

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN SOCIOSANITARIA 2025

Elaboración de una guía de buenas prácticas en el uso de herramientas de salud digital y nuevas tecnologías para mayores, enfocada en la atención a trastornos mentales, promoción del envejecimiento activo y prevención de la exclusión.

Proyecto para elaborar una guía de buenas prácticas en el uso de herramientas de salud digital y nuevas tecnologías para mayores, enfocada en la atención a trastornos mentales, promoción del envejecimiento activo y prevención de la exclusión

Realizado por:
Fundación de Neurociencias
En colaboración con:
ZIEZ Investigación y consultoría

En el marco del convenio-programa financiado por:
Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030

Octubre 2025

Índice

1.	Introducción	4
1.1	Recursos e iniciativas existentes	5
	Salud Digital y Cuidados.....	5
	Envejecimiento Activo y Bienestar.....	6
	Prevención de la Exclusión Social y la Soledad No Deseada	8
1.2	La salud digital en las personas mayores	10
1.3	Personas mayores y salud digital en datos.....	14
2.	Metodología.....	24
2.1	Sociodemográficos de la encuesta a personas mayores	25
2.2	Sociodemográficos de la encuesta a profesionales	27
2.3	Sociodemográficos encuesta a familiares	28
3.	Resultados de la investigación	31
3.1	Las personas mayores	31
	Hacerse mayor	31
	Envejecimiento activo	32
	Red social y soledad no deseada	34
	Salud mental en las personas mayores	36
	Competencias digitales y entorno digital.....	40
3.2	Entorno de las personas mayores y contexto actual	46
	Familias y entorno familiar	46
	Entorno secundario	51
3.3	La salud digital	53
	Usos de herramientas digitales.....	53
	Profundizando en las herramientas de salud digital:	62
	Entornos con herramientas de salud digital	65
3.4	Áreas de innovación	69
	Demandas de las personas mayores	69
	Buenas prácticas identificadas.....	75
	Necesidades del sector digital	76
4.	Conclusiones.....	79
5.	Referencias	81

1. Introducción

El presente informe recoge los principales resultados y hallazgos del proyecto DIGIMENTAL, cuyo propósito ha sido analizar el papel de las herramientas de salud digital en la atención sociosanitaria de personas mayores en situación de vulnerabilidad, con especial foco en la salud mental y la soledad no deseada.

A partir de un enfoque mixto —que combina metodologías cuantitativas y cualitativas— se ha explorado cómo distintos actores (personas mayores, familias, profesionales del ámbito sociosanitario, entidades comunitarias, sector privado y administraciones públicas) se relacionan con la tecnología, qué beneficios perciben, qué barreras encuentran y qué necesidades emergen en su uso cotidiano.

Este trabajo no se limita a describir patrones de uso o indicadores de acceso. Busca también dar voz a las experiencias concretas, visibilizar desigualdades y señalar oportunidades de mejora, con el fin de generar conocimiento aplicable en políticas públicas y prácticas profesionales.

El análisis se sitúa en un momento clave de transición: la digitalización de la salud avanza, pero de forma desigual, y corre el riesgo de acentuar brechas si no se acompaña de medidas de equidad, accesibilidad y formación. El proyecto DIGIMENTAL aporta así una mirada crítica y al mismo tiempo propositiva, orientada a reforzar la capacidad de las herramientas digitales para promover el envejecimiento activo, la autonomía y el bienestar de las personas mayores.

1.1 Recursos e iniciativas existentes

Salud Digital y Cuidados

Tipo de recurso	Herramienta Digital	Categoría	Funciones Principales	Destinatario	Pago	Enlace Web
Aplicación móvil	MyTherapy	Seguimiento médico	Seguimiento de medicación, presión arterial y azúcar en sangre.	Personas mayores	Gratuito	MyTherapy
Aplicación móvil	SocialDiabetes	Seguimiento médico	Control de diabetes con conexión a glucómetros.	Personas mayores y profesionales de la salud	Gratuito	SocialDiabetes
Dispositivo electrónico	Fitbit / Apple Watch	Monitorización general	Seguimiento de actividad física y ritmo cardíaco.	Personas mayores	Pago	Fitbit / Apple Watch
Dispositivo electrónico	Reloj Tracmi / Reloj Durcal	Asistencia y emergencias	Botón de emergencia y geolocalización para asistencia rápida, detección de caídas y aviso a familiares	Personas mayores, familiares	Pago	Durcal / Reloj Tracmi
Aplicación móvil	Safe365 / Life360	Geolocalización	Geolocalización y alertas de emergencia para familiares.	Personas mayores y familiares	Gratuito / Pago	GeoZilla / Life360 / Find my phone / Buscar (iphone)
Aplicación móvil	SingCALL /	Contacto emergencias	Botón de emergencia con envío de alerta y ubicación.	Personas mayores	Pago	SOS My Family
Aplicación móvil	PowerFrail	Seguimiento médico y monitorización	Medir potencia muscular y fragilidad, valoración de la condición física y seguimiento	Personal sanitario	Gratuito	Power frail
Plataforma online	Neuronup	Estimulación cognitiva	Plataforma orientada a la intervención de neurorrehabilitación	Profesionales de la rehabilitación neurológica	Pago	neuronup
Aplicación móvil	App de Dependencia	Herramienta para ayudar cuidadores	Herramienta del Imsero para móviles dirigida a los cuidadores con información sobre servicios y prestaciones, procesos de solicitud y tramitación.	Cuidadores	No	Dependencia (No funciona la APP)
Aplicación móvil	Grador	Estimulación cognitiva	Aplicación de estimulación cognitiva, intervención,	Centros y profesionales	Pago	Grador

Tipo de recurso	Herramienta Digital	Categoría	Funciones Principales	Destinatario	Pago	Enlace Web
			estimulación/rehabilitación/estimulación sensorial/intervención/terapias desde casa	que trabajan con personas mayores		
Aplicación móvil	lmentia	Estimulación cognitiva	App profesional de estimulación cognitiva especializada en personas con Alzheimer	Personas con Alzheimer, trabajadores y familias particulares	Pago	lmentia
Plataforma online y app	La meva salud	Salud digital	Aplicación del sistema sanitario de Cataluña con posibilidad de cita previa, consultas médicas online, acceso a informes de resultados y diagnósticos, seguimiento de medicación...	Personas mayores y familiares (en algunos casos)	Gratuito	La meva salud
Plataforma online y app	Sacyl conecta / Clic Salud / ... ¹	Mediación sistema sanitario	Aplicación móvil y plataforma online para pedir cita previa, acceder a informes de resultados y ver las consultas pendientes	Personas mayores	Gratuito	Sacyl conecta / Clic Salud
Plataforma online y app	Saludl	Mediación sistema sanitario	Aplicación móvil y plataforma online para pedir cita previa, acceder a informes de resultados y ver las consultas pendientes, voluntades anticipadas y hoja de tratamiento	Personas mayores, publico general	Gratuito	Saludinforma

Envejecimiento Activo y Bienestar

Tipo de recurso	Herramienta Digital	Categoría	Funciones Principales	Destinatario	Pago	Enlace Web
Aplicación móvil	Rosita longevity	Envejecimiento activo y ejercicio	Aplicación de ejercicio físico especializada en personas mayores y posibles dolencias	Personas mayores	Gratuito	Rosita longevity

¹ Prácticamente la totalidad de sistemas autonómicos de salud disponen de una plataforma para mediar entre el paciente y profesionales, las que se indican en el cuadro son orientativas para evidenciar las diferencias en las funcionalidades.

Tipo de recurso	Herramienta Digital	Categoría	Funciones Principales	Destinatario	Pago	Enlace Web
Aplicación móvil	Vivifrail	Envejecimiento activo y ejercicio	Aplicación de ejercicio físico especializada	Personas mayores / Trabajadores y monitores de personas mayores	Gratuito y pago	Vivifrail
Aplicación móvil	Stimulus	Mente activa	Aplicación de ejercicio cognitivo	Centros y profesionales que trabajan con personas mayores	Gratuito	Stimulus
Aplicación móvil	Luminosity	Mente activa	App para entrenamiento de funciones cognitivas	Personas mayores	Gratuito	Lumosity
Aplicación móvil	Intimind / Calm / Headspace	Mente activa	App para meditar y reducción del estrés	Personas mayores	Gratuito	Intimind / Calm / Headspace
Aplicación móvil	Juegos de Memoria	Mente activa	Estimulación cognitiva y mejora de la memoria.	Personas mayores	Gratuitos	Sudokus / Crucigramas
Aplicación móvil	Storytel / Audible	Mente activa	Ocio y vida saludable sin esfuerzo visual	Personas mayores	De pago	Storytel / Audible
Plataforma	Youtube	Mente activa	Entretenimiento	Personas mayores	Gratuito	YouTube
Aplicación	Spotify	Mente activa	Entretenimiento	Personas mayores	Gratuito y de pago	Spotify
Plataforma/Aplicación	Enbuenaedad.es	Promoción hábitos saludables	Plataforma desarrollada por la Junta de Andalucía para la promoción del envejecimiento saludable. Contiene hábitos de vida activa, cuidado de salud, actividades...	Personas mayores	Gratis	En buena edad
Plataforma online	Escuela de salud	Promoción de hábitos saludables	Plataforma desarrollada por sistemas de salud autonómicos para la promoción de hábitos saludables	Personas mayores	Gratis	Escuela de salud Aragón

Prevención de la Exclusión Social y la Soledad No Deseada

Tipo de recurso	Herramienta Digital	Categoría	Funciones Principales	Destinatario	Pago	Enlace Web
Aplicación	WhatsApp / Zoom / Skype	Conexión social	Videollamadas y comunicación con familiares y amigos.	Personas mayores y familiares	Gratuito	WhatsApp / Zoom / Skype
Aplicación	Be My Eyes	Asistencia	Asistencia para personas con discapacidad visual mediante voluntarios.	Personas mayores	Gratuito y versión de pago	Be My Eyes
Aparato digital	Tablets y teléfonos adaptados (Doro 8080, Emporia Smart)	Conexión social	Interfaz simplificada con botones grandes y accesibilidad mejorada.	Personas mayores	Pago	Doro / Emporia
Recurso	Clases de alfabetización digital	Formación	Cursos en bibliotecas y centros comunitarios para aprender tecnología.	Personas mayores y familiares	Gratuito	Redes locales de alfabetización digital
Aparato digital	Alexa / Google Nest	Asistencia y conexión social	Asistentes de voz para facilitar el acceso a la tecnología.	Personas mayores	Pago	Alexa / Google Nest
Plataforma	Redes de voluntariado digital	Apoyo comunitario	Plataformas para conectar con comunidades y recibir apoyo en línea.	Personas mayores	Gratuito	Voluntariado Digital
App	AlertCops	Seguridad	Servicio de alertas de seguridad ciudadana de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad	Cualquier particular	Gratuito	AlertCops
App	Recuerda Cumpleaños	Conexión social	Aplicación para recordar los cumpleaños	Cualquier particular	Gratuito	
Aparato digital	Kmop	Conexión social	Ordenador con un diseño especializado para personas mayores con un único botón	Personas mayores, familiares y sector médico	Pago	Komp

Tipo de recurso	Herramienta Digital	Categoría	Funciones Principales	Destinatario	Pago	Enlace Web
Plataforma	Kuvu	Conexión social	Plataforma para compartir viviendas de personas de más de 55 años de forma intergeneracional	Población general	Comisión	Kuvu

1.2 La salud digital en las personas mayores

La **salud**, entendida como un estado de completo bienestar físico, mental y social, tal como propuso la Organización Mundial de la Salud (OMS), constituye un referente esencial para interpretar los efectos del envejecimiento poblacional en las sociedades contemporáneas. Este fenómeno demográfico, lejos de ser una amenaza, se ha consolidado como una expresión del éxito colectivo en materia de salud pública, desarrollo social y económico (OMS, 2002). Sin embargo, el aumento sostenido de la esperanza de vida plantea **desafíos estructurales** en términos de sostenibilidad de los cuidados, reconfiguración de los vínculos intergeneracionales y adaptación de las políticas sociales. El descenso generalizado de las tasas de fertilidad —ya por debajo del umbral de reemplazo en la mayoría de los países europeos— junto con la extensión del ciclo vital, dibuja un nuevo escenario donde la vejez adquiere mayor protagonismo social.

Esta transformación conlleva también un cambio profundo en la manera de **concebir la vejez**. Durante décadas, predominó una imagen anclada en el deterioro físico y cognitivo, reforzada simbólicamente por la jubilación como umbral de entrada a esta etapa. En la actualidad, sin embargo, muchas personas mayores de 65 años acceden a esta fase vital con buenas condiciones de salud, capacidades sociales y autonomía funcional (Zueras Castillo, 2014). Esta resignificación de la vejez exige superar las miradas deficitarias y reconocer la diversidad de trayectorias, necesidades y potencialidades que caracterizan a este grupo poblacional. En especial, invita a repensar los modelos de intervención desde una lógica de derechos, inclusión y participación activa.

En este marco, la salud no puede comprenderse al margen de sus **determinantes sociales**. El género, el nivel educativo, los estilos de vida o la calidad de las relaciones interpersonales son factores que configuran de forma decisiva las condiciones de salud en la vejez (Lalonde, 1974). Estas variables interactúan entre sí generando desigualdades acumulativas, especialmente visibles en las trayectorias vitales de las **mujeres mayores**. Por su mayor esperanza de vida, estas enfrentan con más frecuencia situaciones de dependencia, soledad y vulnerabilidad económica. Al mismo tiempo, asumen un papel central en los **cuidados**, tanto como receptoras como proveedoras, con consecuencias significativas sobre su bienestar físico y emocional.

Este contexto desemboca en el enfrentamiento a un doble prejuicio: **el etario y el sexista**. Lo que Sontag (1972) denominó "doble estándar del envejecimiento" describe cómo, en una sociedad donde se valora la juventud y la productividad, la mujer envejecida es especialmente penalizada simbólicamente, invisibilizada y relegada de los espacios de reconocimiento social. A esto se suma una mayor longevidad femenina, las nuevas dinámicas familiares (divorcios, viudez, matrimonios tardíos) y una tradición cultural que ha normalizado que las mujeres convivan con hombres mayores, todo lo cual contribuye a que muchas de ellas transiten su vejez en hogares unipersonales (De la Mata et al., 2018).

No obstante, este mismo hecho no debe interpretarse solo desde el déficit. Estudios recientes subrayan que la **vivencia en solitario**, cuando es elegida, puede ser experimentada por muchas mujeres mayores como una forma de autonomía y empoderamiento personal. En lugar de reforzar la figura de la "viejecita dependiente", vivir solas les permite resignificar su identidad en clave de independencia emocional y capacidad de agencia. Siempre que existan vínculos afectivos significativos, esta configuración residencial puede ser una fuente de satisfacción y bienestar (De la Mata et al., 2018).

Esta resignificación está estrechamente relacionada con los modelos de socialización de género: las mujeres, tradicionalmente educadas como “**seres para los otros**” (Lagarde, 2001), han construido sus vidas en torno a los cuidados y la relacionalidad. Por ello, la soledad en ellas se experimenta de modo diferente, tanto por la carga simbólica que arrastra como por el valor conferido a los vínculos. Las **redes sociales**, particularmente las amicales y extrafamiliares, adquieren un papel central en el bienestar subjetivo, permitiendo sostener la autoestima y el sentido de continuidad vital (Juliano, 1992; Menchón, 1997; Abrams, 1978).

A pesar de que las mujeres presentan una esperanza de vida superior a la de los hombres, diversos estudios evidencian que sufren **mayores tasas de morbilidad** a lo largo del ciclo vital. Esta paradoja de género en la salud implica que, aunque vivan más años, lo hacen con peor estado de salud, acumulando más enfermedades crónicas, dolor persistente y limitaciones funcionales. Según datos del CSIC (2023), las tasas de morbilidad hospitalaria aumentan con la edad y son más elevadas en mujeres, y también se observa una mayor prevalencia de discapacidad entre ellas a medida que se avanza en edad. En la misma línea, un estudio reciente realizado en atención primaria en España confirma que las mujeres presentan una mayor carga de enfermedades crónicas que los hombres (Fernández-García et al., 2023). Este patrón estructural repercute directamente en su autonomía, necesidad de cuidados y calidad de vida, y responde tanto a determinantes biológicos como, sobre todo, sociales. Trayectorias vitales marcadas por la sobrecarga de cuidados, desigualdades económicas y barreras en el acceso a servicios preventivos y asistenciales explican en gran medida esta desigualdad acumulada.

En términos generales, a medida que se avanza en edad, aumenta la probabilidad de experimentar **problemas de salud mental**, como la depresión, la ansiedad o los trastornos del sueño, que suelen estar invisibilizados o infradiagnosticados en este grupo etario. La transición hacia la jubilación, el duelo por seres queridos o la pérdida de roles socialmente reconocidos pueden actuar como catalizadores de estos malestares. Asimismo, el **deterioro cognitivo** representa una de las principales preocupaciones sanitarias asociadas a la salud mental de la vejez. Según la definición de la OMS, **la demencia** implica una disminución progresiva de las capacidades intelectuales y funcionales de la persona, afectando no solo la memoria, sino también el control emocional, la conducta social y la motivación para realizar actividades cotidianas. Las demencias degenerativas, como la enfermedad de Alzheimer, son las más frecuentes, representando entre el 60 y el 70 % de los casos (OMS, 2002). Esta edad avanzada también supone el incremento del riesgo de desarrollar problemas de corazón, cáncer, problemas respiratorios, diabetes, artritis, demencia, osteoporosis y pérdida de masa muscular (Noto, 2011).

Además, se ha observado que el **aislamiento social** aumenta en un 20 % la probabilidad de padecer demencia, lo que refuerza la necesidad de abordar las condiciones relacionales como parte integral de la salud cognitiva en la vejez (Fratiglioni et al., 2000). La interacción entre deterioro cognitivo, salud mental y contexto social plantea un reto complejo que requiere respuestas integradas, sensibles a la trayectoria vital de cada persona y orientadas a preservar su autonomía y calidad de vida el mayor tiempo posible. Así, la **soledad no deseada** se sitúa como otro de los principales desafíos del envejecimiento en nuestras sociedades. A diferencia del aislamiento social, que puede medirse objetivamente, la soledad no deseada es una experiencia subjetiva vinculada a la percepción de carencia en la cantidad o calidad de relaciones significativas (Observatorio Estatal de la Soledad No Deseada, 2023). Aunque puede aparecer en distintos momentos del ciclo vital, su

prevalencia aumenta con la edad, en parte por el cierre de etapas vitales como el trabajo remunerado o el fallecimiento de personas cercanas (Martín Roncero y González Rábago, 2021). Esta experiencia tiene efectos directos sobre la salud mental y física, con mayor incidencia de trastornos depresivos, deterioro cognitivo y enfermedades crónicas.

Los factores estructurales que inciden sobre esta realidad son múltiples. El **tamaño del hogar**, por ejemplo, está altamente correlacionado con la experiencia de soledad. En 2020, el 71 % de los hogares unipersonales compuestos por personas mayores de 65 años estaban formados por mujeres (INE, 2020). A ello se suman las **diferencias territoriales**: mientras en zonas rurales puede haber mayor cercanía vecinal, también se registran carencias de servicios; en las ciudades, por el contrario, la vida individualista puede propiciar un tipo de aislamiento más silencioso. Las **personas mayores migrantes** enfrentan barreras adicionales como el desarraigo, los choques culturales o las dificultades idiomáticas, que limitan la reconstrucción de redes sociales (Bartram, 2019).

En este contexto, el concepto de **envejecimiento saludable**, promovido por la OMS en el marco del Decenio 2021–2030, aporta un enfoque integrador que subraya la importancia de fomentar y mantener la capacidad funcional a lo largo del tiempo. Esta capacidad se refiere no solo a la autonomía física, sino también a la posibilidad de “ser y hacer lo que cada persona valora”, haciendo del bienestar relacional un componente esencial de la salud (OMS, 2021). Paralelamente, el **envejecimiento activo** amplía esta mirada al integrar dimensiones como la participación, la seguridad y el reconocimiento de los derechos de las personas mayores. No se trata solo de estar físicamente activo, sino de sostener una implicación continua en los ámbitos sociales, culturales, económicos y comunitarios, independientemente del estado de salud o situación funcional (OMS, 2002). Este enfoque no solo interpela a las políticas públicas, sino también a los imaginarios sociales que aún tienden a desvalorizar a quienes han dejado de formar parte del mercado laboral.

Las tecnologías digitales se presentan como una herramienta estratégica e innovadora para promover la inclusión, la autonomía y el bienestar en la vejez. La **salud digital**, también conocida como eSalud, se refiere al uso de tecnologías de la información y comunicación (TIC) para mejorar la eficiencia, accesibilidad y personalización de los servicios sanitarios. Este concepto abarca desde la telemedicina y la monitorización remota de pacientes hasta el uso de aplicaciones móviles para el autocuidado. Su objetivo es no solo optimizar la atención sanitaria, sino también empoderar a las personas mayores en el control de su propia salud.

Dentro de este ámbito, el término **gerontecnología** alude específicamente a aquellas tecnologías diseñadas para promover la independencia de las personas mayores, facilitar el envejecimiento en el propio entorno y adaptarse a los desafíos funcionales propios de la edad (Bouma, 1998). En este sentido, se han desarrollado soluciones orientadas a mantener la participación social, la autonomía funcional y la calidad de vida, incluyendo herramientas de apoyo para la gestión de enfermedades crónicas. Particular relevancia tiene el concepto de **tecnología del bienestar** (*welfare technology*), acuñado y ampliamente promovido en los países nórdicos. Esta noción hace hincapié en el carácter público, universalista y centrado en el bienestar de las personas usuarias que deberían tener estas tecnologías, especialmente cuando se integran en los servicios públicos de atención (Pajalic et al., 2023). Su valor innovador radica en la comprensión de la tecnología no solo como soporte clínico, sino como infraestructura de cuidado para el día a día.

Desde una perspectiva funcional, la salud digital puede agruparse en los siguientes subgrupos de soluciones tecnológicas:

- Aplicaciones y plataformas online que pueden ser de seguimiento y monitoreo, promoción de hábitos saludables que permiten registrar constantemente variables clínicas o hábitos de salud.
- *Wearables* e Internet de las Cosas (IoT), dispositivos electrónicos portables destinados a recopilar información o facilitar respuestas automáticas como alertas médicas.
- Telemedicina, entendida como la prestación de servicios médicos a distancia mediante el uso de TIC, basada en la transmisión de datos clínicos, documentos e imágenes, e incluyendo la interacción entre profesionales o entre médico y paciente (World Medical Association).
- Inteligencia artificial y análisis de datos, aplicada a la personalización de tratamientos, detección precoz de síntomas o apoyo en decisiones clínicas.
- *Smart homes* o casas inteligentes, que integran soluciones como asistentes de voz, automatización del hogar, sistemas de seguridad y vigilancia, entretenimiento adaptado.

Desde la pandemia de la COVID-19, la implementación de estas tecnologías ha crecido de forma acelerada. En el **caso español**, en el último lustro se ha producido una extensión notable de aplicaciones móviles y plataformas web en el sistema público de salud, incluyendo consultas telefónicas y, en algunos casos, videoconsultas médicas (*La meva salut*). Así como servicios de teleasistencia extendidos autonómicamente a través de servicios públicos o privados. En el plano de la salud mental y las herramientas digitales no hay datos sobre su extensión y uso, si bien la literatura académica nacional e internacional está estudiando el alcance, desafíos, beneficios y limitaciones en el uso y extensión.

Las **implicaciones éticas** ocupan un lugar central en el desarrollo e implementación de estas herramientas. Uno de los principales retos es garantizar el acceso equitativo, sin que las innovaciones tecnológicas profundicen las desigualdades ya existentes. En el caso de las apps y la telemedicina, los riesgos asociados a la gobernanza de los datos —especialmente cuando intervienen actores privados— requieren marcos reguladores claros y exigentes (De Santis et al., 2023; Panadés Zafra et al., 2024). En la telemedicina, además, surgen desafíos ligados a la protección de la información clínica, la validez del consentimiento informado, la calidad de la atención y la conservación del vínculo empático entre profesional y paciente (Bigorra Llosas & Sampietro-Colom, 2021). Del mismo modo, los wearables y el Internet de las Cosas implican el tratamiento masivo de datos sensibles, lo que plantea riesgos relevantes en términos de privacidad (Calvillo-Arbizu et al., 2021). En cuanto a la inteligencia artificial, se hace imprescindible contar con marcos normativos sólidos que aseguren la transparencia de los algoritmos, el respeto a la confidencialidad y la corrección de sesgos que puedan reproducir o agravar desigualdades (Panadés Zafra et al., 2024).

Pese a estas limitaciones, los **beneficios** de la salud digital son diversos. En el caso de las aplicaciones móviles, por ejemplo, permiten acercar la atención sanitaria a regiones rurales o de difícil acceso. Un metaanálisis reciente (Majed et al., 2023) ha documentado mejoras significativas en salud física, rehabilitación, adherencia al tratamiento y reducción de hospitalizaciones en personas mayores, siempre que las plataformas se diseñen teniendo en cuenta sus capacidades y preferencias a través del diseño con principios “amigables con las personas mayores” (*senior-friendly principles*) (Marcum et al., 2017). El **éxito** de estas intervenciones se ha asociado al **diseño centrado en el usuario** y a soluciones accesibles, intuitivas y basadas en evidencia (Alruwaili et al., 2023). Otros estudios cualitativos han

mostrado que las personas mayores valoran especialmente aquellas tecnologías que priorizan la transparencia, la seguridad y la colaboración en la toma de decisiones (Ienca et al., 2021; Alruwaili et al., 2023).

Poniendo el foco en la **salud mental** de las personas mayores y las herramientas tecnológicas, se ha encontrado evidencia de su efectividad en apoyo a la salud mental y bienestar mediante intervenciones digitales. Aplicaciones móviles y plataformas online ofrecen recursos para salud mental, ejercicios de estimulación cognitiva y grupos de apoyo virtuales, proporcionando entradas accesibles para manejar el estrés, la ansiedad y la depresión además de facilitar el acceso a profesionales en individuos que residen en áreas con difícil acceso a servicios (Alruwaili et al., 2023). Además, se ha encontrado un impacto positivo en la capacidad para reforzar relaciones sociales, reducir el aislamiento social, las barreras físicas y espaciales y la soledad (Winstead et al., 2013; Chen et al., 2016). La implementación de estas tecnologías es especialmente relevante en contextos de **soledad no deseada**, donde pueden facilitar tanto la detección temprana como la intervención oportuna. Proyectos como videollamadas comunitarias o dispositivos adaptados han demostrado su utilidad para fortalecer vínculos y mejorar la calidad de vida (González García y Martínez Heredia, 2017).

Si bien, como **efecto negativo** se ha identificado la pérdida de oportunidades de conocer físicamente a otras personas (Frennert et al., 2013), a los profesionales sanitarios en persona (Zwijssen et al., 2017) y la preocupación en torno a cómo la vigilancia modifica la vida de las personas (Bradford et al., 2018). Entre los principales **obstáculos** para su implementación, destacan la persistente brecha digital, las preocupaciones sobre la privacidad y seguridad de los datos, y los desafíos organizativos asociados a la integración de estas herramientas en entornos de atención especializada (Cajita et al., 2018). Las personas con bajo nivel educativo, menor experiencia tecnológica o acceso limitado a recursos digitales enfrentan barreras adicionales. Factores como el bajo nivel de alfabetización tecnológica, el diseño poco intuitivo o la falta de accesibilidad representan barreras significativas para muchas personas mayores.

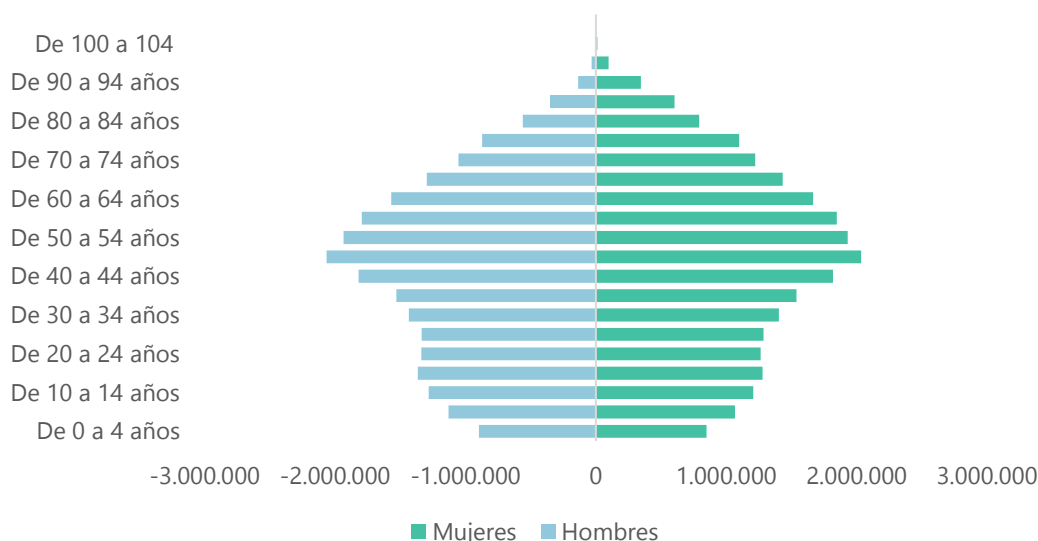
En definitiva, la deriva demográfica de nuestras comunidades nos invita a repensar y proponer alternativas para la promoción de la salud en todos los grupos etarios. La salud digital no debe entenderse como un fin en sí mismo, sino como un instrumento al servicio de la equidad, la autonomía y el envejecimiento saludable. Para ello, es imprescindible adoptar un enfoque interseccional e inclusivo que incorpore las desigualdades estructurales por edad, género, territorio y nivel socioeconómico. Apostar por la innovación en herramientas digitales para la salud mental es una oportunidad para avanzar hacia sociedades más inclusivas donde la tecnológica se ponga al servicio de la dignidad humana.

1.3 Personas mayores y salud digital en datos

La **pirámide de población en España** (Gráfico 1) revela una estructura marcadamente envejecida, con una base estrecha y un ensanchamiento progresivo en los grupos de mayor edad, lo que refleja una pirámide invertida característica de contextos con baja natalidad sostenida. Las cohortes más numerosas se concentran entre los 40 y 54 años, lo que corresponde a generaciones nacidas durante el "baby boom" tardío en España, mientras que los grupos más jóvenes (0-19 años) muestran una caída progresiva en efectivos, sugiriendo una dinámica demográfica regresiva. A partir de los 70 años se

acentúa la feminización del envejecimiento, especialmente visible en los grupos de 85 años en adelante.

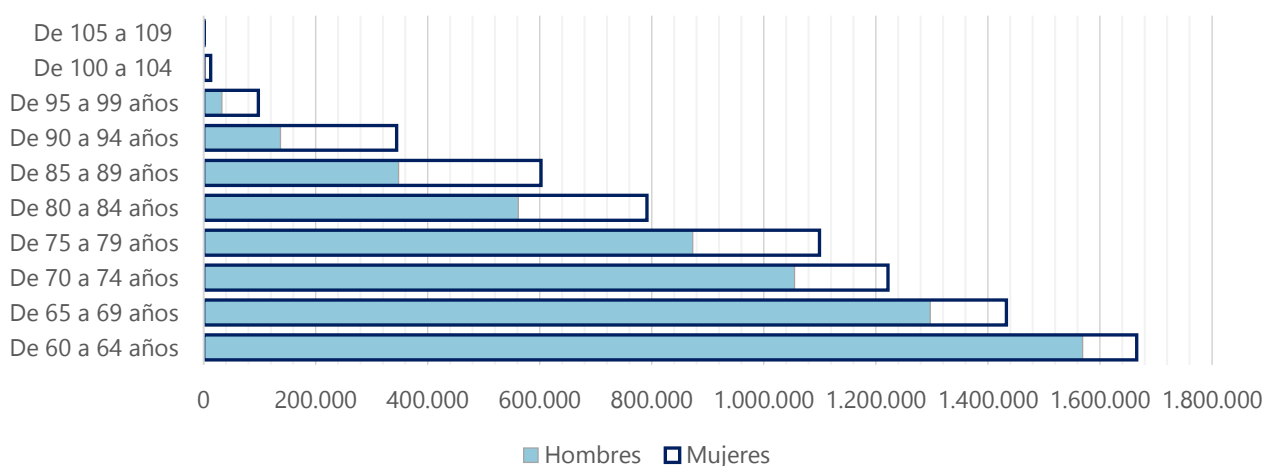
Gráfico 1. Pirámide de población de España. 2024



Fuente: INE. Elaboración propia

El Gráfico 2 apunta esta **feminización progresiva**. A partir de los 65 años se observa una reducción sostenida del número de hombres en cada quinquenio, mientras que las mujeres no solo mantienen cifras más altas, sino que estas diferencias se amplifican con la edad. En el grupo de 85 a 89 años, por ejemplo, hay más de 250.000 mujeres adicionales respecto a los hombres, y en los tramos extremos (100 años o más), las mujeres representan más del 80% del total.

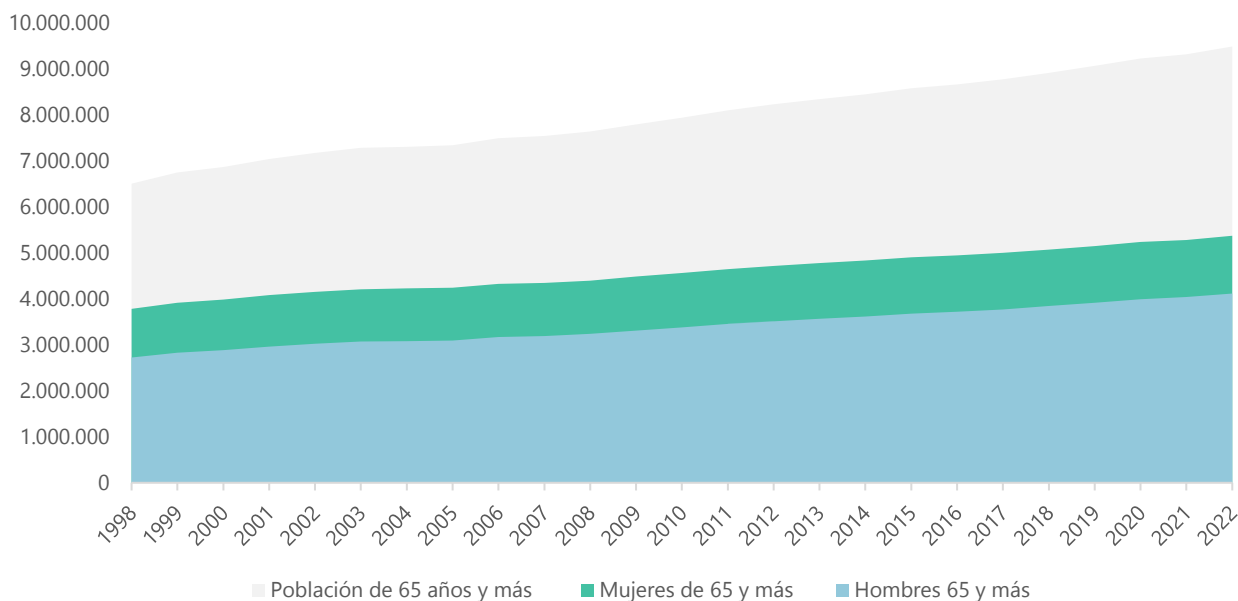
Gráfico 2. Población mayor de 60 años por sexo. 2024



Fuente: INE. Elaboración propia.

La **evolución de la población de 65 y más años**, entre 1998 y 2022 en España (Gráfico 3) creció un 46 %, pasando de 6,5 a 9,5 millones de personas. Este incremento sostenido refleja el envejecimiento demográfico y el aumento de la esperanza de vida. Las mujeres representan de forma constante cerca del 57 % de este grupo, evidenciando la feminización del envejecimiento, especialmente relevante en edades avanzadas.

Gráfico 3. Evolución de la población mayor de 65 años en España. 1998 – 2022.



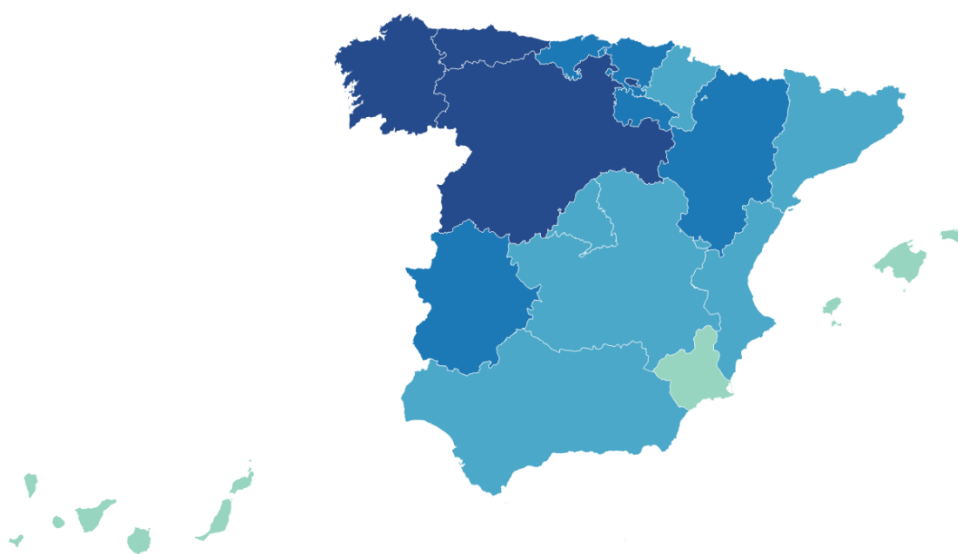
Fuente: INE. Elaboración propia.

En cuanto a la proporción de este grupo es diferente en función del territorio, la población de 65 años y más presenta una **concentración desigual entre comunidades autónomas**. Galicia (26,6%), Asturias (28%), Castilla y León (26,9%) son autonomías donde más de un cuarto de la población tiene más de 65 años. Por otro lado, Cantabria (24%), País Vasco (23,8%), La Rioja (22,1%), Aragón (22,4%) y Extremadura (22,4%) concentran más del 20% de su población en personas mayores de 65 años. El noreste de la península tiende a concentrar mayor población de más de 65 años que el litoral. En contraste, comunidades como Murcia, Islas Baleares o Cataluña tienen un peso relativo inferior.

Gráfico 4. Proporción de población de 65 años y más por comunidad autónoma. 2024.

% Población mayor de 65 años

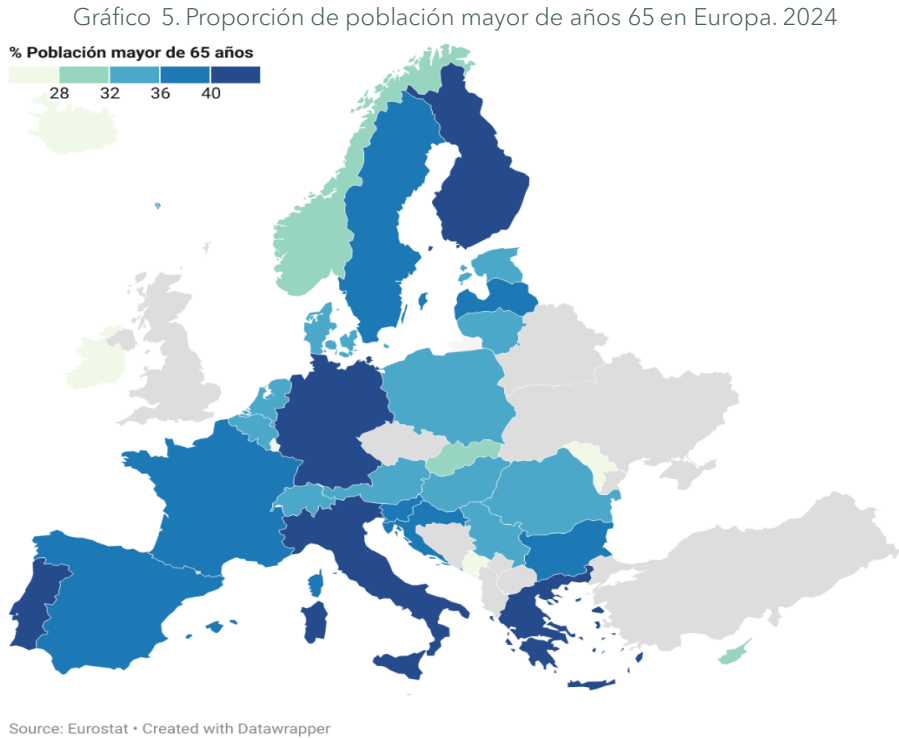
Color	Porcentaje
Verde claro	15
Verde medio	19
Azul claro	22
Azul oscuro	25



Created with Datawrapper

Fuente: INE. Elaboración propia en Datawrapper.

Europa también sostiene una tendencia al envejecimiento (Gráfico 5). España con un 36,6 % de su población mayor de 65 años se sitúa ligeramente por debajo de la media de la Unión Europea (37,9 %). Por otro lado, Italia (44,6 %), Portugal (42,9 %), Grecia (42,1 %), Finlandia (40,5 %) y Alemania (40,6 %) superan el 40% de la población mayor de 65 años sobre la población total.



Fuente: EUROSTAT. Elaboración propia en Datawrapper.

La **tasa de dependencia** indica la proporción de personas económicamente dependientes —es decir, menores de 16 años y mayores de 65— en relación con la población en edad de trabajar (de 16 a 64 años). En 2024, este indicador revela importantes disparidades entre comunidades autónomas, que reflejan tanto diferencias en la estructura por edades como en las dinámicas demográficas recientes. Asturias (45,76 %), Castilla y León (43,98 %) y Galicia (43,24 %) presentan las tasas más elevadas, lo que denota una fuerte presión demográfica sobre la población activa, vinculada al envejecimiento y a la baja natalidad. En comunidades como Madrid (27,94 %) o Andalucía (28,3 %) la tasa se mantiene en niveles intermedios, reflejando un cierto equilibrio entre población dependiente y activa.

Tabla 1. Tasa de dependencia por Comunidad Autónoma en España. 2024

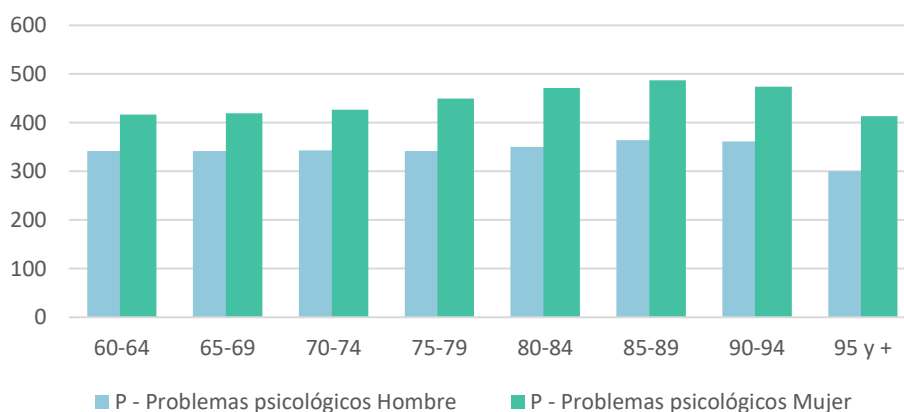
	2024
Andalucía	28,3
Aragón	35,24
Asturias, Principado de	45,76
Balears, Illes	24,26
Canarias	25,52
Cantabria	38,03
Castilla y León	43,98
Castilla - La Mancha	30,25
Cataluña	29,78
Comunitat Valenciana	30,96
Extremadura	34,93

	2024
Galicia	43,24
Madrid, Comunidad de	27,94
Murcia, Región de	25,13
Navarra, Comunidad Foral de	32,46
País Vasco	38,01
Rioja, La	34,87
Ceuta	19,55
Melilla	18,48

Fuente: INE. Elaboración propia

Los últimos datos disponibles del Ministerio de Sanidad pertenecen al año 2017, datos especialmente relevantes dado el incremento de patologías con el aumento de la edad. Los diagnósticos **de problemas psicológicos** en población mayor muestran una prevalencia sostenidamente superior en mujeres respecto a hombres en todos los grupos de edad a partir de los 60 años (Gráfico 6). Mientras que en hombres las tasas se mantienen relativamente estables —en torno a 342 por mil hasta los 79 años— y solo repuntan levemente hasta los 85-94 años (máximo de 363,8), en mujeres se observa un ascenso continuo con la edad, alcanzando un pico de 487,3 por mil entre los 85 y 89 años. Esta brecha por sexo evidencia una mayor carga de malestar psicológico en mujeres mayores.

Gráfico 6. Diagnósticos en atención primaria de problemas psicológicos por sexo y edad por cada 1000 habitantes. 2017

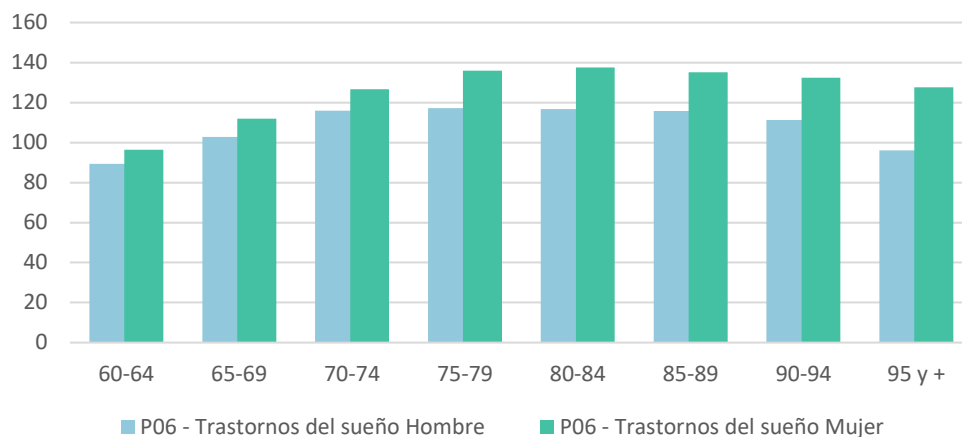


Fuente: Salud Mental en Atención Primaria 2017. Ministerio de Sanidad. Elaboración propia.

Los **trastornos del sueño** presentan una prevalencia creciente con la edad en ambos sexos, aunque con valores sistemáticamente más altos en mujeres. En el grupo de 60 a 64 años, la tasa es de 96,4 por mil en mujeres frente a 89,3 en hombres, y esta brecha se amplía en las décadas posteriores: en los 80-84 años, las tasas alcanzan 137,5 por mil en mujeres y 116,8 en hombres. Aunque en ambos casos se observa una ligera disminución en el grupo de 95 años y más, el patrón general muestra una carga sostenida de este problema en edades avanzadas. Al igual que con los problemas psicológicos, la mayor prevalencia en mujeres sugiere una acumulación de factores biopsicosociales que afectan de forma diferencial a la salud mental y del sueño en la vejez femenina.

DIGITAL _ SALUD DIGITAL Y SALUD MENTAL EN PERSONAS MAYORES

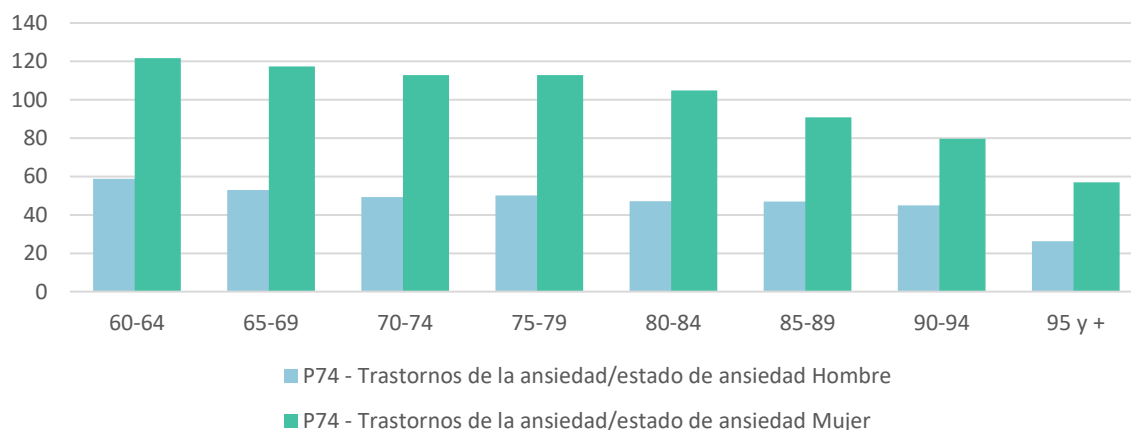
Gráfico 7. Diagnósticos en atención primaria de trastornos del sueño por sexo y edad por cada 1000 habitantes. 2017



Fuente: Salud Mental en Atención Primaria 2017. Ministerio de Sanidad. Elaboración propia.

Los **trastornos de ansiedad** en población mayor muestran una marcada diferencia por sexo. En todos los grupos de edad a partir de los 60 años, la prevalencia en mujeres duplica, e incluso triplica, la de los hombres. Por ejemplo, entre los 60 y 64 años, se registran 121,8 casos por mil mujeres frente a 58,8 en hombres. Aunque en ambos sexos la prevalencia disminuye con la edad, la brecha de género se mantiene constante hasta los 95 años o más. Esta diferencia refuerza el patrón ya observado en problemas psicológicos y trastornos del sueño, y confirma una mayor carga de sufrimiento emocional en mujeres mayores, en coherencia con su mayor prevalencia de soledad no deseada y su sobrerrepresentación en las cohortes más longevas.

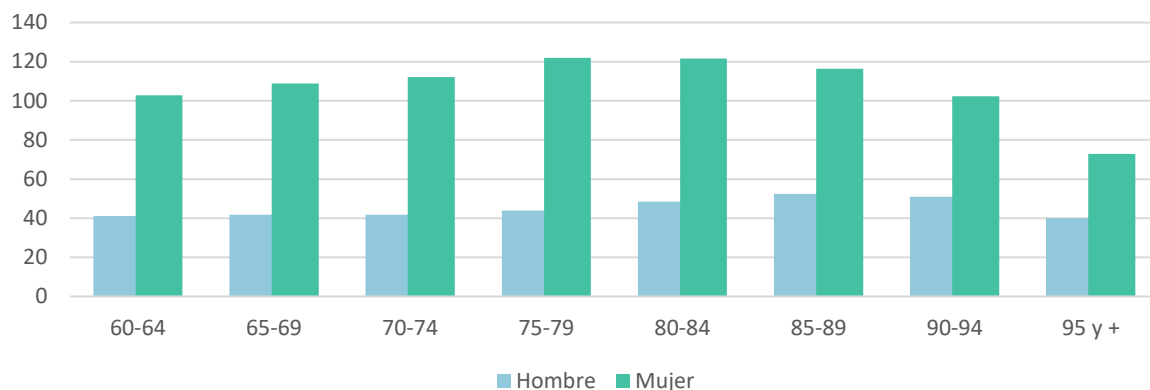
Gráfico 8. Diagnósticos en atención primaria de trastornos de ansiedad por sexo y edad por cada 1000 habitantes. 2017



Fuente: Salud Mental en Atención Primaria 2017. Ministerio de Sanidad. Elaboración propia.

La prevalencia de **depresión y trastornos depresivos** en personas mayores presenta un patrón consistente con el observado en otros problemas de salud mental: las mujeres registran tasas muy superiores a los hombres en todos los tramos de edad. En el grupo de 60-64 años, la prevalencia en mujeres (102,8 por mil) más que duplica la de los hombres (41,2), y esta diferencia se mantiene estable hasta los 85 años. A partir de entonces, ambas tasas descienden, aunque la brecha persiste.

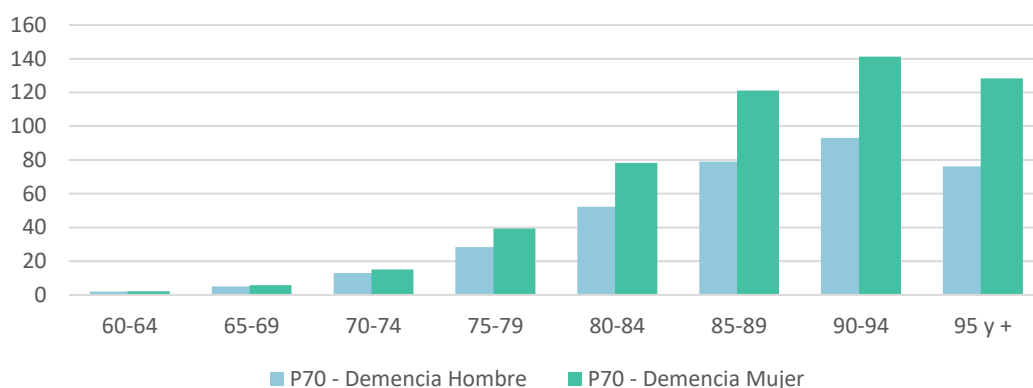
Gráfico 9. Diagnósticos en atención primaria de trastornos depresivos por sexo y edad por cada 1000 habitantes. 2017



Fuente: Salud Mental en Atención Primaria 2017. Ministerio de Sanidad. Elaboración propia.

La **prevalencia de demencia** muestra un aumento exponencial con la edad en ambos sexos, aunque con una incidencia sistemáticamente más elevada en mujeres. Mientras que en los grupos de 60-64 años las tasas son muy bajas (2,01 en hombres y 2,12 en mujeres por mil personas), a partir de los 80 años las diferencias se amplifican notablemente: en el grupo de 90-94 años, la tasa es de 141,4 en mujeres frente a 93,0 en hombres, y en los mayores de 95 años se sitúa en 128,3 y 76,1, respectivamente. Este patrón refleja tanto la mayor longevidad femenina como su sobrerrepresentación en los tramos de edad más avanzada, y confirma la elevada carga de enfermedad neurodegenerativa entre las mujeres mayores.

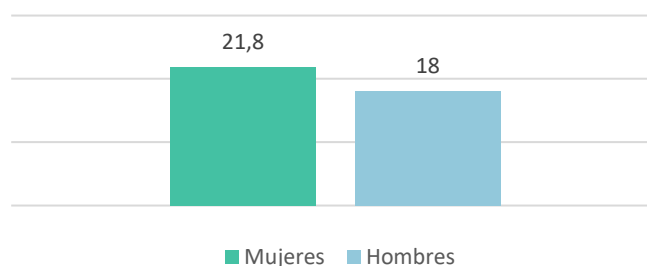
Gráfico 10. Diagnósticos en atención primaria de trastornos por demencia por sexo y edad por cada 1000 habitantes. 2017



Fuente: Salud Mental en Atención Primaria 2017. Ministerio de Sanidad. Elaboración propia.

En relación con la **soledad no deseada**, según los datos disponibles, esta afecta al 21,5 % de la población en España, con una mayor incidencia en mujeres (21,8 %) frente a los hombres (18 %).

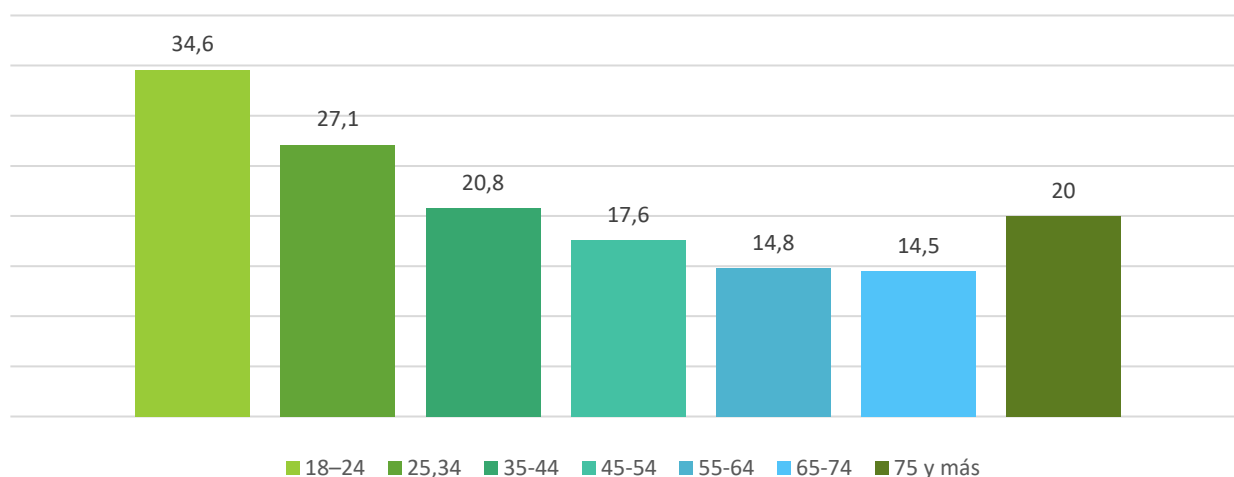
Gráfico 11. Prevalencia de la soledad no deseada en España por sexo %. 2024.



Fuente: Fundación ONCE & Fundación AXA. (2024). Barómetro de la soledad no deseada en España 2024. Elaboración propia.

Al analizar la prevalencia de la **soledad no deseada** por grupos de edad, se observa un patrón no lineal, donde los valores más elevados corresponden a las personas jóvenes de entre 18 y 24 años (34,6 %) y al grupo de 25 a 34 años (27,1 %). En contraste, las tasas disminuyen progresivamente hasta los 65-74 años (14,5 %), y repuntan ligeramente en el grupo de 75 y más (20 %).

Gráfico 12. Prevalencia de soledad no deseada por edad en España. 2024

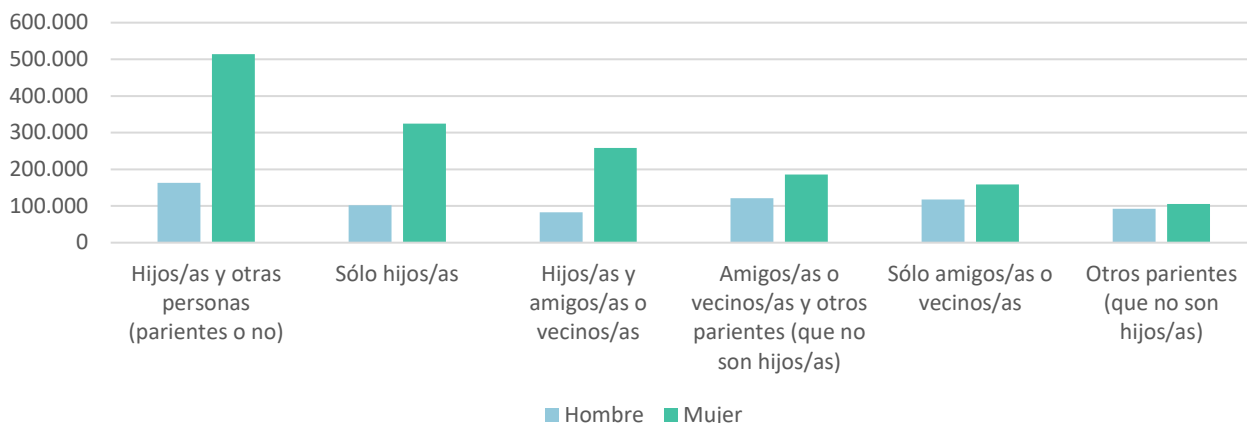


Fuente: Fundación ONCE & Fundación AXA. (2024). Barómetro de la soledad no deseada en España 2024. Elaboración propia.

Entre la población mayor de 60 años, las mujeres presentan una mayor **participación en redes de apoyo social** en todas las combinaciones posibles, especialmente en las centradas en los vínculos filiales. Por ejemplo, más de medio millón de mujeres se apoyan en hijos/as y otras personas, frente a 163.403 hombres, y esta diferencia se mantiene tanto en los vínculos exclusivamente con hijos/as como en los que incluyen amigos/as o vecinos/as. Este patrón refleja no solo una mayor esperanza de vida femenina, sino también una mayor tendencia a mantener relaciones sociales diversas en la vejez. La predominancia de redes con hijos/as como principal fuente de apoyo se alinea con la estructura demográfica previamente analizada, pero también subraya la necesidad de reforzar modelos complementarios de apoyo comunitario, especialmente ante situaciones de viudez o dependencia funcional.

DIGITAL _ SALUD DIGITAL Y SALUD MENTAL EN PERSONAS MAYORES

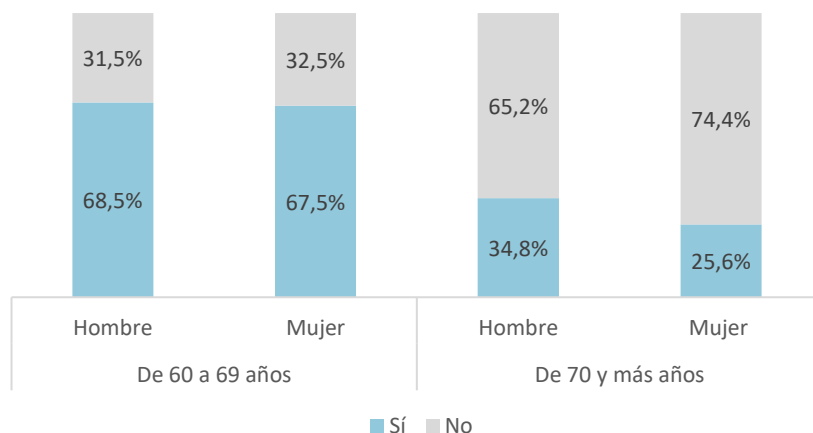
Gráfico 13. Personas que viven solas de más de 60 años según el tipo de relación que tienen con la persona que le presta apoyo social por sexo. España. 2021.



Fuente: INE. Encuesta de características esenciales de población y viviendas. Elaboración propia.

El **acceso habitual a internet** entre personas mayores presenta una marcada brecha por edad y género. En el grupo de 60 a 69 años, más del 68 % de hombres y el 67 % de mujeres utilizan internet de forma habitual; sin embargo, a partir de los 70 años, el acceso cae drásticamente: solo el 35 % de los hombres y el 25 % de las mujeres de esa franja etaria están conectados.

Gráfico 14. Proporción de personas que acceden habitualmente a internet mayores de 60 años por grupo de edad y sexo. 2021.

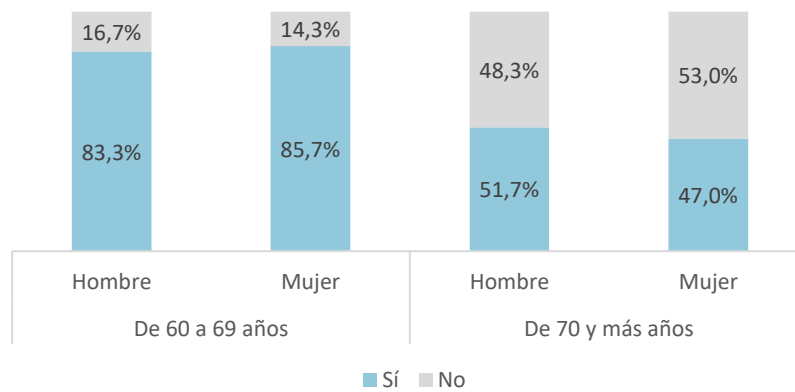


Fuente: INE. Encuesta de características esenciales de población y viviendas. Elaboración propia.

La **disponibilidad de un smartphone** entre personas mayores sigue un patrón similar al del acceso a internet, aunque con niveles ligeramente superiores. En el grupo de 60 a 69 años, más del 83 % de hombres y el 85 % de mujeres disponen de este tipo de dispositivo. Sin embargo, en la población de 70 años o más el porcentaje desciende notablemente: solo el 52 % de los hombres y el 47 % de las mujeres cuentan con un smartphone.

DIGIMENTAL _ SALUD DIGITAL Y SALUD MENTAL EN PERSONAS MAYORES

Gráfico 15. Proporción de personas que disponen de un smartphone mayores de 60 años por grupo de edad y sexo. 2021



Fuente: INE. Encuesta de características esenciales de población y viviendas. Elaboración propia.

2. Metodología

A la luz de las cuestiones planteadas, el proyecto DIGIMENTAL tiene como objetivo principal conocer la realidad en la utilización de herramientas de salud digital, envejecimiento activo y prevención de la exclusión y soledad no deseada por y para personas mayores en situación de especial vulnerabilidad por trastornos mentales.

Como objetivos específicos, este proyecto pretende:

1. Identificar fortalezas y áreas de mejora en relación con la prevención y manejo de los trastornos mentales.
2. Investigar la eficacia y aceptación de las herramientas en salud digital tanto por profesionales como por pacientes en el ámbito de la atención sociosanitaria con la capacidad para abordar trastornos mentales.
3. Desarrollar una guía de buenas prácticas basadas en la evidencia recogida en la investigación para mejorar las prácticas digitales de atención sociosanitaria.

La metodología propuesta procura abarcar estos objetivos a través de la complementación de diferentes técnicas en un proceso de 4 etapas.

En la primera fase, se hizo una **búsqueda exploratoria** de recursos e iniciativas ya existentes vinculadas a la salud digital, el envejecimiento activo, la exclusión social y la soledad no deseada. Esta búsqueda permitió identificar experiencias relevantes con especial atención a aquellas orientadas a personas mayores. Posteriormente, se desarrolló **un proceso sistemático de documentación** basado en fuentes secundarias, a través de plataformas académicas como *Google Académico*, *ResearchGate* y *Dialnet*. Se emplearon palabras clave como "salud digital", "personas mayores", "mujeres mayores", "herramientas digitales", "soledad no deseada", "envejecimiento activo" y "trastornos mentales".

Asimismo, se consultó documentación de referencia elaborada por organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la Organización de las Naciones Unidas (ONU), priorizando en todo momento la incorporación de la perspectiva de género. Finalmente, se llevó a cabo una revisión de **fuentes estadísticas** pertinentes al objeto de estudio, con el objetivo de aportar una base cuantitativa sólida y actualizada.

Los resultados de esta fase permiten construir un marco teórico robusto e incorporar una mirada interseccional que visibilice las desigualdades estructurales que afectan especialmente a las mujeres mayores. A su vez, esta revisión preliminar facilita un primer acercamiento a las iniciativas y recursos disponibles que abordan, desde la innovación social y tecnológica, los retos del envejecimiento en contextos de vulnerabilidad. Esta primera etapa ha dado lugar a un plan de investigación con una base teórica y estadística que servirá de guía para la segunda fase de la investigación.

En segundo lugar, es el momento de la aplicación de técnicas de investigación documental, cuantitativas y cualitativas. El comienzo de esta nueva etapa será con la identificación de al menos **8 buenas prácticas** y de posibilidades de mejora en base a la investigación documental previamente realizada. En segundo lugar, se aplicará una articulación metodológica con técnicas cualitativas y cuantitativas. Esta permitirá aplicar los resultados cualitativos en la elaboración del cuestionario enriqueciendo así la calidad de los datos obtenidos y la fiabilidad de la investigación. En la **investigación cualitativa** se

planteará una muestra teórico-intencional de al menos 15 entrevistas a agentes clave determinados por las etapas anteriores, abordando siempre la diversidad geográfica y la perspectiva de género a través de personas expertas, profesionales y responsables de entidades y asociaciones de personas mayores.

Tabla 2. Relación de perfiles entrevistados.

Nº	PERFIL
2	Persona experta en gerontología
1	Persona experta en gerontología con perspectiva de género
2	Persona experta en salud digital
2	Profesionales de la salud que trabajen con herramientas en salud digital
2	Personas gerocultoras o cuidadoras formales
2	Profesionales de la salud mental especializados en mayores
1	Asociación de personas mayores
1	Asociación de mujeres mayores
1	Asociación de personas mayores rural
1	Asociación de familiares de personas mayores

Fuente: Elaboración propia.

Una vez realizadas las entrevistas, se han convocado 4 focus groups cubriendo a priori estos perfiles: mujeres mayores, trabajadores en salud de personas mayores, personas mayores y cuidadores informales de personas con diagnósticos.

Tabla 3. Relación de grupos de discusión.

CÓDIGO	PERFIL
FG1	Mujeres mayores
FG2	Personas mayores
FG3	Profesionales de la salud
FG4	Familiares y cuidadores informales

Fuente: Elaboración propia.

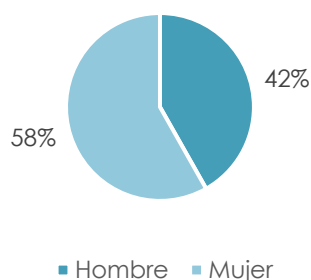
Los testimonios de las entrevistas y grupos servirán para hacer un análisis cualitativo a través de la teoría fundamentada, tratando de identificar patrones, necesidades, fortalezas y debilidades del objeto de estudio planteado. Los resultados del bloque cualitativo se han complementado con las **técnicas cuantitativas** a través de la elaboración de un cuestionario acorde a la realidad investigada. Se ha elaborado un cuestionario para personas mayores con o sin diagnóstico y otro cuestionario para cuidadores y expertos. Este cuestionario se realizará de forma autoadministrada y por vía telefónica para asegurar la inclusión de personas con un grado de alfabetización inferior. Se planteará una muestra teórico-intencional con el objetivo de abordar la diversidad de perfiles.

Una vez concluido el trabajo de campo, la tercera etapa ha consistido en el **análisis conjunto de toda la información recolectada**. A través de una triangulación de la información donde las fuentes de datos primarias se han unido para abarcar los objetivos propuestos e identificar las buenas prácticas en relación a las herramientas digitales en salud digital con personas mayores con perspectiva de género. El resultado final es el presente informe de resultados que incluye la información recogida en todas las etapas de la investigación con una revisión específica sobre lenguaje e imagen no sexista.

2.1 Sociodemográficos de la encuesta a personas mayores

La **distribución por género** de la muestra encuestada muestra una ligera sobrerrepresentación de mujeres (Gráfico 16), que constituyen el 58 % del total, frente al 42 % de hombres. Esta composición resulta coherente con la estructura poblacional del grupo etario en España, caracterizado por una feminización progresiva del envejecimiento, especialmente a partir de los 75 años.

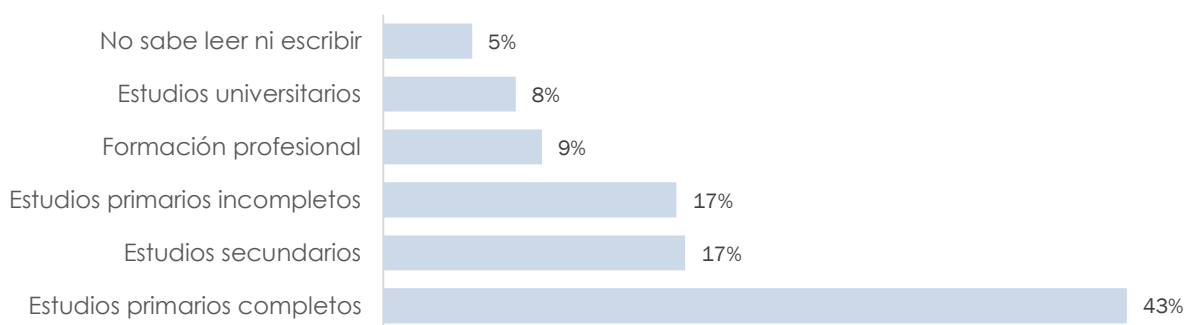
Gráfico 16. Distribución por género de la población encuestada.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos generados por la encuesta a personas mayores.

La mayoría de las personas mayores encuestadas cuenta con un **nivel educativo bajo o medio**. El 43 % tiene estudios primarios completos, mientras que un 17 % no los finalizó. Un porcentaje similar (17 %) alcanzó estudios secundarios, y un 9 % cuenta con formación profesional. Solo un 8 % declara haber cursado estudios universitarios, y un 5 % manifiesta no saber leer ni escribir. Estos datos reflejan el contexto formativo de generaciones que crecieron en un periodo de menor acceso a la educación formal, especialmente en el caso de las mujeres y en zonas rurales.

Gráfico 17. Distribución por nivel de estudios de la población encuestada.

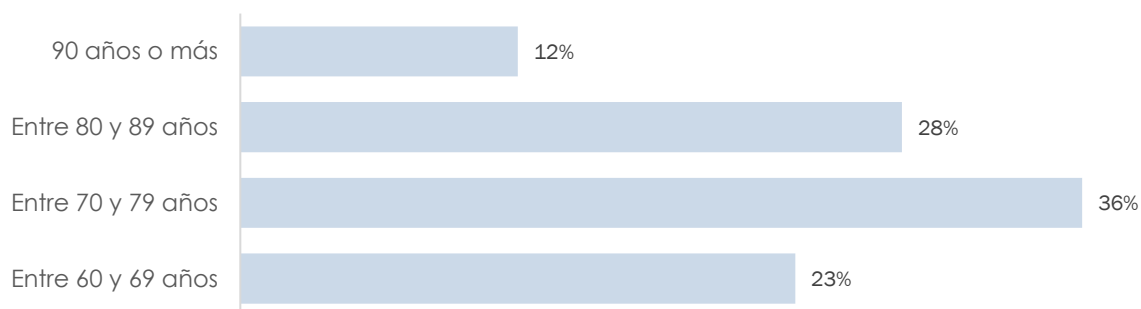


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos generados por la encuesta a personas mayores.

La **distribución por grupos de edad** refleja una participación mayoritaria de personas entre 70 y 79 años (36 %), seguidas por quienes se encuentran en la franja de 80 a 89 años (28 %). El 23 % de las personas encuestadas tiene entre 60 y 69 años, mientras que un 12 % supera los 90 años. Esta composición etaria permite captar una diversidad de trayectorias vitales dentro del grupo de personas mayores, incluyendo tanto perfiles relativamente activos como situaciones de mayor fragilidad asociadas a edades avanzadas.

DIGITAL _ SALUD DIGITAL Y SALUD MENTAL EN PERSONAS MAYORES

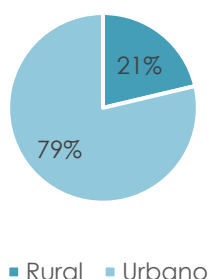
Gráfico 18. Distribución por grupos de edad de la población encuestada.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos generados por la encuesta a personas mayores.

El principal lugar de residencia de la población consultada es la ciudad, representando el 79% de la muestra, mientras la población rural ocupa el 21%.

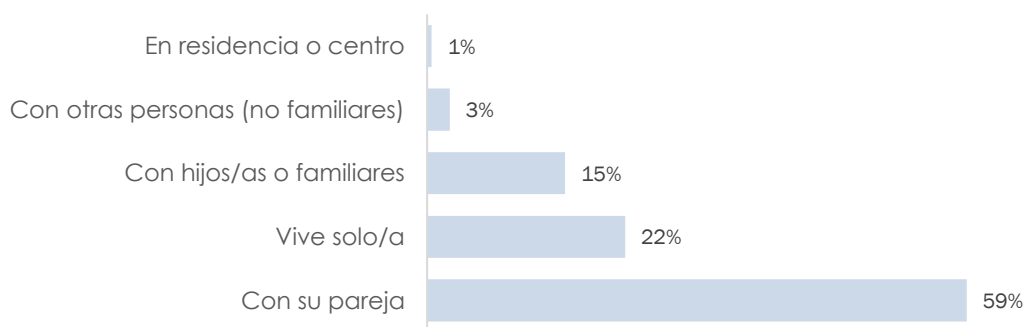
Gráfico 19. Distribución por lugar de residencia de la población encuestada.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos generados por la encuesta a personas mayores.

En cuanto al lugar de residencia, la mayoría de la población encuestada vive con su pareja (59%), el 22% vive solo y el 15% vive con sus hijos o familiares cercanos.

Gráfico 20. Lugar de residencia. Encuesta a personas mayores.

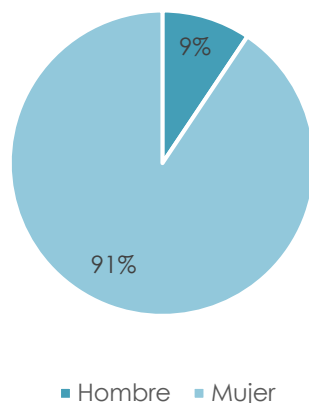


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos generados por la encuesta a personas mayores.

2.2 Sociodemográficos de la encuesta a profesionales

La muestra de profesionales consultados presenta una distribución claramente feminizada, con un 91 % de mujeres frente a un 9 % de hombres. Este patrón refleja la composición de género predominante en el ámbito de los cuidados, la atención sociosanitaria y la intervención comunitaria con personas mayores, donde las mujeres constituyen la mayoría del personal tanto en los niveles asistenciales como técnicos.

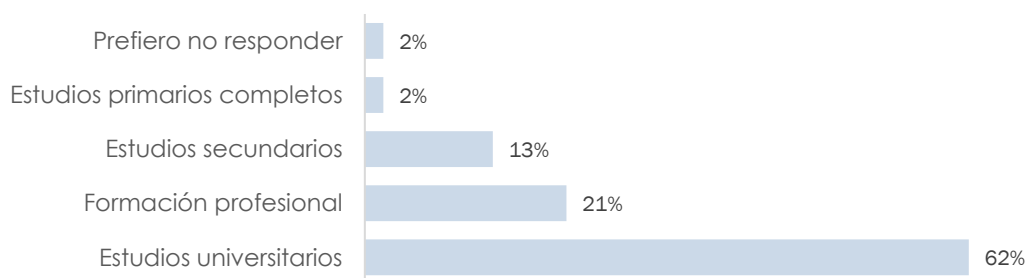
Gráfico 21. Distribución por género de la población encuestada.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos generados por la encuesta a profesionales.

El perfil formativo de las personas profesionales encuestadas evidencia un alto nivel de cualificación. Un 62 % cuenta con estudios universitarios, mientras que un 21 % ha cursado formación profesional y un 13 % alcanzó estudios secundarios. Solo un 2% declara haber completado únicamente estudios primarios, y otro 2 % prefirió no responder.

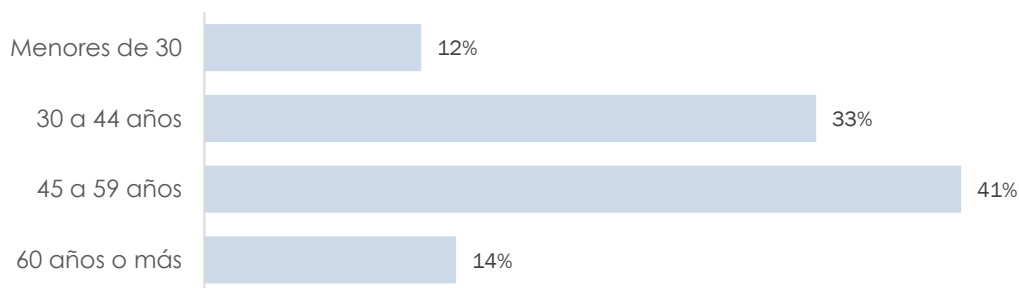
Gráfico 22. Distribución por nivel de estudios de la población encuestada.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos generados por la encuesta a profesionales

La mayoría de las personas profesionales encuestadas se sitúa en la franja de edad intermedia. Un 41 % tiene entre 45 y 59 años, seguido por un 33 % en el grupo de 30 a 44 años. El 14 % supera los 60 años y un 12 % es menor de 30.

Gráfico 23. Distribución por edad de la población encuestada.



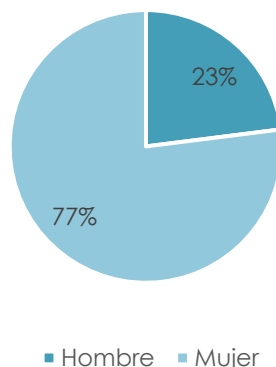
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos generados por la encuesta a profesionales

2.3 Sociodemográficos encuesta a familiares

DIGITAL _ SALUD DIGITAL Y SALUD MENTAL EN PERSONAS MAYORES

La encuesta dirigida a familiares de personas mayores refleja una clara sobrerrepresentación femenina, con un 77 % de mujeres y un 23 % de hombres entre las personas participantes.

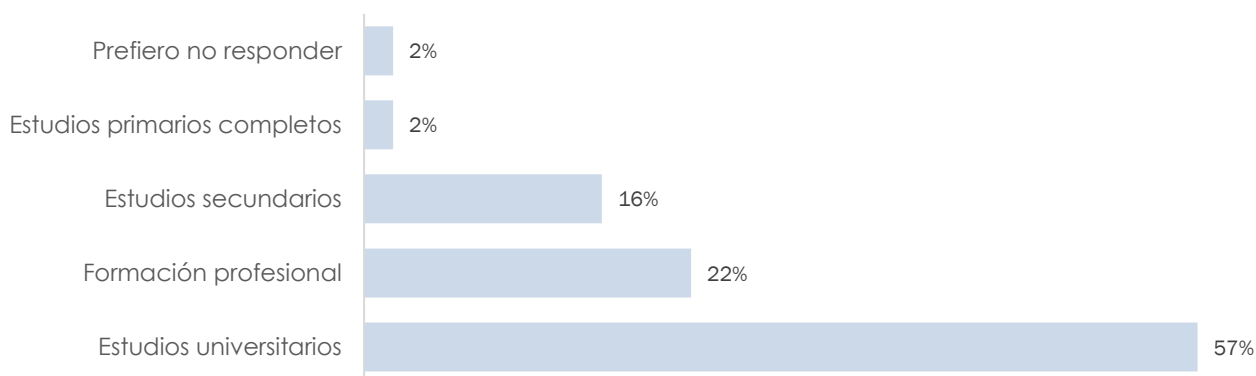
Gráfico 24. Distribución por género de la población encuestada



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos generados por la encuesta a familias.

La muestra de familiares presenta un perfil educativo elevado. Un 57 % cuenta con estudios universitarios, seguido de un 22 % con formación profesional y un 16 % con estudios secundarios. Solo un 2 % declara haber completado estudios primarios, y otro 2 % optó por no responder.

Gráfico 25. Distribución por nivel estudio de la población encuestada

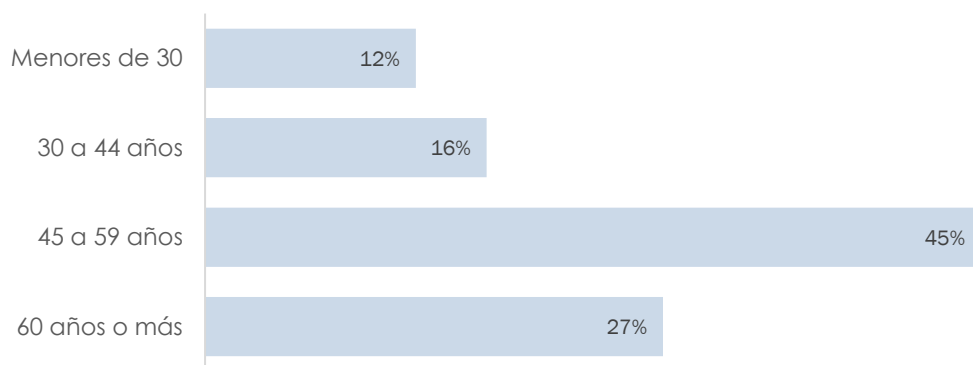


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos generados por la encuesta a familias.

La mayoría de los familiares encuestados se encuentra en la franja de 45 a 59 años (45 %), seguida por quienes tienen 60 años o más (27 %). El 16 % tiene entre 30 y 44 años, y el 12 % son menores de 30.

DIGITAL _ SALUD DIGITAL Y SALUD MENTAL EN PERSONAS MAYORES

Gráfico 26. Distribución por edad de la población encuestada.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos generados por la encuesta a familias.

3. Resultados de la investigación

A continuación, se presentan los principales hallazgos derivados del proceso de investigación, que integran datos cuantitativos obtenidos a través de encuestas dirigidas a personas mayores, familiares y profesionales, así como información cualitativa recogida en entrevistas a expertos, agentes clave y grupos focales con perfiles previamente identificados. Este conjunto de información servirá de diagnóstico sobre el uso de herramientas en salud digital en personas mayores y su salud mental.

3.1 Las personas mayores

El primer acercamiento al objeto de estudio está orientado a comprender los cambios sociales, económicos, laborales y relacionales asociados al proceso de envejecimiento, como base **contextual** para interpretar la relación de las personas mayores con la salud digital.

Hacerse mayor

El **avance en la edad** conlleva una serie de transformaciones progresivas que condicionan la vida cotidiana. Entre los elementos más significativos se encuentra el deterioro físico, la aparición de situaciones de dependencia, la reducción de la red social de apoyo, generalmente asociada a la pérdida de familiares o amigos. Estos factores tienen un impacto directo en la autonomía, las posibilidades de participación y la relación de las personas mayores con su entorno, incluyendo el ámbito digital.

“Conforme se avanza en edad hay mayor posibilidad de que aparezca la dependencia, la dependencia física, este aislamiento que comento.” (E2/ Trabajador psicogeriatría)

“Me he ido siempre mucho de vacaciones. Ahora no puedo, me tengo que quedar en casa” (FG1/ Mujeres mayores)

“Se murió mi marido hace ya 30 años.” (FG1/ Mujeres mayores)

“Es que no haces lo que hacías antes, crees que vas a llegar allí y te quedas aquí” (FG2/ Personas mayores)

La **jubilación** se identifica como un hito que marca una transición profunda en la vida de las personas, no solo en términos económicos o laborales, sino también en lo personal, relacional y en la propia capacidad física de cada persona. Desde la perspectiva profesional, la forma en que se vive la jubilación puede condicionar de manera relevante la participación social y el estado emocional de la persona. En los casos de desvinculación del trabajo puede afectar a la identidad personal, especialmente en perfiles altamente ligados a la productividad.

“En el momento en que te jubilas a los 65 años y a lo mejor el momento de la jubilación yo creo que es crucial, porque quien lo vive bien, bien, pero el que lo vive mal, rompe. Entonces es muy difícil si ya rompo y cuando inicio este proceso quiera ir a ver si alguien me puede ayudar” (E2/Trabajador psicogeriatría)

“Ahí también dile tú a un hombre de 70 años que ya no es productivo ni lo va a volver a ser si es en lo que ha pasado su personalidad, su ser” (FG3/ Profesionales)

El **contexto económico** actual, marcado por el incremento sostenido del coste de vida y la falta de actualización proporcional de las pensiones, constituye un factor determinante en la calidad de vida de las personas mayores. La pérdida progresiva del poder adquisitivo puede restringir el acceso a bienes básicos, dificultar la adopción de hábitos saludables y,

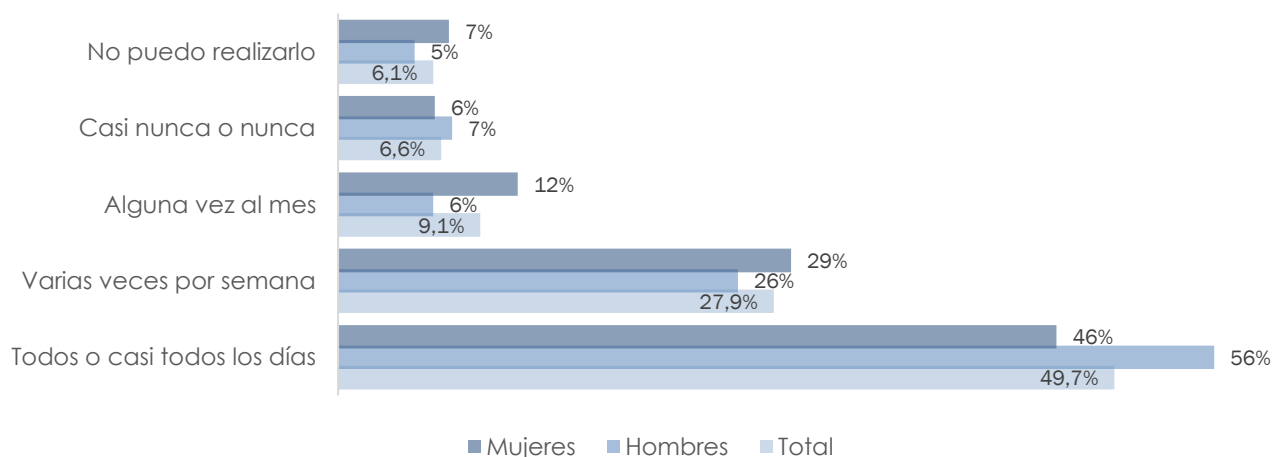
en última instancia, obstaculizar el acceso a tecnologías digitales que podrían favorecer su bienestar y autonomía.

“El tema económico, el tema del poder adquisitivo, cómo se va perdiendo, sobre todo cuando te encuentras con personas que a lo mejor no tienen propiedades, no tienen o no tienen casa, no tienen y me han encarecido la cesta de la compra. Lo que antes hacías con diez ahora lo tienes que hacer con 30, pero la pensión no va a avanzar progresivamente e incluso comer saludable. Hay un factor ahí de económico que yo creo que también afecta a la calidad de vida de las personas” (FG3/ Profesionales)

Envejecimiento activo

Los **hábitos saludables** de la población encuestada muestran una notable prevalencia de la actividad física regular. En conjunto, el 77,6 % de las personas mayores manifiesta realizar ejercicio físico varias veces por semana o todos o casi todos los días, mientras que un 15,2 % declara hacerlo solo alguna vez al mes, casi nunca o nunca. El análisis por género revela que los hombres muestran una mayor frecuencia en la práctica diaria, un 56 % de ellos realiza actividad física todos o casi todos los días, frente al 46 % de las mujeres. Sin embargo, estas últimas tienden a una distribución más equilibrada, con un 29 % que realiza actividad física varias veces por semana.

Gráfico 27. ¿Con qué frecuencia realiza usted alguna actividad física?



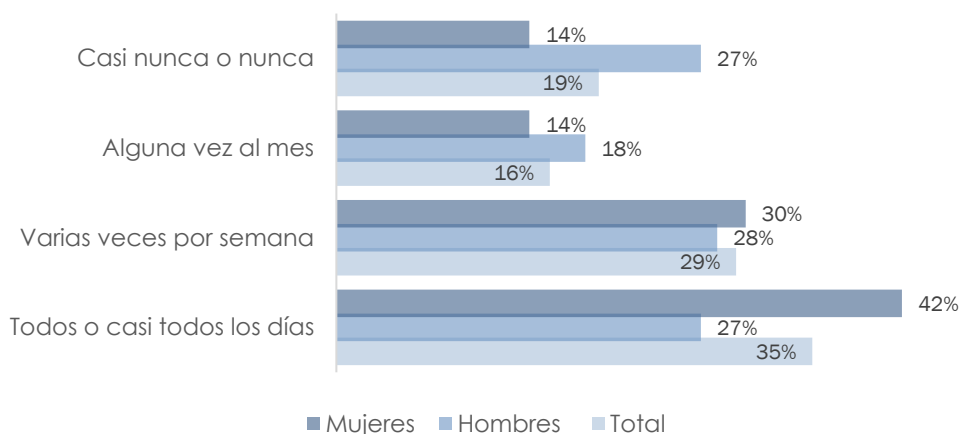
Fuente: Elaboración propia. Encuesta administrada a personas mayores. 2025

En cuanto a la **actividad mental** (leer, juegos de memoria, crucigramas, aprendizaje...), los datos reflejan una menor frecuencia global respecto a la actividad física. Solo un 35 % realiza este tipo de actividades todos o casi todos los días, y un 29,4 % lo hace varias veces por semana. El 19,3 % afirma que casi nunca o nunca hace actividades que le mantengan mentalmente activo.

Las diferencias por género son particularmente marcadas en esta dimensión, el 42 % de las mujeres realiza actividad mental diaria, frente a solo el 27 % de los hombres. Asimismo, el 27 % de los hombres declara que casi nunca o nunca realiza estas actividades, casi el doble que las mujeres (14 %).

DIGITAL _ SALUD DIGITAL Y SALUD MENTAL EN PERSONAS MAYORES

Gráfico 28. ¿Con qué frecuencia realiza actividades que le mantengan mentalmente activo/a?

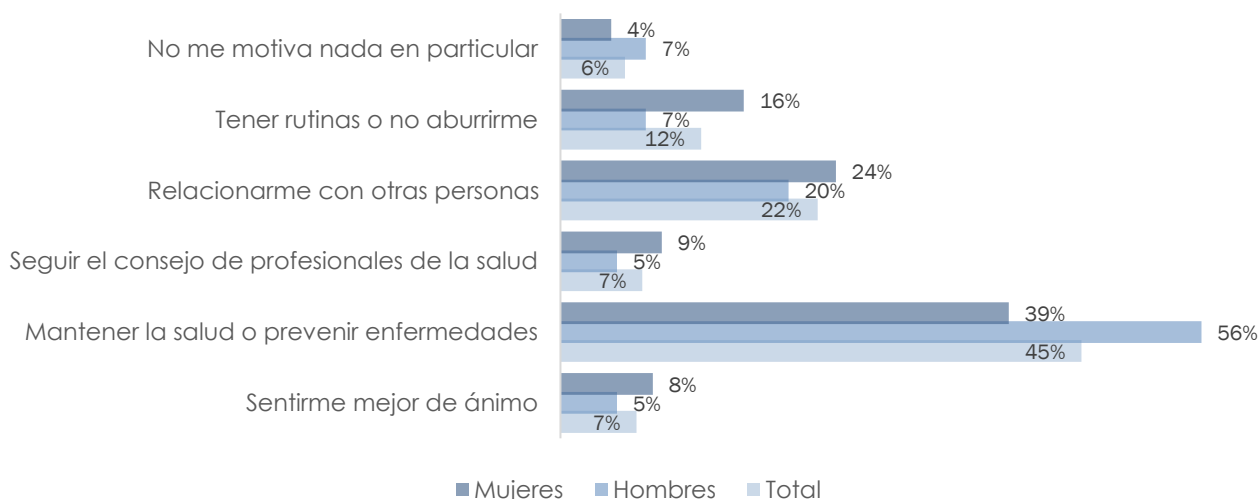


Fuente: Elaboración propia. Encuesta administrada a personas mayores. 2025

Ambos gráficos podrían sugerir que las mujeres mayores presentan una mayor predisposición a mantener la mente activa, mientras que los hombres tienden a realizar más actividad física de forma regular.

En relación con los **factores que motivan a mantenerse activo**, el motivo más citado es "mantener la salud o prevenir enfermedades" (45,2%), con una diferencia clara entre hombres (56%) y mujeres (39%). Otras motivaciones importantes son relacionarse con otras personas (22,3%) y tener rutinas o evitar el aburrimiento (12,2%). Destacan también algunas diferencias de género en las motivaciones emocionales y sociales: Las mujeres mencionan con mayor frecuencia motivos como "sentirme mejor de ánimo" (8% frente a 5% en hombres) y "tener rutinas o no aburrirme" (16% frente a 7%). Los hombres, por su parte, señalan más la motivación instrumental de salud, y muestran una mayor proporción que dice "no me motiva nada en particular" (7% frente a 4%).

Gráfico 29. ¿Qué le motiva o le ayuda a mantenerse activo/a física o mentalmente?



Fuente: Elaboración propia. Encuesta administrada a personas mayores. 2025

Las profesionales consultadas describen otras **implicaciones del género en la participación**, apuntando a una doble dirección. Por un lado, las mujeres tienden a sostener una red social amplia que, de alguna forma, les invita a mantenerse activas. Por otro, pueden experimentar inseguridad o una autopercepción de incapacidad ante nuevos desafíos,

como aprender algo o entrar en entornos desconocidos. En el caso de los hombres mayores, se observa una dependencia de sus cónyuges para asistir a actividades organizadas o institucionalizadas.

“El desafío es que las mujeres ahora mismo están a nivel de pensamientos, a años luz de lo que es la vida de ahora. Con lo cual hay muchas actividades que no se atreven a hacer, que no se ven capaces de poder hacer. Hay muchas que se les ha encasillado el rol de cuidadoras, de hijos, de nietos, con lo cual tampoco tienen tiempo y piensan que su obligación es estar ahí” (E1/Experta en gerontología)

“Además tengo dos o tres amigas que me sacan por la tarde de paseo porque yo me negué a salir y la vida me dio que me apunté aquí al bingo con María y aquí sí, aquí vengo casi todos” (FG1/ Mujeres mayores)

“Yo lo que me he encontrado es que dependen mucho [hombres mayores] de las mujeres para hacer cosas” (E1/Experta en gerontología)

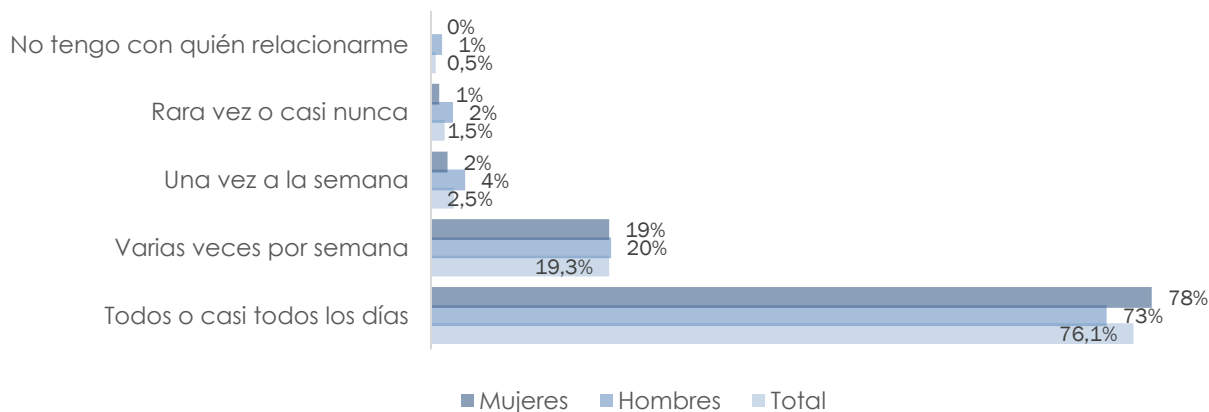
En la misma línea, las profesionales consultadas indican que, en entornos institucionalizados como centros residenciales, las mujeres mayores también tienden a participar más en las actividades organizadas.

“Yo creo que la mujer en general es mucho más abierta a una vez que está, por ejemplo. Estamos hablando dentro de un centro residencial a hacer muchas más actividades que los hombres y en ese aspecto les facilita el mantenerse mucho más, mucho más activas, porque son más partícipes de todo” (E12/Experta asistencial)

Red social y soledad no deseada

La mayoría de las personas mayores encuestadas declara mantener **relaciones sociales** de forma habitual. Un 76,1 % se relaciona con otras personas todos o casi todos los días, y un 19,3% lo hace varias veces por semana². No se observan diferencias significativas entre hombres y mujeres en este aspecto.

Gráfico 30. ¿Con qué frecuencia se relaciona personalmente con otras personas?



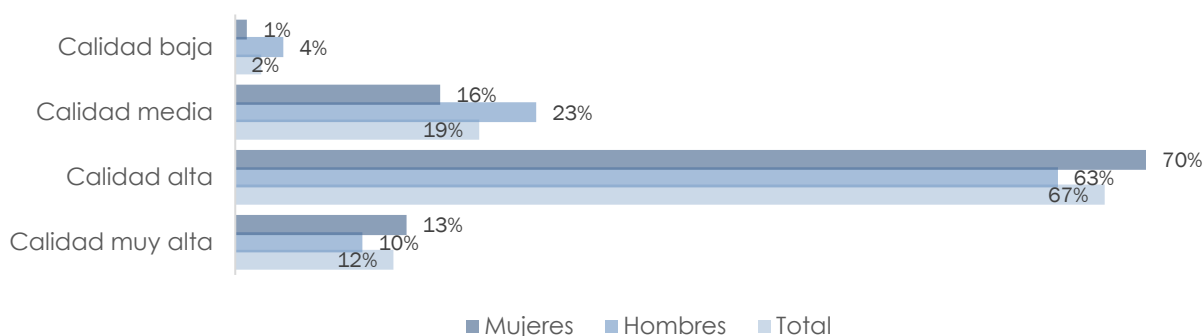
Fuente: Elaboración propia. Encuesta administrada a personas mayores. 2025

Sí que observamos diferencias sutiles en la **percepción de la calidad de las relaciones**. Las mujeres tienden a valorarlas ligeramente mejor que los hombres. El 83% de las encuestadas

² Estos resultados deben interpretarse en el marco del diseño del estudio. La recogida de datos se realizó a pie de calle, lo que implica un sesgo hacia personas con cierto grado de autonomía y participación, por lo que no puede asumirse que estos datos sean representativos del conjunto de la población mayor.

las considera de calidad alta o muy alta ante el 73% de hombres, estos presentan un porcentaje superior en calidad media (23%) y calidad baja (4%).

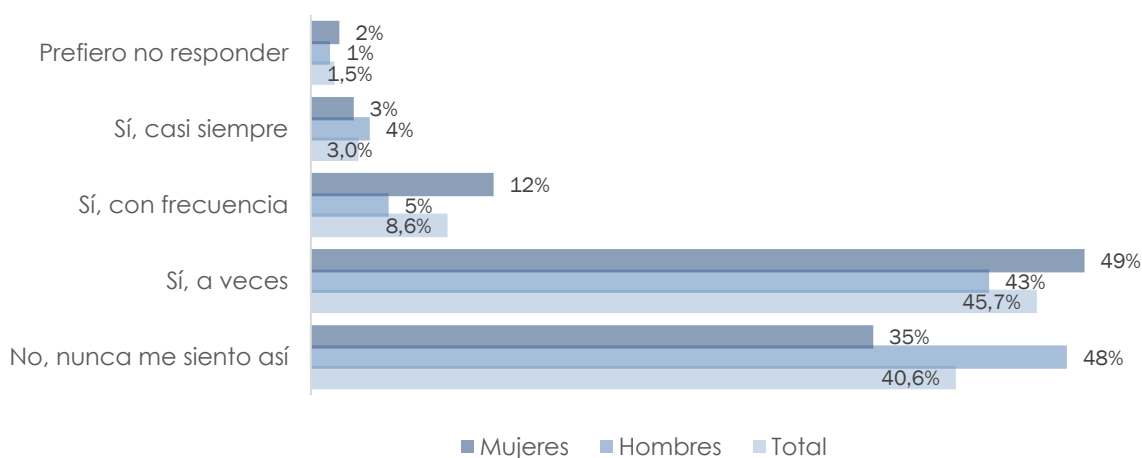
Gráfico 31. ¿Cómo valoraría, en general, la calidad de sus relaciones personales?



Fuente: Elaboración propia. Encuesta administrada a personas mayores. 2025

Si bien las relaciones sociales pueden medirse de forma objetiva, **la soledad no deseada** es una experiencia subjetiva que requiere preguntas específicas para su evaluación. El gráfico 32 recoge esta dimensión. En términos generales, las mujeres tienden a manifestar más sentimientos de soledad que los hombres. Mientras que el 48 % de los hombres declara no sentirse nunca solo, esta proporción desciende al 35 % en el caso de las mujeres. Además, el 12 % de las mujeres afirma sentirse solas con frecuencia, frente al 5 % de los hombres.

Gráfico 32. Algunas personas, aunque vean o hablen con otras, pueden sentir que les falta compañía o alguien con quien compartir cosas. ¿Le ocurre esto a usted?



Fuente: Elaboración propia. Encuesta administrada a personas mayores. 2025.

La muerte del cónyuge, de familiares cercanos o de amistades es frecuente en esta etapa vital, así como la distancia geográfica respecto a familiares. Estos factores contribuyen a que la soledad no deseada sea más frecuente en este grupo de edad. En algunos casos, esta sensación se intensifica cuando los vínculos familiares se transforman, como ocurre con los nietos: durante la infancia suelen estar más presentes, pero su autonomía creciente genera una percepción de distancia afectiva.

“Es verdad que hay gente que está sola, que no tiene ningún referente familiar y los que tienen están muy lejos y no lo tienen, o lo tienen pero no tienen ese enganche.” (E13/ Asociación comunitaria)

“Lo único que, aunque estás eso pues te ves muchas veces sola, estás aquí sola. Y claro. Que lo único que notas que los niños cuando eran pequeñitos venían los cuidabas, ahora ya son mayores y ya, ya no me necesitan como yo digo” (FG1/Mujeres mayores)

En el caso de los hombres, se observan diferencias relevantes en cuanto a las relaciones sociales. Aunque tradicionalmente el rol de la socialización ha recaído en las mujeres, son ellas quienes, según los datos de la encuesta, tienden a experimentar en mayor medida la soledad no deseada. Esto sugiere que los hombres, aun teniendo objetivamente menos interacción social, pueden no vivirla con la misma carga emocional.

“O sea, creo que es mayor el riesgo de aislamiento y soledad en hombres que en mujeres. Creo que las mujeres socializan más a lo largo de toda su vida. Los hombres no estamos hablando de gente que ahora es mayor, que es gente que se ha criado en otra cultura y es verdad que se han dedicado a trabajar, no tienen una red social de amistades, pues como sí que la puedan tener las mujeres” (E2/ Trabajador psiquiatría)

Las profesionales también señalan que, más allá de la cantidad de relaciones, el tipo de vínculo que se mantiene con familiares —especialmente con hijos e hijas— puede influir en la vivencia de la soledad. En algunos casos, se detecta una fuerte expectativa de presencia o atención por parte de los familiares más cercanos. Cuando esta demanda no es satisfecha, puede generar frustración, sentimientos de abandono o formas de relación que terminan deteriorando el vínculo. Se menciona, por ejemplo, la aparición de dinámicas relacionales centradas en la queja o en el reproche, que lejos de propiciar el acercamiento, tienden a reforzar el distanciamiento.

“Y luego ahí se activan patrones de mucha gente que consulta el tema de los chantajes emocionales de los mayores, que no digo que sean todos, pero hay un perfil de con los hijos, con las familias que están ahí. ¿Por qué no me vienes a ver? Porque claro, esa forma de relacionarse, que al final es una forma tóxica de relacionarte con tus, con tus con tu familia, lo que hace es que al final que crea distancia, crea que se queden más solos. (FG3/ Profesionales)

Por último, agentes consultados también señalan la influencia de la **variable migrante**. Se identifican trayectorias diferenciadas. Por un lado, personas que emigraron hace décadas, han alcanzado la edad de jubilación y, aunque pueden conservar elementos culturales distintos, han establecido redes sociales estables con el paso de los años. Por otro, se describe un perfil de personas mayores que han migrado recientemente, en muchos casos para acompañar a descendientes, sin contar con vínculos sociales propios ni referentes comunitarios, lo que las hace más vulnerables a experiencias de aislamiento o soledad no deseada.

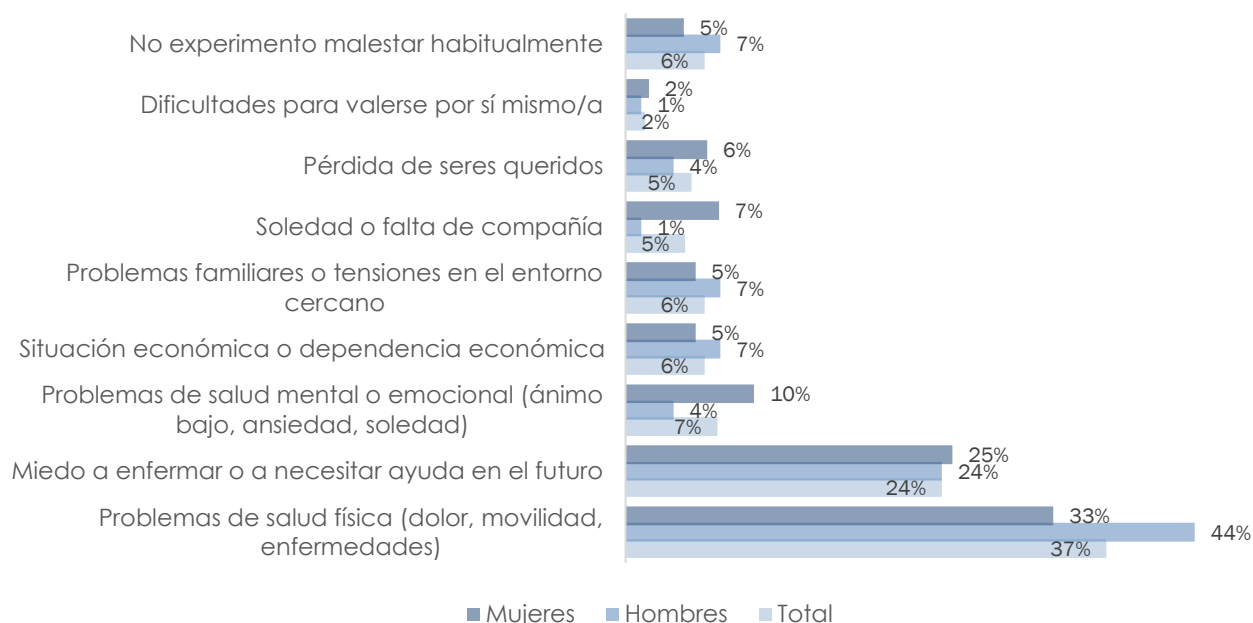
“Viniendo de Venezuela, sobre todo de Venezuela, de Perú, Colombia y entonces a lo mejor viene ahora una señora con 65 años y entonces se está encontrando con ese duelo de he dejado mi país y sé que no voy a volver porque mi hija se fue con 30 y tiene vida para volver si decide, pero yo sé que he dejado mi casa, ya no vuelvo y vienen aquí y aquí ven que con 65 años la gente se jubila y no trabaja.” (E13/ Asociación comunitaria)

Salud mental en las personas mayores

En cuanto a las preocupaciones desde el punto de vista de las personas encuestadas, los principales **factores que generan malestar** están directamente relacionados con su salud. Los problemas de salud física (37%) junto con el miedo a enfermar o necesitar ayuda en un futuro (24%) encabezan las preocupaciones o malestar. Confirmando así la importancia del paso del tiempo en la autopercepción objetiva - el malestar físico- y el malestar subjetivo -

el miedo a que esto pueda suceder. La distribución de las frecuencias por género indica diferencias de interés, los hombres tienen una preocupación mayor en las cuestiones físicas (44%) mientras que en las mujeres esta cifra se reduce ligeramente (34%). En el caso de las mujeres la encontramos distribuida en dimensiones relacionales y emocionales como la soledad o falta de compañía (7%) y problemas de salud mental y emocional (10%). Por último, el miedo a enfermar o necesitar ayuda en un futuro tiene proporciones similares en ambos (25% de mujeres y 24% de hombres).

Gráfico 33. ¿Qué le suele generar más malestar o preocupación? Género y totales.



Fuente: Elaboración propia. Encuesta administrada a personas mayores. 2025

Este **malestar subjetivo** también ha sido mencionado durante el proceso de consulta, especialmente en relación con el temor a desarrollar alguna patología vinculada a la salud mental o al deterioro cognitivo. A diferencia del dolor físico, que tiende a ser percibido como algo manejable o visible, los problemas asociados a “la cabeza” generan más incertidumbre y miedo.

“Yo es lo que más temo. El día me pase algo de la cabeza, me tenga que llevar donde sea.” (FG2/ Personas mayores)

“La cabeza es lo importante, hija. La cabeza en condiciones. Digo yo, porque te duele una pierna y te sientas. Pero lo que la cabeza.” (FG1/ Mujeres mayores)

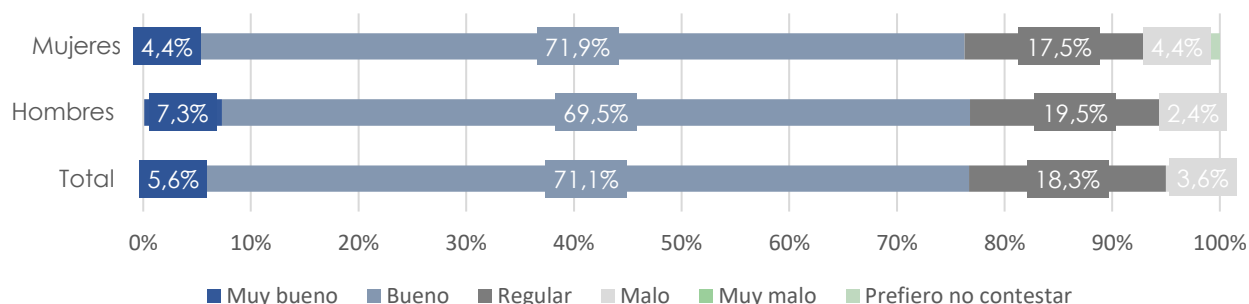
A la luz de los resultados obtenidos, **la salud** se posiciona como una de las principales preocupaciones de las personas mayores. Dentro de este ámbito, conviene detenerse en la dimensión de la salud mental. Aunque este concepto ha ganado relevancia en el discurso público en los últimos años, su integración en la experiencia de las personas mayores presenta matices específicos que merecen ser explorados.

La autopercepción sobre el bienestar emocional —recogida en el Gráfico 34— muestra, en términos generales, una valoración positiva. Un 71,1 % de las personas encuestadas declara encontrarse “bien” y un 5,6 % “muy bien”. Un 18,3 % sitúa su estado como “regular” y solo un 4,6 % manifiesta encontrarse “mal” o “muy mal”. Por género, las diferencias son mínimas: las mujeres declaran sentirse ligeramente peor que los hombres en las categorías menos

DIGITAL _ SALUD DIGITAL Y SALUD MENTAL EN PERSONAS MAYORES

positivas. Estos resultados pueden interpretarse como reflejo de un estado general de equilibrio emocional. Sin embargo, también cabe considerar que una menor sensibilización hacia la salud mental entre las personas mayores podría dar lugar a valoraciones poco elaboradas o con un umbral más alto para considerar problemáticas situaciones emocionales.

Gráfico 34. ¿Cómo describiría su estado emocional o salud mental en general en los últimos meses? Total y género.



Fuente: Elaboración propia. Encuesta administrada a personas mayores. 2025.

La consulta cualitativa permite matizar los datos cuantitativos, al recoger relatos que apuntan a una posible desestimación o normalización del malestar emocional. En algunos casos, las personas mayores expresan tristeza, angustia o llanto de forma recurrente, pero lo enmarcan como algo cotidiano o sin mayor relevancia. Esta actitud puede estar relacionada con una menor interiorización del lenguaje emocional, con la falta de espacios donde expresar el malestar o con la percepción de que “no es tan grave”.

“Los fines de semana sobre todo me coge el teléfono una chica [tele asistencia]. Me pongo a llorar de todo lo que Dios quiera. Los fines de semana me acuerdo de bobadas porque muchas veces... Y entonces me entra como una angustia. Pero bueno” (FGI/ Mujeres mayores)
 “Me dice mi hijo cuando viene estás todo el día llorando” (FGI/ Mujeres mayores)

Los testimonios de las profesionales consultadas también refuerzan la segunda hipótesis: que las **personas mayores tienden a desestimar el malestar emocional**, en parte por el estigma que aún persiste en torno a la salud mental. Se señala que la educación emocional ha sido prácticamente inexistente en este grupo de edad, lo que limita la capacidad para identificar, verbalizar o buscar apoyo ante determinadas vivencias. Como consecuencia, acudir a un especialista en salud mental sigue siendo poco habitual, muy lejos de lo que ocurre en generaciones más jóvenes.

“En el grupo de la gente mayor el tema de la salud mental se sigue viendo como algo de locos” (EI/ Experta en gerontología)

“Las personas mayores no suelen saber expresar sus sentimientos, no saben exactamente lo que están sintiendo, les da vergüenza decirlo, con lo cual ahí ya es un límite” (EI/ Experta en gerontología)

“Un gran olvidado el sector psiquiátrico, por decirlo así es el sector gerontológico. Porque consideramos que las personas mayores no tienen depresión diagnosticada ni trastornos de ansiedad. No, porque son así. Y realmente no acuden a terapia porque claro, aun socialmente no, ellos no lo entienden. Ahora la gente joven vamos al psicólogo y no estamos locos ellos por ahora todavía esa sensación no, no la tienen” (EI0/ Experto en salud digital)

Sin embargo, a pesar de no haber crecido en un contexto donde la educación emocional tuviera relevancia, algunas de las personas consultadas muestran un conocimiento explícito sobre el diagnóstico en salud mental. Estos testimonios, todos ellos de mujeres, contradicen

en parte el relato dominante del estigma, y reflejan experiencias de identificación del malestar, acceso a atención psicológica o validación del sufrimiento emocional.

“Yo estuve con depresión también.” (FG1/ Mujeres mayores)

“Yo estuve con depresión por eso, porque fueron nueve meses que fue de un cáncer de pulmón entonces me dijeron el primer día que no tenía solución, pero no que no te di hasta que no, hasta que no llegó. Entonces lo que me coge una depresión.” (FG1/ Mujeres mayores)

“Mala y no se quieren creer nadie que estas tan mala. Porque la depresión es una cosa que como que no, que no se ve” (FG1/ Mujeres mayores)

“Yo voy a un psicólogo, no me importa decirlo. Y estoy bien eh” (FG1/ Mujeres mayores)

El factor de género incide de forma clara en la forma en que se percibe y se gestiona el malestar emocional en la vejez. Las narrativas recogidas apuntan a una **mayor apertura por parte de las mujeres hacia el reconocimiento de sus estados emocionales**, mientras que en el caso de los hombres se observa una desestimación o rechazo hacia este tipo de cuestiones. Esta diferencia se relaciona tanto con trayectorias de socialización como con patrones culturales que siguen asignando al hombre un rol de fortaleza y autosuficiencia.

“Trabajar gestión emocional, habilidades sociales, de comunicación, tienes que llegar a ellos, a las mujeres es relativamente fácil, pero a los hombres, que son los que tienen el mayor problema de todo esto, no llegas y te sientas con ellos. Yo lo hago en grupo y desconectan, pero porque no lo entienden, no lo ven importante, pero esto vete tú y háblalo con quien te dé la gana. (FG3/ Profesionales)

“Yo creo que falta mucha pedagogía y lo que decís ahí también hay una diferencia muy importante. Así lo percibo yo por género. No es lo mismo las mujeres que los hombres. O sea, vamos a decir un poco para tozudos, para que van reforzando sus formas, asentándose en eso y quien los mueve ahí eso lo ves mucho más en los hombres. Yo, por ejemplo, el trabajo que hago con esta gente, ningún hombre prácticamente percibe que tengo un problema en este sentido, ni de que un psicólogo pueda ser importante para su vida” (FG3/Profesionales)

En esta línea, **el suicidio** en personas mayores presenta unas características propias que requieren atención específica y una respuesta coordinada. A pesar de su gravedad, sigue siendo un tema poco abordado, tanto en los servicios como en el discurso público. Las profesionales consultadas señalan que el perfil de suicidio en esta etapa vital es muy distinto al de otros grupos de edad, tanto en las señales de alerta como en las formas que puede adoptar.

“El de suicidio. Vale que tampoco se aborda mucho el tema de suicidio en la tercera edad y bueno, y creo que es que hay, o sea, el perfil de suicida de persona mayor, por decirlo así, súper diferente a otros grupos de edad y se sabe cómo son las señales. Y debería también desarrollarse cosas para para esto, porque cada vez hay más.” (E10/ Experta en salud digital)

“Y atender a los indicadores del suicidio pasivo, o sea, del dejarse morir. Mucha gente ahí. Eso, que no quieren comer se dejan sin comer y lo ven como una forma de... (FG3/ Profesionales)”

Dentro del espectro de la salud mental en las personas mayores, las profesionales consultadas señalan **el déficit de herramientas específicas validadas** para el diagnóstico de trastornos como la depresión o la ansiedad. Tal como se ha mencionado previamente, este colectivo presenta características propias que requieren enfoques diferenciados, tanto por cuestiones generacionales como por las diferencias entre grupos etarios y de género dentro del conjunto de personas mayores.

“No tenemos muchas herramientas para diagnosticar depresión, ansiedad en personas mayores y hay muy pocas que estén validadas” (E1/ Experta en gerontología)

Consecuencia de las múltiples circunstancias mencionadas previamente, existe un consenso entre las profesionales consultadas en que podría haber un **infradiagnóstico**

sistemático de afecciones mentales en la vejez. Según indican, existe una alta prevalencia de patologías afectivas no diagnosticadas —como depresión, ansiedad o trastornos del sueño— que pasan desapercibidas o son atribuidas al envejecimiento de forma genérica. Este déficit en la identificación temprana no solo afecta al bienestar emocional, sino que también puede actuar como factor de riesgo para el desarrollo de deterioro cognitivo en el futuro.

“Luego hay como un infra diagnóstico en general, como en todos estos temas de depresión, ansiedad, insomnio, trastornos del sueño” (E8/ Terapeuta ocupacional)

“Y bueno, existe muchísima patología afectiva de las personas mayores y como ya sabes, la patología afectiva hace que tengas mayor probabilidad de tener deterioro cognitivo y no existe ningún tipo de recurso para para la salud mental, digamos así de las personas mayores.” (E10/ Experto en salud digital)

En el caso del Alzheimer, resulta relevante subrayar que su reconocimiento clínico en España es relativamente reciente. La enfermedad comenzó a integrarse en el diagnóstico y la práctica profesional a finales de la década de 1980, en un contexto en el que apenas existían especialistas formados ni recursos específicos. Este antecedente explica, en parte, los retos actuales de detección, abordaje y acompañamiento, así como la necesidad de reforzar la alfabetización social y profesional en torno a las demencias.

“En el año 88 la enfermedad no se conocía ni en España ni en ninguna parte. En España no había ni siquiera profesionales que diagnosticaran la enfermedad de Alzheimer,” (E15/ Experta en Alzheimer)

La prevención y la identificación precoz del **deterioro cognitivo** pueden ser determinantes en la calidad de vida de las personas mayores. Las profesionales consultadas destacan que una intervención temprana permite actuar sobre fases iniciales del deterioro, con el objetivo de ralentizar su evolución e incluso prevenir el desarrollo de una demencia en ciertos casos.

“No hay que hacer nada más que prevenir. Es decir, acudir a talleres de memoria, acudir a talleres de estimulación cognitiva que nos ayuden a prevenir un futuro deterioro cognitivo o confirmar que realmente estamos ya ante lo que es una un proceso degenerativo incipiente y empezar a estimular si nosotros empezamos a estimular en esas fases. En pacientes tan añosos podemos retrasar incluso la aparición del propio de la propia demencia. Es decir, una cosa es el deterioro cognitivo y otra cosa es la demencia.

Podemos hacer que la demencia a lo mejor nunca llegue a aparecer porque fallece antes. Entonces podríamos incluso esos años que le quedan de vida proporcionar una calidad de vida.” (E14/ Psicóloga Alzheimer)

“Si nosotros tenemos un diagnóstico precoz, podemos empezar a intervenir con los pacientes de manera más inmediata. Cuanto antes comencemos a estimular a un paciente que ha sido diagnosticado de demencia, mayores probabilidades hay de enlentecer el proceso” (E14/ Psicóloga Alzheimer)

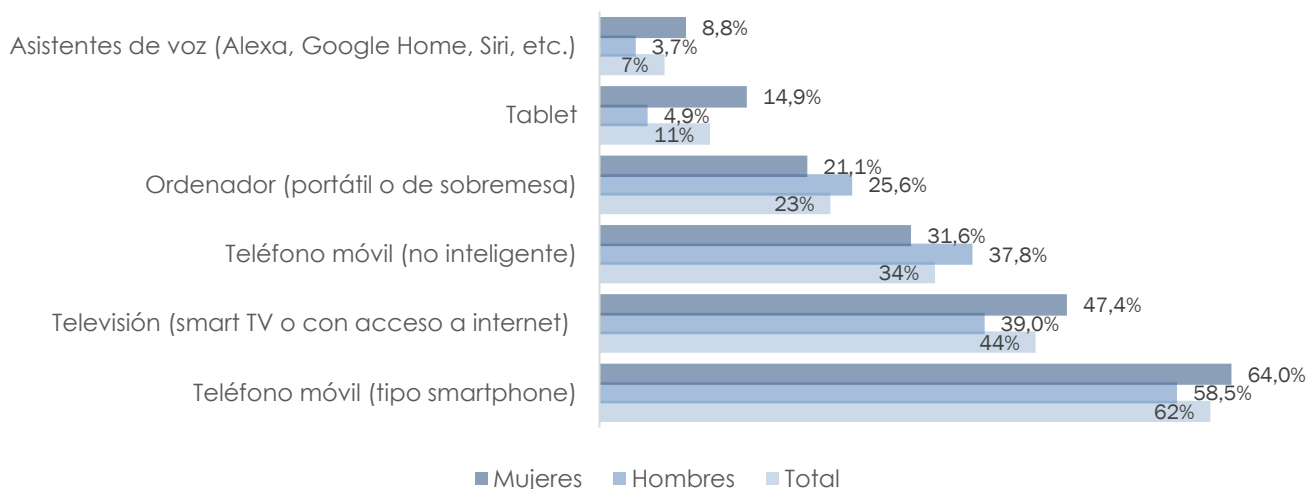
Competencias digitales y entorno digital

Antes de profundizar en la salud digital como tal, es conveniente aproximarnos la relación de las personas mayores con aquello que entendemos como digital en un sentido amplio del concepto para acercarnos al imaginario colectivo configurado en este grupo de edad. Según los datos recogidos (Gráfico 35), las personas encuestadas **utilizan distintos dispositivos digitales de forma frecuente**. El teléfono móvil tipo smartphone es el dispositivo más utilizado, especialmente entre las mujeres (64 %) y en menor medida entre los hombres (58,5 %). Le siguen la televisión con acceso a internet (47,4 % en mujeres y 39 % en hombres) y el teléfono móvil convencional, que sigue presente especialmente en hombres (37,8 %) frente al 31,6 % de mujeres. En cuanto al uso de ordenadores (portátiles o de sobremesa), los hombres también muestran una mayor proporción (25,6 %) frente al 21,1 % de mujeres. Lo contrario ocurre con el uso de tablets, más habitual en mujeres (14,9 %) que en hombres

DIGITAL _ SALUD DIGITAL Y SALUD MENTAL EN PERSONAS MAYORES

(4,9 %). Por último, los asistentes de voz en el hogar (como Alexa, Siri o Google Home) tienen un uso muy reducido en ambos casos: 8,8 % en mujeres y 3,7 % en hombres.

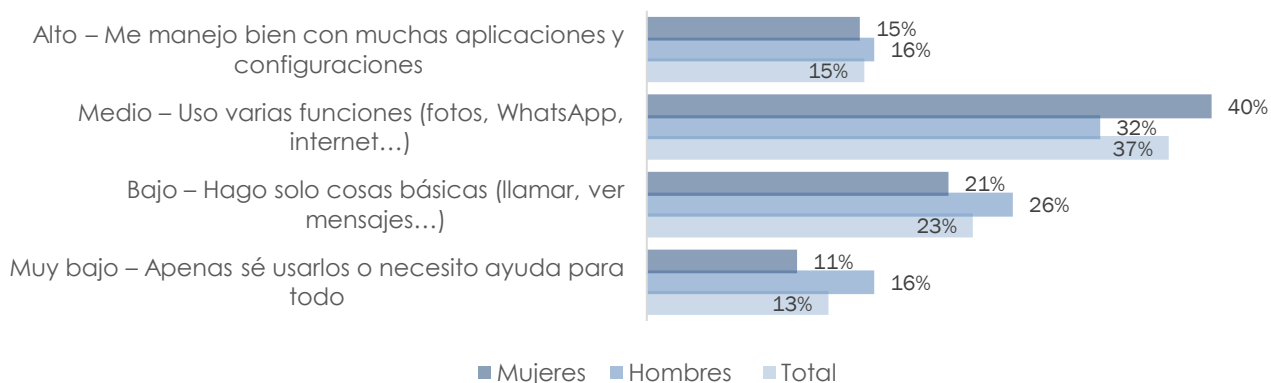
Gráfico 35. ¿Cuál de los siguientes dispositivos utiliza con frecuencia (al menos varias veces a la semana)?



Fuente: Elaboración propia. Encuesta administrada a personas mayores. 2025.

En las personas que **utilizan el teléfono inteligente con frecuencia**, la mayoría señala conocer funciones medias del dispositivo como navegar por internet o hacer fotografías. Un pequeño porcentaje 15,2% de la población señala conocer funciones específicas de estos dispositivos. Los hombres consultados parecen tener menores habilidades digitales, el 16% indica que apenas sabe utilizarlos (ante el 11% de las mujeres) y el 26% señala conocer funciones básicas (ante el 21% de las mujeres).

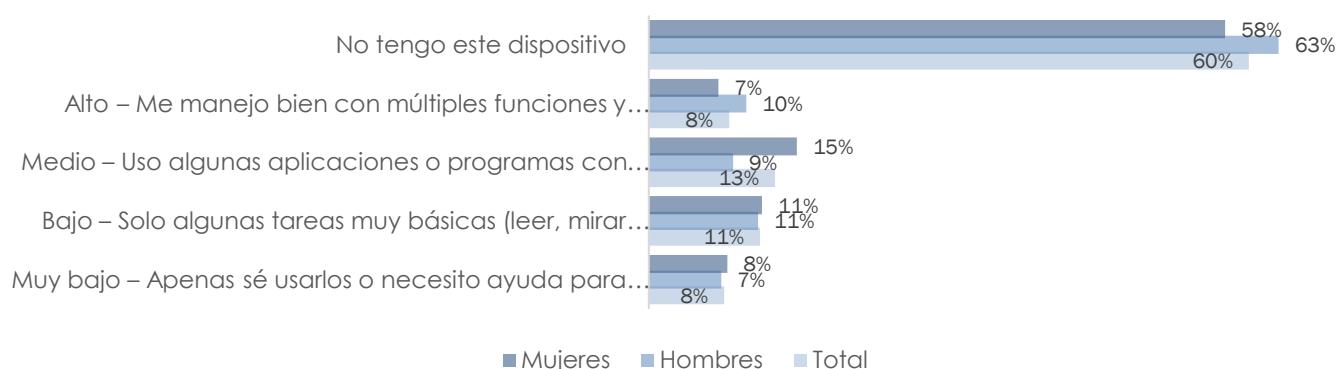
Gráfico 36. ¿Cómo valoraría su nivel de manejo con el teléfono móvil inteligente?



Fuente: Elaboración propia. Encuesta administrada a personas mayores. 2025.

Entre las personas que **afirman utilizar la tablet**, se observa una distribución diversa en cuanto al nivel de manejo. Aunque el porcentaje de uso general de este dispositivo no es elevado (14,9 % en mujeres y 4,9 % en hombres), quienes sí lo utilizan reportan niveles de autonomía dispares. Un 9,8 % de los hombres y un 7 % de las mujeres declaran un manejo alto, es decir, se sienten cómodos utilizando múltiples funciones y aplicaciones. El grupo más numeroso se concentra en niveles medios o bajos: un 14,9 % de las personas usuarias afirman utilizar algunas aplicaciones o programas con frecuencia, mientras que un 11 % lo hace solo para tareas básicas, como leer o mirar contenido. Un 7,3 % indica un manejo muy bajo, necesitando ayuda o reconociendo un uso mínimo del dispositivo.

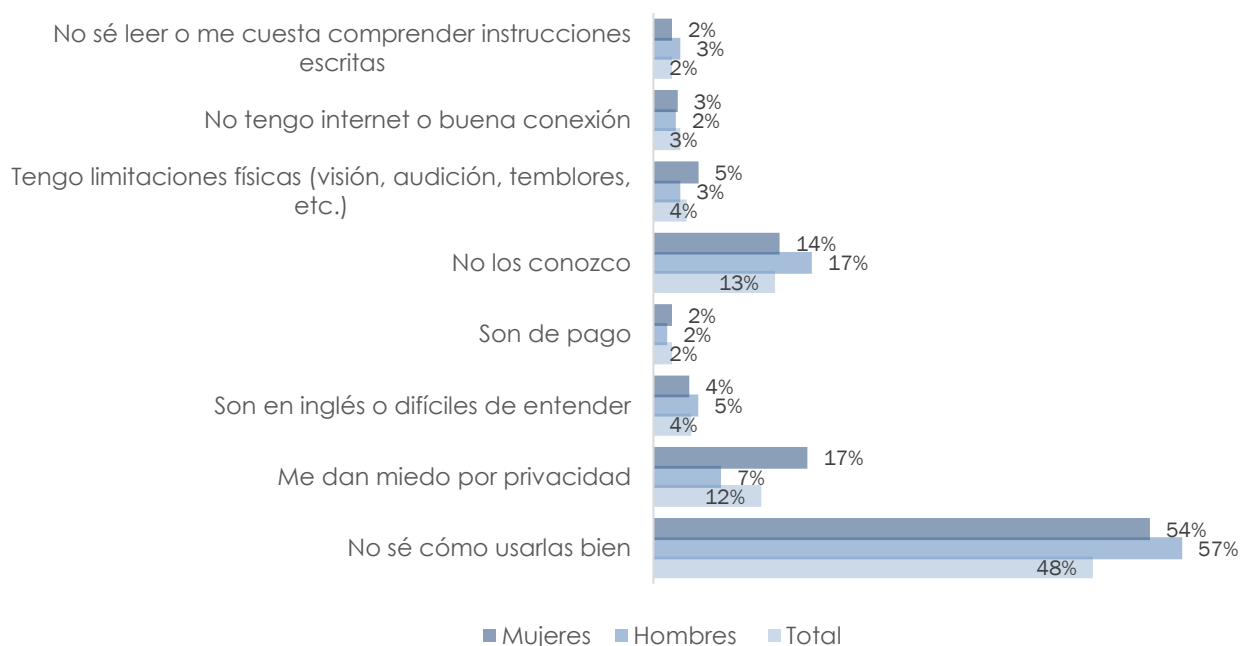
Gráfico 37. ¿Y con la Tablet u ordenador?



Fuente: Elaboración propia. Encuesta administrada a personas mayores. 2025.

La **dificultad** más señalada por parte de los encuestados es el desconocimiento sobre el uso, con muy pocas diferencias entre hombres (57%) y mujeres (54%). La privacidad es el segundo elemento más importante para ellas (17%) mientras que para ellos es el desconocimiento como tal de la existencia de este tipo de dispositivos (17%).

Gráfico 38. ¿Qué dificultades o problemas ha tenido con los dispositivos tecnológicos?



Fuente: Elaboración propia. Encuesta administrada a personas mayores. 2025.

Aunque solo un 3,6 % de las personas encuestadas mencionan las **limitaciones físicas** como barrera en el uso de dispositivos digitales, dadas las características del colectivo, es pertinente asumir que estas condiciones están presentes con mayor frecuencia de la que se declara. Factores como la disminución de la agudeza visual, las dificultades auditivas, los temblores o la artrosis afectan directamente la interacción con pantallas, teclados o interfaces táctiles, y deben ser tenidos en cuenta en el diseño de soluciones tecnológicas dirigidas a este grupo.

“Cuando tenemos procesos patológicos tan habituales como una artrosis, una artritis, el intentar manejar, manipular una, un móvil, una pantalla de móvil con un teclado pequeñito es que es imposible.” (E14/ Psicóloga Alzheimer)

La **desconfianza** es otro de los elementos que se interponen en el uso de dispositivos digitales por parte de las personas mayores. Según los testimonios recogidos, esta desconfianza no siempre surge de una experiencia directa, sino que en muchos casos es inducida por el entorno familiar, especialmente por hijas e hijos que, con intención de proteger, transmiten mensajes que refuerzan el miedo y la inseguridad ante lo digital.

“Qué pasa que en casa les dicen normal, no cojas el teléfono, no sé quién que no te aparezca, no sé quién. No abres la puerta. Entonces es como tanto miedo, algo que desconocen de internet, que lo tienen. Algo como no hagas, no cojas, es malo, malo, malo. Pues no saben” (E13/ Asociación comunitaria)

“Porque me dice mi hija sí mamá, dice no, no te metas mucho no si eso que a lo mejor” (FG2/ Personas mayores)

Además de la desconfianza, se genera con frecuencia una **relación de dependencia** en el uso de dispositivos digitales. Ante la inseguridad, son los familiares más jóvenes quienes asumen tareas como configurar dispositivos, instalar aplicaciones o buscar información, lo que a menudo refuerza la percepción de torpeza o incapacidad en las personas mayores.

“Sesgos de mujeres con cierta edad que a las que es muy difícil eh sacar de esa visión de sí mismas de eh, soy torpe, se me da mal. Es que esto lo hace mi hijo siempre conmigo. Entonces se sienten inseguras porque no está su hijo con ellos” (E6/ Desarrolladora)

“Yo me lo regalaron cuando salí de la del COVID. Mi hija dice Mira, si hubieras tenido esto, te habíamos hecho videollamadas en el hospital. Te habíamos visto. Lo dejé allí. Dice ¿No te ha hecho ilusión? Digo, sí, pero es que tengo este otro. Tenía otro como ese. Y luego ya fuimos al pueblo y ya iban los nietos. Digo bueno, pues a ver si en el pueblo, ya con los nietos me hago. Y luego ya desde entonces ya he seguido. Pero me costó, me costó, no le hice ni caso cuando me lo dieron. Ni caso” (FG2/ Personas mayores)

El **medio rural** aparece como un entorno con mayores barreras en el acceso y uso de la tecnología digital. La distancia no es solo geográfica, sino también simbólica: se percibe una lejanía estructural y cotidiana respecto al uso habitual de dispositivos o servicios digitales, lo que condiciona la relación con este tipo de herramientas. Además del desconocimiento, en estos entornos se observa una **resistencia activa**, muchas veces ligada a una biografía marcada por ocupaciones alejadas de lo digital, y por una escasa percepción de utilidad. En estos casos, la desconfianza no siempre responde a una experiencia negativa concreta, sino que se alimenta del desencuentro entre trayectorias vitales y lógicas tecnológicas.

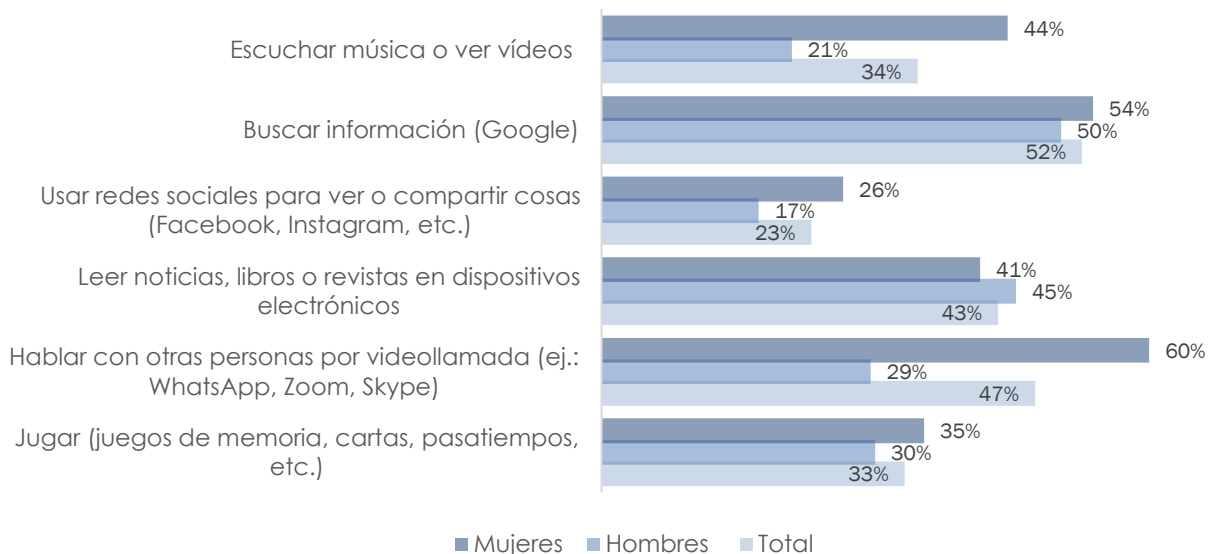
“No confían para nada en las nuevas tecnologías, pero más que nada es porque no las conocen ni lo intentan.” (E11/ Asociación de personas mayores)

“No hay forma ni manera. Y yo lo entiendo. Además, no se puede venir aquí ahora, después de estar toda la vida cuidando vacas. Que nos vengan a los 30 años que aprendemos algo que ni entendemos ni sabemos. Y encima desconfiados y egoístas. Imposible. Hombre, yo no sé, igual en los pueblos, sobre todo igual en una ciudad como puede ser Salamanca, que el Ayuntamiento está organizando un montón de eventos en ese sentido. Pues a lo mejor como están por ahí funcione algo, pero en el medio rural olvídate.” (E11/ Asociación de personas mayores)

Los datos recogidos en el gráfico 39 evidencian que, cuando existe un uso efectivo de dispositivos digitales, este se orienta principalmente hacia **funciones de comunicación, información y entretenimiento**. Destaca la alta proporción de personas mayores que utilizan la tecnología para hablar con otras personas por videollamada (47,2 %), siendo esta funcionalidad especialmente extendida entre las mujeres (59,6 %). Este dato refuerza la idea

de la tecnología como herramienta relacional, más aún cuando permite mantener vínculos afectivos a distancia. También resulta significativo el uso de los dispositivos digitales para buscar información (50 %) y para escuchar música o ver vídeos (44,2 %). En ambos casos, las mujeres muestran una mayor frecuencia en el uso de estas funcionalidades que los hombres, lo que puede relacionarse con una mayor proactividad en el uso del dispositivo con fines personales o expresivos. Por otro lado, el uso de redes sociales (26,3 %) y la lectura de noticias o libros en formato digital (45,1 %) presentan una adopción moderada pero relevante. La lectura aparece algo más extendida entre los hombres (43,1 %), mientras que el uso de redes sociales lo lideran las mujeres (26,3 %).

Gráfico 39. ¿Utiliza usted alguno de dispositivos electrónicos para realizar las siguientes actividades?



Fuente: Elaboración propia. Encuesta administrada a personas mayores. 2025.

Las **videollamadas** han sido señaladas como una de las funcionalidades más valoradas del teléfono inteligente entre las personas mayores, especialmente en situaciones donde existe una distancia geográfica significativa con hijas, hijos o nietos. Esta utilidad, cargada de valor emocional, se convierte en un motivo claro de aprendizaje y adopción tecnológica, incluso en personas con escasa trayectoria digital previa. Así, puede observarse que cuando se responde a una necesidad personal significativa, existe una mayor disposición hacia la aceptación y el uso de la tecnología, aunque esta no se extienda a otros ámbitos digitales.

“Mi hija mira cómo está en México. A mí me hacen muchas videollamadas y es como si estuviera hablando con ella aquí mismo. Y eso pues oye, si me gusta, me gusta y esas cosas sí. Pero pa más no eh” (FG2/ Personas mayores)

Según los agentes clave consultados, se identifica un **salto generacional determinante en el uso y disposición hacia la tecnología**. A partir de los 80 años —y más claramente superados los 82—, se percibe una mayor dificultad para la incorporación de hábitos digitales. Esta barrera no solo está relacionada con la edad, sino con trayectorias vitales alejadas del uso de dispositivos digitales a lo largo del tiempo. En consecuencia, el acceso a la tecnología y su potencial uso en clave de salud o bienestar se ve significativamente limitado en este grupo etario.

“Existe un salto generacional, una brecha generacional en personas que tienen a lo mejor más de 80 y 82 o así, más o menos. Sé que es un poco la visión que tenemos todos los que trabajamos un poco en el sector. A

DIGITAL _ SALUD DIGITAL Y SALUD MENTAL EN PERSONAS MAYORES

partir de 82 años No suelen utilizar tecnología. No. Pero los de menos de 82 ya utilizan WhatsApp, ya tienen Tablet, hacen compras” (E10/ Experta en salud digital)

“Lo veo difícil. Eso se puede intentar perfectamente. Insisto, a través de y perdonadme con personas de 60 años sin ningún problema, sin problema, Pero con 80 años olvidarlos no va a dar resultado ninguno. A no ser que esa persona de 80 años ya venga un poco por atrás. Que a los 60 años ya se empieza a defender y ya tiene 80. Pero que empiecen ahora con 80 años. Imposible” (E11/ Asociación de mayores rural)

La **inseguridad percibida** en el uso de tecnologías digitales por parte de las personas mayores se vincula, en primer lugar, a la propia comprensión del funcionamiento de estas herramientas. No se puede esperar confianza sobre algo que no se entiende: un 60,9 % de las personas encuestadas señalan no entender bien cómo funcionan las tecnologías digitales, con una diferencia destacada entre mujeres (67 %) y hombres (54 %).

A este desconocimiento se suman otros factores que refuerzan la desconfianza, como la solicitud de datos personales (31 %) o el miedo a realizar una acción incorrecta. Este último aspecto refleja diferencias de género especialmente relevantes: mientras que un 32 % de las mujeres manifiesta este temor, solo un 10 % de los hombres lo expresa. Por otro lado, el entorno social también tiene un papel determinante en la percepción de inseguridad: la advertencia de terceras personas sobre los riesgos (12,7 %) y la falta de alguien que pueda ayudar en caso de duda (14,7 %) refuerzan la idea de que la tecnología no es un terreno neutral, sino que está mediado por relaciones de confianza, experiencias previas y soporte disponible.

Gráfico 40. ¿Qué cosas le hacen sentir más inseguro/a o desconfiado/a al usar herramientas digitales?



Fuente: Elaboración propia. Encuesta administrada a personas mayores. 2025.

Sin embargo, el proceso de consulta señala un **cambio de paradigma** en la comprensión del fenómeno digital en personas mayores. A medida que acceden a esta etapa vital nuevas generaciones con trayectorias personales y laborales más digitalizadas, se observa una mayor familiaridad con el uso de dispositivos y aplicaciones. En particular, los perfiles más jóvenes dentro del grupo de personas mayores ya incorporan conocimientos digitales y hacen uso cotidiano del teléfono móvil, incluyendo la búsqueda y gestión de información vinculada a su salud.

“Cuando tenemos pacientes que son más jóvenes, pues eso es lo que decíamos antes. Incluso están por debajo de los 65. Son pacientes que acuden al centro con su dispositivo móvil y que en el tiempo de descanso. Utilizan el móvil, buscan información, la comparten contigo” (E14/ Psicóloga Alzheimer)

Por otro lado, y a pesar de que los datos cuantitativos (Gráfico 57) puedan sugerir un cierto rechazo o dificultad en el uso de dispositivos, los testimonios recogidos en el proceso de consulta aportan una mirada más matizada. Diversos agentes señalan una **actitud receptiva y una disposición positiva** por parte de las personas mayores hacia la tecnología, especialmente cuando esta se presenta como útil, accesible y alineada con sus intereses o necesidades cotidianas.

“Pero lo que sí está claro, y es un punto importante, es que están muy predispuestos a entrar en el mundo digital porque saben que ahí es donde se cuece el bacalao” (E6/Desarrolladora UX)

“Aunque también es verdad que bueno, que luego es algo, es algo que te sorprende porque nosotros cuando hemos utilizado diferentes tecnologías las han aceptado mucho mejor de lo que nosotros pensábamos que lo iban a aceptar.” (E8/Terapeuta ocupacional)

3.2 Entorno de las personas mayores y contexto actual

Familias y entorno familiar

El proceso de envejecimiento no solo transforma las capacidades físicas, cognitivas y sociales de la persona, sino también modifica la forma en que el entorno familiar se relaciona con ella. Las profesionales consultadas destacan cómo, en muchos casos, el núcleo familiar —especialmente hijas, hijos o cónyuges— adopta **actitudes de sobreprotección** que, aunque bienintencionadas, pueden acabar generando limitaciones innecesarias. Esta tendencia suele estar motivada por el miedo, el desconocimiento o una percepción sesgada de la fragilidad de la persona mayor.

“Entonces es verdad que tiene un papel bastante importante, pero sobre todo lo que ocurre es que tienden a volverse muy protectores, a retirarles de actividades que todavía pueden realizar igual no de la misma manera que antes, pero que todavía tienen cierto grado de participación. Entonces es lógico que no sienten miedo y que evitemos que participen en actividades que nosotros pensamos que pueden ser peligrosas o que no las van a hacer ya bien” (E8/Terapeuta ocupacional)

Así, es fundamental trabajar también con las familias para favorecer una implicación acorde a las necesidades reales de la persona mayor, y no determinada por ideas preconcebidas o estereotipos asociados al envejecimiento. **La sobreprotección**, en muchos casos, no responde a una evaluación objetiva de las capacidades de la persona, sino a una narrativa cultural que asocia envejecimiento con dependencia inmediata. Este enfoque limita el desarrollo de una vejez activa y autónoma, además de interferir en procesos como la alfabetización digital o la participación en herramientas de salud digital.

“Entonces, no solamente hay que trabajar por eso, no sólo con la persona con demencia, sino que también es importante trabajar con el cuidador y concienciarles de la importancia que tiene el hecho de que siga fomentando la participación de sus familiares en su día a día.” (E8/Terapeuta ocupacional)

Este tipo de **dinámicas de sobreprotección y limitación de la autonomía** no se dan exclusivamente en el ámbito familiar. El proceso de consulta ha identificado una fuerte presencia del paternalismo en los entornos sociosanitarios, donde, a menudo, las personas mayores son tratadas desde una lógica de pasividad o dependencia, incluso cuando no existe una justificación funcional para ello.

“Y luego el tema de la dignidad y la infantilización, como a veces el tema de los adultos, de los mayores, yo creo que es cuando uno de los mayores miedos que yo tengo.” (FG3/ Profesionales)

Este **paternalismo** puede manifestarse en múltiples niveles: desde la elección unilateral de actividades por parte de profesionales hasta la forma en que se comunican las indicaciones o recomendaciones. La infantilización, entendida como la asignación de un rol subordinado y no autónomo a la persona mayor, está estrechamente relacionada con estas prácticas. Aunque puedan estar bien intencionadas, tienen un impacto directo sobre la percepción de dignidad, autoestima y sentido de agencia de las personas mayores.

“El ámbito sanitario es muy paternalista, muy esto es lo que hay. [...] Es verdad que es el propio profesional el que infantiliza muchas veces ese trabajo.” (E12/ Experta asistencial)

Además, como señalan las profesionales, este modelo se sustenta en una visión centrada en la patología, donde la persona queda reducida a su diagnóstico. Esta perspectiva niega la subjetividad, la experiencia acumulada y la capacidad de decisión del sujeto.

“Tú sabes sobre su patología, pero esa persona no es solo esa patología. Es una persona y hay que contar con ella.” (E12/ Experta asistencialista)

Por otro lado, las familias también experimentan **desafíos** importantes ante diagnósticos en salud mental, especialmente cuando se trata de enfermedades degenerativas como la demencia. La recepción del diagnóstico, además de suponer un impacto emocional profundo, se ve agravada en muchas ocasiones por la falta de acompañamiento profesional adecuado. Las profesionales consultadas describen cómo este momento crítico puede vivirse con desorientación, incertidumbre e incluso con una sensación de abandono por parte del sistema sanitario.

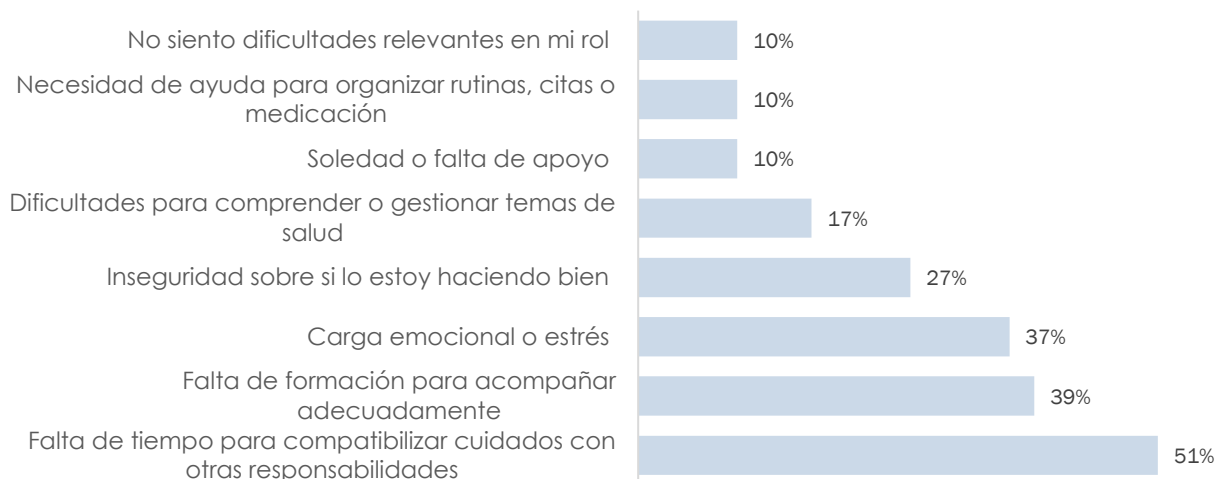
“Día lo que podemos detectar en un primer contacto con los familiares son esos desafíos emocionales En un gran número de casos. Ellos vienen con. Una reivindicación hacia lo que es el diagnóstico, hacia cómo se les informa muchas veces de que su familiar tiene demencia. Es un diagnóstico, un diagnóstico duro de asimilar, muy impactante. Entonces, el primer shock emocional que reciben es ese de muchas veces recibir ese diagnóstico sin más cautelas que decírtelo. Y ya está. Y a partir de aquí qué.” (E14/ Psicóloga Alzheimer)

Cuando un familiar asume **el rol de cuidador**, habitualmente como consecuencia directa del diagnóstico y de la relación con la persona afectada, se activan una serie de desafíos múltiples que trascienden lo asistencial. La carga emocional, física, económica y temporal se acumula hasta llegar, en muchos casos, a situaciones insostenibles para la persona cuidadora. Esta transformación forzada de los vínculos familiares puede producir una ruptura con la propia vida previa, así como sentimientos de culpa, frustración, rabia o abandono, especialmente cuando se toman decisiones como la incorporación de la persona mayor a recursos especializados. El relato profesional recogido describe con claridad las consecuencias sobre la salud global de quien cuida, muchas veces sin formación, sin apoyo profesional continuo y sin red de relevo.

“Bueno, pues normalmente sufren sentimientos más que emociones o sentimientos, muchas veces de culpa, porque se enfrentan a una situación de cuidados que no pueden cubrir, que no pueden abordar, que no pueden asumir de manera individual y solitaria en el domicilio. De frustración, de rabia, de ira. Otras veces de abandono. Porque cuando ya la situación es insostenible, en casa tenemos que tomar decisiones con respecto a la incorporación a una unidad diurna, pero simplemente el hecho de llevarle a una unidad diurna durante unas horas al día y familiares que lo que sienten es ese sentimiento de abandono del estudio, abandonando el estudio, dejando allí yo no soy capaz de tenerlo conmigo en casa [...]Es decir, los familiares tienden a abandonar su vida para convertirse en cuidadores. Entonces, toda esa carga emocional al final acaba perjudicando también su propia salud física” (E14/ Psicóloga Alzheimer)

Los datos de la encuesta confirman los relatos expuestos. La dificultad más repetida por parte de los familiares implicados en los cuidados es la **falta de tiempo** para compatibilizar los cuidados con otras responsabilidades (51%). En segundo lugar, se menciona la falta de formación para acompañar adecuadamente (39%) y la carga emocional o estrés (37%).

Gráfico 41. ¿Qué necesidades o dificultades tiene usted como familiar o cuidador en el acompañamiento de la persona mayor? Encuesta a familiares.



Fuente: Elaboración propia. Encuesta administrada a familias. 2025.

En este contexto, **las herramientas digitales** emergen como una posible vía de apoyo para aliviar parte de la carga que asumen las familias cuidadoras. Si bien estas tecnologías están diseñadas en muchos casos pensando en la persona mayor, el impacto real recae también sobre quien cuida, especialmente cuando se trata de dispositivos que refuerzan la seguridad, el control del entorno y la monitorización a distancia. Aplicaciones como los sistemas de geolocalización, los detectores de caídas o los sensores instalados en el domicilio se convierten en instrumentos que proporcionan tranquilidad emocional, permitiendo a los cuidadores mantener cierta autonomía y descanso, sin comprometer la atención prestada.

“Las constantes caídas de más. Pues que yo creo que están más destinadas al control del cuidador; al GPS. También a nosotros nos piden mucha información sobre dispositivos de localización GPS que son más ayudas al cuidador que la casa en cuestión.” (E8/Terapeuta ocupacional)

“Claro que a veces igual simplemente necesitan esa tranquilidad de seguridad y eso va a ser una ayuda para la persona que está cuidando. Y eso hace que disminuya esa carga a nivel emocional y a nivel físico que comentábamos antes. El hecho de saber qué está pasando con ese familiar, como decíamos en cada momento, supone una tranquilidad absoluta” (E14/ Psicóloga Alzheimer)

Más allá del acompañamiento cotidiano, la **necesidad de respiro en las tareas de cuidado** se presenta como una demanda creciente y aún poco atendida por los sistemas formales de apoyo. Este respiro no se limita al descanso físico, sino que implica espacios emocionales y psicológicos donde compartir experiencias, desconectar o simplemente cuidarse a uno mismo. A pesar de su relevancia, las soluciones digitales orientadas a este objetivo son escasas y poco conocidas por los propios cuidadores. La falta de propuestas específicas, sumada a las limitaciones de tiempo y a la imposibilidad de dejar sola a la persona mayor, restringe en muchos casos su participación en actividades presenciales.

“En muchas entidades se organizan cosas para familiares, lo que pasa es que no pueden dejar a la persona mayor sola, por tanto, no pueden acudir, ¿no? Eso es así. Entonces, claro, yo siempre he pensado también que

alguna idea buena de aplicación sería pues esos grupos de autoayuda o bueno, diferentes tipos de a nivel de psicología y diferentes tipos de grupos. Pero, eh, montar grupos de autoayuda para cuidadores familiares, por decirlo así, por videoconferencia, que se puede hacer perfectamente. O sea, eso mira que no cuesta nada y nadie lo ha desarrollado porque el problema ya sabes tú, el tema del burnout y del quemado, que es un poco la patología que suelen desarrollar los cuidadores” (E10/ Experta en salud digital)

Desde esta perspectiva, las profesionales apuntan a un amplio potencial de las herramientas digitales como apoyo al bienestar del cuidador: desde aplicaciones de mindfulness o relajación, hasta plataformas para grupos de ayuda mutua que permitan crear comunidad.

“Con cuidadores informales, viene muy bien todo lo que sea de grupos de apoyo que puedan crear una especie de comunidad de grupos de apoyo” (E1/ Experta en gerontología)

“Sobre todo aplicaciones que les ayudaran con el tema del respiro del cuidado de alguna manera. Desconectar. Aplicaciones de mindfulness, de relajación.” (E1/ Experta en gerontología)

La **cuestión del burnout o síndrome del cuidador** quemado es un fenómeno ampliamente documentado, y se intensifica en procesos de cuidado de largo recorrido como ocurre con personas mayores con demencia. En este escenario, la salud digital puede jugar un papel clave, siempre que los recursos se ajusten a las necesidades reales, contemplen al cuidador como usuario directo y se integren en el entorno cotidiano de forma accesible y comprensible.

“Y a nivel de salud digital alguna aplicación o algún sistema de grupos de autoayuda o de prevención de la ansiedad o la depresión en los casos de para prevenir síndrome del quemado. Que bueno, que la mayoría de los cuidadores pasa porque estamos hablando de envejecimiento, la mayoría son personas con demencia tipo Alzheimer que a lo mejor son diez años de cuidado ¿no? O sea que es algo muy a largo plazo” (E10/ Experta en salud digital)

Con una visión a medio plazo, resulta imprescindible considerar el impacto del cambio estructural de la familia en la provisión de cuidados. La tendencia hacia **hogares de menor tamaño y con menos miembros** disponibles para asumir responsabilidades afectará de manera directa a la atención de las personas mayores, incrementando tanto la carga de cuidados como los costes económicos asociados. Este escenario anticipa un riesgo de sobrecarga difícilmente asumible para muchas familias.

“Las familias son mucho más cortas. La mayoría de las familias no tienen más de dos hijos. La que tiene tres ya se considera familia numerosa. ¿Va a existir la capacidad de que el número de familias o de hijos, de un enfermo o de una enferma de Alzheimer puede mantener el coste de una residencia que vale 2.800€?” (E15/ Experta Alzheimer)

Otro aspecto fundamental que emerge del análisis es que, en muchos casos, **las cuidadoras principales también son personas mayores**. Este hecho, a menudo invisibilizado, tiene consecuencias directas sobre la implementación efectiva de soluciones digitales. La doble condición de ser cuidadora y mayor conlleva retos específicos en términos de alfabetización digital, inseguridad ante el uso de tecnologías y menor capacidad de adaptación a nuevas herramientas si no se acompañan de una formación adecuada y un diseño verdaderamente accesible.

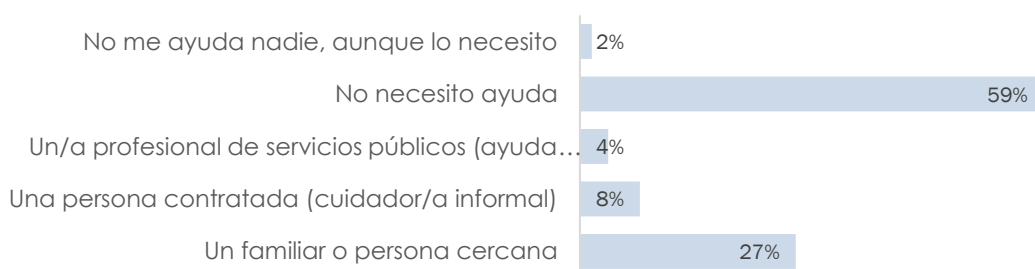
“Muchas veces el cuidador principal también es una persona mayor y también le cuesta entender la herramienta con la que va a tener que trabajar” (E8/ Terapeuta ocupacional)

Desde esta perspectiva, se refuerza la necesidad de apostar por **diseños sencillos, intuitivos y adaptados**, no solo al perfil de la persona cuidada, sino también al de quien cuida. La usabilidad, la claridad en las instrucciones y la reducción de barreras técnicas se configuran como condiciones necesarias para asegurar una adopción real y sostenida de estas herramientas en el entorno doméstico.

“Claro que a veces es mejor que sea sencillo y que pueda llegar a más gente.” (E8/ Terapeuta ocupacional)

Entre quienes reciben algún tipo de apoyo o cuidado, la figura del familiar o persona cercana continúa siendo la más frecuente, representando el 27,4% de los casos. Esta tendencia confirma lo ya señalado en apartados anteriores: el cuidado en el entorno domiciliario sigue siendo mayoritariamente informal, con un peso muy reducido de cuidadores/as contratados (7,6%) o profesionales de servicios públicos o privados (3,6%).

Gráfico 42. ¿Quién le ayuda habitualmente con su salud o cuidados personales?



Fuente: Elaboración propia. Encuesta administrada a personas mayores. 2025.

Si bien gran parte del cuidado recae sobre familiares, también existen perfiles de **cuidadoras remuneradas**, cuya relación con las herramientas digitales en salud aún presenta grandes vacíos. En este caso, el proceso de consulta ha revelado un desconocimiento generalizado sobre la existencia y utilidad de este tipo de tecnologías, así como una falta de claridad respecto a su rol dentro del uso de las mismas. ¿Forma parte de su competencia profesional configurarlas o promover su uso? ¿Reciben formación al respecto? ¿Pueden beneficiarse directamente de ellas en su día a día? Las respuestas aún no están del todo definidas, pero sí parece necesario abrir este debate y visibilizar las oportunidades y límites del uso de tecnología en el marco del cuidado profesional remunerado.

“Nunca lo usé. Lo más digital que hacía con la señora era leerle cuentos o ponerle videos o cosas así en YouTube que decía como vídeos para personas con Alzheimer o este tipo de cosas. Pero fue como lo único, la única herramienta digital a la que recurrir” (E5/Asociación personas cuidadoras)

Junto al debate sobre su papel en el uso de tecnologías para el cuidado, también emerge con fuerza una necesidad específica entre las cuidadoras remuneradas: el **soporte emocional**. En este caso, la demanda no se centra tanto en herramientas dirigidas a la persona cuidada, sino en propuestas tecnológicas que faciliten el autocuidado de las propias profesionales, permitiéndoles gestionar mejor la carga emocional, física y mental que conlleva su labor diaria. Esta necesidad se agrava en un contexto donde el trabajo de cuidados muchas veces se ejerce desde la precariedad o la obligación, pero con un fuerte compromiso ético hacia el bienestar de la persona atendida.

“Siempre al autocuidado. Al poner tu salud física y mental por encima de cualquier cosa, inclusive hasta por encima de tu trabajo, porque si no estás bien física y emocionalmente, difícilmente vas a dar la bien en tu trabajo. Que no olvidemos que sin importar que muchas veces eh nos vemos obligadas a este trabajo, también somos profesionales y lo queremos hacer bien también claramente. Entonces creo que se debe

dirigir hacia eso [herramientas en salud digital], hacia el autocuidado completamente” (E5/Asociación de cuidadoras)

Entorno secundario

Dejando el cuidado directo, la **red comunitaria** también juega un papel fundamental en la comprensión del entramado de agentes de nuestro objeto de estudio. En este nivel más informal, aparecen figuras de referencia con una alta capilaridad en los barrios y pueblos, especialmente entre la población mayor. La parroquia o iglesia, por ejemplo, continúa siendo un espacio de socialización y encuentro frecuente. En este marco, el párroco se convierte en un intermediario natural con el que muchas personas mayores mantienen una relación periódica, cercana y basada en la confianza. Esto le otorga un papel clave como canal de difusión y contacto en intervenciones comunitarias.

“Por eso estamos con la parroquia, porque hay muchísima gente mayor que va a la Iglesia, con lo cual muchas de las cosas que se organizan en el barrio se hacen en el barrio. Pues con la parroquia muy bien y ellos, ellos lo publicitan en las misas” (E4/Asociación de vecinos)

Asimismo, los **centros de salud y los médicos de cabecera** emergen como actores centrales, tanto por la confianza que generan como por el acceso directo que tienen a información clínica y social relevante. Son, en muchos casos, quienes poseen una visión más ajustada sobre las personas mayores en situación de vulnerabilidad y, aunque no puedan compartir datos personales, sí pueden orientar de manera estratégica sobre necesidades o perfiles concretos en el territorio.

“Por eso intentamos colaborar con el Centro de salud y con y con la parroquia, porque el centro que tiene pues la suficiente. Ellos saben cuánto, cuánta gente mayor hay, cuántos enfermos crónicos hay, etcétera, etcétera Y ellos a la hora de poder trabajar no te pueden dar las cifras, pero sí que te pueden, sí que pueden orientar y decir bueno, pues habría que hacer esto y esto y nosotros y hay una parece que hay una mayor disposición a aceptar lo que te diga un profesional de la medicina, por ejemplo, o el o el cura en alguna reunión con gente mayor” (E4/Asociación de vecinos)

Así, el **sistema sanitario, los servicios sociales y el tejido comunitario** conforman un entramado esencial en la atención integral a las personas mayores, no solo desde la perspectiva asistencial, sino también como puertas de entrada a la identificación de necesidades no expresadas, canal de información fiable y red de acompañamiento. La colaboración entre estos tres niveles se muestra como un elemento clave en la detección precoz de problemas de salud y establecimiento de vías de comunicación.

Ante las cifras de esperanza de vida y el crecimiento constante de la población mayor, se vuelve imprescindible una **respuesta coordinada, transversal y sostenida** que contemple la salud de las personas mayores desde una perspectiva integral. Esto incluye no solo los aspectos físicos, sino también los procesos de deterioro cognitivo, el bienestar emocional y las nuevas posibilidades que ofrece la salud digital. Como señalan las y los profesionales consultados, el envejecimiento de la población conlleva un aumento proporcional de enfermedades neurodegenerativas y problemas de salud mental, lo que requiere recursos específicos y adaptados tanto en el plano asistencial como preventivo.

“Las personas con enfermedad mental cada vez viven más y por otra parte vemos que todos vivimos más y aparecen mayores deterioros cognitivos, mayores demencias. Entonces sí que creo que en el futuro va a aumentar el número de personas que van a necesitar recursos y atención, no tanto por una dependencia física como por alguna alteración conductual” (E2/Trabajador psicogeriatría)

Adentrándonos en el sistema sanitario, las profesionales consultadas apuntan a una realidad preocupante: **ciertas dolencias o síntomas en personas mayores son relativizados o directamente desestimados** por parte del personal sanitario, aludiendo a la edad como causa principal. Esta práctica, que responde más a mitos y creencias arraigadas que a criterios clínicos contrastados, pone en riesgo el derecho a una atención digna y equitativa. Se produce así una suerte de normalización del malestar que elude con las necesidades de las personas.

“A ver, es que yo creo que el tema de la atención primaria a ver, es muy triste. Bueno, en general en la sanidad es muy triste, pero es así. Cuando tú llegas a determinada edad. No soy de la misma importancia en las patologías que tienes que si tienes 40 años.” (E8/ Terapeuta ocupacional)

Las profesionales entrevistadas advierten de una tendencia preocupante a la **sobremedicalización en personas mayores**, especialmente en el ámbito de la salud mental. Ante síntomas como insomnio, ansiedad o tristeza, el abordaje predominante continúa siendo farmacológico, sin un acompañamiento psicológico o social paralelo. Esta cronificación de tratamientos, que en ocasiones se prolonga durante décadas, puede generar efectos adversos, enmascarar otros diagnósticos como el deterioro cognitivo e impactar negativamente en la calidad de vida. Se señala así la necesidad de un enfoque multidisciplinar y una revisión periódica de la medicación en este grupo de población.

“El médico de cabecera te manda al psiquiatra y que automáticamente te manda pastillas. Luego nos encontramos las cifras. 60% de personas mayores o antidepresivos o ansiolíticos o pastillas para dormir y se cronifican. La mayoría de la gente que me venía a mí a la consulta llevaba a lo mejor 20 años con antidepresivos o con pastillas para dormir y ya no se las podían quitar ya. Y de hecho el problema que viene ahí es que esto se llega a confundir con demencia” (E1/ Experta en gerontología)

En este contexto hay figuras que tienen que tomar más relevancia, aquí hablamos del **terapeuta ocupacional**. Esta figura en el contexto de envejecimiento de la población y aumento de la esperanza de vida puede jugar un papel fundamental en el bienestar y autonomía de las personas mayores. Es una figura relativamente nueva de las ciencias de la salud pero es quién puede determinar y ayudar a favorecer la autonomía, el mantenerse en casa o asesoramiento específico en función de las circunstancias personales.

“Trabajo principalmente va encaminado a fomentar la autonomía de las personas con demencia, a que sean lo más independientes posibles durante el máximo tiempo posible.” (E8/ Terapeuta ocupacional)

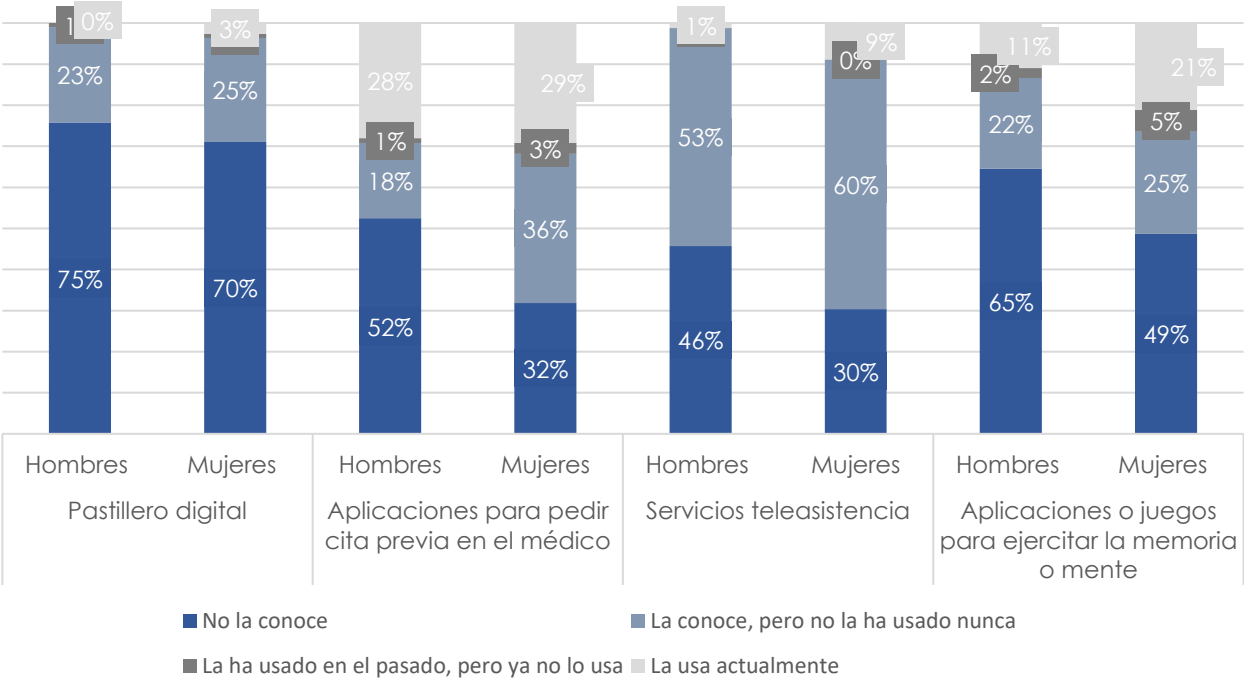
“El terapeuta ocupacional es la persona que valora las necesidades de la persona en su día a día, cómo ejecuta las diferentes actividades, no solamente las actividades básicas como pueden ser el comer, el vestirse, el ducharse, sino todas aquellas actividades que marcan la independencia en su comunidad, el poder realizar compras, el poder utilizar el transporte público, el manejo del dinero. Realizar las tareas del hogar. Todo ese tipo de actividades también las valora y las trabaja el terapeuta ocupacional y todo lo referente al ocio, al ocio, a las habilidades sociales, a las relaciones en su comunidad. Y se trata un poco de buscar ese equilibrio entre todas las áreas ocupacionales. Entonces, pues, es verdad que el terapeuta ocupacional puede valorar qué actividades son las que desempeña y cuáles ha dejado de desempeñar, el por qué ha dejado de desempeñarlas. y qué podemos hacer para que siga manteniendo esas actividades que está realizando y qué podemos hacer si se puede recuperar algunas de las que ha dejado de hacer y para él son importantes. Y entonces digamos que damos calidad de vida.” (E8/ Terapeuta ocupacional)

3.3 La salud digital

Usos de herramientas digitales

A continuación, vamos a profundizar en el grado de conocimiento de herramientas concretas en salud digital. Los **niveles de desconocimiento son elevados en la mayoría de herramientas digitales de salud**. Destaca especialmente el pastillero digital, desconocido por el 75 % de los hombres y el 70 % de las mujeres. Las aplicaciones para pedir cita médica presentan mayor grado de uso, sobre todo entre las mujeres, de las cuales un 28 % afirma utilizarlas actualmente. También se observa un mayor conocimiento y uso de los servicios de teleasistencia (60 % en mujeres), aunque su uso regular es reducido. Las aplicaciones para ejercitar la memoria muestran una presencia moderada, con un 21 % de mujeres que las han utilizado alguna vez.

Gráfico 43. En la actualidad se están desarrollando diferentes herramientas digitales para ayudar a las personas mayores, a continuación, le vamos a enumerar herramientas y tiene que decir si lo conoce y si lo ha utilizado y lo dejó de utilizar o lo utiliza en el momento presente (1/2)

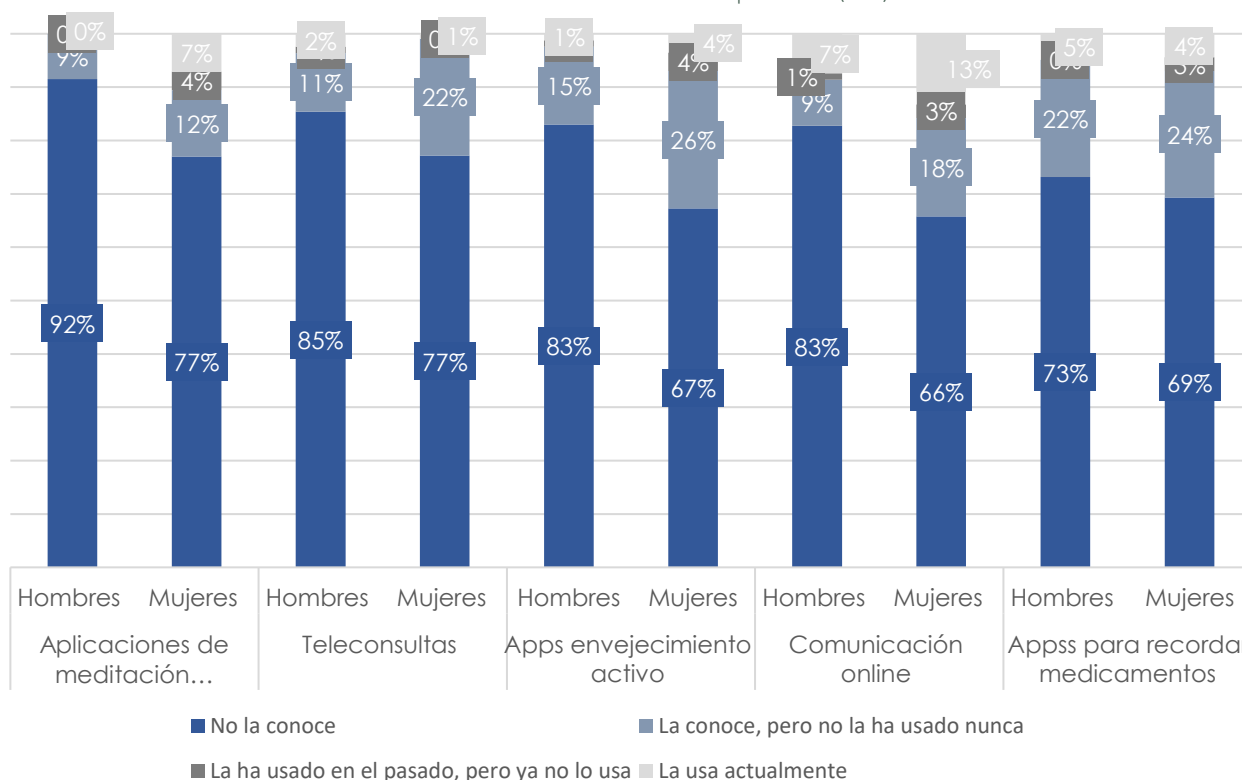


Fuente: Elaboración propia. Encuesta administrada a personas mayores. 2025.

El **desconocimiento** es aún más marcado en herramientas con un enfoque preventivo o de bienestar emocional. Las aplicaciones de meditación son desconocidas por el 92 % de los hombres y el 77 % de las mujeres. Las teleconsultas y las apps para el envejecimiento activo siguen una tendencia similar, con una muy baja adopción práctica y un grado alto de desconocimiento, particularmente en hombres. Aunque en algunas herramientas, como las de comunicación online o para recordar medicación, se observa una ligera mayor familiaridad entre mujeres, el uso actual se mantiene muy limitado en todos los casos.

DIGITAL _ SALUD DIGITAL Y SALUD MENTAL EN PERSONAS MAYORES

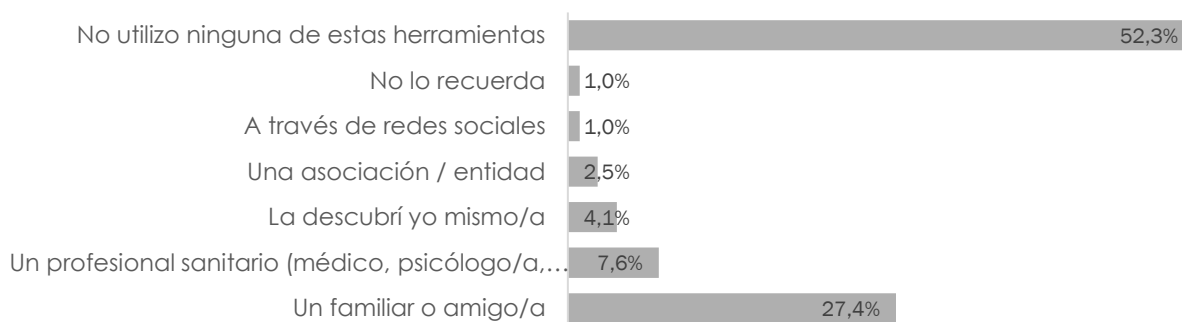
Gráfico 44. En la actualidad se están desarrollando diferentes herramientas digitales para ayudar a las personas mayores, a continuación, le vamos a enumerar herramientas y tiene que decir si lo conoce y si lo ha utilizado y lo dejó de utilizar o lo utiliza en el momento presente (2/2)



Fuente: Elaboración propia. Encuesta administrada a personas mayores. 2025.

Entre quienes sí las usan, la principal **vía de acceso** es el entorno cercano, especialmente familiares o amistades (27,4%). El papel del personal sanitario como prescriptor resulta minoritario (7,6%), al igual que otros canales como las asociaciones, redes sociales o el descubrimiento autónomo. Así, se refuerza la idea de que la adopción de tecnología en salud digital depende de dinámicas interpersonales informales más que de una acción institucional coordinada.

Gráfico 45. ¿Quién le recomendó esta herramienta digital?

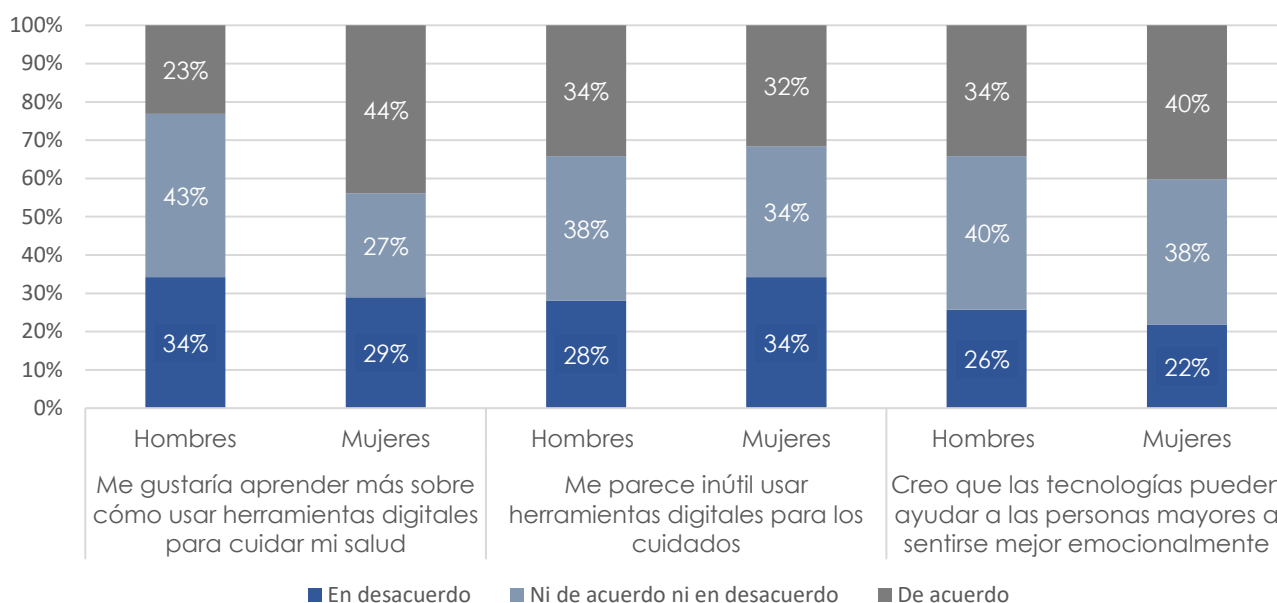


Fuente: Elaboración propia. Encuesta administrada a personas mayores. 2025.

La recepción de estas herramientas en las personas mayores está reflejada en el gráfico 46. Este pone de manifiesto una percepción general moderadamente favorable hacia el **uso de herramientas digitales en el ámbito de los cuidados y la salud**, con una tendencia más positiva entre las mujeres. Así, el 44 % de las mujeres encuestadas declara interés por aprender más sobre el uso de herramientas digitales para el cuidado de su salud, frente al

23 % de los hombres. Esta diferencia de género es coherente con las dinámicas observadas en otros bloques, donde ellas tienden a mostrar una mayor disposición hacia el aprendizaje y la adaptación tecnológica. En cuanto a la **utilidad percibida**, las posiciones se distribuyen de forma más ambivalente, con un 38 % de hombres y un 34 % de mujeres que no consideran inútil su uso, pero con un porcentaje significativo en ambos casos que se mantiene en una posición neutra o de desacuerdo. Finalmente, respecto al **potencial de soporte emocional de las tecnologías**, el 40 % de las mujeres cree que pueden ayudar a las personas mayores a sentirse mejor, mientras que esta cifra se reduce al 34 % en hombres. En este sentido, los datos sugieren que, si bien existen actitudes positivas hacia la tecnología aplicada al ámbito del cuidado, persiste un amplio margen de mejora en cuanto a la sensibilización y comprensión de su utilidad real.

Gráfico 46. A continuación, le vamos a recitar una serie de afirmaciones, indique su grado de acuerdo o desacuerdo.

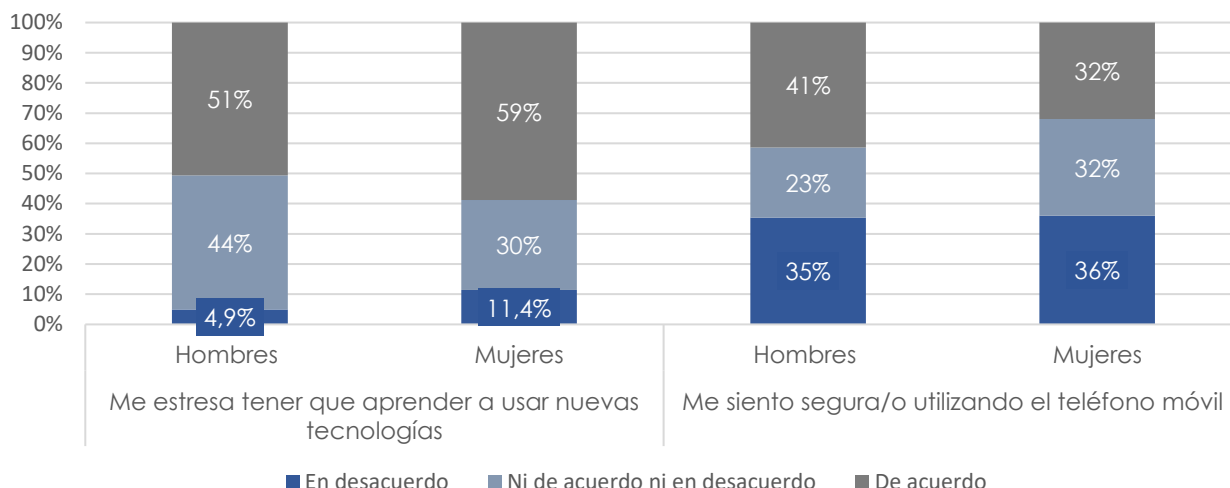


Fuente: Elaboración propia. Encuesta administrada a personas mayores. 2025.

En el gráfico 47, los datos reflejan una **importante carga emocional negativa asociada al aprendizaje** tecnológico en las personas mayores, especialmente entre las mujeres. El 59 % de las mujeres declara sentirse estresada ante la necesidad de aprender a utilizar nuevas tecnologías, frente al 51 % de los hombres. Aunque ambos porcentajes son elevados, esta diferencia de género vuelve a poner de relieve una mayor autoexigencia o inseguridad en ellas, también observada en otros apartados del estudio. Por otro lado, la **percepción de seguridad en el uso del teléfono móvil** se distribuye de forma más equilibrada, con un 41 % de hombres y un 32 % de mujeres que afirman sentirse seguros. A pesar de que son ellas quienes más lo utilizan, también son quienes reportan mayores niveles de estrés e inseguridad, lo que apunta a la necesidad de seguir promoviendo estrategias de acompañamiento emocional y pedagógico específicas en el proceso de incorporación digital.

DIGITAL _ SALUD DIGITAL Y SALUD MENTAL EN PERSONAS MAYORES

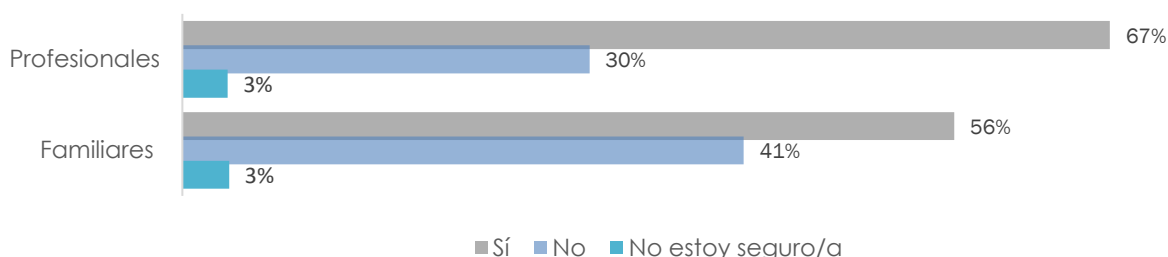
Gráfico 47. A continuación, le vamos a recitar una serie de afirmaciones, indique su grado de acuerdo o desacuerdo.



Fuente: Elaboración propia. Encuesta administrada a personas mayores. 2025.

En el caso del entorno de las personas mayores, el gráfico 48 muestra cómo los profesionales han integrado en mayor medida el uso de herramientas digitales vinculadas al cuidado o acompañamiento de personas mayores, con un 67 % que afirma haberlas utilizado, frente al 56 % en el caso de familias.

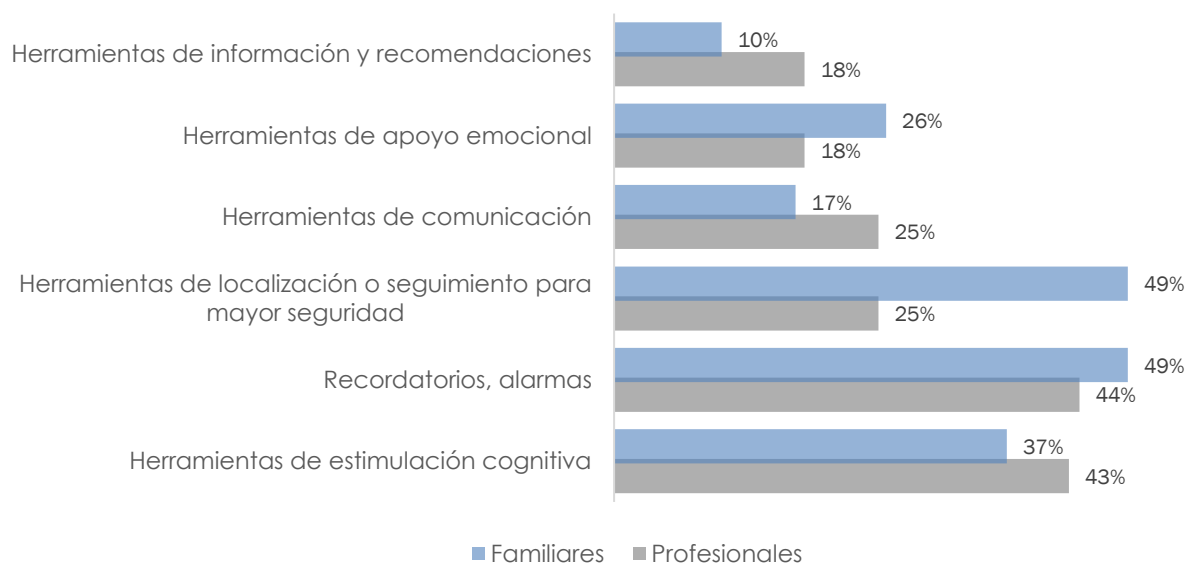
Gráfico 48. ¿Alguna vez ha utilizado herramientas digitales para apoyar el cuidado o bienestar de personas mayores?



Fuente: Elaboración propia. Encuesta administrada a profesionales y familias. 2025.

Las herramientas digitales **más utilizadas tanto por familiares como por profesionales** son los **recordatorios o alarmas**, con un uso del 49% y 44%, respectivamente. En segundo lugar, para los familiares destacan las herramientas de localización o seguimiento para mayor seguridad (49%) y las de estimulación cognitiva (37%). En cambio, los profesionales utilizan en mayor medida las herramientas de estimulación cognitiva (43%) y las de comunicación (25%). Es relevante observar que las herramientas de apoyo emocional presentan un mayor uso entre los familiares (26%) que entre los profesionales (18%), mientras que las herramientas de información y recomendaciones son las menos utilizadas en ambos grupos (10% en familiares y 18% en profesionales).

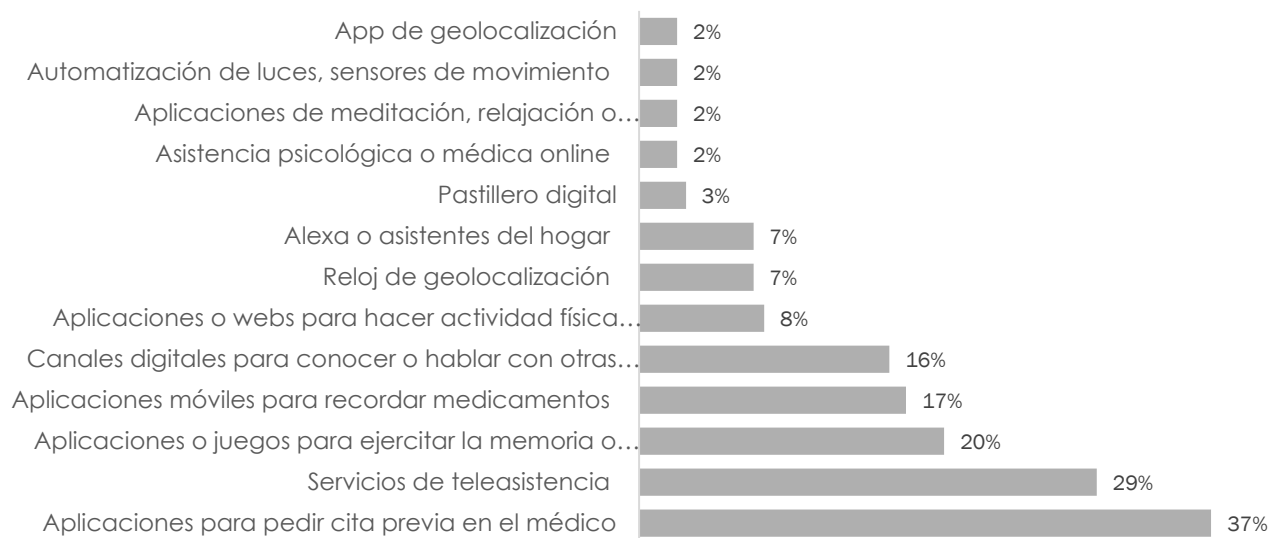
Gráfico 49. ¿Qué tipo de herramientas ha utilizado?



Fuente: Elaboración propia. Encuesta administrada a profesionales y familias. 2025.

Profundizando en las herramientas disponibles para las familias, según los datos de la encuesta son las aplicaciones para pedir cita previa en el médico (37%), los servicios de teleasistencia (29%) y las aplicaciones o juegos para ejercitar la memoria (20%). En menor medida se encuentran aplicaciones para recordar medicamentos (17%) y canales digitales para conocer o hablar con otras personas (16%).

Gráfico 50. Herramientas digitales que ha utilizado directamente usted. Familiares.

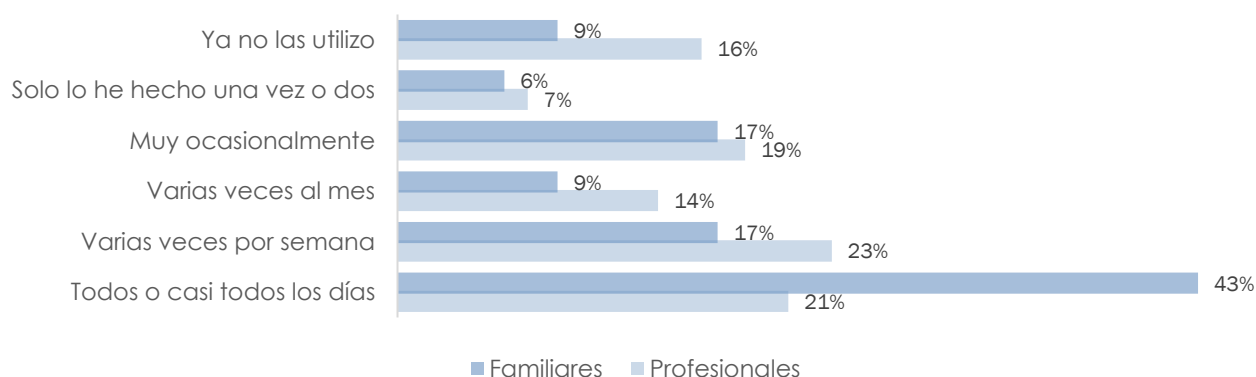


Fuente: Elaboración propia. Encuesta administrada a familias. 2025.

Aunque los profesionales incorporan en mayor proporción las herramientas digitales, las familias que las utilizan lo hacen con mayor frecuencia e intensidad. Un 43 % de las familias afirma usarlas todos o casi todos los días, frente a un 21 % en el caso de los profesionales. Por el contrario, entre estos últimos, el uso más habitual es varias veces por semana (23 %). Además, la tasa de abandono —personas que declaran ya no utilizarlas— es notablemente

mayor en profesionales (16%) que en familiares (9%), lo que podría indicar una menor consolidación del hábito o una falta de acompañamiento y seguimiento en su uso.

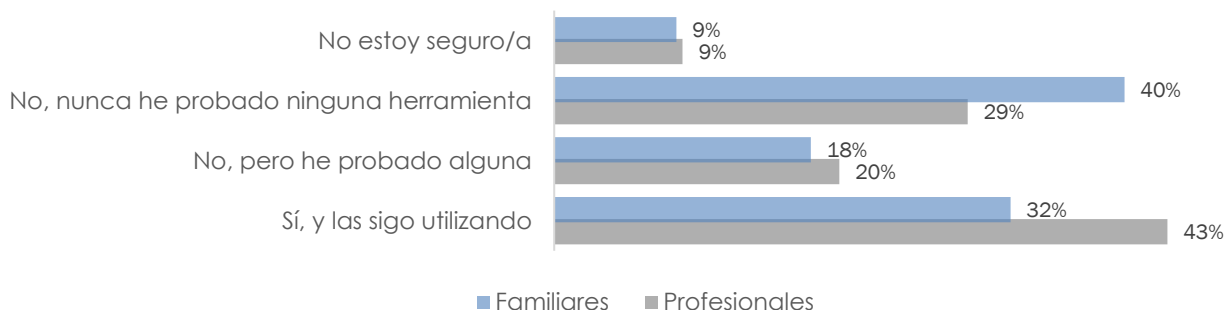
Gráfico 51. ¿Con qué frecuencia utiliza herramientas digitales con este fin?



Fuente: Elaboración propia. Encuesta administrada a profesionales y familias. 2025.

El gráfico 52 muestra una **mayor continuidad** en el uso de herramientas digitales por parte de los profesionales (43%) frente a los familiares (32%). Sin embargo, los familiares presentan una mayor proporción de personas que nunca han probado ninguna herramienta (40%), frente al 29% de profesionales. Este dato puede interpretarse como una brecha inicial mayor entre las familias, aunque cuando se produce la adopción, esta tiende a mantenerse de forma consistente en ambos grupos. El porcentaje de personas que las han probado, pero ya no las usan es prácticamente el mismo en ambos casos (18-20%).

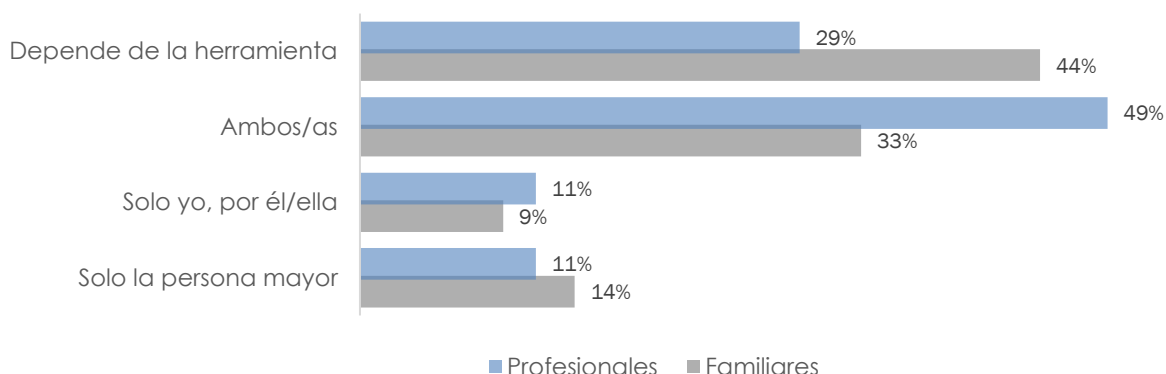
Gráfico 52. ¿Ha utilizado herramientas específicamente pensadas para personas cuidadoras o profesionales?



Fuente: Encuesta administrada a profesionales y familias. Elaboración propia.

En el caso de los profesionales vemos como indican que en la mayoría de los casos son las personas mayores solas quienes hacen uso habitual de las herramientas digitales (49%). Esto puede estar reflejando dispositivos **muy centrados en el usuario final**. Los familiares señalan en su mayoría que depende de la herramienta (44%). En menor medida en ambos casos encontramos solo la persona mayor (11% en profesionales y 14% en familiares).

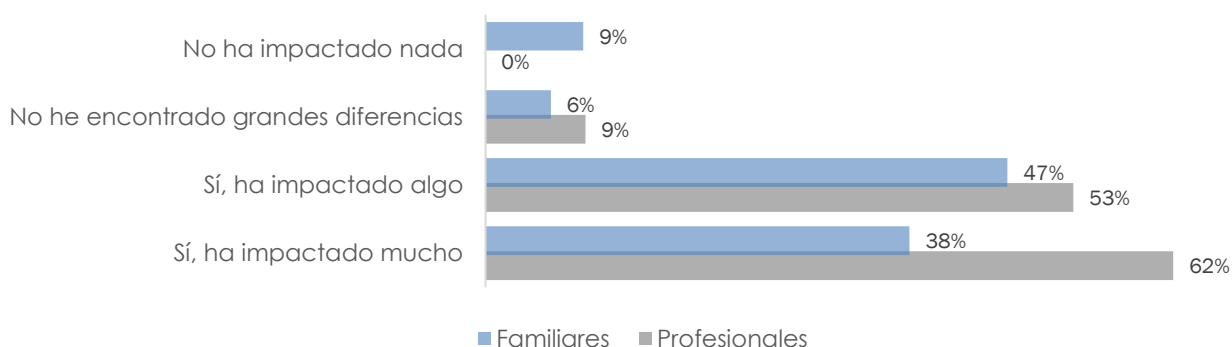
Gráfico 53. ¿Quién utiliza estas herramientas digitales habitualmente?



Fuente: Elaboración propia. Encuesta administrada a profesionales y familias. 2025.

El **impacto percibido** de las herramientas digitales en el día a día de quienes acompañan a personas mayores es, en términos generales, positivo, aunque con diferencias significativas entre perfiles. Más de la mitad de las profesionales encuestadas (62%) considera que estas tecnologías han tenido un impacto muy relevante, mientras que esta percepción se reduce al 38% en el caso de las familias. Por otro lado, el 47% de las familias indican que ha impactado algo, junto con el 53% de las profesionales.

Gráfico 54. ¿Cree que el uso de estas herramientas ha impactado positivamente en su día a día?

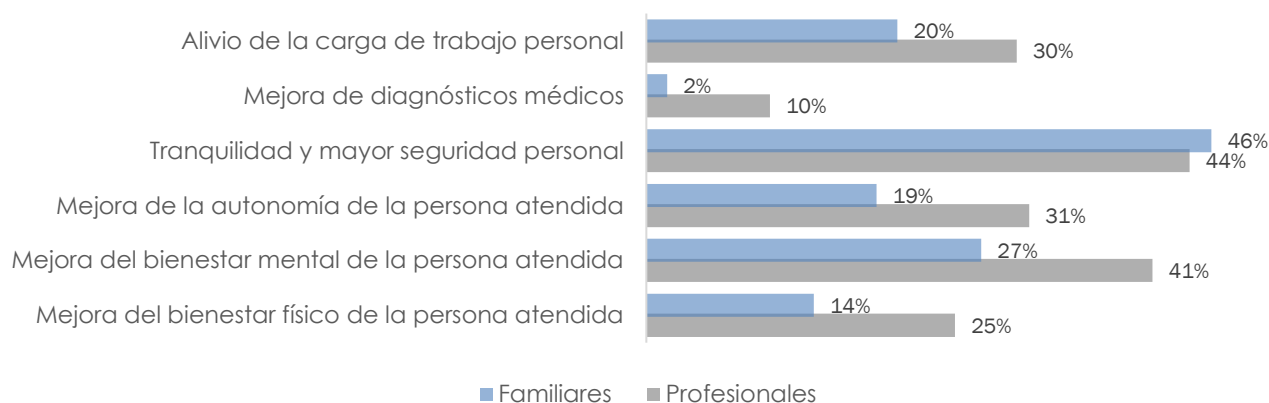


Fuente: Elaboración propia. Encuesta administrada a profesionales y familias. 2025.

La tranquilidad y seguridad personal es el área donde se han percibido **más beneficios** con el uso de herramientas en salud digital, tanto por las familias (46%) como por personal técnico (44%). En segundo lugar, se alude a la mejora del bienestar mental de la persona atendida/acompañada (41% profesionales y 27% familias). En tercer lugar, para los profesionales, ubican la mejora de la autonomía de la persona atendida (31% y 19% en familias) y en tercer lugar para las familias está el alivio de la carga de trabajo personal (20% familias y 30% profesionales).

DIGITAL _ SALUD DIGITAL Y SALUD MENTAL EN PERSONAS MAYORES

Gráfico 55. ¿En qué áreas ha notado beneficios por el uso de estas herramientas?

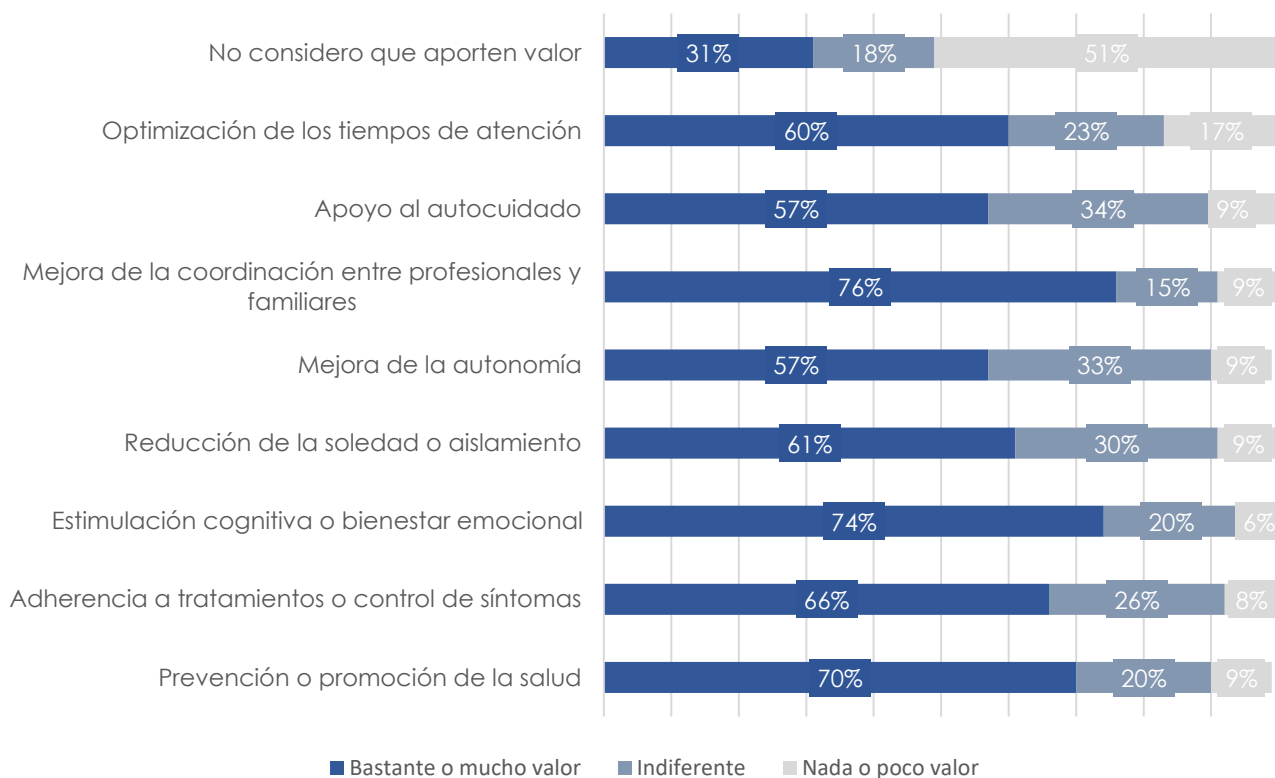


Fuente: Elaboración propia. Encuesta administrada a profesionales y familias. 2025.

El siguiente gráfico complementa lo ya señalado en los apartados anteriores sobre **la percepción de los y las profesionales respecto al uso de herramientas digitales**. En este caso, se observa que el valor atribuido se concentra sobre todo en aspectos vinculados a la persona mayor: destacan la mejora de la coordinación entre profesionales y familiares (76%), la estimulación cognitiva y el bienestar emocional (74%), y la prevención o promoción de la salud (70%). También reciben una alta valoración la adherencia a tratamientos o control de síntomas (66%) y la reducción de la soledad o aislamiento (61%). En contraste, dimensiones más operativas como la optimización de los tiempos de atención (60%) o el apoyo al autocuidado (57%) aparecen con una valoración positiva, pero algo más contenida. Llama la atención, además, que un 31% afirme que estas herramientas no aportan valor, lo que indica que, pese al reconocimiento mayoritario, persiste una mirada crítica en una parte relevante de los y las profesionales. Estos resultados encajan con lo observado en otras tablas: aunque se reconoce que las tecnologías tienen un potencial amplio, este se valora sobre todo cuando contribuyen a reforzar la autonomía, mejorar la coordinación y ofrecer bienestar a la persona atendida, más que en su capacidad de transformar directamente la organización del trabajo profesional.

DIGITAL _ SALUD DIGITAL Y SALUD MENTAL EN PERSONAS MAYORES

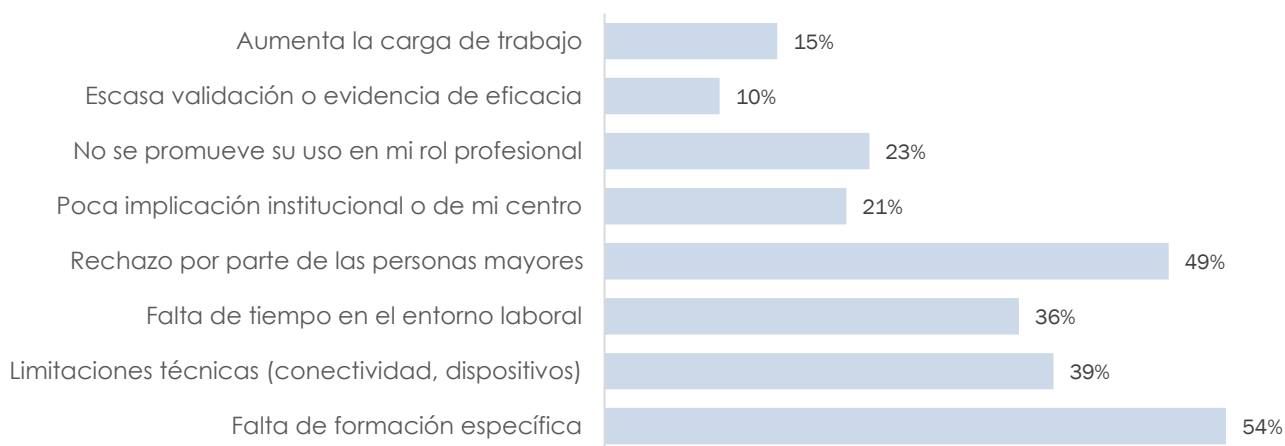
Gráfico 56. ¿En qué áreas considera que ha aportado valor el uso de estas tecnologías?



Fuente: Elaboración propia. Encuesta administrada a profesionales. 2025.

Por otro lado, las principales barreras para **la integración de herramientas digitales en la labor profesional** son de carácter formativo y cultural. Más de la mitad (54%) destaca la falta de formación específica, y casi la mitad (49%) el rechazo de las personas mayores, lo que apunta a que la dificultad no reside únicamente en la disponibilidad de tecnologías, sino en la capacidad de usuarios y profesionales para apropiarse de ellas. A estas limitaciones se suman factores estructurales, como los problemas técnicos de conectividad o dispositivos (39%) y la falta de tiempo en el entorno laboral (36%), que evidencian cómo las condiciones materiales del trabajo inciden directamente en la posibilidad de incorporar nuevas prácticas.

Gráfico 57. ¿Qué barreras o dificultades encuentra para integrar herramientas digitales en su práctica con personas mayores? Profesionales.



Fuente: Encuesta administrada a profesionales. Elaboración propia.

Los testimonios cualitativos confirman los resultados de la encuesta: la incorporación de herramientas de salud digital en los entornos laborales suele generar **resistencias** entre las personas trabajadoras, ya que con frecuencia se percibe como un aumento de la carga de trabajo. Estas tecnologías requieren, en muchos casos, un esfuerzo inicial vinculado a la realización de cursos y al aprendizaje de nuevas herramientas, especialmente cuando no se perciben con claridad los beneficios que pueden aportar en el desempeño cotidiano.

“Requieren muchos cursos, a veces de formación y parece como que siempre da como que la gente le va a generar una carga de trabajo mayor. Y yo pienso que sí, que al principio las cargas de trabajo, por ejemplo, desde el punto de vista de un auxiliar, de un cuidador, cuando entra en una habitación se tiene que identificar con su código y meter determinados datos. Entonces eso nos proporciona a nosotros también una ubicación de dónde está el personal. Realmente se ha notado todo su trabajo, pero a ellos en principio como que eso les va a llevar más tiempo y al final es una rutina, o sea, luego ya lo haces como como por defecto”
(E12/ Experta asistencial)

Profundizando en las herramientas de salud digital:

Las herramientas en salud digital son un fenómeno reciente en el ámbito sanitario. Según las profesionales consultadas, su **desarrollo aún es incipiente**, por lo que su aplicación práctica continúa siendo limitada. Se señala que nos encontramos en una fase temprana, con una previsión de evolución en los próximos años, tanto en alcance como en calidad.

“El problema de las herramientas en salud digital ahora mismo es que están en ciernes. Falta mucho” (E1/ Experta en gerontología)

Entre las principales limitaciones señaladas, se apunta a **un diseño generalista** que, lejos de adaptar la experiencia a las características propias del colectivo mayor, termina limitando su utilidad real. El enfoque suele responder a un usuario estándar, sin tener en cuenta variables clave como la edad, la alfabetización digital o las barreras funcionales. Esta desconexión entre diseño y destinatario final impide que estas herramientas desplieguen todo su potencial dentro del grupo etario de personas mayores.

“Al final esas aplicaciones están diseñadas para tratar a las personas mayores como un conjunto heterogéneo, homogéneo y no es el caso.” (E1/ Experto en gerontología)

“Yo no me he encontrado ninguna aplicación que me guste a mi o a mi padre, son todas iguales” (FG4/
Familiares y cuidadoras)

Además del diseño generalista, algunas profesionales señalan un problema añadido en la concepción de ciertos contenidos: **la infantilización** del usuario mayor. Este enfoque, lejos de facilitar la adherencia, genera rechazo en las personas mayores al no reconocer su trayectoria vital, su capacidad de agencia o sus intereses.

“Son ejercicios que infantilizan a las personas mayores y por otro lado también muy generales, que realmente yo creo que ni siquiera se han planteado lo que están trabajando” (E1/ Experto en gerontología)

“No les gusta que se le que sentir que se les trata como niños. Esto lo hemos escuchado un montón. Entonces. Creo que hay que tener mucho cuidado en no ser paternalista en la manera en la que si hay servicios que se dirigen específicamente a personas mayores.” (E9/ UX)

“Sí, de hecho, hace un tiempo recuerdo que había para personas con Alzheimer incipiente. Quiero decir, claro, lecturas y lectura fácil con la letra más grande. Claro, Eran cuentos infantiles. Y decía saber si una persona que ha trabajado y que ahora a los 75 años, pues a lo mejor no le apetece leer la Caperucita Roja y le apetece leer Los pilares de la Tierra.” (E2/ Trabajador de psicogeriatría)

No obstante, encontramos otras narrativas que no encuentran problemático este tipo de contenidos y refieren a la capacidad profesional el infantilizar al paciente o usuario.

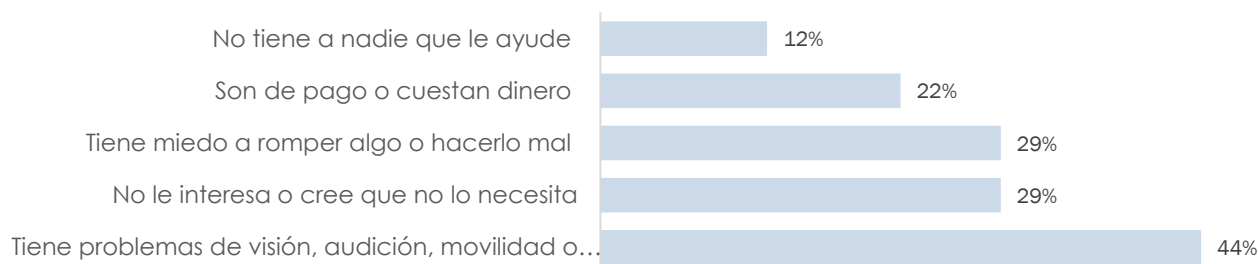
“Nosotros nos hemos encontrado, por ejemplo, a terapia con muñecas. Entonces, es verdad que existe, a veces ha existido determinada reticencia a trabajar con ellas. Precisamente por eso, por el tema de la infantilización. Pero también al final parte también del desconocimiento o no y de las habilidades que tenga también el terapeuta para trabajar con ellos.” (E8/ Terapeuta ocupacional)

Otra de las limitaciones señaladas en el uso de herramientas digitales, particularmente en las aplicaciones de estimulación cognitiva, es la **presencia de anuncios publicitarios** integrados en los formatos gratuitos. Esta característica, habitual en el entorno digital, resulta especialmente inadecuada en contextos de intervención sociosanitaria, donde se requiere continuidad, concentración y ausencia de interferencias.

“Y los anuncios eran muy gracioso de los anuncios, porque a lo mejor estabas intentando llamar la atención y te saltaba un anuncio” (E1/ Experta en gerontología)

Por otro lado, las familias señalan que las principales barreras para que las personas mayores utilicen tecnologías de salud son de tipo físico, como problemas de visión, audición o movilidad (44%). También destacan factores como el desinterés o desconocimiento (29%) y el miedo a cometer errores en el uso de estas herramientas (29%). En menor medida, se identifica la falta de apoyo o de alguien que pueda asistirles en el proceso (12%).

Gráfico 58. Según su experiencia, ¿qué aspectos dificultan que la persona mayor use herramientas de salud digital?
Familias.



Fuente: Elaboración propia. Encuesta administrada a familias. 2025.

Entre quienes no utilizan herramientas digitales en su práctica profesional (Gráfico 59), la causa más señalada es el rechazo por parte de la persona mayor (21%), lo que confirma que las resistencias de las y los usuarios finales constituyen un freno importante para la integración de la tecnología en el cuidado. En segundo lugar, se encuentra no disponer de los dispositivos adecuados (16%) y en tercero no tener tiempo para aprender a usarlas (14%). Por otro lado, las familias aluden de igual manera a las resistencias por parte de las personas mayores (20%), no disponer de los dispositivos adecuados (12%), el desconocimiento sobre ese tipo de herramientas (10%) y la preferencia ante otros métodos (10%).

Gráfico 59. En caso de no haberlas utilizado, ¿por qué no ha utilizado herramientas digitales para apoyar el cuidado o bienestar de personas mayores?



Fuente: Encuesta administrada a familias y profesionales. Elaboración propia.

Dentro del campo de las aplicaciones digitales, la experiencia de usuario se configura como un elemento clave para garantizar su accesibilidad y utilidad, especialmente en el caso de las personas mayores. Sin embargo, las profesionales consultadas señalan que conceptos como usabilidad, accesibilidad o diseño universal no siempre están presentes en el desarrollo de estas herramientas, lo que compromete su eficacia. La presencia de errores básicos de diseño y la falta de adaptación a las capacidades cognitivas y sensoriales del colectivo suponen barreras significativas para su uso autónomo.

“Lo que nos encontramos fueron un montón de aplicaciones con errores higiénicos de usabilidad. Claro que ya si ya para un usuario normal o estándar va a ser complicado, pues imagínate para una persona de tercera edad que ya no te hablo del de 55” (E6/Desarrolladora UX)

“por lo menos una línea basal de diseño aplicado a tercera edad que ya se sabe, pues ese tema de cargas cognitivas tiene que ser pantallas muy muy sencillas, con muy pocos elementos en pantalla, con una única instrucción o con un único dato.” (E6/Desarrolladora UX)

Ante un diseño poco accesible y con baja usabilidad, **el impacto sobre la persona usuaria no es solo funcional, sino también emocional**. Cuando una aplicación no se ajusta a las capacidades o necesidades de quien la utiliza, la experiencia puede generar frustración, culpabilidad o sensación de incapacidad, especialmente entre personas mayores. En estos casos, la tecnología deja de ser una herramienta facilitadora para convertirse en una fuente de malestar, reforzando barreras en lugar de reducirlas. Esta dimensión subjetiva conecta directamente con los datos presentados en el gráfico 38, donde la mayoría de las personas

encuestadas manifiestan estrés ante el uso de nuevas tecnologías, especialmente las mujeres.

“Lo que estás haciendo es una aplicación para que la gente se sienta mal porque no saben utilizarla”
(E6/Desarrolladora UX)

“Pero no es solo para hacer fotos y de todo, aunque es chiquitito, pero es que no lo sé hacer. Ya soy tan bruta o la mente no me da o lo que sea, no lo sé.” (FG1/ Mujeres mayores)

El **coste económico** emerge como otra de las limitaciones relevantes en la adopción de herramientas de salud digital, especialmente si se considera el perfil de sus potenciales usuarios. Muchas personas mayores cuentan con economías ajustadas, pensiones limitadas o una gestión del gasto basada en criterios de necesidad estricta. En este contexto, el pago por servicios digitales no siempre se percibe como una inversión justificada, especialmente si la utilidad de la herramienta no es evidente o conocida. A ello se suma el desconocimiento del potencial de estas tecnologías, lo que reduce aún más la predisposición a probarlas o incorporarlas.

“Está la brecha digital, está también la brecha económica. Como esas aplicaciones las hagan de pago ya y muchas veces no son baratas. Estamos hablando de cosas que te diría es que, aunque fueran 15 € al mes, 15 € al mes, para alguien que está con una pensión tal y como están ahora ya es en sí. Y recordemos que la gente mayor no suele gastarse el dinero en algo que no consideren fundamental” (E1/ Experta en gerontología)

“Mira mi madre con las justas llega con su pensión, como para andar comprando o probando nada” (FG4/ Familiares y cuidadoras)

Por otro lado, las aplicaciones orientadas a la promoción del envejecimiento activo abren un **debate en torno a la seguridad y adecuación** de ciertas recomendaciones dirigidas a personas mayores. Si bien fomentar la actividad física es una estrategia ampliamente respaldada desde el ámbito de la salud, el uso de aplicaciones no supervisadas plantea riesgos, especialmente en casos de personas con patologías crónicas o limitaciones funcionales. La ausencia de evaluación previa o seguimiento profesional puede convertir una intervención aparentemente beneficiosa en una práctica potencialmente perjudicial.

“Es un poco peligroso porque estamos hablando de personas mayores con algún tipo de patología que claro, tiene que ver un poco de supervisión médica. Por tanto, una aplicación para hacer ejercicio así, sin ton ni son para una persona mayor, puede ser un poquito peligroso” (E10/ Experta en salud digital)

Entornos con herramientas de salud digital

Entre las herramientas de salud digital, **el botón de teleasistencia** se posiciona como la más extendida y aceptada por las personas mayores. Su uso está ampliamente normalizado, y las narrativas recogidas destacan no solo su funcionalidad, sino también el valor emocional asociado a la sensación de seguridad y acompañamiento dentro del hogar.

“Y desde que tengo el botón y eso, parece que estoy como más acompañada. Salgo y lo saco. Pero al entrar lo primero que hago es ponérmelo” (FG2/ Personas mayores)

La telecita o cita previa online se ha consolidado como vía mayoritaria de acceso a la atención primaria. La consulta pone de manifiesto el **conflicto entre la digitalización de los servicios públicos** y las personas mayores. En este contexto, la administración tiene la responsabilidad de garantizar que toda la ciudadanía pueda acceder en igualdad de condiciones a sus trámites, sin que existan discriminaciones por motivos de edad o por falta de competencias digitales. Por tanto, resulta imprescindible reflexionar sobre la necesidad

de asegurar el acceso equitativo a los servicios, atendiendo a la diversidad de realidades que conforman nuestra sociedad.

“Entonces está muy bien la herramienta, pero vamos a que no sea lo único, Es decir, que la persona que quiera que pueda ir al centro de salud y pedir cita o que pueda llamar por teléfono y que le den cita. El problema viene cuando llamas al teléfono y no te lo coge nunca nadie porque sale también una grabación y tal. Vas al centro de salud y la persona que está en administración pues te pone mala cara porque tienes el teléfono, tienes la aplicación. Creo que tiene que venir a sumar. Es decir, aquí está la aplicación, quien la quiera utilizar que la utilice, porque además siempre pensamos en personas mayores, pero hay personas con discapacidad que tampoco saben utilizar esto o ni siquiera con discapacidad” (E2/Trabajador de psicogeriatría)

“Pues a la hora de pedir las citas por teléfono, pedir por medios digitales y no sé que hay gente pues que se lían muchísimo y luego el que por obligación sea ya todo de forma, de forma digital o informática pues es un problema grave. [...] Nos tienen que dejar vías abiertas, gente que tenga más de 65 años, gente que tenga más de 62 años, me da igual, pero tiene que dejar vías abiertas para la gente que digitalmente no está, ni está preparada, ni tiene capacidad para prepararse.” (E4/Asociación de vecinos)

Profundizando en el ámbito de la salud mental, la salud digital abre posibilidades en términos de **teleconsulta o aplicaciones móviles orientadas al acompañamiento psicológico**. No obstante, tal y como reflejan los resultados obtenidos previamente, el estigma asociado a la atención en salud mental sigue presente en el colectivo de personas mayores, lo que también puede influir negativamente en su disposición a utilizar estos entornos digitales. A esta barrera cultural se suma una distancia significativa en términos de acceso y conocimiento: muchas personas mayores no conocen la existencia de estas soluciones o no las perciben como recursos diseñados para ellas.

“Es que realmente no hay nada, porque incluso tampoco hay muchas cosas para otros grupos de edad sí que existen, ¿no? Pues terapias online, pero no hay nada específico para personas mayores en el mercado que lo vayan a utilizar. Aparte, yo creo que sí que existe brecha, o sea ya lo que es asistir a terapia a una persona mayor. Es raro, ¿no? Eso es más pues más de más de jóvenes, por decirlo así. Y ya utilizar tecnología para depresión, ansiedad o trastornos afectivos. Eso sí, yo creo que tendríamos poco o poca clientela y tampoco hay ningún servicio específico para ello. Son más de cara a cara en ese sentido” (E10/ Experta en salud digital)

Si bien, la **teleconsulta** se perfila como una herramienta con gran potencial para facilitar el acceso a la atención sanitaria, especialmente en entornos rurales o para personas con movilidad reducida. Las profesionales consultadas destacan su utilidad para evitar desplazamientos innecesarios, siempre que su uso no implique la pérdida del componente humano y relacional que caracteriza la atención sanitaria presencial. En este sentido, la telemedicina debe plantearse como una alternativa complementaria, no sustitutiva, que permita mantener la calidad del vínculo asistencial.

“Debería ser como un sistema, como alternativo o coadyuvante a lo tradicional, porque sí que ayuda muchísimo. Date cuenta que en muchísimas ocasiones que las personas para ir al médico de cabecera tienen que ir en coche una hora porque eso pasa. Por tanto, desarrollar este tipo de tecnologías. Los estudios también dicen al final lo que es el tú a tú. Al final es una videoconferencia con el médico. O sea que al final tampoco se pierde tanto lo que es esta relación personal, no de de tú a tú de médico, porque al final te ves la cara” (E10/ Experta en salud digital)

Uno de los elementos mejor valorados dentro del ámbito de la salud digital son las **gafas de realidad virtual o digitales**, especialmente en contextos de intervención con personas con deterioro cognitivo o enfermedad de Alzheimer. Según las profesionales consultadas, estas tecnologías no solo han sido bien acogidas por las personas mayores, sino que también han demostrado un impacto positivo a nivel técnico y terapéutico. Las gafas permiten trabajar

áreas como la reminiscencia, la relajación o la estimulación cognitiva, facilitando la participación activa y generando espacios de alto valor emocional y social.

“También tenemos unas gafas de realidad virtual que también queremos trabajar con ellas para sobre todo el tema de reminiscencia, relajación” (E8/ Terapeuta ocupacional)

“Y hace tiempo empezamos con un proyecto de gafas digitales en el área de terapia ocupacional. ¿Con qué fin? Pues sobre todo para trabajar los deterioros cognitivos grandes y prevención en demencia. La verdad que el resultado es fantástico. La aceptación por parte de las personas mayores. Increíble. [...] los juegos que tenemos todavía son muy sencillos, porque cada vez que intentas implementar dentro de un juego determinadas cosas, pues claro, es muy caro crear el software y todo eso, pero la verdad que el resultado es muy positivo, hay una participación muy alta y se genera sobre todo un ambiente de integración social muy fuerte.” (E12/ Experta asistencial)

Otra tecnología destacada en el ámbito de la intervención con personas mayores, especialmente en casos de enfermedades neurodegenerativas, es la **roboterapia**. Esta técnica, que emplea dispositivos robóticos con forma de animales como gatos o focas, ha sido señalada por el personal técnico como una herramienta eficaz en el trabajo terapéutico. Su uso no solo ha mostrado una excelente recepción por parte de las personas usuarias, sino que también permite estimular componentes cognitivos y emocionales en personas con deterioro avanzado, generando vínculos afectivos y reacciones positivas incluso en situaciones de gran afectación funcional.

“Trabajamos con robot terapia, tenemos una foca robótica y un gato robótico que bueno, a ver, trabajamos con ellos también componentes cognitivos.” (E8/ Terapeuta ocupacional)

“Unos gatos que es como un robot. No sé si lo conoces, que es como un robot, que es un gato que simula un gato de verdad, es más, parece un gato de verdad. Entonces ese tipo de cosas en población, o sea en personas que tienen el nivel cognitivo más afectado, ahí sí que se puede utilizar” (E7/ Terapeuta ocupacional)

En entornos institucionalizados como residencias, algunas experiencias innovadoras incluyen la incorporación de **pantallas digitales interactivas**, concebidas como herramientas que no solo permiten actividades de estimulación, sino que también fomentan la autonomía de las personas mayores. La posibilidad de elegir contenidos audiovisuales o musicales a través de estas interfaces facilita el acceso a entornos culturales y personales significativos, reforzando la sensación de control y participación.

“Las pantallas estas que son ordenadores, se implantaron rápidamente. ¿Con qué fin? Con el fin de que también la persona mayor pueda elegir qué quiere escuchar, qué quiere ver. Fomentar esa independencia y facilitarle. Pues facilitar el acceso al mundo real que tenemos.” (E12/ Experta asistencialista)

Además, las profesionales destacan su **valor terapéutico** en términos de motivación y adherencia a las actividades, así como su utilidad en la estimulación cognitiva, motora y social.

“Eso por supuesto que hace que aumente muchísimo la motivación dentro de las sesiones de estimulación e incluso la adherencia al programa. Muchas veces son ellos los que nos piden trabajar con la pizarra, con la pantalla, tienen que interactuar con la pantalla también. Entonces es una forma también de no solamente trabajar la parte cognitiva, sino la parte física y motora” (E14/ Psicóloga Alzheimer)

De forma progresiva y en muchos casos fuera del marco institucional, se ha ido extendiendo el uso de **herramientas tecnológicas** vinculadas a la salud digital como los pastilleros electrónicos, sensores de caída, sensores de luz o asistentes virtuales del hogar (como Alexa). Estos dispositivos, aunque no siempre diseñados específicamente para el colectivo de personas mayores, están siendo adoptados con fines de apoyo, control y acompañamiento, especialmente en contextos de trastornos degenerativos o problemas

de salud mental. Las profesionales consultadas destacan su contribución a la autonomía de las personas cuidadas y al mismo tiempo al alivio de la carga emocional del cuidador, gracias a la sensación de mayor control, seguridad y prevención de riesgos.

“Pues desde pastilleros que te recuerdan la hora a la que te tienes que tomar la medicación. Sensores de caídas, sensores de movimiento, sensores de luz que pueden facilitar la orientación. Por ejemplo, por la noche con el con el movimiento y luego el Alexa. Me encanta. Lo recomiendo que sea bueno. Esto puede ser una ayuda tanto para la persona con demencia a utilizarla bien como para el cuidador, que también le da cierta seguridad y cierta confianza.” (E8/ Terapeuta ocupacional)

“Hemos hecho recomendaciones respecto a los localizadores GPS, a los sistemas de alerta también, sobre todo en aquellas en aquellos casos en los que hay un riesgo claro de fuga o de desorientación, pero en los que no, también a modo preventivo. Porque es verdad que muchas veces en digamos que el paciente no muestra signos claros de que pueda en un momento de abrir la puerta y salir. Y sin embargo se ha dado.” (E14/ Psicóloga de Alzheimer)

“También los sistemas de los sensores de detección, que también son muy útiles para los pacientes que se desorientan por la noche o que ya están desorientados dentro del propio hogar y que se levantan para hacer pis y no saben dónde está el baño” (E14/ Psicóloga de Alzheimer)

En todo caso, la implementación efectiva de estas herramientas requiere una implicación profesional directa tanto en su configuración como en el acompañamiento durante el proceso de aprendizaje. Este aspecto resulta especialmente relevante dado que, en muchos casos, la persona usuaria y la persona cuidadora también son personas mayores, con conocimientos digitales limitados y con posibles inseguridades o dificultades cognitivas o físicas que interfieren en el uso autónomo de estos dispositivos. La configuración inicial, la personalización de alertas o el registro de información son tareas que, sin un acompañamiento adecuado, dificultan o imposibilitan el uso correcto de la tecnología, especialmente en perfiles con deterioro cognitivo.

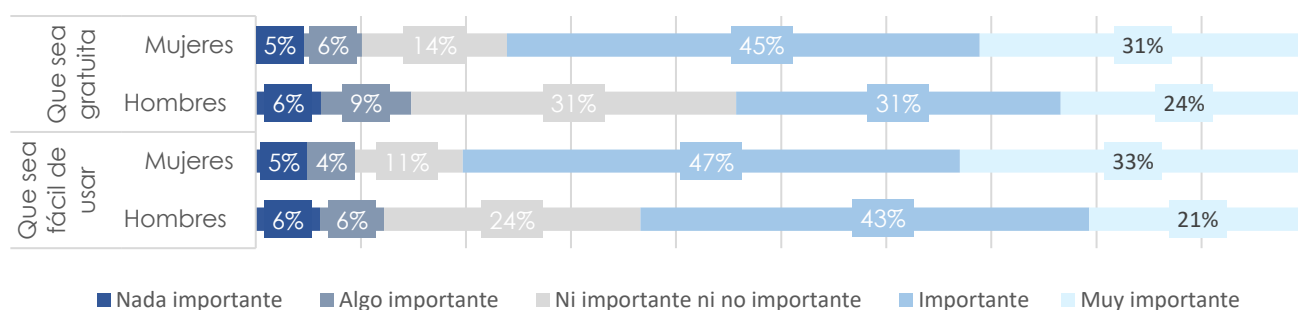
“Es decir, si tú no tienes a alguien que introduzca la información en la aplicación con respecto al pastillero semanal, pues la alerta y la alarma no se va a generar nunca. Entonces, cuál es el principal desafío al que nosotros o que nosotros vemos en nuestro día a día que este tipo de herramientas no están adaptadas a las capacidades y a las habilidades digitales, que los pacientes, que no usuarios han podido ir adquiriendo a lo largo de estos años. Esa brecha digital que ya está de por sí en un paciente mayor, sano. En pacientes con demencia siempre enorme.” (E14/ Psicóloga Alzheimer)

3.4 Áreas de innovación

Demandas de las personas mayores

El proceso de consulta ha concluido con **demandas y expectativas** claras respecto a cómo debería producirse la transición digital en el ámbito de la salud. A simple vista, se identifican diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto a las prioridades vinculadas a la adopción de herramientas digitales. Las mujeres otorgan más importancia tanto a la facilidad de uso como a la gratuidad: un 33% de ellas considera “muy importante” que las herramientas sean fáciles de usar, frente al 21% de los hombres. De igual forma, un 31% de mujeres destaca la gratuidad como “muy importante”, en comparación con el 24% de los hombres.

Gráfico 60. Ahora le vamos a enumerar una serie de características sobre aplicaciones móviles relacionadas sobre la salud mental, indique del 1 al 5 cómo de importante le parece cada una siendo 1 nada importante y 5 muy importante. (1/4)

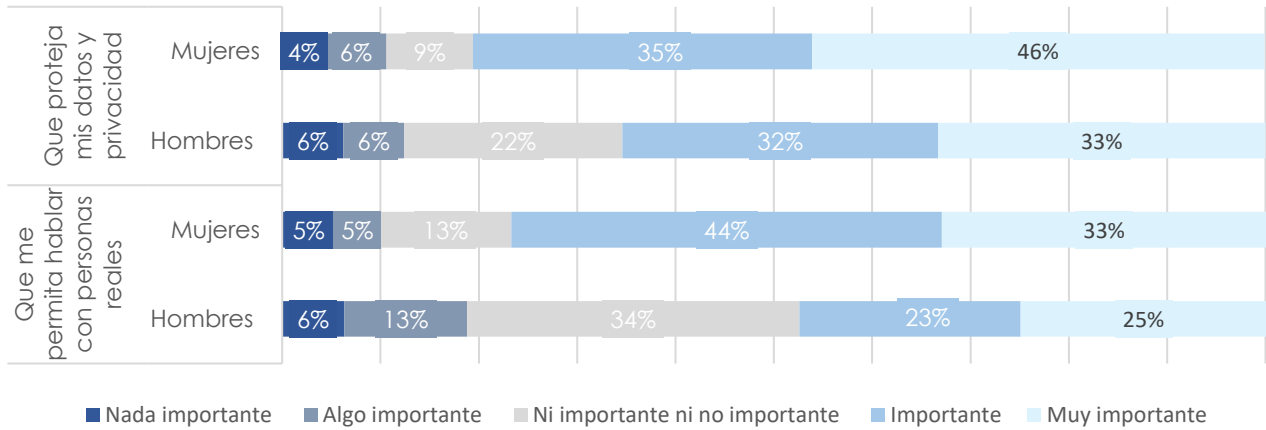


Fuente: Elaboración propia. Encuesta administrada a personas mayores. 2025

Por otro lado, se observa una diferencia llamativa en la valoración de las funcionalidades sociales vinculadas a las herramientas digitales. Mientras que casi el 80% de las mujeres considera muy importante el factor relacional —es decir, la posibilidad de comunicarse con otras personas y generar vínculos—, este porcentaje se reduce significativamente en el caso de los hombres, situándose en torno al 50%. Esta diferencia apunta a una menor relevancia atribuida por los hombres a la dimensión social y comunicativa de las tecnologías. En contraste, en el caso de las mujeres, esta vertiente relacional ha demostrado ser un elemento facilitador clave para el aprendizaje y la incorporación de herramientas digitales en su vida cotidiana.

DIGITAL _ SALUD DIGITAL Y SALUD MENTAL EN PERSONAS MAYORES

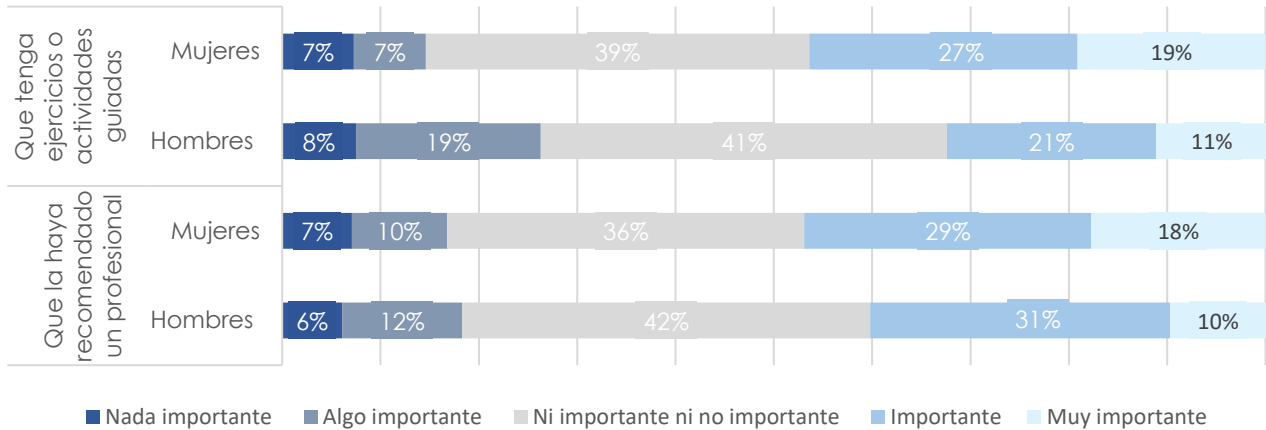
Gráfico 61. Ahora le vamos a enumerar una serie de características sobre aplicaciones móviles relacionadas sobre la salud mental, indique del 1 al 5 cómo de importante le parece cada una siendo 1 nada importante y 5 muy importante. (2/4)



Fuente: Elaboración propia. Encuesta administrada a personas mayores. 2025.

En lo relativo a la validación profesional de las herramientas digitales, los resultados muestran un interés moderado tanto en hombres como en mujeres. Si bien las mujeres otorgan una importancia ligeramente mayor a la recomendación por parte de profesionales sanitarios o al hecho de que las actividades estén guiadas, los porcentajes de “muy importante” se mantienen por debajo del 20% en todos los casos.

Gráfico 62. Ahora le vamos a enumerar una serie de características sobre aplicaciones móviles relacionadas sobre la salud mental, indique del 1 al 5 cómo de importante le parece cada una siendo 1 nada importante y 5 muy importante. (3/4)

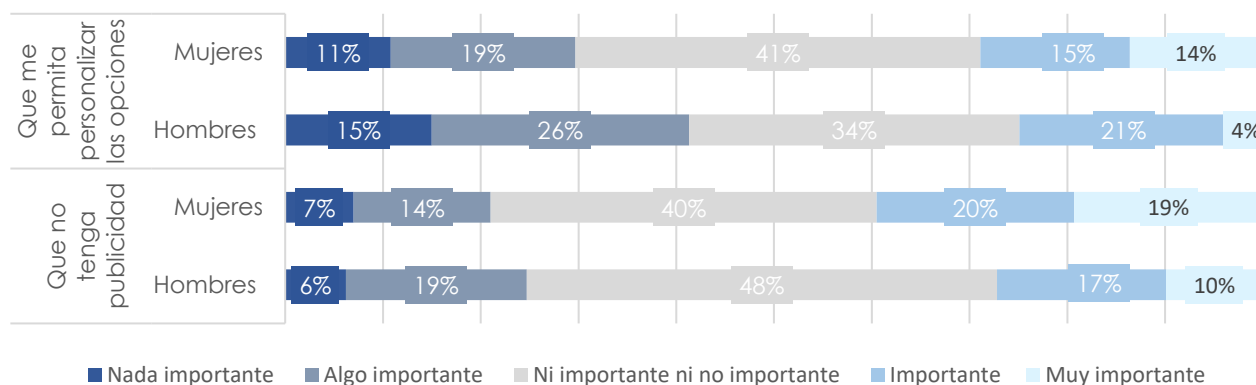


Fuente: Elaboración propia. Encuesta administrada a personas mayores. 2025.

En cuanto a elementos como la personalización o la ausencia de publicidad, los datos muestran un menor nivel de prioridad en la percepción general, especialmente entre los hombres. Si bien las mujeres tienden a valorar algo más la posibilidad de adaptar las opciones de uso y evitar interrupciones publicitarias —con un 19% que considera muy importante la personalización y un 14% que otorga ese valor a la ausencia de publicidad—, los hombres se muestran más indiferentes en ambos aspectos.

DIGITAL _ SALUD DIGITAL Y SALUD MENTAL EN PERSONAS MAYORES

Gráfico 63. Ahora le vamos a enumerar una serie de características sobre aplicaciones móviles relacionadas sobre la salud mental, indique del 1 al 5 cómo de importante le parece cada una siendo 1 nada importante y 5 muy importante. (4/4)



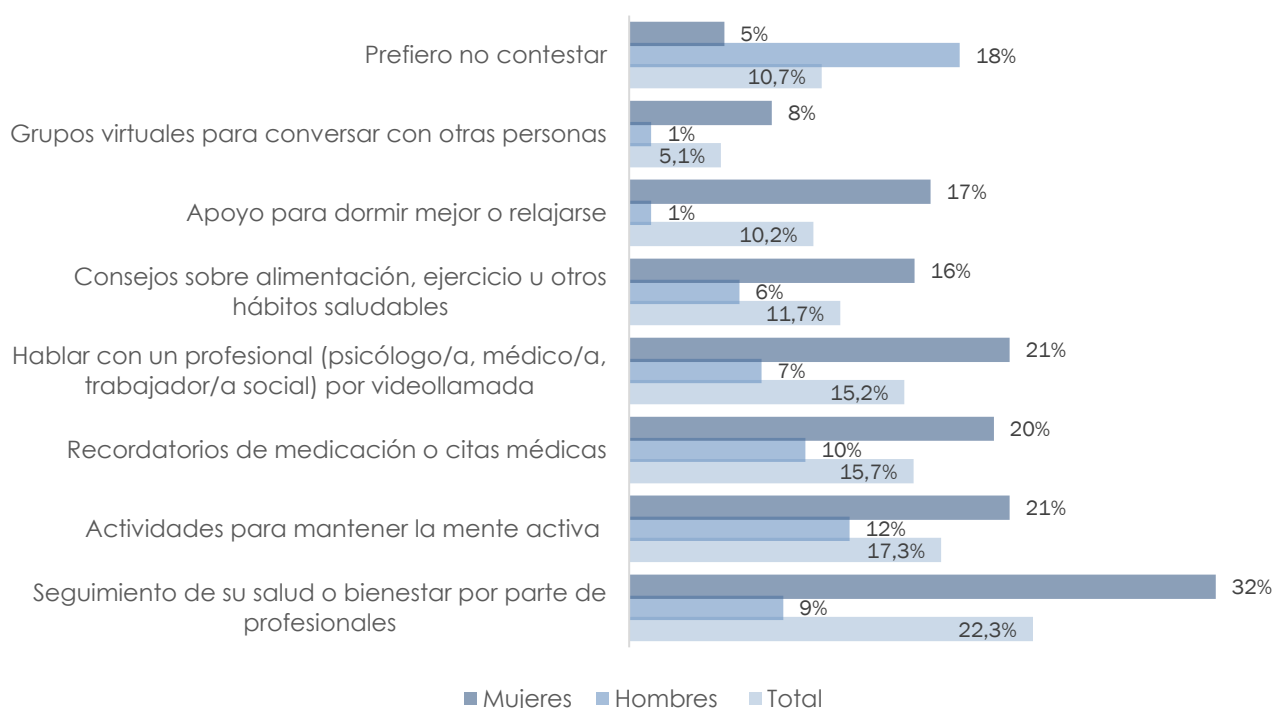
Fuente: Elaboración propia. Encuesta administrada a personas mayores. 2025.

Los cuatro últimos gráficos permiten trazar un perfil sobre las prioridades percibidas por las personas mayores en relación con las herramientas digitales de salud. En primer lugar, la **facilidad de uso y la gratuidad** emergen como los aspectos más valorados, especialmente por parte de las mujeres. En segundo lugar, las **funcionalidades sociales y relacionales** también muestran un peso destacado para las mujeres, quienes otorgan mayor importancia a que las herramientas permitan comunicarse con otras personas o fomenten redes de apoyo, mientras que los hombres priorizan en menor medida estas dimensiones. Por último, aspectos como la personalización o la ausencia de publicidad son valorados, pero no de forma generalizada. En conjunto, los datos reflejan una mirada más práctica y orientada a la utilidad inmediata en el caso de los hombres, frente a una aproximación más relacional e integral por parte de las mujeres.

El gráfico 64 muestra las áreas digitales en las que las personas encuestadas manifiestan **interés en recibir apoyo**. Se observan diferencias notables según el sexo de los participantes, siendo las mujeres quienes, en términos generales, expresan una mayor demanda de apoyo. En particular, un 32% de las mujeres señala interés en recibir ayuda para el seguimiento de su salud o bienestar por parte de profesionales, seguido por el interés en hablar con un profesional de la salud mediante videollamada y en actividades para mantener la mente activa (ambas con un 21%), así como en recibir recordatorios de medicación o citas médicas (20%). Por su parte, los hombres muestran una menor tendencia general a solicitar apoyo en estas áreas. Destaca que el 18% de ellos prefirió no contestar a esta pregunta. Entre quienes sí respondieron, las opciones más seleccionadas fueron: actividades para mantener la mente activa (12%), recordatorios de medicación o citas médicas (10%) y seguimiento de su salud o bienestar por parte de profesionales (9%).

DIGITAL _ SALUD DIGITAL Y SALUD MENTAL EN PERSONAS MAYORES

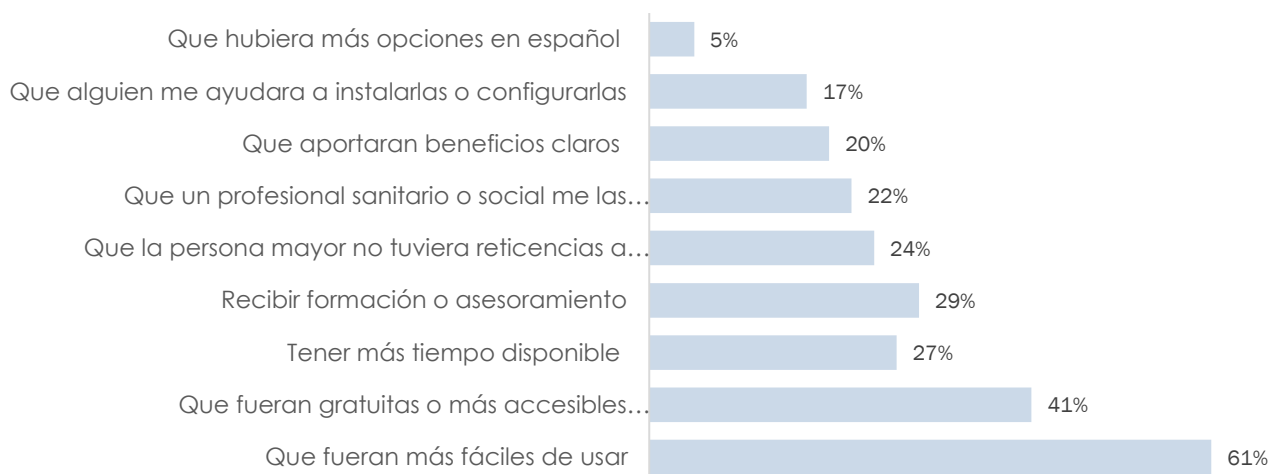
Gráfico 64. ¿Le interesaría recibir algún tipo de ayuda o apoyo a través de medios digitales (móvil, tableta, ordenador)?



Fuente: Elaboración propia. Encuesta administrada a personas mayores. 2025.

En relación con el **uso por parte de las familias**, el gráfico 65 muestra los aspectos que consideran más relevantes. En primer lugar, de manera mayoritaria, señalan la necesidad de que las herramientas sean más fáciles de usar (61%). Le siguen la demanda de que sean gratuitas o más accesibles económicamente (41%) y la importancia de recibir formación o asesoramiento para su utilización (29%).

Gráfico 65. ¿Qué le animaría o facilitaría a utilizar herramientas digitales en el cuidado o apoyo personal a personas mayores? Familias.



Fuente: Cuestionario administrado a familias. Elaboración propia.

Al explorar qué factores facilitarían una mayor integración de las herramientas digitales en el **ámbito profesional**, emergen con fuerza dos demandas principales. La primera es que el diseño esté realmente centrado en las necesidades de las personas mayores (66%), la segunda es la formación específica y ajustada al contexto profesional (59%). En un segundo

plano, los profesionales subrayan la necesidad de contar con apoyo institucional o directivo (43%) y protocolos claros de intervención (41%) y lo que apunta a la importancia del marco organizativo en el éxito de estas iniciativas. Otros factores, como las recomendaciones profesionales validadas (33%) o los espacios de intercambio (30%), tienen menos peso, aunque igualmente muestran la necesidad de articular redes y pautas comunes de actuación.

Gráfico 66. ¿Qué facilitaría una mayor integración de estas herramientas en su trabajo? Profesionales.



Fuente: Elaboración propia. Encuesta administrada a profesionales. 2025.

Asimismo, hemos preguntado por las **características prioritarias en el diseño e implementación** a los y las profesionales. Estos destacan como condición central que las herramientas digitales se adapten al nivel de autonomía y estado de salud de la persona mayor (80%). También subrayan la necesidad de contar con acompañamiento inicial (66%) y de que estas tecnologías promuevan la autonomía sin sustituir el contacto humano (64%). Además, valoran que incluyan funciones dirigidas a cuidadores y familiares (62%) y que se integren en los servicios públicos y sanitarios (56%). En menor medida, se menciona la importancia de la validación profesional (39%). En conjunto, los resultados reflejan que las herramientas deben ser adaptables, acompañadas y complementarias al cuidado humano, no un sustituto.

Gráfico 67. Desde su experiencia profesional, ¿qué características considera prioritarias a la hora de diseñar o implementar herramientas digitales eficaces para personas mayores?

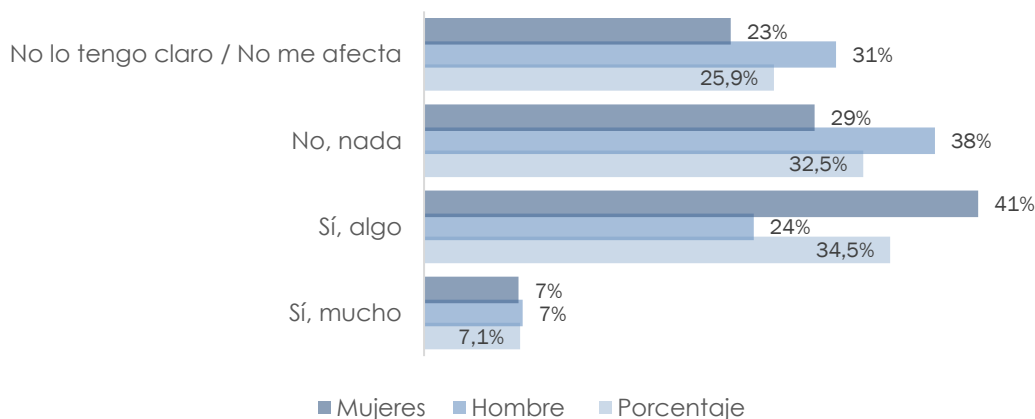


Fuente: Elaboración propia. Encuesta administrada a profesionales. 2025.

Por otro lado, ante el desafío que representa **la soledad no deseada**, las tecnologías digitales emergen como una posible vía de apoyo emocional y social. Una proporción considerable de mujeres encuestadas (41 %) considera que estas herramientas podrían

ayudarles a sentirse algo más acompañadas, en contraste con un 24% de hombres que comparte esta percepción. Por el contrario, el 38% de los hombres manifiesta que la tecnología no les ayudaría en absoluto a afrontar la soledad, mientras que esta opinión es menos frecuente entre las mujeres (29%). Finalmente, un porcentaje relevante de personas, especialmente hombres, afirma no tenerlo claro o no sentirse afectado por esta problemática.

Gráfico 68. En general, ¿cree que la tecnología puede ayudarle a sentirse más acompañado?



Fuente: Elaboración propia. Encuesta administrada a personas mayores. 2025.

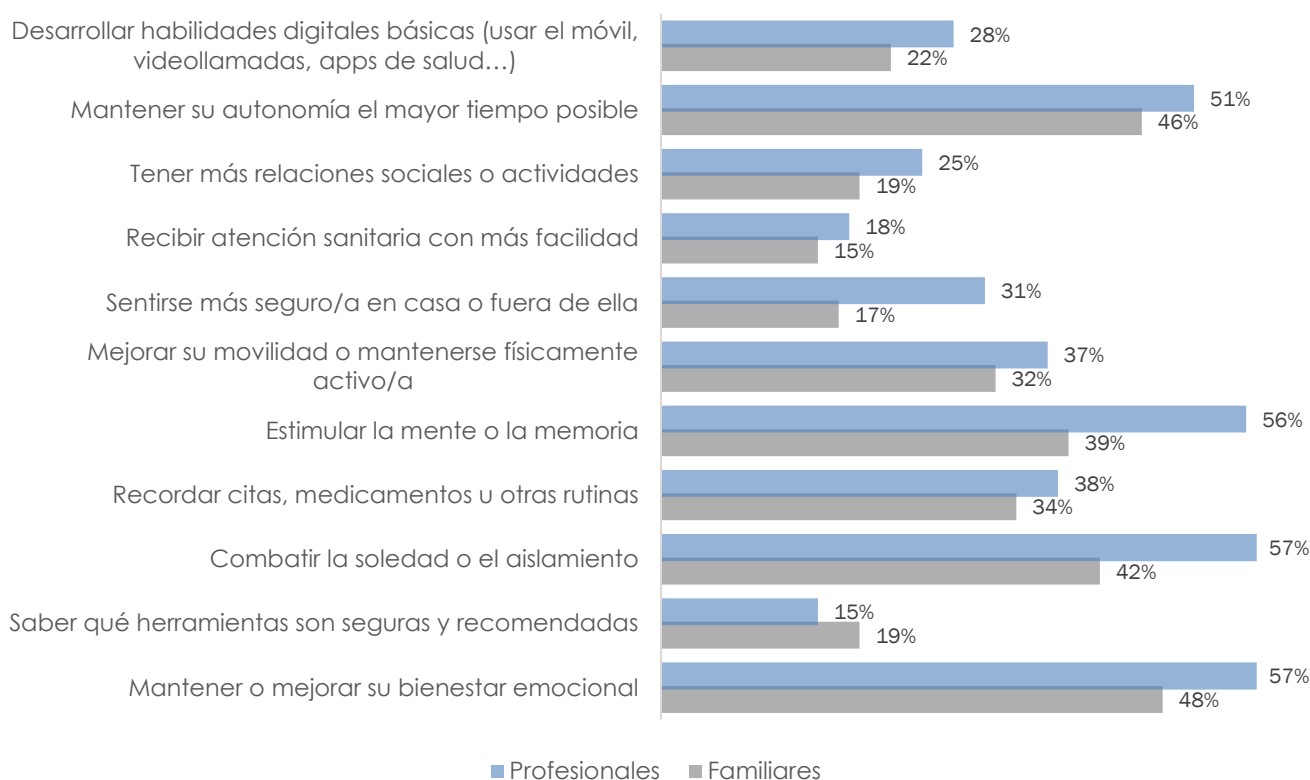
Una de las mayores demandas encontradas es la **enseñanza y acompañamiento** de forma institucional. Así, ante el hecho de una digitalización de la vida administrativa – declaración de la renta, cita previa en el médico- es pertinente que las propias instituciones provean de este conocimiento a las personas que no están familiarizados con los mismos.

“La mejor práctica que hay es tener un ordenador que se sienta a tu lado y si necesita hacer alguna cosa y no puede hacerla, pues hacérselo. O sea que eso también es un tema que yo creo que las administraciones tendrían, que tendrían que tener mucho que ver en eso. O sea. En todos los en todas las administraciones tenía que haber un sitio donde una persona con muy buen carácter atendiera a la gente que no sabe manejarse con, con los ordenadores o con el tema informático para poder hacer las cosas que se siguen haciendo de forma, de forma informática. Pero que alguien les ayude a hacerlo.” (E4/Asociación de vecinos)

Las principales **necesidades señaladas por profesionales y familias** se centran en el bienestar emocional (57% de profesionales y 48% de familias) y en combatir la soledad o aislamiento (57% de profesionales y 42% de familias). En el caso de las personas mayores, destacan el bienestar emocional y la lucha contra la soledad (57%), junto con la estimulación cognitiva (56%) y la autonomía funcional (51%). Otros aspectos como la movilidad, la actividad física o la gestión de rutinas (38%) aparecen en un segundo plano, mientras que cuestiones más técnicas —como la atención sanitaria ágil (18%), la seguridad digital (15%) o el aprendizaje de habilidades básicas (25%)— tienen menor relevancia.

DIGITAL _ SALUD DIGITAL Y SALUD MENTAL EN PERSONAS MAYORES

Gráfico 69. ¿Cuáles son, en su opinión, las principales necesidades que presenta la(s) persona(s) mayor a la que acompaña o atiende?



Fuente: Elaboración propia. Encuesta administrada a profesionales y familias. 2025.

Buenas prácticas identificadas

Dentro del proceso de consulta, se han identificado iniciativas pertinentes a la presente investigación. **Radars** es una iniciativa presentada por el ayuntamiento de Barcelona que funciona como intermediaria en el ámbito de las relaciones sociales dentro de un entorno social próximo. Así, la aplicación no es el fin en si mismo, sino que actúa como puente tratando de favorecer relaciones presenciales. Esta mediada por técnicos del ayuntamiento y tiene un acompañamiento en la instalación y aprendizaje de uso.

“Es una aplicación que lo que hace es crear una red de personas que tiene como objetivo conectar como mínimo a una persona con otra, de manera que lo único que se pide es que se den los buenos días con el objetivo de comprobar que la otra persona está bien, sobre todo cuando viven en soledad,” (E1/ Experto en gerontología)

Por otro lado, en entornos institucionalizados como residencias y centros de régimen interno han creado una **radio online** para trabajar distintas áreas con los usuarios. Así, la herramienta digital se ha utilizado para estimular a los usuarios, como medio de comunicación con el exterior en entornos sanitarios.

“Pero, por ejemplo, una actividad que sí que tenemos en el centro y que da muy buen resultado es una emisora de radio online, por ejemplo. Entonces sí que son los usuarios. Nosotros preparamos los guiones y ellos hacen el programa. Entonces sí que es una manera también, pues, de que alguien desde su casa pues pueda oírlos, pueda ver que no, que son capaces de hacer una entrevista, de hacer una tertulia deportiva” (E2/Trabajador psicogeriatría)

Los intentos del tejido asociativo de un barrio también sirven de inspiración. La colaboración entre la **parroquia, asociaciones de barrio, atención primaria y servicios sociales** se configuran como el medio para acceder, comunicar, identificar, ayudar y contribuir a la mejora del bienestar de las personas. Siendo conscientes de que los canales actuales no funcionan con este grupo de edad. Colaboración entre parroquia, atención primaria y asociación de vecinos

“Por eso intentamos colaborar con el Centro de salud y con la parroquia, porque el centro que tiene pues la, ellos saben cuánta gente mayor hay, cuántos enfermos crónicos hay, etcétera, etcétera Y ellos a la hora de poder trabajar no te pueden dar las cifras, pero sí que pueden orientar y decir bueno, pues habría que hacer esto y esto. Y no es lo mismo que vaya alguien a la casa de una persona a decirle que se tome la medicación, o se ha hecho usted la prueba de no sé qué, que el médico de cabecera o la enfermera te lo diga. Hay una parece que hay una mayor disposición a aceptar lo que te diga un profesional de la medicina, por ejemplo, o el cura en alguna reunión con gente mayor” (E4/Asociación de vecinos)

En este caso, también es pertinente contar con que el tejido social, la parroquia y el tejido comunitario tiende al envejecimiento, por lo que las estrategias deben estar orientadas a comprender el fenómeno en su conjunto.

“Pues a lo mejor teníamos que nosotros también actualizarnos un poco de cómo llegar a los mayores de otra manera también y ser cauce. Entonces, yo creo que nosotros también tenemos que saber que luego si con el estudio y todo nos da herramientas para tener un poco de lucidez, pues a lo mejor hay que trabajar eso. El tema de la Alexa, que es algo simple o otras entidades que han sacado esto como de acompañamiento” (E13/Asociación comunitaria)

Las **redes informales** constituyen uno de los canales de comunicación más efectivos para la difusión y adopción de herramientas de salud digital entre personas mayores y sus entornos. El boca a boca —ya sea a través de familiares, amistades o grupos comunitarios— actúa como un mecanismo de validación social que genera confianza y reduce la incertidumbre frente a nuevas tecnologías.

“Se nota porque ves que los grupos van aumentando, porque al final el boca a boca funciona muy bien” (FG3/Profesionales)

Necesidades del sector digital

En relación con el **sector digital**, las expertas destacan una carencia estructural en materia de **comunicación y marketing**. A pesar de la existencia de productos con alto potencial para el **bienestar de las personas mayores**, estos permanecen invisibles para sus destinatarios por la falta de estrategias de difusión adecuadas. Las soluciones suelen promocionarse en canales poco accesibles para este grupo etario, mientras que los espacios donde las personas mayores están presentes de forma cotidiana —centros de mayores, entornos comunitarios o medios de comunicación tradicionales— apenas se utilizan. Como resultado, la mayoría de las familias y personas mayores solo identifican un reducido número de recursos, como la teleasistencia o ciertos dispositivos de amplio alcance mediático, quedando fuera del radar un abanico de tecnologías útiles que podrían aliviar cargas de cuidado y mejorar la calidad de vida. Esta situación refuerza la necesidad de desarrollar estrategias de comunicación inclusivas, segmentadas y cercanas, que aseguren que la información sobre herramientas validadas llega a quienes realmente la necesitan.

“Si el problema es que no lo publicitan, lo crean, pero no publicitan. Al final tú tienes sitios de centros de mayores, paradas de autobús, sitios donde sabes que la gente mayor va a estar sí o sí y no se ve ningún

cartel ya. Entonces es la publicidad o lo publicitan a lo mejor por un diario digital. A lo mejor el diario digital no lo lee la gente o Facebook, yo qué sé” (E1/ Experta en gerontología)

“Entonces las personas mayores y los familiares solo conocen el botón de la teleasistencia. Si conocen quizás lo del reloj porque empieza a salir en la tele. Fíjate qué anuncios salen en la tele de tecnología aplicada a las personas mayores. Pues en la tele pues eso, geolocalización, detección de caída y eso sí que lo conocen porque sale en la tele. Pero después una solución que es una tontería que sí que existe y la gente no la conoce, que es lo de detector de colchón. ¿Por qué te digo esto? Porque hay muchísimas casas que son de dos plantas. La persona mayor, a lo mejor encamada, está en el piso de arriba y la hija es que suele ser la hija 80% de los casos abajo. Entonces, claro, está subiendo y bajando, subiendo y bajando todo el rato a ver si se ha caído, si no, y eso les produce un estrés total. Pero claro, porque coincide que a lo mejor van a la asociación o hablan con la con la trabajadora social o coincide que le preguntan si existe algo para esto, pero no hay ningún sitio que tenga reflejada esta información.” (E10/ Experta en salud digital)

En este escenario resulta fundamental considerar el **papel de las familias** como actores clave en la adopción y sostenibilidad de las herramientas de salud digital. Son, en muchos casos, quienes identifican necesidades, buscan alternativas y asumen las decisiones de compra o implementación en ausencia de prescripción institucional sólida. Este protagonismo familiar evidencia tanto una oportunidad —por su cercanía a las personas mayores y su capacidad para facilitar apoyos— como un riesgo, al trasladar a los hogares la responsabilidad de filtrar soluciones en un mercado fragmentado.

“El problema de las empresas tecnológicas es que no hacen un buen modelo de negocio. ¿Es decir, quién pagaría esto? En general son los familiares los interesados en todo este tipo de productos” (E10/ Experta en salud digital)

“Yo es que lo único que conozco es el botón de teleasistencia” (FG4/ Familiares y cuidadoras)

Las narrativas muestran la **necesidad de un espacio de referencia** donde profesionales, familias y personas mayores puedan consultar y comparar herramientas de salud digital de forma clara y accesible. A diferencia de otros ámbitos sanitarios —como las ortopedias—, actualmente no existe un catálogo neutral y actualizado, lo que obliga a recurrir directamente a los fabricantes o a búsquedas individuales poco estructuradas. Esta carencia genera desigualdades de acceso y otorga un peso excesivo a la iniciativa privada, reforzando la importancia de impulsar un repositorio público y transparente que incremente la confianza, mejore la equidad y facilite la adopción informada de soluciones digitales para la salud mental y el envejecimiento activo.

“Todas las soluciones tecnológicas que están en el mercado las vamos a poner en una web, porque no hay ningún catálogo, ningún sitio donde cualquier, sobre todo familiar, porque son los que la buscan, que sepan un poco la tecnología que hay.” (E10/ Experta en salud digital)

Por otro lado, los hallazgos muestran que incluso las instituciones manifiestan un **déficit de información estructurada y de canales oficiales** para conocer, evaluar e incorporar herramientas de salud digital. En la práctica, los procesos de adopción han dependido de la iniciativa del sector privado, ya sea a través de la oferta directa de empresas o del esfuerzo individual de equipos técnicos y profesionales que buscan soluciones por su cuenta.

“Dentro de las instituciones que tenemos muy poca información al respecto cuando hemos tenido informaciones, porque por ejemplo, en el caso de Neurona, fueron ellos los que se interesaron en contacto con la institución, nos cuentan en qué consiste la aplicación y cuando al equipo directivo que había en aquel momento le parece interesante, se desplazan hasta el centro, imparten unas sesiones de formación, nos enseñan a utilizar la herramienta y a partir de ahí es cuando la empezamos a poner en funcionamiento. En el resto de casos, pues muchas veces es porque nosotras, junto con la trabajadora social, el departamento psicosocial, somos las que buscamos esa información.” (E14/ Psicóloga Alzheimer)

La investigación subraya la importancia de avanzar hacia **una gobernanza digital** que no se limite a la mera accesibilidad técnica, sino que garantice la inclusión real de las personas en toda su diversidad. Ello requiere evolucionar los modelos de desarrollo y despliegue tecnológico. En este sentido, la cuestión no reside únicamente en simplificar las interfaces o reducir la necesidad de conocimientos técnicos, sino en establecer marcos institucionales sólidos que regulen cómo se comporta la tecnología y aseguren un uso justo, seguro y equitativo.

“yo creo que ahora lo que hay que hacer es evolucionar los modelos de para que haya más gobernanza de cómo se comporta la tecnología y porque es que en realidad cada vez la tecnología es más sencilla y y tiene que serlo y hace falta menos conocimiento técnico en el sentido de estar echando líneas de código” (E9/ Técnico UX)

De igual modo, **la brecha digital** no debe entenderse exclusivamente como un fenómeno ligado a la edad. Los hallazgos sugieren que se trata de un desafío estructural y transversal, presente también en generaciones más jóvenes y vinculado a factores como la educación, la precariedad socioeconómica y la falta de apoyos adecuados. Este enfoque más amplio permite replantear la inclusión digital como un reto social colectivo, y no como un problema individual de las personas mayores, favoreciendo el diseño de estrategias que desdibujen límites artificiales y promuevan un ecosistema de salud digital verdaderamente universal e inclusivo.

“personas mayores supuestamente no es hacerlo más accesible para todo el mundo. Entonces para mí hay que desdibujar un poco ese límite, porque la brecha digital de las personas mayores es una brecha digital que tienen muchas personas de 30 también” (E9/ Técnico UX)

4. Conclusiones

El proyecto DIGIMENTAL ha analizado, con base en **evidencia triangulada** (revisión, encuesta y cualitativos), la intersección entre **salud digital, salud mental y personas mayores**. El valor añadido aparece cuando las soluciones se conciben como **servicios centrados en la persona**, con **utilidad visible en lo cotidiano** y **anclaje institucional**; esta premisa vertebra la conclusión general del estudio y orienta el despliegue hacia modelos de **acompañamiento** y **prescripción social-digital** integrados en el sistema público.

El **contexto demográfico y de género** condiciona la demanda y el uso. La investigación confirma una **feminización del envejecimiento** y una **mayor carga de problemas psicológicos, ansiedad, depresión y demencia** en mujeres a lo largo del ciclo de vida avanzado, lo que exige incorporar de forma explícita la **perspectiva de género** en diseño, monitorización y evaluación de herramientas.

En clave de determinantes psicosociales, la **soledad no deseada** alcanza una **prevalencia elevada** en la población y se vincula a efectos clínicos y funcionales relevantes. La **evidencia** recogida asocia el **aislamiento social** con un **+20 % de probabilidad de demencia**, reforzando que la salud digital debe operar como **infraestructura relacional** que detecta, previene y reduce el aislamiento, sin sustituir el **vínculo humano** que sostiene el cuidado.

Si bien, aunque estas tecnologías se presentan como herramientas de acompañamiento, existen **riesgos significativos** cuando no cuentan con supervisión profesional ni marcos de responsabilidad claros. Casos recientes en medios internacionales han mostrado cómo chatbots no regulados pueden validar ideas nocivas o reforzar estados de vulnerabilidad, llegando incluso a desencadenar situaciones graves de riesgo suicida. En contextos de fragilidad emocional, **la IA no puede sustituir el vínculo humano ni el acompañamiento clínico**, y debe entenderse como un complemento regulado dentro de una estrategia de salud digital más amplia, segura y centrada en la persona.

La **adopción tecnológica** es **heterogénea** y con **alto desconocimiento** en varias categorías. Se observa mayor uso en **cita previa, teleasistencia y ejercicios de memoria**, y una penetración amplia de **recordatorios/alertas** por su bajo umbral de uso. La **prescripción institucional** continúa **débil**: la entrada a herramientas se produce sobre todo por **redes de confianza**; cuando adoptan, las **familias** sostienen un uso **más intensivo** que el **entorno profesional**, donde aparecen **abandono** y fricciones por integración en flujos de trabajo. Las **condiciones de posibilidad** son desiguales. A partir de los **70 años** se intensifica la **brecha digital**: cae el **acceso habitual a internet** y la **disponibilidad de smartphone**, condicionando el uso significativo si no hay **apoyos** y **diseños accesibles**. El patrón de **dispositivo y habilidades** confirma que el **smartphone** es la puerta de entrada, mientras que funciones avanzadas (p. ej., **asistentes de voz**) muestran baja adopción.

El **marco ético y de gobernanza** es crítico para la **confianza**: gestión de **datos** y **privacidad** en **telemedicina** y **apps**, riesgos de **IoT/wearables**, y requisitos de **transparencia algorítmica** y mitigación de **sesgos** en **IA**. Sin estas garantías, la innovación puede **ampliar desigualdades** y erosionar la aceptabilidad, especialmente en grupos con menor capital digital.

La evidencia compilada muestra que, cuando existen **principios “amigables con mayores”** y **diseño centrado en el usuario**, las intervenciones digitales se asocian con **mejoras en rehabilitación, adherencia y reducción de hospitalizaciones**; en **salud mental**, facilitan

contacto significativo, estructuración de rutinas y estimulación cognitiva, con mayor efecto cuando hay un **referente humano** que **sostiene** el uso.

Operativamente, convergen tres líneas: (1) **adaptabilidad** de la herramienta al **nivel de autonomía** y **contexto sociofamiliar**, con **usabilidad de primer toque**; (2) **capas de apoyo** — **microformaciones, tutorías cercanas y seguimiento ligero**— para consolidar hábitos; y (3) **integración pública** con **interoperabilidad, paneles para cuidadores** y rutas claras de **derivación**. Además, el ecosistema requiere **catalogación neutral** de soluciones para **conocer, probar y comparar**, punto señalado por profesionales y familias.

En síntesis, el itinerario de éxito combina **tecnología útil, acompañamiento y gobernanza**. La prioridad no es **más tecnología**, sino **mejor tecnología acompañada, integrada** en servicios y **sostenida** por redes humanas, para maximizar impacto en **autonomía, bienestar emocional y participación** de las personas mayores.

.

5. Referencias

- Bartram, D. (2019). *Sociability among European migrants*. Sociological Research Online, 24(4), 557–574. <https://doi.org/10.1177/1360780418823213>
- Bigorra Llosas, J., & Sampietro-Colom, L. (2021). Salud digital: una oportunidad y un imperativo ético. *Revista Diecisiete*, 4, 137–144. Recuperado el 19 de enero de 2024, de <https://plataforma2030.org/es/revista-diecisiete-4/item/salud-digital-una-oportunidad-y-un-imperativo-etico>
- Bouma, H. (1998). Gerontechnology: Emerging technologies and their impact on aging in society. *Studies in Health Technology and Informatics*, 48, 93–104.
- Bradford DK, Van Kasteren Y, Zhang Q and Karunanithi M (2018) Watching over me: positive, negative and neutral perceptions of in-home monitoring held by independent-living older residents in an Australian pilot study. *Ageing & Society* 38, 1377–1398.
- Cajita, M. I., Hodgson, N. A., Lam, K. W., Yoo, S., & Han, H.-R. (2018). Facilitators of and barriers to mHealth adoption in older adults with heart failure. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 36(8), 376–382. <https://doi.org/10.1097/CIN.0000000000000442>
- Centro de Ciencias Humanas y Sociales, CSIC. (2023). Perfil de las personas mayores en España 2023. Indicadores estadísticos básicos. Envejecimiento en Red.
- Calvillo-Arbizu, J., Román-Martínez, I., & Reina-Tosina, J. (2021). Internet of things in health: Requirements, issues, and gaps. *Computer Methods and Programs in Biomedicine*, 208, 106231. <https://doi.org/10.1016/j.cmpb.2021.106231>
- Chen YRR and Schulz PJ (2016) The effect of information communication technology interventions on reducing social isolation in the elderly: a systematic review. *Journal of Medical Internet Research* 18, e18.
- Declaración de la AMM sobre la ética de la telemedicina -WMA - The World Medical Association [consultado abril 2025]. Disponible en: <https://www.wma.net/policy-tags/telemedicine/>
- De la Mata Agudo, C., Luque Salas, B., & Freixas Farré, A. (2018). *Estrategias para la vida en la cuarta edad: Mujeres que viven solas*. Prisma Social: Revista de Investigación Social, (21), 1–27.
- De Santis KK, Mergenthal L, Christianson L, Busskamp A, Vons-tein C, Zeeb H. (2023) *Digital technologies for health promotion and disease prevention in older people: Scoping review*. *J Med Internet Res*. 2023;25:e43542.
- Fernández-García, Á. I., Palazón-Bru, A., Gil-Guillén, V. F., & Orozco-Beltrán, D. (2023). Morbilidad por enfermedades crónicas y su atención sanitaria en España: estudio descriptivo de atención primaria. *Atención Primaria*, 55(6), 102637.
- Fratiglioni, L., Wang, H. X., Ericsson, K., Maytan, M., & Winblad, B. (2000). *Influence of social network on occurrence of dementia: A community-based longitudinal study*. *The Lancet*, 355(9212), 1315–1319. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)02113-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)02113-9)
- Frennert SA, Forsberg A and Östlund B (2013) Elderly people's perceptions of a telehealthcare system: relative advantage, compatibility, complexity and observability. *Journal of Technology in Human Services* 31, 218–237
- Fundación Esplai. (2023). *Clic contra la soledad no deseada: Informe*. <https://www.fundacionesplai.org>
- González García, E., & Martínez Heredia, N. (2017). Personas mayores y TIC: Oportunidades para estar conectados. *RES, Revista de Educación Social*, (24).
- Ilenca, M., Schneble, C., Kressig, R. W., & Wangmo, T. (2021). Digital health interventions for healthy ageing: A qualitative user evaluation and ethical assessment. *BMC Geriatrics*, 21, 412. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02385-w>

- Juliano, D. (1992). *El juego de las astucias: Mujer y construcción de modelos sociales alternativos*. Madrid: Horas y Horas.
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa, Ontario, Canada: Information Canada
- Lagarde, M. (2001). *Claves feministas para la autoestima de las mujeres* (Vol. 39). Horas y horas.
- Instituto Nacional de Estadística, INE. (2020). Encuesta Continua de Hogares (ECH).
- Marcum, Z.A.; Hanlon, J.T.; Murray, M.D. Improving Medication Adherence and Health Outcomes in Older Adults: An Evidence-Based Review of Randomized Controlled Trials. *Drugs Aging* 2017, 34, 191–201
- Martín Roncero, U., & González-Rábago, Y. (2021). *Soledad no deseada, salud y desigualdades sociales a lo largo del ciclo vital*. *Gaceta Sanitaria*, 35(5), 432–437. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.07.010>
- Menchón, J. M. (1997). *La depresión en la edad tardía*. *Psiquiatría Biológica*, 4(4).
- Noto, S. (2023). Perspectives on aging and quality of life. *Healthcare*, 11(15), 2131. <https://doi.org/10.3390/healthcare11152131>
- Observatorio Estatal de la Soledad No Deseada. (2023a). *La soledad no deseada: ¿Qué es la soledad no deseada?* <https://www.soledades.es/la-soledad-no-deseada>
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Envejecimiento activo: un marco político*. Grupo Orgánico de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental, Departamento de Prevención de las Enfermedades No Transmisibles y Promoción de la Salud, Envejecimiento y Ciclo Vital. Contribución a la Segunda Asamblea de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento, Madrid, España. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 37(S2), 74–105.
- Sontang, S. (1972). *The double standard of aging*. *Saturday Review*, pp. 29-38. Doi:10.1007/s11199-005-3710-1
- Winstead V, Anderson WA, Yost EA, Cotten SR, Warr A and Berkowsky RW (2013) You can teach an old dog new tricks: a qualitative analysis of how residents of senior living communities may use the web to overcome spatial and social barriers. *Journal of Applied Gerontology* 32, 540–560.
- Zueras Castillo, P. (2014). *Salud, espacios y modos de vida en la vejez*. [Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona].
- Zwijssen SA, Niemeijer AR and Hertogh CM (2011) Ethics of using assistive technology in the care for community-dwelling elderly people: an overview of the literature. *Aging & Mental Health* 15, 419–427.