Ciencia y Educación
(L-ISSN: 2790-8402 E-ISSN: 2707-3378)
Vol. 7 No. 11
Noviembre del 2026

CARGA PSICOLÓGICA OCULTA Y EFECTO PROTECTOR DEL EJERCICIO FÍSICO EN PACIENTES CON ÚLCERAS POR PRESIÓN

HIDDEN PSYCHOLOGICAL BURDEN AND PROTECTIVE EFFECT OF PHYSICAL EXERCISE IN PATIENTS WITH PRESSURE ULCERS

Autores: [1]Madelin Rodríguez Riscart, [2]Zaily Fuentes Díaz, [3]Irinka Font Rodríguez y [4]Rolando Rodríguez Puga.

[1]ORCID ID: https://orcid.org/0009-0003-8822-9095
[2]ORCID ID: https://orcid.org/0000-0002-6410-869X
[3]ORCID ID: https://orcid.org/0000-0002-6422-8421
[4]ORCID ID: https://orcid.org/0000-0003-3350-374X
[1]E-mail de contacto: madelinrodriguezriscart@gmail.com
[2]E-mail de contacto: fzaily487@dpe.cm.rimed.cu
[3]E-mail de contacto: irinka.font@reduc.edu.cu
[4]E-mail de contacto: rolandote1986@gmail.com
Afiliación: [1]*Policlínico Docente Mario Muñoz Monroy, Vertientes, Camagüey, (Cuba). [2]*Hospital Provincial Docente de Oncología "Marie Curie" de Camagüey, (Cuba). [3*]Universidad Ignacio Agramonte Loynaz de Camagüey, Camagüey (Cuba). [4*]Hospital Provincial Docente "Dr. Eduardo Agramonte Piña" de Camagüey, (Cuba).
Artículo recibido: 2 de Octubre del 2026.
Artículo revisado: 4 de Noviembre del 2026.
Artículo aprobado: 4 de Noviembre del 2026.
[1]Licenciada en Enfermería, graduada de la Universidad de Camagüey, con aproximadamente 25 años de experiencia profesional. Doctorando del Programa en Ciencias de la Cultura Física de la Universidad de Camagüey, (Cuba).
[2]Especialista de primer grado en Medicina General Integral, graduada de la Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey, (Cuba). Especialista de primer y segundo grado en Anestesiología y Reanimación, graduada de la Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey, (Cuba). Doctora en Medicina, con aproximadamente 25 años de experiencia profesional. Doctora en Ciencias Médicas. Profesor e Investigador Titular.
[3]Licenciada en Cultura Física, graduada de la Universidad de Camagüey, (Cuba), con más de 20 años de experiencia profesional. Doctor en Ciencias de la Cultura Física por la Universidad de Camagüey, (Cuba).
[4]Especialista de Primer y Segundo Grado en Higiene y Epidemiología, graduado de la Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey, (Cuba). Magíster en Atención Integral al Paciente Oncológico, graduado de la Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey, (Cuba). Doctor en Medicina, graduado de la Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey, con 14 años de experiencia laboral. Doctor en Ciencias de la Educación, egresado del Programa Doctoral de la Universidad de Camagüey, (Cuba). Profesor e Investigador Titular.

Resumen

Las úlceras por presión constituyen un problema sanitario global con consecuencias físicas bien documentadas. Sin embargo, sus repercusiones psicológicas permanecen poco reconocidas. El objetivo consistió en determinar la carga psicológica oculta y evaluar el efecto protector del ejercicio físico en pacientes con úlceras por presión. Se empleó un diseño mixto secuencial exploratorio, que comprendió una fase diagnóstica transversal con 37 pacientes; de ellos 11 con úlcera por presión establecida y 26 en alto riesgo. Del mismo modo, se realizó un estudio cuasiexperimental piloto con 20 casos experimentales y 20 controles). La investigación se llevó a cabo en el Policlínico "Mario Muñoz Monroy" de Vertientes, Camagüey, Cuba. Los resultados psicológicos se evaluaron mediante la Escala de Depresión Geriátrica-15 (GDS-15), la subescala *Anxiety and Depression Scale* y los dominios psicológicos del Cuestionario de Salud SF-36. El grupo experimental recibió un programa de ejercicios físicos estructurado de 12 semanas junto con la atención habitual. El análisis reveló que el 81,8 % de los pacientes con úlceras por presión cumplía criterios de cribado de depresión probable (p= 0,002), con respecto a los pacientes en riesgo sin lesiones (p<0,001). Las puntuaciones de ansiedad también fueron significativamente más elevadas, mientras la regresión multivariante identificó la presencia de úlceras por presión como predictor independiente de síntomas depresivos. La intervención cuasiexperimental demostró que el ejercicio físico estructurado produjo mejoras significativas. Las úlceras por presión imponen una carga psicológica sustancial y subestimada, para lo cual el ejercicio físico estructurado constituye una intervención eficaz, de bajo costo y sostenible.

Palabras Clave: Ansiedad, Atención Primaria, Depresión, Ejercicio Físico, Úlceras por Presión.

Abstract

Pressure ulcers constitute a global health problem with well-documented physical consequences. However, their psychological repercussions remain under-recognized. The objective consisted in determine the hidden psychological burden and evaluate the protective effect of physical exercise in patients with pressure ulcers. An exploratory sequential mixed design was used, comprising a cross-sectional diagnostic phase with 37 patients; 11 with established pressure ulcers and 26 at high risk. A pilot quasi-experimental study was also conducted with 20 experimental cases and 20 controls. The research was carried out at the "Mario Muñoz Monroy" Polyclinic in Vertientes, Camagüey, Cuba. Psychological outcomes were assessed using the Geriatric Depression Scale-15 (GDS-15), the Anxiety and Depression Scale subscale, and the psychological domains of the SF-36 Health Survey. The experimental group received a 12-week structured exercise program in addition to usual care. Cross-sectional revealed that 81.8% of patients with pressure ulcers met screening criteria for probable depression ($p = 0.002$), compared to at-risk patients without lesions ($p < 0.001$). Anxiety scores were also significantly higher, while multivariate regression identified the presence of pressure ulcers as an independent predictor of depressive symptoms. The quasi-experimental intervention demonstrated that structured exercise produced significant improvements. Pressure ulcers impose a substantial and underestimated psychological burden, for which structured exercise is an effective, low-cost, and sustainable intervention.

Keywords: Anxiety, Primary Care, Depression, Exercise, Pressure Ulcers.

Sumario

Las úlceras por pressão constituem um problema de saúde global, com consequências físicas bem documentadas. No entanto, suas repercussões psicológicas permanecem pouco reconhecidas. O objetivo foi determinar a carga psicológica oculta e avaliar o efeito protetor do exercício físico em pacientes com úlceras por pressão. Foi utilizado um desenho misto sequencial exploratório, que compreendeu uma fase diagnóstica transversal com 37 pacientes, dos quais 11 apresentavam úlcera por pressão estabelecida e 26 estavam em alto risco. Do mesmo modo, foi realizado um estudo-piloto quase experimental com 20 participantes no grupo experimental e 20 no grupo controle. A pesquisa foi conduzida no Policlínico "Mario Muñoz Monroy", em Vertientes, Camagüey, Cuba. Os resultados psicológicos foram avaliados por meio da Escala de Depressão Geriátrica-15 (GDS-15), da subescala de Ansiedade e Depressão e dos domínios psicológicos do Questionário de Saúde SF-36. O grupo experimental recebeu um programa estruturado de exercícios físicos com duração de 12 semanas, juntamente com os cuidados habituais. A análise revelou que 81,8% dos pacientes com úlceras por pressão preenchiam os critérios de rastreamento para depressão provável ($p = 0,002$), em comparação com os pacientes em risco, mas sem lesões ($p < 0,001$). As pontuações de ansiedade também foram significativamente mais elevadas, enquanto a regressão multivariada identificou a presença de úlceras por pressão como preditor independente de sintomas depressivos. A intervenção quase experimental demonstrou que o exercício físico estruturado produziu melhorias significativas. As úlceras por pressão impõem uma carga psicológica substancial e subestimada, para a qual o exercício físico estruturado constitui uma intervenção eficaz, de baixo custo e sustentável.

Palavras-Chave: Ansiedade, Atenção Primária, Depressão, Exercício Físico, Úlceras por Pressão.

Introducción

Las úlceras por presión (UPP), también denominadas lesiones por presión constituyen un problema de salud frecuente en personas con movilidad reducida y necesidades prolongadas de cuidado. Se caracterizan por un daño localizado en la piel o en los tejidos subyacentes, generalmente sobre una

prominencia ósea, como consecuencia de la presión intensa o prolongada, sola o combinada con fuerzas de cizallamiento (Mervis y Phillips, 2019). Su frecuencia varía según el entorno asistencial y las características de la población estudiada, como documentaron Moore et al. (2019) en su revisión de estudios europeos. A escala mundial, Li et al. (2020) estimaron una prevalencia agrupada del 12,8 % en adultos hospitalizados (IC del 95 % [11,8–13,9]). Esta cifra equivale aproximadamente a uno de cada ocho pacientes y da cuenta de la magnitud de un problema cuyas consecuencias se extienden a la autonomía, las relaciones sociales y el bienestar emocional.

Desde el modelo biopsicosocial, el impacto de una UPP puede comprenderse a partir de la interacción entre el daño físico y las actividades que la persona deja de realizar a causa de la lesión. El dolor puede interrumpir el descanso, dificultar un cambio de postura o acortar el tiempo que el paciente tolera permanecer sentado en compañía de otras personas. Ruiz y López (2022) identificaron trastornos del sueño y restricciones físicas entre las repercusiones descritas por quienes viven con estas lesiones. Por su parte, Roussou et al. (2023) en una revisión sistemática de 14 estudios, encontraron afectación en las dimensiones física, emocional y social de la calidad de vida. En conjunto, estos hallazgos permiten comprender por qué una limitación aparentemente puntual, como necesitar ayuda para levantarse, puede modificar tanto la organización del día como la percepción de independencia.

Los relatos de los pacientes permiten precisar qué aspectos de esa experiencia pueden pasar inadvertidos durante la atención. Ibeh y Hambridge (2024) sintetizaron nueve estudios cualitativos con 244 participantes e identificaron tres experiencias recurrentes: el dolor persistente, la pérdida de independencia y el aislamiento social. Para los participantes, la dificultad para desplazarse también significaba disponer de menos oportunidades para encontrarse con otras personas o decidir cómo ocupar su tiempo. En una revisión posterior de 22 estudios, Liu et al. (2025) observaron que algunas de las puntuaciones más bajas de calidad de vida correspondían al funcionamiento físico y a las dificultades para cumplir actividades habituales por motivos físicos o emocionales. En este contexto, la expresión *carga psicológica oculta* se refiere al malestar que experimenta el paciente y que puede pasar inadvertido si durante el seguimiento se registra la evolución de la herida sin indagar cómo se siente la persona o qué actividades ha dejado de realizar.

Entre las manifestaciones de esta carga destacan los síntomas depresivos y la ansiedad. Galhardo et al. (2010) encontraron que 17 de los 21 adultos mayores con UPP evaluados (80,9 %) obtuvieron puntuaciones compatibles con depresión en la versión abreviada de la Escala de Depresión Geriátrica. El tamaño de la muestra y el uso de un instrumento de cribado delimitan el alcance de este porcentaje, que describe a los participantes evaluados. A su vez, Gorecki et al. (2009) documentaron preocupaciones relacionadas con la evolución de la lesión y con sus repercusiones cotidianas. Estas experiencias pueden adquirir significados distintos para cada paciente.

Mientras que para algunos la principal fuente de malestar es la persistencia del dolor, para otra cobra mayor importancia depender de un familiar para el aseo o tener que renunciar a encuentros sociales. Por ello, conocer la intensidad de los síntomas y las circunstancias en que aparecen permite interpretar mejor el malestar que acompaña a la lesión. El entorno familiar también influye en la experiencia del paciente, especialmente cuando los cuidados

continúan en el domicilio. En un estudio cualitativo con familiares de personas con lesiones por presión, Gomes et al. (2024) identificaron sobrecarga física y económica, dificultades para asumir los cuidados sin preparación previa y conflictos ante la concentración de las tareas en una sola persona. Desde la perspectiva de la prevención domiciliaria, Roddis et al. (2024) encontraron que el agotamiento y el aislamiento de los cuidadores coexistían con limitaciones de tiempo, apoyo profesional y equipamiento. Estos hallazgos son relevantes para la atención primaria porque la posibilidad de que el paciente mantenga actividades cotidianas depende, en parte, de quién puede ayudarlo y de qué recursos tiene a su alcance. La valoración del bienestar emocional adquiere así mayor sentido cuando incorpora las condiciones concretas en las que transcurre el cuidado.

La relación entre movimiento y salud mental plantea una pregunta particularmente pertinente para quienes viven con UPP. En estudios prospectivos de población adulta, Schuch et al. (2018) encontraron que una mayor actividad física se asociaba con un menor riesgo posterior de depresión. Pearce et al. (2022) precisaron la magnitud de esta asociación en un metanálisis de 15 estudios prospectivos. En comparación con los adultos que no reportaban actividad física, quienes acumulaban la mitad del volumen semanal recomendado presentaban un riesgo relativo de depresión un 18 % menor (IC del 95 % [13–23 %]).

Por otra parte, al estudiar el ejercicio estructurado en adultos mayores, Miller et al. (2020) encontraron que distintas modalidades, entre ellas el ejercicio aeróbico y el de resistencia, podían reducir los síntomas depresivos. Estos antecedentes aportan dos perspectivas complementarias: la relación entre la actividad habitual y la aparición posterior de depresión, y los cambios en los síntomas tras participar en un programa de ejercicio. La aplicación de estos hallazgos a pacientes con UPP requiere considerar que el dolor, la localización de la lesión y el grado de dependencia condicionan las posibilidades de movimiento. Una persona que conserva mayor autonomía puede tener, al mismo tiempo, más oportunidades de realizar ejercicio, mantener sus vínculos sociales y decidir sobre sus actividades diarias.

Por tanto, si los pacientes que realizan ejercicio refieren menor malestar emocional, parte de esa diferencia podría relacionarse con su capacidad funcional previa o con el apoyo disponible. Aunque los estudios sobre UPP han documentado el deterioro de la calidad de vida y los estudios sobre ejercicio han descrito beneficios emocionales en otras poblaciones, persiste la necesidad de examinar cómo se relacionan ambas dimensiones en personas que ya presentan estas lesiones. En atención a esta brecha, la presente investigación tiene como objetivo determinar la magnitud de la carga psicológica oculta en pacientes con úlceras por presión y analizar si la práctica de ejercicio físico se asocia con un menor nivel de malestar psicológico. El estudio busca aportar información que ayude a reconocer las necesidades emocionales de estos pacientes durante el seguimiento clínico y a interpretar el posible papel del ejercicio en función de sus posibilidades de movimiento.

Materiales y Métodos

Se realizó una investigación en dos fases cuantitativas secuenciales. La primera correspondió a un estudio transversal destinado a caracterizar el estado psicológico de los pacientes con úlceras por presión (UPP) o en riesgo de desarrollarlas. La segunda consistió en un estudio piloto cuasiexperimental, con grupo control y mediciones antes y después de

la intervención, para evaluar los cambios en los síntomas depresivos, la ansiedad y la calidad de vida relacionada con la salud tras un programa de ejercicio físico estructurado. La investigación se desarrolló entre enero y diciembre de 2025 en el Policlínico Docente «Mario Muñoz Monroy», del municipio de Vertientes, provincia de Camagüey, Cuba. El protocolo contó con la aprobación del Consejo Científico y del Comité de Ética de la Investigación de la institución y se desarrolló de acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki (Rodríguez, 2025).

En la fase diagnóstica, los participantes se reclutaron a partir del registro de atención primaria del policlínico. Se consideraron elegibles las personas de 18 años o más que residían en el municipio de Vertientes, tenían capacidad para otorgar el consentimiento informado y cumplían al menos una de dos condiciones clínicas. La primera fue presentar una UPP de cualquier estadio, clasificada según los criterios del National Pressure Injury Advisory Panel (Kottner et al., 2019). La segunda fue presentar riesgo de desarrollar una UPP, definido por una puntuación igual o inferior a 18 en la escala de Braden.

Los criterios de exclusión comprendieron la presencia de una enfermedad psiquiátrica grave no controlada, una enfermedad terminal o la negativa a participar. Según el registro de selección descrito, se excluyeron 37 personas, de las cuales 11 presentaban una UPP y 26 se encontraban en riesgo sin lesión establecida. Para la fase cuasiexperimental se reclutaron 40 pacientes adicionales que cumplían los mismos criterios de elegibilidad. La asignación a los grupos se realizó sin aleatorización, en función de la accesibilidad geográfica y la disponibilidad del profesional encargado de supervisar las sesiones. El grupo experimental (n = 20) recibió la atención habitual y participó en el programa de ejercicio físico. El grupo control (n = 20) recibió la atención habitual del policlínico, que incluía cambios posturales, cuidados de la piel, recomendaciones generales de movilización y, en los pacientes con lesiones establecidas, curas de las heridas.

Los desenlaces psicológicos comprendieron los síntomas depresivos, los síntomas de ansiedad y dos dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud. Los síntomas depresivos se evaluaron mediante la Escala de Depresión Geriátrica de 15 ítems (GDS-15), instrumento de cribado desarrollado para adultos mayores (Sheikh y Yesavage, 1986). La puntuación total oscila entre 0 y 15, y los valores más altos indican una mayor presencia de síntomas depresivos. Se utilizó el punto de corte de 5 o más para identificar un cribado positivo y el umbral de 10 o más para distinguir a los participantes con mayor carga de síntomas.

La ansiedad se midió con la subescala de ansiedad de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS-A), compuesta por siete ítems y con una puntuación total de 0 a 21. Se consideró que una puntuación igual o superior a 8 indicaba un cribado positivo para síntomas de ansiedad (Zigmond & Snaith, 1983). La calidad de vida se evaluó mediante los dominios de salud mental (MH) y rol emocional (RE) del Cuestionario de Salud SF-36. El primero recoge la percepción del bienestar y el malestar emocional, mientras que el segundo valora en qué medida los problemas emocionales interfieren con el trabajo u otras actividades habituales. Las puntuaciones de ambos dominios se transformaron a una escala de 0 a 100, en la que los valores más altos indican un mejor estado en la dimensión evaluada (Ware y Sherbourne, 1992). En la población estudiada, los coeficientes alfa de Cronbach fueron de 0,84 para la GDS-15, de

0,81 para la HADS-A y de 0,79 para el dominio de salud mental del SF-36. La valoración clínica incluyó el riesgo de desarrollar UPP, la independencia funcional, la intensidad del dolor y la fragilidad. El riesgo se estimó mediante la escala de Braden, integrada por seis componentes y con una puntuación total de 6 a 23. Se estableció como umbral de riesgo una puntuación igual o inferior a 18 (Bergstrom et al., 1987).

La independencia para realizar las actividades básicas de la vida diaria se evaluó con el índice de Barthel, que comprende diez actividades y proporciona una puntuación de 0 a 100, con valores más bajos a mayor dependencia (Mahoney & Barthel, 1965). La intensidad del dolor se registró mediante una escala visual analógica (EVA) expresada de 0 a 10, en la que las puntuaciones más altas representan mayor dolor (Jensen et al., 1986). Para valorar la fragilidad se empleó el fenotipo de Fried, que clasifica como frágiles a las personas que cumplen al menos tres de sus cinco criterios (Fried et al., 2001). En los pacientes con UPP establecida se registraron, además, el tamaño de la lesión, las características del tejido, el exudado y el estado de la piel perilesional.

El grupo experimental participó en el programa «Movimiento para la integridad tisular» (MIT-UPP), diseñado para personas con UPP o en riesgo de desarrollarlas. La intervención se llevó a cabo durante 12 semanas, con una frecuencia de tres sesiones semanales, para un total de 36 sesiones programadas. El programa contempló un eje preventivo para los pacientes en riesgo sin lesión establecida y un eje terapéutico para quienes presentaban una UPP. En ambos casos, la progresión de los ejercicios se organizó en tres fases: básica, de fortalecimiento y funcional. Cada sesión comenzó con actividades de educación, inspección de la piel y ejercicios de respiración diafragmática. En la parte principal se realizaron ejercicios de bombeo de tobillos, contracciones isométricas de glúteos, movimientos articulares circulares y cambios posturales asistidos. En las fases más avanzadas se incorporaron ejercicios de transferencia y entrenamiento del equilibrio, de acuerdo con la capacidad funcional del paciente. La sesión concluyó con actividades de relajación, hidratación y reposicionamiento. Un profesional capacitado en cultura física terapéutica supervisó la intervención y ajustó semanalmente la dosificación de los ejercicios según la tolerancia individual y la evolución clínica.

Los datos se analizaron con el programa SPSS, versión 25.0. Las variables cuantitativas se resumieron mediante medias y desviaciones estándar, y las categóricas, mediante frecuencias absolutas y porcentajes. Para comparar dos grupos independientes se utilizó la prueba *t* de Student cuando las variables cuantitativas cumplieron los supuestos del análisis paramétrico. En los demás casos se aplicó la prueba *U* de Mann-Whitney. Las asociaciones entre variables categóricas se examinaron con la prueba de chi-cuadrado de Pearson (χ^2), y las asociaciones lineales entre variables cuantitativas se exploraron mediante el coeficiente de correlación de Pearson (*r*).

Para identificar las variables asociadas de manera independiente con la intensidad de los síntomas depresivos, se ajustó un modelo de regresión lineal múltiple con selección por pasos. La puntuación total de la GDS-15 se utilizó como variable dependiente. Como variables candidatas se consideraron la edad, el sexo, la presencia de UPP y las puntuaciones de la escala de Braden, el índice de Barthel, la EVA de dolor y el fenotipo de fragilidad de Fried. Se evaluaron la normalidad y la homocedasticidad de los residuos, así como la

multicolinealidad entre las variables explicativas. Para esta última se utilizó como criterio un factor de inflación de la varianza inferior a 5.

En la fase cuasiexperimental se calculó el cambio individual de cada desenlace restando la puntuación posterior a la intervención de la puntuación inicial (Δ = preintervención − posintervención). Dado el sentido de las escalas, un valor positivo de Δ indicó una reducción de los síntomas en la GDS-15 y la HADS-A, mientras que un valor negativo indicó una mejoría en los dominios de salud mental y rol emocional del SF-36. Las diferencias medias de cambio entre los grupos experimental y control se compararon mediante la prueba *t* de Student para muestras independientes. En todos los análisis se adoptó un nivel de significación bilateral de $p < 0,05$.

Resultados y Discusión

En la fase diagnóstica se evaluó a 37 pacientes del Policlínico Docente «Mario Muñoz Monroy», de Vertientes, Camagüey. De ellos, 11 presentaban úlceras por presión (UPP) y 26 se encontraban en riesgo de desarrollarlas, sin lesiones cutáneas. En la fase de intervención participaron otros 40 pacientes, distribuidos entre el grupo que recibió el programa de ejercicio MIT-UPP más la atención habitual y el grupo que recibió únicamente la atención habitual. Los resultados se presentan por separado porque cada fase respondió a una pregunta distinta.

Tabla 1. *Características clínicas de los participantes según la presencia de úlceras por presión*

Característica	Con UPP (*n* = 11)	En riesgo sin lesión (*n* = 26)	*p*
Proporción de la muestra, *n* (%)	11 (29,7)	26 (70,3)	—
Riesgo de UPP, escala de Braden, media ± DE	10,8 ± 2,1	14,2 ± 2,9	0,001
Independencia funcional, índice de Barthel, media ± DE	32,5 ± 14,2	55,8 ± 19,3	< 0,001
Intensidad del dolor, EVA, media ± DE	7,2 ± 2,4	2,6 ± 2,1	< 0,001
Fragilidad, criterio de Fried ≥ 3, *n* (%)	9 (81,8)	15 (57,7)	0,262[1]
Nota. DE = desviación estándar. EVA = escala visual analógica. [1] Prueba exacta bilateral de Fisher, recalculada a partir de las frecuencias correspondientes a los porcentajes informados.			

Fuente: Elaboración propia.

La edad media de los participantes fue de 76,4 ± 9,8 años, con un rango de 52 a 94 años. Las mujeres representaron el 62,2 % de la muestra. No se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en edad ($p = 0,412$) ni en sexo ($p = 0,743$). La principal diferencia clínica se observó en la intensidad del dolor. Los pacientes con UPP registraron, en promedio, 4,6 puntos más en la EVA que quienes se encontraban en riesgo sin lesión. Además, obtuvieron 23,3 puntos menos en el índice de Barthel, lo que indica una mayor dependencia para realizar las actividades cotidianas. La fragilidad también fue más frecuente en los pacientes con UPP, aunque la diferencia no alcanzó significación estadística al contrastar las frecuencias disponibles.

Tabla 2. *Síntomas depresivos, ansiedad y calidad de vida según la presencia de úlceras por presión*

Indicador	Con UPP (*n* = 11)	En riesgo sin lesión (*n* = 26)	Diferencia de medias[1]	*p*
Síntomas depresivos, GDS-15, media ± DE	9,4 ± 2,7	4,1 ± 2,3	+5,3	< 0,001
Síntomas de ansiedad, HADS-A, media ± DE	12,1 ± 3,4	6,8 ± 3,1	+5,3	< 0,001
Salud mental, SF-36, media ± DE	37,2 ± 12,8	64,5 ± 15,6	−27,3	< 0,001
Rol emocional, SF-36, media ± DE	28,6 ± 18,3	58,7 ± 22,4	−30,1	< 0,001
Cribado positivo para depresión, GDS-15 ≥ 5, *n* (%)	Por verificar[2]	7 (26,9)	—	—
Cribado positivo para ansiedad, HADS-A ≥ 8, *n* (%)	8 (72,7)	6 (23,1)	—	0,008[3]
Nota. [1] Media del grupo con UPP menos la media del grupo en riesgo. [2] El 80,9 % consignado en el texto original no corresponde a un número entero de pacientes cuando el denominador es 11. La frecuencia y su contraste quedan pendientes de confirmación. [3] Prueba exacta bilateral de Fisher.				

Fuente: Elaboración propia.

Los pacientes con UPP presentaron puntuaciones medias más elevadas en síntomas depresivos y de ansiedad. La diferencia también se manifestó en el cribado individual de ansiedad, cuyo umbral alcanzaron 8 de los 11 pacientes con lesión, frente a 6 de los 26 pacientes en riesgo. En los dos dominios del SF-36 se observó una peor valoración en el grupo con UPP. La mayor diferencia se registró en el rol emocional, con una brecha de 30,1 puntos sobre 100. Este resultado indica que los pacientes con lesión informaron más limitaciones para realizar sus actividades habituales por motivos emocionales.

Tabla 3. *Correlaciones entre las variables clínicas y las puntuaciones psicológicas de la fase diagnóstica.*

Variable clínica	Síntomas depresivos, GDS-15, *r* (*p*)	Ansiedad, HADS-A, *r* (*p*)	Salud mental, SF-36, *r* (*p*)
Puntuación de Braden	−0,68 (< 0,001)	−0,59 (< 0,001)	+0,61 (< 0,001)
Índice de Barthel	−0,65 (< 0,001)	−0,54 (0,001)	+0,57 (< 0,001)
Intensidad del dolor, EVA	+0,71 (< 0,001)	+0,62 (< 0,001)	−0,66 (< 0,001)
Puntuación de fragilidad de Fried	+0,58 (< 0,001)	+0,49 (0,002)	−0,52 (0,001)
Estadio de la UPP[1]	+0,62	+0,55	−0,58
Nota. r = coeficiente de correlación de Pearson. [1] Se conservan los coeficientes informados para el estadio. La significación de esta fila queda pendiente de verificar porque solo 11 pacientes tenían una lesión susceptible de estadificación y el informe no precisa cómo se codificó a los 26 participantes sin lesión.			

Fuente: Elaboración propia.

La intensidad del dolor presentó la asociación de mayor magnitud con los síntomas depresivos (r = 0,71). A mayor dolor también se observaron puntuaciones más altas de ansiedad (r = 0,62) y una menor puntuación de salud mental (r = −0,66). La independencia funcional mostró el patrón inverso. Los pacientes con puntuaciones más altas en el índice de Barthel tendieron a presentar menos síntomas depresivos y de ansiedad, así como una mejor percepción de su salud mental. Dado que las mediciones se realizaron en un mismo momento, los resultados describen asociaciones y no permiten establecer su secuencia temporal.

Tabla 4. *Variables asociadas con la puntuación de síntomas depresivos en el modelo de regresión lineal múltiple*

Variable incluida en el modelo final	Coeficiente no estandarizado (*B*)	IC del 95 % de *B*	Coeficiente estandarizado (β)	*p*
Presencia de UPP	+4,82	2,98 a 6,66	+0,41	< 0,001
Intensidad del dolor, EVA	+0,71	0,27 a 1,15	+0,32	0,003
Índice de Barthel	−0,29	−0,51 a −0,07	−0,26	0,011
Puntuación de fragilidad de Fried	+0,83	0,12 a 1,54	No informado	0,024

Fuente: Elaboración propia.

Según el modelo informado, la presencia de UPP se asoció con una puntuación media de síntomas depresivos 4,82 puntos mayor tras el ajuste por dolor, independencia funcional y fragilidad. Una mayor intensidad del dolor y una mayor fragilidad también se asociaron con puntuaciones más elevadas en la GDS-15. En cambio, la asociación con el índice de Barthel fue inversa. El informe consignó un R^2 ajustado de 0,742 y un estadístico F de 25,84 (p < 0,001). Estas dos cifras no coinciden exactamente para un modelo de cuatro predictores y 37 observaciones, por lo que conviene confirmar el tamaño analítico y los valores de ajuste antes de publicar el porcentaje de varianza explicada. En la tabla 5, tras 12 semanas, el grupo MIT-UPP presentó una reducción media de 4,2 puntos en síntomas depresivos, frente a 0,8 puntos en el grupo control. Esto representó una reducción adicional de 3,4 puntos en el grupo que realizó ejercicio. Para la ansiedad, la reducción

adicional fue de 3,2 puntos. En el SF-36, las diferencias de cambio favorecieron al grupo MIT-UPP en 16,2 puntos en salud mental y en 18,3 puntos en rol emocional.

Tabla 5. *Puntuaciones psicológicas iniciales y finales y diferencias de cambio entre los grupos*

Desenlace	MIT-UPP inicial	MIT-UPP final	Cambio MIT-UPP	Control inicial	Control final	Cambio control	Diferencia de cambios[1]	p informado
Síntomas depresivos, GDS-15	8,9 ± 3,1	4,7 ± 2,8	−4,2 ± 1,9	8,5 ± 3,0	7,7 ± 2,9	−0,8 ± 1,6	−3,4	< 0,001
Ansiedad, HADS-A	11,8 ± 3,6	8,0 ± 3,2	−3,8 ± 2,1	11,5 ± 3,4	10,9 ± 3,5	−0,6 ± 1,8	−3,2	< 0,001
Salud mental, SF-36	39,5 ± 14,2	58,0 ± 12,5	+18,5 ± 10,2	41,2 ± 15,0	43,5 ± 14,2	+2,3 ± 7,4	+16,2	< 0,001
Rol emocional, SF-36	ND	ND	+22,4 ± 14,6	ND	ND	+4,1 ± 10,2	+18,3	< 0,001
Nota. Cada grupo contó con 20 participantes. Los valores se expresan como media ± DE. Se utilizó Δ = puntuación final − puntuación inicial, de acuerdo con los signos del apartado de resultados. [1] Cambio medio del grupo MIT-UPP menos el del control. ND = dato no disponible en el informe.								

Fuente: Elaboración propia.

Los cuatro desenlaces mostraron una evolución más favorable en el grupo de intervención. La asignación por accesibilidad geográfica y disponibilidad profesional limita la atribución de toda la diferencia observada al programa.

Tabla 6. *Respuesta individual en síntomas depresivos y frecuencia de ansiedad antes y después de la intervención.*

Indicador	MIT-UPP (*n* = 20), *n* (%)	Control (*n* = 20), *n* (%)	Diferencia entre grupos	*p*[1]
Reducción de al menos 3 puntos en GDS-15	17 (85,0)	3 (15,0)	+70 puntos porcentuales	< 0,001
HADS-A ≥ 8 al inicio	15 (75,0)	14 (70,0)	+5 puntos porcentuales	—
HADS-A ≥ 8 al finalizar	7 (35,0)	13 (65,0)	−30 puntos porcentuales	0,058
Nota. [1] Prueba de χ^2 de Pearson sin corrección, recalculada a partir de las frecuencias. El contraste de la última fila compara las proporciones finales entre grupos. Para contrastar las transiciones individuales de ansiedad se necesita conocer qué pacientes cambiaron de categoría.				

Fuente: Elaboración propia.

En el grupo MIT-UPP, 17 de 20 participantes alcanzaron la reducción de al menos 3 puntos en la GDS-15, frente a 3 de 20 en el grupo control. En cuanto a la ansiedad, la proporción con cribado positivo descendió del 75 % al 35 % en el grupo de intervención y del 70 % al 65 % en el control. Al finalizar, la diferencia entre grupos fue de 30 puntos porcentuales. El contraste de estas proporciones finales arrojó $p = 0,058$. Este resultado responde a una pregunta distinta de la tabla 5, donde se comparó cuánto cambió la puntuación completa de ansiedad de cada participante.

Tabla 7*. Cambio en síntomas depresivos según la presencia de UPP al inicio de la intervención*

Condición clínica inicial	MIT-UPP, *n*	Cambio en GDS-15 con MIT-UPP, media ± DE	Cambio en GDS-15 con atención habitual, media ± DE
UPP establecida	6	−5,3 ± 2,1	−0,9 ± 1,7
En riesgo sin lesión	14	−3,7 ± 1,7	−0,7 ± 1,5
p de la comparación entre condiciones clínicas dentro de cada grupo	—	0,082	0,812

Fuente: Elaboración propia.

Dentro del grupo MIT-UPP, los pacientes con UPP establecida presentaron una reducción media de 5,3 puntos en la GDS-15, frente a 3,7 puntos entre quienes se encontraban en riesgo sin lesión. La diferencia entre estos subgrupos fue de 1,6 puntos y no alcanzó significación

estadística ($p = 0,082$). Tampoco se detectó una interacción significativa entre la condición clínica inicial y el grupo de tratamiento. Con solo seis pacientes con UPP en el grupo experimental, la precisión es insuficiente para concluir que la respuesta al programa fue igual en ambas condiciones clínicas.

Los pacientes con úlceras por presión (UPP) atendidos en el Policlínico Docente «Mario Muñoz Monroy» presentaron mayor dolor, menor independencia funcional y más síntomas depresivos y de ansiedad que los pacientes en riesgo sin lesión. La comparación es relevante porque ambos grupos compartían condiciones de vulnerabilidad, pero quienes ya tenían una UPP obtuvieron, en promedio, 5,3 puntos más tanto en la escala de depresión GDS-15 como en la subescala de ansiedad HADS-A. Galhardo et al. (2010), quienes también utilizaron la GDS-15 y el SF-36, encontraron mayor sintomatología depresiva y peor calidad de vida en adultos mayores con UPP. En el contexto de Vertientes, estos resultados indican que la valoración de la herida puede complementarse con preguntas sobre el estado de ánimo, especialmente cuando el paciente refiere dolor persistente o dificultades para realizar sus actividades habituales.

La intensidad del dolor fue la variable clínica que mostró la asociación más estrecha con los síntomas depresivos ($r = 0,71$). Además, los pacientes con mayor independencia en las actividades básicas de la vida diaria tendieron a presentar puntuaciones más bajas de depresión ($r = -0,65$). Estos hallazgos coinciden con la revisión de Ibeh y Hambridge (2024), en la que las personas con lesiones por presión describieron el dolor persistente, la pérdida de movilidad y la dependencia como experiencias que alteraban su vida cotidiana. La relación entre estas dimensiones ayuda a interpretar los resultados del estudio. Para una persona que necesita asistencia para incorporarse o cambiar de postura, el dolor puede coincidir con una menor capacidad para decidir cuándo levantarse, descansar o compartir tiempo con su familia. El diseño transversal impide establecer cuál de estas dificultades apareció primero, pero su coexistencia permite identificar a pacientes con mayores necesidades de apoyo.

La mayor diferencia en la calidad de vida se observó en el dominio de rol emocional del SF-36. Los pacientes con UPP obtuvieron 30,1 puntos menos que aquellos en riesgo sin lesión, lo que indica que percibían una mayor interferencia de los problemas emocionales en sus actividades habituales. Este hallazgo coincide con Liu et al. (2025), quienes identificaron el funcionamiento físico y las limitaciones de rol por problemas físicos o emocionales entre las dimensiones más afectadas en personas con lesiones por presión. Asimismo, Roussou et al. (2023) documentaron que la repercusión de estas lesiones comprende el bienestar emocional y la participación social. En el presente estudio, ocho de los once pacientes con UPP alcanzaron el umbral de cribado para ansiedad. Por tanto, la expresión *carga psicológica oculta* resulta pertinente para describir el malestar que una evaluación centrada en la herida podría pasar por alto.

En el modelo exploratorio de regresión, la presencia de UPP mantuvo una asociación con las puntuaciones depresivas después de considerar el dolor, la independencia funcional y la fragilidad. Una posible explicación es que la experiencia de vivir con la lesión incluya dificultades que estas variables clínicas captan solo parcialmente. Entre ellas podrían encontrarse la pérdida de privacidad durante las curas o las restricciones para participar en actividades familiares. Las revisiones de Ibeh y

Hambridge (2024) y Liu et al. (2025) respaldan la pertinencia de explorar estas experiencias. En la muestra de Vertientes, sin embargo, esos factores no se midieron directamente. Además, el reducido número de participantes y la selección de variables por pasos limitan la estabilidad del modelo. Su principal aporte consiste en señalar qué dimensiones convendría evaluar conjuntamente en estudios posteriores.

En la fase de intervención, el hallazgo más claro fue el cambio en los síntomas depresivos tras 12 semanas. El grupo que recibió el programa MIT-UPP junto con la atención habitual presentó una reducción media de 4,2 puntos en la GDS-15, frente a 0,8 puntos en el grupo control. Esta diferencia también se observó en las respuestas individuales. Diecisiete de los veinte participantes del programa alcanzaron una disminución de al menos tres puntos, frente a tres de los veinte que recibieron atención habitual. La dirección del resultado coincide con el metanálisis de Miller et al. (2020), que documentó beneficios de distintas modalidades de ejercicio sobre los síntomas depresivos en adultos mayores con depresión clínica.

El aporte del presente estudio consiste en observar un patrón semejante en pacientes con movilidad comprometida, mediante un programa que incorporó movimientos articulares, contracciones isométricas y actividades funcionales ajustadas a la tolerancia. El antecedente de Miller et al. respalda la plausibilidad del hallazgo, aunque las diferencias de población y de ejercicio impiden trasladar directamente la magnitud del beneficio. La interpretación de la ansiedad requiere distinguir el cambio en la intensidad de los síntomas de la proporción de pacientes que permaneció por encima del umbral de cribado. En la HADS-A, la reducción media fue 3,2 puntos mayor con MIT-UPP que con la atención habitual ($p < 0,001$). Al finalizar, siete de veinte participantes del grupo de intervención y trece de veinte del grupo control mantuvieron una puntuación igual o superior a ocho.

Esta última comparación fue menos concluyente ($p = 0,058$). Ambos resultados son compatibles, ya que un paciente puede experimentar una reducción importante de los síntomas y continuar por encima del umbral. Singh et al. (2023) también encontraron que las intervenciones de actividad física se asociaban con una disminución de los síntomas de ansiedad en diversas poblaciones adultas. En el estudio cubano, la evidencia más clara corresponde a la reducción de la puntuación media durante las 12 semanas de seguimiento.

La evolución favorable también alcanzó dos aspectos de la calidad de vida. Frente al grupo control, los participantes de MIT-UPP presentaron una mejoría adicional de 16,2 puntos en salud mental y de 18,3 puntos en rol emocional. Este último cambio merece atención porque el rol emocional fue precisamente el dominio con mayor diferencia entre pacientes con lesión y pacientes en riesgo durante la fase diagnóstica. Aunque ambas fases incluyeron participantes distintos, su lectura conjunta señala una dimensión relevante para el seguimiento en atención primaria: hasta qué punto la persona puede retomar sus actividades habituales sin que el malestar emocional interfiera en ellas. Esta interpretación es coherente con la importancia que Liu et al. (2025) atribuyen al funcionamiento cotidiano en la valoración de la calidad de vida de las personas con UPP. El alcance de los hallazgos está condicionado por el carácter piloto del estudio, su realización en un solo policlínico y la asignación a los grupos según accesibilidad geográfica y

disponibilidad profesional. Estas condiciones pudieron influir tanto en la participación como en la evolución de los pacientes. Además, el grupo MIT-UPP recibió ejercicio supervisado, educación y contacto profesional periódico, por lo que el cambio observado corresponde al programa en su conjunto. Aunque los seis participantes con UPP del grupo de intervención mostraron una reducción depresiva media mayor que los catorce participantes en riesgo, el análisis de interacción no permitió establecer que la respuesta variara según la presencia de lesión. Tampoco se dispone de mediciones posteriores a las 12 semanas para conocer la duración de la mejoría.

En conjunto, el estudio aporta dos hallazgos para la atención primaria en Vertientes. Primero, el dolor y la pérdida de independencia acompañaron a una mayor carga de síntomas psicológicos, por lo que conviene considerar estas dimensiones durante el seguimiento de las UPP. Segundo, quienes participaron en MIT-UPP mostraron una evolución más favorable en síntomas depresivos, ansiedad y desempeño emocional que quienes recibieron únicamente la atención habitual. Estos resultados justifican evaluar el programa en una muestra más amplia, con asignación aleatoria y seguimiento posterior, para precisar qué pacientes se benefician más y durante cuánto tiempo se mantienen los cambios.

Conclusiones

Los pacientes con úlceras por presión (UPP) presentaron mayor intensidad del dolor, mayor dependencia funcional y más síntomas depresivos y de ansiedad que quienes se encontraban en riesgo sin lesión. También informaron una peor calidad de vida, especialmente por la interferencia de los problemas emocionales en sus actividades habituales. El dolor y la pérdida de autonomía mostraron las relaciones más estrechas con los síntomas depresivos. La fragilidad fue más frecuente entre los pacientes con UPP, aunque la diferencia entre los grupos no alcanzó significación estadística.

Después de 12 semanas, los pacientes que participaron en el programa de ejercicio físico estructurado MIT-UPP junto con la atención habitual mostraron una mayor reducción de los síntomas depresivos y de ansiedad, así como una mayor mejoría en salud mental y rol emocional, en comparación con quienes recibieron únicamente la atención habitual. El cambio fue particularmente visible en los síntomas depresivos, con una reducción de al menos tres puntos en la GDS-15 en 17 de los 20 participantes del programa, frente a 3 de los 20 del grupo control.

Se observaron reducciones de estos síntomas tanto en pacientes con UPP como en aquellos en riesgo, aunque el tamaño de los subgrupos limita la comparación de sus respuestas. La relación entre la cicatrización y la mejoría emocional también requiere confirmación en una muestra más amplia. En conjunto, los hallazgos respaldan un abordaje preventivo y biopsicosocial en la atención primaria que integre el cuidado de la piel y de la lesión con la valoración periódica del dolor, la autonomía y el bienestar emocional. Los resultados del programa MIT-UPP sugieren que el ejercicio adaptado a la capacidad funcional de cada paciente puede complementar la atención habitual. Su evaluación en estudios con asignación aleatoria y seguimiento prolongado permitirá precisar la magnitud y la duración de los beneficios observados.

Referencias Bibliográficas

Bair, M. J., Robinson, R. L., Katon, W., & Kroenke, K. (2003). Depression and pain comorbidity: A literature review. *Archives of*

Internal Medicine, 163(20), 2433–2445. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14609780/

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*(2), 191–215. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/847061/

Bergstrom, N., Braden, B. J., Laguzza, A., & Holman, V. (1987). The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk. *Nursing Research, 36*(4), 205–210. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3299278/

Bryant, C., Jackson, H., & Ames, D. (2008). The prevalence of anxiety in older adults: Methodological issues and a review of the literature. *Journal of Affective Disorders, 109*(3), 233–250. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18155775/

Carvajal-Zambrano, P. Y., & Berrios-Rivas, A. T. (2026). Medidas de prevención de úlceras por presión en adultos mayores según la teoría de Dorothea Orem. *Qualitas, 32*(32), 17–35. https://revistas.unibe.edu.ec/index.php/qualitas/article/view/382

Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2018). *Designing and conducting mixed methods research* (3rd ed.). SAGE.

Duman, R. S., & Monteggia, L. M. (2006). A neurotrophic model for stress-related mood disorders. *Biological Psychiatry, 59*(12), 1116–1127. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16631126/

Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, W. J., Burke, G., & McBurnie, M. A. (2001). Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology: Series A, Biological Sciences and Medical Sciences, 56*(3), M146–M156. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11253156/

Galhardo, V. A., Garroni Magalhaes, M., Blanes, L., Juliano, Y., & Masako Ferreira, L. (2010). Health-related quality of life and depression in older patients with pressure ulcers. *Wounds, 22*(1), 20–26. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25901458/

Gomes, L. S., Kochergin, C. N., Santos, R. S. dos, & Cunha, J. X. P. da. (2024). Experiences of family caregivers in the home care to people with pressure injuries. *Revista de Enfermagem da UFPI, 13*(1). https://doi.org/10.26694/reufpi.v13i1.4698

Gorecki, C., Brown, J. M., Nelson, E. A., Briggs, M., Schoonhoven, L., Dealey, C., Defloor, T., Nixon, J., & European Quality of Life Pressure Ulcer Project Group. (2009). Impact of pressure ulcers on quality of life in older patients: A systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society, 57*(7), 1175–1183. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19486198/

Ibeh, C., & Hambridge, K. (2024). A narrative review of patients' lived experience of having a pressure injury. *British Journal of Nursing, 33*(4), S10–S23. https://doi.org/10.12968/bjon.2024.33.4.S10

Jensen, M. P., Karoly, P., & Braver, S. (1986). The measurement of clinical pain intensity: A comparison of six methods. *Pain, 27*(1), 117–126. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3785962/

Katon, W. J. (2003). Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness. *Biological Psychiatry, 54*(3), 216–226. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12893098/

Kok, R. M., & Reynolds, C. F., III. (2017). Management of depression in older adults: A review. *JAMA, 317*(20), 2114–2122. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28535241/

Kottner, J., Cuddigan, J., Carville, K., Balzer, K., Berlowitz, D., Law, S., Litchford, M., Mitchell, P., Moore, Z., Pittman, J., Sigaudo-Roussel, D., Yee, C. Y., & Haesler, E. (2019). Prevention and treatment of pressure ulcers/injuries: The protocol for the second update of the International Clinical Practice Guideline 2019. *Journal of Tissue Viability, 28*(2), 51–58. https://doi.org/10.1016/j.jtv.2019.01.001

Langemo, D. K., Melland, H., Hanson, D., Olson, B., & Hunter, S. (2000). The lived experience of having a pressure ulcer: A qualitative analysis. *Advances in Skin & Wound Care, 13*(5), 225–235. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11075022/

Li, Z., Lin, F., Thalib, L., & Chaboyer, W. (2020). Global prevalence and incidence of

pressure injuries in hospitalised adult patients: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies, 105*, 103546. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103546

Liu, S., Rawson, H., Islam, R. M., & Team, V. (2025). Impact of pressure injuries on health-related quality of life: A systematic review. *Wound Repair and Regeneration, 33*(1), e13236. https://doi.org/10.1111/wrr.13236

Luppa, M., Sikorski, C., Luck, T., Ehreke, L., Konnopka, A., Wiese, B., Weyerer, S., König, H. H., & Riedel-Heller, S. G. (2012). Age- and gender-specific prevalence of depression in latest-life: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 136*(3), 212–221. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21194754/

Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal, 14*, 61–65. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14258950/

Masaquiza-Morales, E. M., & Velasco-Acurio, E. F. (2025). Intervenciones de enfermería en la prevención de úlceras por presión. *IBERO Journal of Health Research, 5*(2), 438–444. https://health.iberojournals.com/index.php/IBEROJHR/article/view/849

McAuley, E., & Blissmer, B. (2000). Self-efficacy determinants and consequences of physical activity. *Exercise and Sport Sciences Reviews, 28*(2), 85–88. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10902091/

Mervis, J. S., & Phillips, T. J. (2019). Pressure ulcers: Pathophysiology, epidemiology, risk factors, and presentation. *Journal of the American Academy of Dermatology, 81*(4), 881–890. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30664905/

Miller, K. J., Areerob, P., Hennessy, D., Gonçalves-Bradley, D. C., Mesagno, C., & Grace, F. (2020). Aerobic, resistance, and mind-body exercise are equivalent to mitigate symptoms of depression in older adults: A systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. *F1000Research, 9*, Article 1325. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34158928/

Moore, Z., Avsar, P., Conaty, L., Moore, D. H., Patton, D., & O'Connor, T. (2019). The prevalence of pressure ulcers in Europe, what does the European data tell us? A systematic review. *Journal of Wound Care, 28*(11), 710–719. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31721669/

Netz, Y., Wu, M. J., Becker, B. J., & Tenenbaum, G. (2005). Physical activity and psychological well-being in advanced age: A meta-analysis of intervention studies. *Psychology and Aging, 20*(2), 272–284. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16029091/

Pearce, M., Garcia, L., Abbas, A., Strain, T., Schuch, F. B., Golubic, R., Kelly, P., Khan, S., Utukuri, M., Laird, Y., Mok, A., Smith, A., Tainio, M., Brage, S., & Woodcock, J. (2022). Association between physical activity and risk of depression: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry, 79*(6), 550–559. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.0609

Pocklington, C., Gilbody, S., Manea, L., & McMillan, D. (2016). The diagnostic accuracy of brief versions of the Geriatric Depression Scale: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 31*(8), 837–857. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26890937/

Ramírez-Bonivento, E. R., Guarquila-Abril, E. M., Latorre-Segovia, S. del R., Arce-Chariguaman, W. P., & Chancay Domenech, L. F. (2021). Manejo integral de las úlceras por presión en pacientes institucionalizados. *Journal of American Health, 4*(2), 56–68. https://jah-journal.com/index.php/jah/article/view/98

Ratliff, C. R., & Rodeheaver, G. T. (2005). Use of the PUSH tool to measure venous ulcer healing. *Ostomy Wound Management, 51*(5), 58–60. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16014985/

Roddis, J., Dyson, J., Woodhouse, M., Devrell, A., Oakley, K., & Cowdell, F. (2024). Barriers and facilitators to pressure ulcer prevention behaviours by older people living in their own homes and their lay carers: A qualitative study. *BMJ Open, 14*(3), e080398.

https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-080398

Rodríguez, J. M., Ramírez-Guerra, D. M., Rodríguez-Labrada, R., & Gordo-Gómez, Y. M. (2024). Programa de Cultura Física Terapéutica para la atención en la comunidad a pacientes con fibromialgia. *Revista Cubana de Reumatología, 26*, e1336. https://revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/1336

Rodríguez Puga, R. (2025). Nuevas directrices de la Declaración de Helsinki, impacto y ética en la investigación médica actual. *Revista Cubana de Oftalmología, 38*. https://revoftalmologia.sld.cu/index.php/oftalmologia/article/view/2043

Roussou, E., Fasoi, G., Stavropoulou, A., Kelesi, M., Vasilopoulos, G., Gerogianni, G., & Alikari, V. (2023). Quality of life of patients with pressure ulcers: A systematic review. *Medicine and Pharmacy Reports, 96*(2), 123–130. https://doi.org/10.15386/mpr-2531

Ruiz, D., & López, I. (2022). Afectación de la dimensión psicológica y social en personas con lesiones por presión. *Index de Enfermería, 31*(3), 185–189. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962022000300010&lng=es

Samsa, G., Edelman, D., Rothman, M. L., Williams, G. R., Lipscomb, J., & Matchar, D. (1999). Determining clinically important differences in health status measures: A general approach with illustration to the Health Utilities Index Mark II. *PharmacoEconomics, 15*(2), 141–155. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10351188/

Schuch, F., Vancampfort, D., Firth, J., Rosenbaum, S., Ward, P. B., Silva, E., Hallgren, M., Ponce De Leon, A., Dunn, A. L., Deslandes, A. C., Fleck, M. P., Carvalho, A. F., & Stubbs, B. (2018). Physical activity and incident depression: A meta-analysis of prospective cohort studies. *American Journal of Psychiatry, 175*(7), 631–648. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29690792/

Sheikh, J., & Yesavage, J. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist, 5*(1), 165–173. https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=2683174

Spilsbury, K., Nelson, A., Cullum, N., Iglesias, C., Nixon, J., & Mason, S. (2007). Pressure ulcers and their treatment and effects on quality of life: Hospital inpatient perspectives. *Journal of Advanced Nursing, 57*(5), 494–504. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17284276/

Ware, J., & Sherbourne, C. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care, 30*(6), 473–483. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1593914/

Zigmond, A., & Snaith, R. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 67*(6), 361–370. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6880820/

Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial 4.0 Internacional. Copyright © Madelin Rodríguez Riscart, Zaily Fuentes Díaz, Irinka Font Rodríguez y Rolando Rodríguez Puga.

Declaraciones éticas y editoriales del artículo
Contribución de los autores (Taxonomía CRediT). Madelin Rodríguez Riscart: conceptualización de la investigación, diseño metodológico, desarrollo del proceso investigativo, análisis formal de los datos, redacción del borrador original del manuscrito, revisión crítica del contenido científico y supervisión general del estudio. Zaily Fuentes Díaz: curación y organización de los datos, participación en la recolección de información, validación de los resultados obtenidos y elaboración de representaciones gráficas y visualización de los datos. Irinka Font Rodríguez: provisión de recursos académicos y materiales para el desarrollo del estudio, apoyo en la administración del proyecto investigativo y revisión editorial del manuscrito antes de su publicación. Rolando Rodríguez Puga: conceptualización de la investigación, diseño metodológico, desarrollo del proceso investigativo, análisis formal de los datos, redacción del borrador original del manuscrito, revisión crítica del contenido científico y supervisión general del estudio.
Declaración de conflicto de intereses Los autores declaran que no existe conflicto de intereses en relación con la investigación presentada, la autoría del manuscrito ni la publicación del presente artículo.
Declaración de financiamiento La presente investigación no recibió financiamiento específico de agencias públicas, comerciales o de organizaciones sin fines de lucro. En caso de existir financiamiento institucional o externo, este deberá ser declarado explícitamente por los autores en esta sección.
Declaración del editor El editor responsable certifica que el proceso editorial del presente artículo se desarrolló conforme a los principios de integridad científica, transparencia y buenas prácticas editoriales. El manuscrito fue sometido a un proceso de evaluación mediante revisión por pares doble ciego, garantizando la confidencialidad de la identidad de los autores y revisores durante todo el proceso de dictamen académico. Asimismo, el editor declara que el artículo cumple con los criterios científicos, metodológicos y éticos establecidos por la revista.
Declaración de los revisores Los revisores externos que participaron en la evaluación del presente manuscrito declaran haber realizado el proceso de revisión de manera objetiva, independiente y confidencial. Asimismo, manifiestan que no mantienen conflictos de interés con los autores ni con la investigación evaluada, y que sus observaciones y recomendaciones se fundamentan exclusivamente en criterios científicos, metodológicos y académicos.
Declaración ética de la investigación Los autores declaran que la investigación se desarrolló respetando los principios éticos de la investigación científica, garantizando la confidencialidad de los datos y el respeto a los participantes del estudio. En los casos en que la investigación involucre seres humanos, los procedimientos deben ajustarse a los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki y a las normativas institucionales correspondientes.
Declaración sobre el uso de inteligencia artificial Los autores declaran que el uso de herramientas de inteligencia artificial, en caso de haberse utilizado durante el proceso de investigación o redacción del manuscrito, se realizó únicamente como apoyo técnico para mejorar la claridad del lenguaje o el análisis de información, manteniendo siempre la responsabilidad intelectual sobre el contenido del artículo. Las herramientas de inteligencia artificial no fueron utilizadas como autoras del manuscrito ni sustituyen la responsabilidad académica de los investigadores.
Disponibilidad de datos Los datos que respaldan los resultados de esta investigación estarán disponibles previa solicitud razonable al autor de correspondencia, respetando las normas éticas y de confidencialidad establecidas por la investigación.