfermera que sabe usarlos correctamente
- Tenga siempre a mano el inhalador de rescate
- Enjuáguese la boca después de utilizar aquellos con cortisona
- Evite fumar y que la gente de su alrededor fume
- Mantenga actividad física suave diaria

SIGA LAS RECOMENDACIONES DE SU MÉDICO

RESPIRATORIO

DOLOR ARTICULAR



El dolor articular es un problema muy frecuente en la población mayor que afecta a las **articulaciones** y produce **dolor** y **dificultad** para moverse.

Puede tener diferentes causas. La más frecuentes es el **desgaste de las articulaciones** por el paso del tiempo (artrosis), aunque también puede aparecer por **inflamación**, **caídas** o por otras enfermedades.

MOVILIDAD Y CAÍDAS

DOLOR ARTICULAR



Puede causar **dolor**, **rigidez** y **limitación** para actividades como caminar, subir escaleras o incluso levantarse de la silla.

Aunque no se trata de una enfermedad grave, puede resultar muy molesta y limitante en el día a día, afectando a la autonomía y a la calidad de vida si no se controla adecuadamente

MOVILIDAD Y CAÍDAS

DOLOR ARTICULAR



¿CUÁNDO ACUDIR A URGENCIAS O LLAMAR 112?

- Dolor muy intenso que aparece de forma brusca
- Inflamación importante de la articulación con enrojecimiento y calor
- Sensación de fiebre, temblores o escalofríos con dolor articular
- Dificultad para caminar o dolor intenso después de una caída
- Imposibilidad para mover la articulación o apoyar la extremidad

SIGA LAS RECOMENDACIONES DE SU MÉDICO

MOVILIDAD Y CAÍDAS

DOLOR ARTICULAR



¿CUÁNDO PEDIR CITA EN EL CENTRO DE SALUD?

- Dolor que empeora progresivamente o dura varios días
- Dolor que no mejora con el tratamiento habitual
- Dudas sobre la medicación que puede tomar para aliviar el dolor
- Rigidez importante, sobre todo al despertarse
- Dificultad creciente para hacer las actividades diarias

SIGA LAS RECOMENDACIONES DE SU MÉDICO

MOVILIDAD Y CAÍDAS

DOLOR ARTICULAR



¿CUÁNDO PEDIR CITA EN EL CENTRO DE SALUD?

- Aparición de dolor en una nueva articulación
- Dolor articular y pérdida de peso involuntaria o sin explicación

SIGA LAS RECOMENDACIONES DE SU MÉDICO

MOVILIDAD Y CAÍDAS

DOLOR ARTICULAR



¿CÓMO CUIDARSE EN CASA?

- Mantenga un nivel de actividad físico regular
- Evite el reposo prolongado, salvo si así se lo han indicado
- Cambie de posición frecuentemente y evite quedarse en una misma postura mucho tiempo
- Consulte con el médico o su enfermera que medicación puede tomar cuando tenga dolor

SIGA LAS RECOMENDACIONES DE SU MÉDICO

MOVILIDAD Y CAÍDAS

DOLOR ARTICULAR



¿CÓMO CUIDARSE EN CASA?

- Use zapatos cómodos y con buen soporte para evitar caídas
- Mantenga un peso adecuado
- Adapte las actividades para evitar sobrecargar las articulaciones

SIGA LAS RECOMENDACIONES DE SU MÉDICO

MOVILIDAD Y CAÍDAS

CAÍDAS



Las caídas pese a no ser una enfermedad per se son un **problema frecuente** en las personas mayores y pueden tener consecuencias importantes para la salud.

Pueden ocurrir por diferentes motivos, como problemas de **equilibrio**, **debilidad muscular**, **mala visión**, efectos de la **medicación** o riesgos en el **entorno**.

Una caída puede provocar lesiones, fracturas o pérdida de confianza al caminar.

MOVILIDAD Y CAÍDAS

CAÍDAS



Además, pueden afectar a la **autonomía** y aumentar el **riesgo de dependencia** si no se previenen.

MOVILIDAD Y CAÍDAS

CAÍDAS



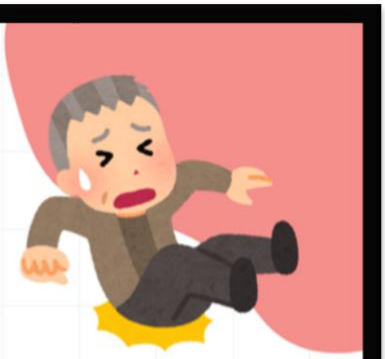
¿CUÁNDO ACUDIR A URGENCIAS O LLAMAR 112?

- Caída con un golpe en la cabeza
- Imposibilidad para caminar o para ponerse de pie tras la caída
- Pérdida de conocimiento o desmayo
- Ha estado mucho tiempo en el suelo sin poder levantarse (más de una hora) o sin poder pedir ayuda
- Presenta un sangrado importante

SIGA LAS RECOMENDACIONES DE SU MÉDICO

MOVILIDAD Y CAÍDAS

CAÍDAS



Aunque se sienta bien después de la caída, vuelva al hospital si en los siguientes días nota:

- Confusión importante o comportamiento extraño
- Debilidad en un lado del cuerpo
- Problemas para hablar o ver
- Mareos al ponerse de pie
- Dolor que empeora en lugar de mejorar
- Orina oscura o dolor muscular intenso

SIGA LAS RECOMENDACIONES DE SU MÉDICO

MOVILIDAD Y CAÍDAS

CAÍDAS



¿CUÁNDO PEDIR CITA EN EL CENTRO DE SALUD?

- Ha tenido una o más caídas recientes
- Se siente inestable o con miedo a caerse
- Nota mareo o sensación de pérdida de equilibrio
- Dificultad creciente para caminar o levantarse
- Ha tenido alguna caída reciente o se siente inestable y ha hecho cambios en su medicación o toma alguna medicación nueva

SIGA LAS RECOMENDACIONES DE SU MÉDICO

MOVILIDAD Y CAÍDAS

CAÍDAS



¿CÓMO CUIDARSE EN CASA?

- Mantenga una actividad física regular para mejorar la fuerza y el equilibrio
- Use calzado cómodo, cerrado, con buen soporte y suela antideslizante
- Use las gafas siempre que las necesite y los audífonos si los tiene
- Evite obstáculos en casa como alfombras o cables
- En el baño puede poner barras de agarre en la ducha o bañera, una alfombrilla antideslizante o una silla de ducha

SIGA LAS RECOMENDACIONES DE SU MÉDICO

MOVILIDAD Y CAÍDAS

CAÍDAS



¿CÓMO CUIDARSE EN CASA?

- Mantenga una buena iluminación en casa, especialmente por la noche
- Levántese despacio de la cama o la silla. Espérese unos segundos sentados antes de levantarse y agárrese a algo estable al levantarse.
- Utilice bastón o andador para sentirse más seguro y no tenga vergüenza de utilizarlos

SIGA LAS RECOMENDACIONES DE SU MÉDICO

MOVILIDAD Y CAÍDAS

DETERIORO COGNITIVO



El deterioro cognitivo es una **alteración de la memoria** y de otras **funciones mentales** como son la **atención**, el **lenguaje** o la **orientación**.

Suele aparecer de forma **progresiva** y puede manifestarse inicialmente como olvidos frecuentes, desorientación o dificultad para mantener hábitos previos.

DETERIORO COGNITIVO

DETERIORO COGNITIVO



Puede generar mucha **preocupación** o **angustia** tanto en la persona que lo vive como en su entorno y acabar afectando a la autonomía y la calidad de vida.

Por eso, es muy importante **detectarlo a tiempo** y **consultar** con **profesionales sanitarios.**

DETERIORO COGNITIVO

DETERIORO COGNITIVO



¿CUÁNDO ACUDIR A URGENCIAS O LLAMAR AL 112?

- Confusión o desorientación importante que aparece de manera brusca
- Cambios importantes en el comportamiento o estado mental
- Somnolencia excesiva o dificultad para despertarse
- Dificultad para hablar o entender las conversaciones
- Caídas asociadas a la desorientación
- Ha dejado de comer o de beber agua
- Fiebre o signos de infección

SIGA LAS RECOMENDACIONES DE SU MÉDICO

DETERIORO COGNITIVO

DETERIORO COGNITIVO



¿CUÁNDO PEDIR CITA EN EL CENTRO DE SALUD?

- Olvidos frecuentes que interfieren en su día a día
- Dificultad para realizar sus tareas habituales
- Problemas para orientarse en lugares conocidos
- Cambios en el estado de ánimo o comportamiento progresivos

SIGA LAS RECOMENDACIONES DE SU MÉDICO

DETERIORO COGNITIVO

DETERIORO COGNITIVO



¿CÓMO CUIDARSE EN CASA?

- Mantenga rutinas diarias estructuradas con horarios establecidos previamente
- Realice actividades que estimulen la mente como leer, conversar o juegos sencillos
- Mantenga una actividad física regular
- Utilice gafas y/o audífonos si los necesita
- Favorezca el contacto social tanto con su círculo cercano como su entorno
- Utilice recordatorios como calendarios, cuadernos o alarmas

SIGA LAS RECOMENDACIONES DE SU MÉDICO

DETERIORO COGNITIVO

SALUD MENTAL



Los problemas relacionados con el **estado de ánimo**, la **ansiedad** o el **sueño** son muy frecuentes en las personas mayores, y aunque no se habla a menudo de ellos pueden tener un **impacto muy importante** en su bienestar.

Pueden aparecer como **tristeza persistente**, **pérdida** de **interés** por las actividades, **nerviosismo**, **irritabilidad**, **preocupación constante** o **dificultad** para **dormir**.

SALUD MENTAL

SALUD MENTAL



En muchos casos están relacionados con situaciones como la soledad, la pérdida de seres queridos, enfermedades crónicas o limitantes y cambios en el entorno o en la rutina diaria.

Aunque a veces se consideran “normales” con la edad y se evita hablar de ellos por miedo o desconocimiento, **no deben ignorarse**, ya que pueden generar una **gran angustia** y afectar de forma importante a la calidad de vida.

SALUD MENTAL

SALUD MENTAL



Además pueden influir en otros aspectos de salud como el apetito, el descanso, la energía o la capacidad para mantener la autonomía.

Por ello es importante **reconocer estos síntomas** y consultar con profesionales cuando se detectan.

SALUD MENTAL

SALUD MENTAL



¿CUÁNDO ACUDIR A URGENCIAS O LLAMAR 112?

- Ideas de hacerse daño o no tener ganas de vivir
- Confusión importante o cambios bruscos en el comportamiento
- Ansiedad muy intensa con dificultad para respirar o sensación de falta de control
- Imposibilidad para dormir durante varios días seguidos con gran sensación de malestar

SIGA LAS RECOMENDACIONES DE SU MÉDICO

SALUD MENTAL

SALUD MENTAL



¿CUÁNDO PEDIR CITA EN EL CENTRO DE SALUD?

- Tristeza o desánimo persistente
- Pérdida de interés por actividades habituales
- Nerviosismo o preocupación constante
- Dificultad para dormir de forma habitual
- Cansancio o falta de energía en el día a día
- Sensación de soledad o aislamiento

SIGA LAS RECOMENDACIONES DE SU MÉDICO

SALUD MENTAL

SALUD MENTAL



¿CÓMO CUIDARSE EN CASA?

- Mantenga una rutina diaria con horarios constantes sobretodo de sueño
- Procure mantener contacto social con familiares o amigos
- Salga a la calle y expóngase a luz natural todos los días, si es posible
- Realice actividad física suave de forma regular
- Evite el consumo de alcohol y otras sustancias nocivas

SIGA LAS RECOMENDACIONES DE SU MÉDICO

SALUD MENTAL

SALUD MENTAL



¿CÓMO CUIDARSE EN CASA?

- Evite dormir siestas prolongadas (mas de 30 minutos)
- Reduzca el consumo de estimulantes como el café o el té, especialmente a partir de media tarde

SIGA LAS RECOMENDACIONES DE SU MÉDICO

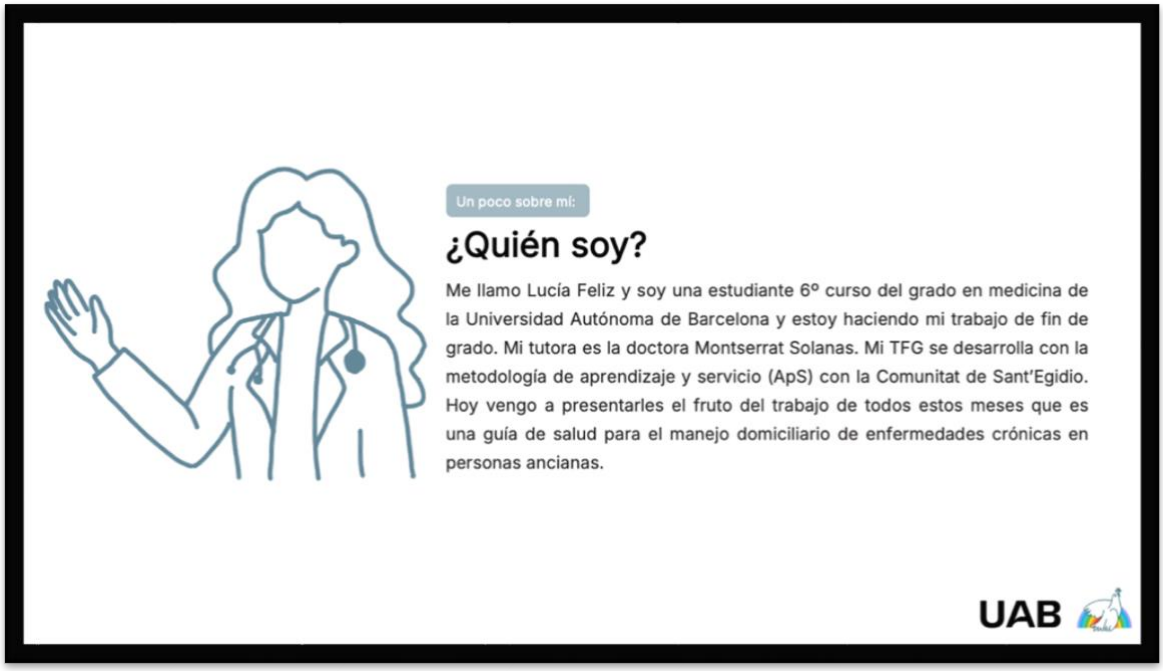
SALUD MENTAL

8.2. ANEXO 2. MATERIAL DE DIFUSIÓN DEL TALLER (INVITACIÓN)



8.3. ANEXO 2. PRESENTACIÓN DEL TALLER





¿Qué es la guía y para qué sirve?

Vuestra guía

Un libro sencillo para ayudaros a tomar decisiones cuando algo no va bien.

Para usar en casa

No es para el médico. Es para vosotros, en el momento en que lo necesitéis.

Para ganar seguridad

El objetivo del trabajo es ayudar a prevenir descompensaciones de las enfermedades crónicas de las personas mayores, con el fin de fomentar la autonomía y evitar la institucionalización no deseada.



UAB

¿Cómo surge esta guía?

Comunidad de Sant'Egidio

Detecta una necesidad en su proyecto de "Viva los ancianos"

UAB

La UAB y la Comunidad de Sant Egidio llegan a un acuerdo para colaborar en un trabajo Aps

Entidad-estudiante

La entidad explica las necesidades detectadas en su área de actuación para poder elegir una línea de trabajo

Estudiante

Se prepara el trabajo pactado

Entidad-estudiante

Se presenta a la entidad el trabajo para que puedan hacer uso de este

UAB

¿Por qué nos parece importante?

Muchas personas mayores conviven con enfermedades crónicas durante muchos años y en el día a día surgen dudas sobre qué hacer.

Esta guía busca ayudar a tomar decisiones de forma más sencilla y segura en casa.

No siempre es fácil saber a dónde acudir cuando ocurre algo que no acabamos de entender

UAB

¿Qué NO pretende esta guía?

Sustituir la valoración individualizada de un profesional sanitario

Dar respuesta a todos los casos posibles

Reemplazar su tratamiento habitual o prescribir medicación

Contradecir una recomendación o indicación de su médico o enfermera. Cada paciente es diferente y puede diferir de la norma



¿Qué SI pretende esta guía?



Dar recomendaciones sencillas para cuidarse en el día a día

Ayudar a orientarse en casa en la gestión de patologías crónicas prevalentes

Ayudar a tomar decisiones en casa con más seguridad sobre su propia salud

Ofrecer recomendaciones sobre cuando consultar en función de la patología y los síntomas

UAB

¿Qué contiene la guía?

La guía contiene información sobre 8 enfermedades o síndromes comunes en gente mayor.
Dentro de cada enfermedad podemos encontrar:

- ? Información breve y práctica sobre la enfermedad, sus causas y sus consecuencias
- En el caso de que sea relevante, indicaciones para monitorizar la enfermedad
- Signos de alarma por los que se debe consultar tanto de manera urgente como programada
- Recomendaciones para el manejo diario de las patologías

UAB

¿Qué patologías contiene la guía y cómo están organizadas?



1. CORAZÓN Y TENSIÓN
   - Hipertensión arterial
   - Insuficiencia cardiaca
2. AZÚCAR (Diabetes mellitus)
3. RESPIRACIÓN (EPOC)
4. MOVILIDAD Y CAIDAS
   - Dolor articular
   - Caídas
5. DETERIORO COGNITIVO
6. SALUD MENTAL

Esta guía no recoge todas las enfermedades posibles, sino aquellas más frecuentes y cuyo manejo ambulatorio pueda resultar más relevante en su control

UAB



¿Cómo se estructura?

He utilizado un código de colores siguiendo la imagen de un semáforo para facilitar la comprensión de la información.

Motivos o situaciones por los que consultar de manera urgente

Motivos por los que pedir cita en el centro de salud con el médico o con enfermería

Recomendaciones para el manejo diario de las patologías

UAB

¿Cómo es la guía?



UAB

¿Cómo es la guía?



La primera hoja de cada enfermedad describe brevemente en qué consiste, por qué puede ocurrir y por qué es importante manejarla.

Es una hoja con las esquinas de color morado, para ayudar a diferenciarla del semáforo de cada enfermedad.

UAB

¿Cómo es la guía?



En rojo, la siguiente hoja de cada enfermedad, detalla los signos de alarma de cada patología por los que sería recomendable acudir a urgencias.

Es una hoja con las esquinas de color rojo, siguiendo la distribución de un semáforo

UAB

¿Cómo es la guía?



En amarillo, la siguiente hoja de cada enfermedad, detalla los motivos de consulta con el médico/a de familia o la enfermero/a.

Es una hoja con las esquinas de color amarillo, siguiendo la distribución de un semáforo

UAB

¿Cómo es la guía?

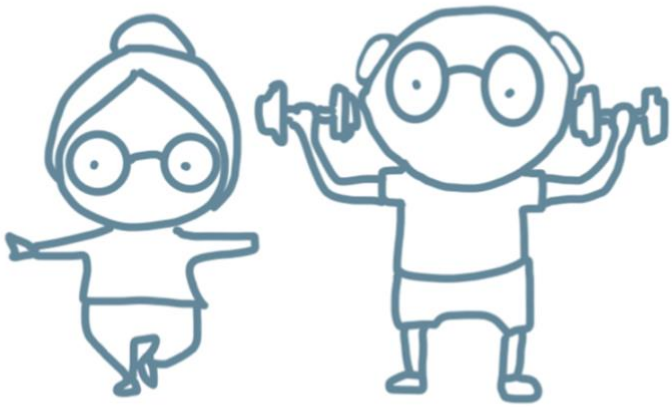


En verde, la siguiente hoja de cada enfermedad, están las recomendaciones para el manejo diario domiciliario de cada patología.

Es una hoja con las esquinas de color verde, siguiendo la distribución de un semáforo

UAB

Y ahora, os toca a vosotros...



UAB





EJEMPLO 1

"Soy hipertensa,
Hoy tengo la tensión muy alta (190/100) pero no me encuentro mal"

¿Qué dice la guía?

UAB

HIPERTENSIÓN
ARTERIAL

¿CUÁNDO ACUDIR A URGENCIAS O LLAMAR 112?

Si tiene la tensión por encima de 180/110, y aparece alguno de estos síntomas:

- Dolor fuerte en el pecho
- Falta de aire importante
- Dolor de cabeza intenso y repentino
- Confusión o dificultad para hablar
- Pérdida de fuerza en un lado del cuerpo o entumecimiento
- Cambios bruscos en la visión

Si tiene la tensión por encima de 180/110 y no tiene síntomas, espere 5 minutos y vuelva a tomársela. Si sigue igual de alta, **llame al 112.**

CARDIOVASCULAR

Si tiene la tensión por encima de 180/110 y no tiene síntomas, espere 5 minutos y vuelva a tomársela. Si sigue igual de alta, **llame al 112.**

SIGA LAS RECOMENDACIONES DE SU MÉDICO

CARDIOVASCULAR

UAB

"Han pasado 5 minutos, sigo sin encontrarme mal, pero tengo la tensión a 190/100 todavía"

¿Qué hago?





UAB



EJEMPLO 2

"Soy diabético y necesito insulina diaria. Hoy no he podido comer casi y tengo dudas con la dosis de insulina que tengo que ponerme "

¿Qué dice la guía?



UAB

- Si utiliza insulina y tiene dudas consulte con su médico o su enfermera antes de modificar la dosis



UAB

¿Qué hago?

Consulte con su médico o enfermera
No es urgente, pero conviene revisarlo



UAB

EJEMPLO 3

"Tengo 88 años y no sé qué puedo hacer para prevenir caídas en el domicilio"

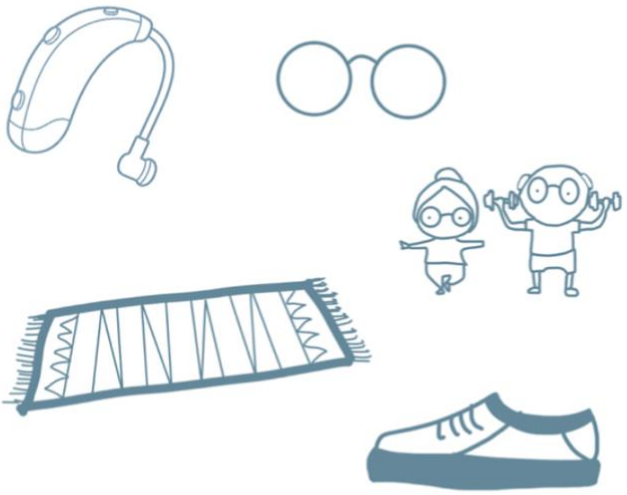
¿Qué dice la guía?



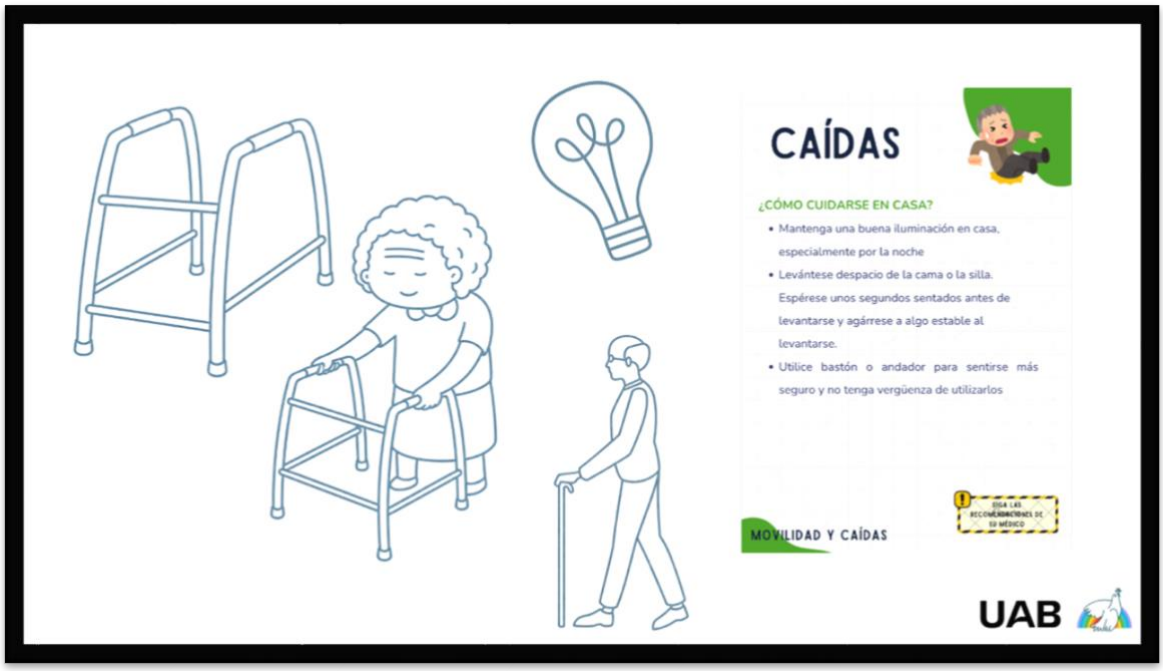


UAB

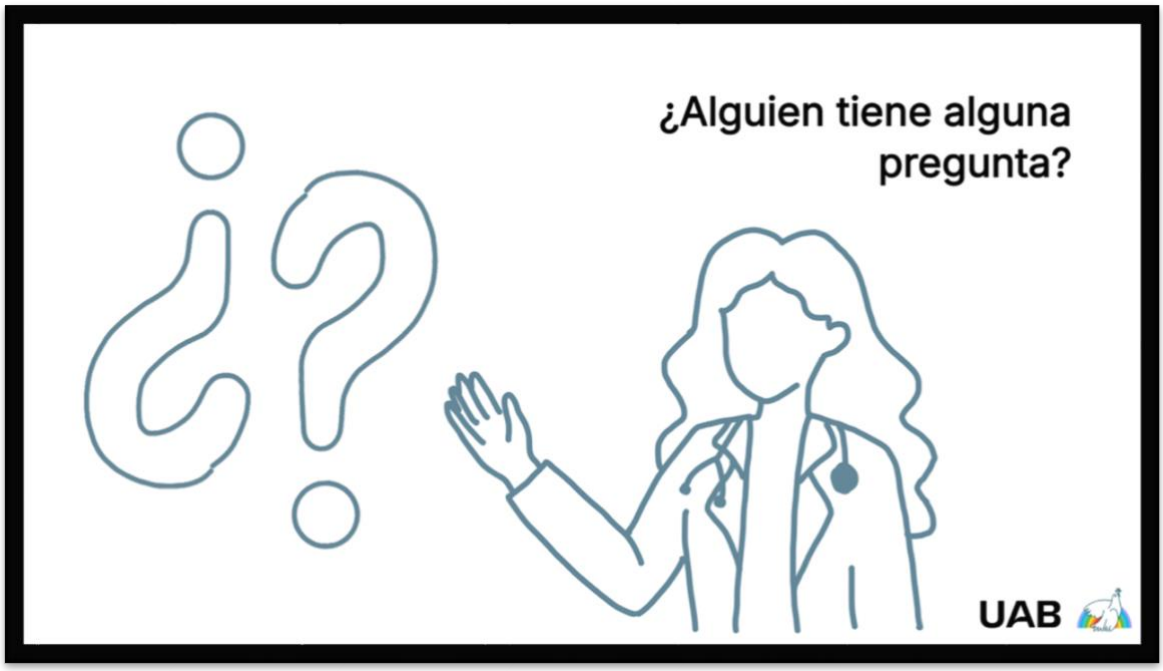




UAB


CAÍDAS
¿CÓMO CUIDARSE EN CASA?
• Mantenga una buena iluminación en casa, especialmente por la noche
• Levántese despacio de la cama o la silla. Espérese unos segundos sentados antes de levantarse y agárrese a algo estable al levantarse.
• Utilice bastón o andador para sentirse más seguro y no tenga vergüenza de utilizarlos
SIGA LAS RECOMENDACIONES DE SU MÉDICO
MOVILIDAD Y CAÍDAS
UAB


¿Qué hago si dudo?
Si nota que es algo urgente, o siente que algo no va bien, actúe directamente y consulte sin esperar
PIDA AYUDA, NO ESPERE PARA CONSULTAR
ESTA GUÍA NO SUSTITUYE UNA VALORACIÓN MEDICA INDIVIDUALIZADA, ANTE LA DUDA SIEMPRE ES MEJOR CONSULTAR
UAB


¿Alguien tiene alguna pregunta?
UAB


¡Muchísimas gracias por vuestra atención!
UAB

8.4. ANEXO 4. EVALUACIÓN PARA LOS USUARIOS DE LA GUÍA

EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN
USUARIOS

UAB Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

1. ¿Le ha resultado fácil entender el uso de la guía?
☐ Sí
☐ No
☐ En parte

2. ¿Cree que la guía puede ayudarle a cuidarse en casa?
☐ Sí
☐ No
☐ No lo sé

3. ¿Sabría identificar cuándo debe consultar o acudir a urgencias usando la guía?
☐ Sí
☐ No
☐ No lo sé

4. ¿Qué parte le ha resultado más útil?
☐ Saber cuándo acudir a urgencias
☐ Saber cuándo consultar
☐ Consejos para cuidarse en casa
☐ Todo en general

5. ¿Ha habido algo que eche en falta de la guía?
☐ No
☐ Sí → ¿qué? _____

8.5. ANEXO 5. EVALUACIÓN PARA LA ENTIDAD

EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN
ENTIDAD

1. ¿Considera que la guía es adecuada para la población con la que trabaja?
☐ Sí
☐ No
☐ En parte

2. ¿Cree que el contenido es comprensible para las personas mayores?
☐ Sí
☐ No
☐ En parte

3. ¿Considera que la guía aborda problemas relevantes y frecuentes en las personas mayores?
☐ Sí
☐ No
☐ En parte

4. ¿Qué aspectos considera más útiles de la guía?

5. ¿Ha detectado alguna limitación o aspecto mejorable?

6. ¿Considera viable la implementación de esta guía en su área de actuación?
☐ Sí
☐ No
☐ Con dificultades

7. Sugerencias o comentarios adicionales:

8.6. ANEXO 6. IMÁGENES DEL TALLER CON LA ENTIDAD






¿Qué patologías contiene la guía y cómo están organizadas?
1. CORAZÓN Y TENSIÓN
• Hipertensión arterial
• Insuficiencia cardiaca
2. AZÚCAR (Diabetes mellitus)
3. RESPIRACIÓN (EPOC)
4. MOVILIDAD Y CAIDAS
• Dolor articular
• Caídas
5. DETERIORO COGNITIVO
6. SALUD MENTAL
Esta guía no recoge todas las enfermedades posibles, sino aquellas más frecuentes y cuyo manejo ambulatorio pueda resultar más relevante en su control
UAB


SANT'EGIDIO


SANT'EGIDIO