

Pontevedra: ¿Ciudad amigable con la edad? Análisis cualitativo fundamentado en la metodología científica propia de la Enfermería

Pontevedra: An Age-Friendly City? A Qualitative Analysis Grounded in Nursing's Scientific Methodology

AUTORAS

Maseda Neira, Irene¹

Souto Moreira, Lucía²

González López, Claudia³

¹Graduada en Enfermería por la Universidad de Vigo (Escuela Universitaria de Enfermería de Pontevedra). Correo electrónico: ireneemasedaa@gmail.com

²Enfermera Interna Residente de Enfermería Familiar y Comunitaria. CS Virxe Peregrina. Área Sanitaria Pontevedra - O Salnés.

³Enfermera especialista en salud mental. Profesora Escuela de Enfermería de Pontevedra. Universidade de Vigo.

Autor de correspondencia: Lucía Souto Moreira Correo electrónico: lucasoumor@gmail.com

Resumen

Título: Pontevedra: ¿Ciudad amigable con la edad? Análisis cualitativo fundamentado en la metodología científica propia de la Enfermería.

Objetivo: Evaluar, a través de las percepciones de informantes clave, si Pontevedra responde al modelo de Ciudad Amigable con la Edad propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS), identificando necesidades percibidas por personas mayores y traduciéndolas a la taxonomía enfermera.

Diseño: Estudio cualitativo de tipo exploratorio fundamentado en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) aplicado al ámbito comunitario.

Emplazamiento: Ciudad de Pontevedra, Galicia, España.

Método/Mediciones: La investigación se fundamentó en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), metodología científica propia de la disciplina, estructurada en cinco fases. La fase de valoración se desarrolló mediante un grupo focal con personas mayores. A partir del análisis del discurso, se identificaron necesidades biopsicosociales que fueron interpretadas y categorizadas conforme a los criterios del modelo de Ciudades Amigables con la Edad de la OMS. Finalmente, estas se tradujeron a lenguaje taxonómico enfermero (NANDA-I, NIC y NOC).

Resultados: Pontevedra muestra un perfil mayoritariamente alineado con el modelo de Ciudades Amigables con la Edad, con importantes avances en accesibilidad y participación. No obstante, persisten déficits en servicios públicos, vivienda y apoyo social.

Conclusiones: Los hallazgos permiten considerar que Pontevedra se aproxima al modelo de Ciudad Amigable con la Edad, aunque con áreas mejorables. El uso del PAE permitió analizar la salud comunitaria de forma estructurada y traducir sus resultados al lenguaje propio de la profesión, aportando una base útil para planificar intervenciones contextualizadas.

Palabras clave: Ciudades, taxonomía, enfermería, diagnóstico de enfermería, determinantes sociales de la salud.

Abstract

Title: Pontevedra: An Age-Friendly City? A Qualitative Analysis Grounded in the Scientific Methodology of Nursing.

Objective: To assess, through key informants' perceptions, whether Pontevedra aligns with the Age-Friendly City model proposed by the World Health Organization (WHO), identifying needs perceived by older adults and translating them into nursing taxonomy.

1 Orixinais

Autor para correspondencia:
lucasoumor@gmail.com

Design: Qualitative exploratory study grounded in community-based Nursing Process methodology.

Site: City of Pontevedra, Galicia, Spain.

Measurements/Method: The study was grounded in the Nursing Process (PAE), a scientific methodology specific to the nursing discipline, structured in five phases. The assessment phase was conducted through a focus group with older residents. From discourse analysis, needs related to the physical, social, and informational environment were identified, interpreted, and categorized according to the WHO's Age-Friendly Cities framework. These were subsequently translated into nursing taxonomies (NANDA-I, NIC, and NOC).

Results: Pontevedra presents a profile largely consistent with the Age-Friendly City model, showing significant progress in accessibility and citizen participation. However, gaps remain in public services, housing, and community support.

Conclusions: Findings suggest that Pontevedra approaches the criteria of an Age-Friendly City, although several areas require improvement. The application of the Nursing Process enabled a structured analysis of community health and its translation into the professional language of nursing, providing a useful foundation for planning context-specific interventions.

Keywords: Cities, taxonomy, nursing, nursing diagnosis, social determinants of health.

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, el aumento de la esperanza de vida y la expansión de las ciudades han transformado la estructura demográfica y los modos de vida, especialmente en los entornos urbanos. Este cambio plantea nuevos retos sociales y sanitarios vinculados al envejecimiento de la población, que requieren respuestas desde múltiples sectores. En este contexto, surge el marco de acción de la Organización Mundial de la Salud (OMS): “Ciudades Amigables con la Edad”, que propone entornos inclusivos, seguros y adaptados para promover un envejecimiento activo y saludable, en sintonía con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y la Agenda 2030 (1,2).

Este modelo parte de una concepción amplia de la salud y sus determinantes sociales, donde factores como la accesibilidad, la vivienda, el transporte, la participación o el respeto social se consideran elementos clave para el bienestar en la vejez (3,4). Así, el envejecimiento saludable no se limita a la ausencia de enfermedad, sino que implica preservar la autonomía, la funcionalidad y las relaciones sociales en entornos que favorezcan estos procesos (5–7). La OMS articula su propuesta en ocho áreas estratégicas que orientan el diseño de ciudades más inclusivas y sensibles a las necesidades de las personas mayores (Tabla 1.0) (8).

Tabla 1 Dimensiones de las Ciudades Amigables con la Edad propuesto por la OMS. Fuente: elaborada en base a la guía de ciudades globales amigables con los mayores (1)

1. Espacios al aire libre y edificios	Entorno limpio, seguro y libre de ruido, espacios verdes y caminos peatonales, asientos al aire libre, baños públicos en buen estado y edificios accesibles (ascensores, rampas, barandas en las escaleras, etc.).
2. Transporte	Accesible en cuanto a precio y comodidad de las personas mayores, confiable y frecuente, destinos de viaje clave como hospitales o parques públicos, asientos preferenciales.
3. Vivienda	Accesible en cuanto a precio y diseño, equipamiento adaptado y servicios de mantenimiento accesibles.

4. Participación social	Eventos y actividades comunitarias adecuadas en cuanto a precio, entorno y horarios, que fomenten la participación, de “asistencia fácil”, es decir, que no requieren de habilidades especiales.
5. Respeto e inclusión social	Servicios públicos y comerciales respetuosos y que atienden a las necesidades de las personas mayores, imagen pública del envejecimiento sin estereotipos, eventos intergeneracionales frecuentes.
6. Participación cívica y empleo	Opciones flexibles para los voluntarios de mayor edad, políticas que impidan la discriminación en base a la edad, jubilación como elección, oportunidades post-jubilación, educación sobre las nuevas tecnologías.
7. Comunicación e información de fácil acceso	Distribución periódica y confiable de información, comunicación oral accesible (reuniones públicas a través de individuos responsables), información impresa de fácil lectura.
8. Apoyo comunitario y servicios de salud	Servicios sociales y de salud de fácil acceso, bien distribuidos y con información clara y accesible. Servicios de cuidado domiciliario y voluntario. Planificación para casos de emergencias que incluye a las personas mayores.

En esta dirección, la ciudad de Pontevedra ha recibido reconocimientos por su transformación urbana centrada en las personas. Desde finales de los años noventa, la ciudad ha desarrollado un modelo que prioriza la movilidad peatonal, la accesibilidad universal, la seguridad vial y la mejora del espacio público. Estas actuaciones han sido premiadas nacional e internacionalmente por su impacto en la calidad de vida (9–11). Sin embargo, que una ciudad acumule distinciones urbanísticas no garantiza que cumpla con los criterios definidos por la OMS para ser considerada amigable con la edad. Por ello, resulta pertinente analizar hasta qué punto esas mejoras se traducen en entornos realmente adaptados a las expectativas y necesidades sociosanitarias de sus habitantes.

Este tipo de análisis no solo exige considerar variables estructurales u organizativas, sino también comprender cómo perciben las personas mayores su entorno y qué barreras o facilitadores identifican en su día a día. Aquí es donde la perspectiva de la Enfermería, centrada en el cuidado integral de las personas en interacción con su medio, puede aportar una mirada complementaria y útil para los estudios urbanos. La disciplina enfermera dispone de un método propio, el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), que permite identificar necesidades, emitir diagnósticos y planificar objetivos e intervenciones desde una lógica sistemática y participativa. Cuando se aplica al ámbito comunitario, este proceso posibilita la elaboración de diagnósticos colectivos a partir de la experiencia directa de la población, traduciéndolos al lenguaje profesional mediante taxonomías reconocidas internacionalmente (NANDA-I, NIC y NOC) (12–16).

Desde esta aproximación, el presente estudio se propuso explorar en qué medida la ciudad de Pontevedra se ajusta al modelo de Ciudad Amigable con la Edad propuesto por la OMS a partir de las percepciones de las personas mayores que residen en la ciudad. El estudio busca identificar sus necesidades, barreras y prioridades, así como formular diagnósticos enfermeros comunitarios y proponer posibles líneas de intervención utilizando el lenguaje taxonomizado propio de la disciplina enfermera.

MÉTODOS

Se trata de una investigación cualitativa de tipo exploratorio fundamentada en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) aplicado al ámbito comunitario, que considera a las personas mayores no solo como fuente de información, sino como protagonistas en la construcción de conocimiento orientado a la mejora de su entorno. La estructura metodológica se organizó según el PAE, aplicando sus tres primeras fases: valoración, diagnóstico y planificación. La implementación y evaluación de intervenciones no formaron parte del trabajo de campo, dado el carácter exploratorio y diagnóstico del estudio, orientado a identificar necesidades comunitarias y aportar una base para futuras acciones en salud comunitaria (17–20).

El análisis de los datos cualitativos integró el análisis temático (21) con el razonamiento diagnóstico enfermero aplicado al ámbito comunitario siguiendo las pautas de Alfaro-LeFevre (22), proceso sistemático que implica la valoración, interpretación, síntesis y formulación de diagnósticos comunitarios. El análisis temático permitió identificar y organizar las unidades de significado emergentes de los discursos, mientras que el razonamiento diagnóstico enfermero guió su interpretación y traducción al lenguaje taxonomizado (NANDA-I, NOC y NIC). Este proceso implica un juicio diagnóstico fundamentado que vincula las necesidades expresadas por la comunidad con diagnósticos, resultados e intervenciones enfermeras estandarizadas. Para garantizar el rigor metodológico se empleó la triangulación de investigadoras mediante lecturas analíticas independientes y consenso posterior, la reflexividad en el registro de decisiones metodológicas, y la conformabilidad a través de la auditoría del proceso analítico mediante el software Atlas.ti.

A continuación se describe el proceso metodológico en cada una de sus fases.

Fase de valoración: Grupo Focal

Para la fase de valoración se llevó a cabo un grupo focal, técnica cualitativa especialmente indicada para explorar percepciones colectivas sobre fenómenos sociales complejos. La sesión se desarrolló a partir de un guion estructurado según las ocho áreas del modelo de Ciudades Amigables con la Edad de la OMS, y permitió recoger las opiniones de personas mayores residentes en Pontevedra. Previamente, se les administró un cuestionario sociodemográfico con el fin de caracterizar la muestra. Esta fue seleccionada mediante muestreo intencional, en colaboración con el Programa Universitario de Mayores (PUM) de la Universidad de Vigo, priorizando participantes con experiencia vital en la ciudad. El grupo, celebrado el 31 de marzo de 2025, tuvo una duración de 75 minutos y contó con nueve personas mayores (edad media: 68 años), mayoritariamente mujeres, con alto nivel educativo y perfiles de envejecimiento activo. La sesión fue grabada con consentimiento informado, transcrita literalmente y analizada mediante análisis temático cualitativo, con apoyo del software Atlas.ti, desde una perspectiva interpretativa y narrativa (Tabla 2.0).

Tabla 2 Descripción de la muestra. Fuente: elaboración propia

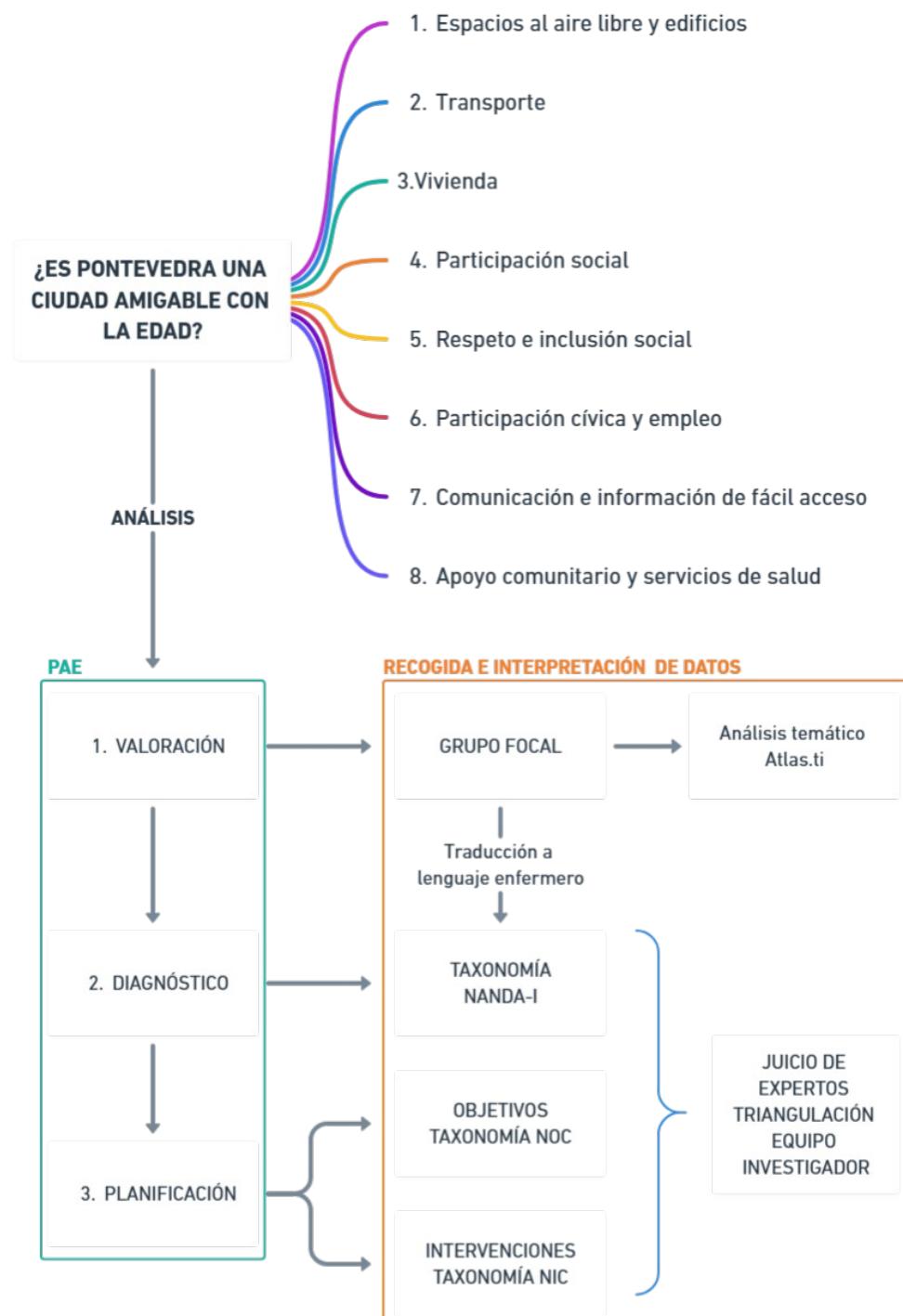
Informante	Edad	Género	Nacionalidad	Años de residencia en Pontevedra	Nivel educativo	Situación laboral	Tipo de vivienda	Convivencia	Autopercepción salud	Discapacidad	Sensación de soledad (1-10)	Uso de tecnologías
1	64	Femenino	Española	40	Universitaria	Jubilado	Propia	En familia	Buena	No	1	Sí
2	63	Femenino	Española	4	Universitaria	Otro	Propia	En familia	Buena	No	7	Sí
3	64	Femenino	Española	64	Universitaria	Jubilado	Propia	En pareja	Buena	No	1	Sí
4	69	Masculino	Española	43	Universitaria	Jubilado	Propia	En pareja	Buena	No	1	Sí
5	78	Femenino	Española	78	Secundaria	Jubilado	Propia	Solo	Buena	No	1	Sí
6	69	Masculino	Española	16	Universitaria	Jubilado	Alquiler	En pareja	Buena	No	1	Sí
7	67	Femenino	Española	16	Secundaria	Jubilado	Alquiler	En pareja	Buena	No	1	Sí
8	68	Masculino	Española	68	Universitaria	Jubilado	Propia	En pareja	Buena	No	1	Sí
9	70	Femenino	Española	34	Universitaria	Jubilado	Propia	Solo	Buena	No	1	Sí

Fase de diagnóstico: Taxonomía NANDA-I:

En la fase de diagnóstico, las unidades de significado emergidas del análisis de la fase anterior fueron interpretadas y traducidas a diagnósticos enfermeros conforme a la taxonomía NANDA-I (Edición 2024–2026). Se establecieron vínculos entre las necesidades expresadas por los informantes y los juicios clínicos estructurados propios del lenguaje taxonomizado enfermero. Este proceso se realizó mediante una lectura analítica independiente por parte de tres investigadoras, quienes propusieron posibles diagnósticos enfermeros, para posteriormente realizar una triangulación y consensuar aquellos más representativos y coherentes con el discurso recogido (Gráfico 1.0).

Fase de Planificación: Taxonomía NOC y NIC.

Finalmente, en la fase de formulación de objetivos e intervenciones, los diagnósticos consensuados sirvieron de base para definir objetivos de cuidado y proponer líneas de intervención comunitaria, empleando para ello las taxonomías enfermeras NOC (Nursing Outcomes Classification) y NIC (Nursing Interventions Classification) (Gráfico 1.0).

Gráfico 1. Proceso metodológico. Fuente: Elaboración propia

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos muestran, en general que, aunque Pontevedra ha desarrollado políticas urbanas destacables en materia de movilidad, sostenibilidad y participación (15), persisten limitaciones significativas en ámbitos clave para un envejecimiento saludable.

Esto muestra, como plantea la literatura consultada (17,19,23), cómo la enfermería y su taxonomía pueden funcionar, mediante lenguajes estandarizados, como una herramienta fundamental para el desarrollo de ciudades saludables, demostrando cómo este marco puede generar conocimiento útil para las políticas locales centradas en la salud comunitaria.

En la línea de la metodología propuesta para la recogida de datos, organizaremos los resultados junto la discusión según las 8 categorías propuestas por la OMS para clasificar las Ciudades Amigables con la Edad.

1. Espacios al aire libre y edificios

En el grupo focal, se identificaron numerosos déficits relacionados con esta categoría. A pesar de ello, se menciona que el cambio de la ciudad ha sido positivo en aspectos como accesibilidad, seguridad, buena calidad del aire y bajos niveles de ruidos por la calle:

"Más o menos en la seguridad puedes ir tranquilo. No hay problemas. La contaminación no hemos hablado mucho. El aire comprobado, respirable sin problema. (...) Ese silencio que hay que pudo estar en cualquier otro sitio. No te está machacando ni el coche ni la bocina" (Informante 5).

Los aspectos negativos más mencionados son la limpieza, la falta de aseos públicos en toda la ciudad, la dificultad para subir algunas escaleras por su diseño o la falta de rampas para sillas de ruedas y la falta de alumbrado en algunas zonas por las noches. Todas estas barreras limitan la independencia y seguridad de las personas mayores, demostrando cómo el entorno puede limitar elementos esenciales del envejecimiento saludable (6).

Estos testimonios han sido traducidos a la taxonomía enfermera estandarizada y se recogen en la Tabla 3, donde se vinculan directamente con diagnósticos como el riesgo de caídas o el deterioro de la movilidad física, así como con resultados esperados e intervenciones orientadas a promover entornos más seguros y accesibles para las personas mayores.

2. Transporte

El transporte público fue valorado como insuficiente. Aunque Pontevedra es "caminable", se destacó la falta de conexión entre las zonas rurales y urbanas, la baja frecuencia de los autobuses y la ausencia de "minibuses" que se adapten mejor a las características de la ciudad:

"Y creo que no consiste en poner autobuses grandes dado que Pontevedra es una ciudad pequeña y como tal ciudad pequeña, porque yo he vivido muchos años en una ciudad que tenía un casco pequeño, dentro del casco antiguo, tiene minibús. Sería mucho más rentable, más práctico, más económico y mejor para la gente" (Informante 5).

A pesar de esto, se menciona como aspecto positivo la conexión con el Hospital Montecelo y Marín, aspecto que facilita la autonomía de muchas personas mayores permitiendo acudir a sus consultas sanitarias en transporte público.

La influencia del transporte impacta directamente sobre la capacidad funcional y la participación social, dos de las tres dimensiones del modelo de la OMS sobre el envejecimiento saludable (5).

Como se puede comprobar en la Tabla 3, en esta categoría no se aplicaron diagnósticos NANDA-I, objetivos NOC ni intervenciones NIC, lo que puede deberse a una limitación en el marco conceptual de la taxonomía, que no integra determinantes estructurales o infraestructurales como el transporte. Considerando que el transporte es un aspecto esencial para evitar el aislamiento social y la soledad, fenómenos que pueden comprometer la salud (11), sería de interés el estudio de nuevas etiquetas diagnósticas, objetivos e intervenciones para reflejar esta problemática.

3. Vivienda

Los discursos del grupo focal evidencian dificultades para acceder a viviendas adecuadas tanto en lo económico: “*Pontevedra se ha convertido en una ciudad de alto estado. Es decir, alquileres por las nubes*” (*Informante 9*) como en lo estructural.

Estas observaciones se reflejaron en los resultados, destacando cómo las condiciones arquitectónicas de las viviendas pueden afectar directamente a la seguridad y funcionalidad de los mayores, funcionando como factor de riesgo o de protección (6).

Estas limitaciones, que impactan directamente en la seguridad, autonomía y bienestar diario, se han traducido a la taxonomía enfermera y se reflejan en la Tabla 3. Entre los diagnósticos identificados destacan el *riesgo de gestión de la salud de la comunidad ineficaz* o las *conductas de mantenimiento del hogar ineficaces*, que se asocian a condiciones ambientales no adaptadas. Asimismo, se vinculan con resultados como *entorno seguro del hogar* y con intervenciones dirigidas a la *asistencia en el mantenimiento del hogar, la vigilancia comunitaria o el manejo ambiental orientado a la seguridad*. Esta traducción permite visibilizar cómo el entorno doméstico, más allá de lo individual, constituye un determinante clave en la salud comunitaria.

Estas dificultades, que impactan directamente en la seguridad, autonomía y bienestar diario, se han traducido a la taxonomía enfermera y se reflejan en la Tabla 3.

En ella se evidencia la importancia de promover espacios que favorezcan la autonomía y el cuidado diario, tanto a nivel individual como en el marco de la salud comunitaria, además de reconocer el impacto que el ambiente doméstico tiene en el bienestar integral.

4. Participación social

“*Hay un abanico importante en esas actividades. Tienes que querer ir. Hay bastantes actividades sociales y de todo tipo. Es cuestión de preocuparte tú en buscarlas. Y muchas veces eso da pánico. Pero sí que es verdad que si las buscas, hay*” (*Informante 8*).

Los informantes expresaron una oferta cultural variada, pero con barreras en el acceso físico: “*Son lugares que suelen estar fuera de la ciudad*” (*Informante 2*) y económico: “*No todo el mundo tiene un carnet de socio*” (*Informante 2*).

Esto se traduce en la necesidad de crear entornos accesibles y motivadores que permitan el envejecimiento activo y la inclusión social, como se mencionaba anteriormente, destacando la importancia de la inclusión del ámbito social en las valoraciones de enfermería (24).

Según los testimonios recogidos, la Tabla 3 refleja cómo estas barreras se relacionan con dificultades en la interacción y la implicación comunitaria. Por ello, se proponen intervenciones que fomentan la socialización, mejoran habilidades sociales y promueven la inclusión para prevenir la soledad y apoyar un envejecimiento activo.

5. Respeto e inclusión social

Según los testimonios recogidos, los informantes no reportaron experiencias significativas de falta de respeto o discriminación por motivos de edad.

A pesar de esto, como se refleja en el Informe Mundial sobre el Edadismo el trato discriminatorio por motivos de edad, se asocia con una disminución de la esperanza de vida, así como con un aumento de problemas de salud, tanto físicos como mentales (10).

Por este motivo, debido a comentarios realizados en esta categoría: “*Yo creo que es cuestión de la sociedad. Lo que pasa es que es cuestión de educación, pienso yo*” (*Informante 8*), junto con la literatura revisada sobre el tema (10) y el juicio personal de las investigadoras, se infiere la necesidad de reflejar etiquetas diagnósticas que reflejen la posibilidad de sentirse menospreciado en la sociedad.

Los testimonios de los informantes fueron traducidos a la taxonomía enfermera, como se visualiza en la Tabla 3, donde se evidencia cómo la estigmatización y la falta de apoyo social pueden afectar la

autoestima y la dignidad de las personas mayores. Por ello, se proponen intervenciones destinadas a fortalecer las habilidades sociales y los sistemas de apoyo, promoviendo un trato respetuoso e inclusivo.

6. Participación cívica y empleo

Los participantes en el grupo focal expresaron interés en el voluntariado y en compartir sus conocimientos:

"Todas las personas que estamos aquí somos personas que hemos tenido profesiones y conocimientos. (...), mira oye, pues fui médico. Pues mira, pues oye, ¿por qué no estás en la Cruz Roja y nos echas una mano? Yo me refiero a aprovechar un poco la sabiduría y la experiencia y los conocimientos" (Informante 1).

Desde la perspectiva enfermera, esto refleja la participación activa, la autonomía y la transmisión intergeneracional. Esto coincide con el modelo de activos en salud, que sugiere que la colaboración entre personas y comunidades mejora la calidad de vida y el bienestar de las personas mayores (13).

Los aportes de los informantes fueron incorporados a la taxonomía enfermera, reflejándose en la Tabla 3 la relevancia de potenciar la autonomía personal y el compromiso social como claves para un envejecimiento saludable y activo.

7. Comunicación e información

Aunque en el caso del grupo focal, todos los informantes se desenvuelven bien en medios digitales, sí se refleja la ausencia de una parte muy significativa del grupo de edad: *"Aquí falta un sector"* (Informante 7). Se expresa la dependencia de dispositivos digitales para informarse correctamente, y se menciona la limitación en el acceso a buzones (por normas comunitarias), como fenómeno que refuerza este problema.

Los diagnósticos reflejados en los resultados de la investigación expresan la necesidad de implementar estrategias adaptadas para garantizar la inclusión informativa, un elemento clave para la toma de decisiones autónomas en salud (25).

Estos hallazgos se evidencian en la Tabla 3, donde se subraya la importancia de diseñar estrategias adaptadas que fomenten el conocimiento en salud, mejoren la alfabetización sanitaria y aumenten la motivación para el aprendizaje, aspectos fundamentales para asegurar una participación informada y autónoma en el cuidado de la salud.

8. Servicios de salud y apoyo comunitario

Por un lado, se reconocen positivamente los avances de la sanidad pública; por otro, se denuncia una escasez de recursos humanos, limitaciones en atención urgente y una atención insuficiente a personas sin hogar. Los informantes reflejan su descontento con los recursos comunitarios en este sentido, manifestando la necesidad de que se incorpore a los colectivos más vulnerables en las políticas públicas:

"Lo que quiero decir es que igual habría, en ciudades como Madrid, hay equipos de calle que son equipos de profesionales sociosanitarios y que están constantemente trabajando con estas personas en la calle. Quizás aquí ese servicio debería reforzarse más" (Informante 6).

Otros temas que aparecen con frecuencia durante este punto son la necesidad de residencias públicas en la ciudad y de nuevas políticas e intervenciones que actúen en los casos de dependencia, promoviendo la conservación de las capacidades funcionales que contribuyen al bienestar en la vejez, y a su vez, al envejecimiento saludable y autónomo (6).

Estos testimonios se tradujeron y reflejaron en la Tabla 3, donde se sintetizan las limitaciones actuales en recursos y apoyo comunitario, subrayando la necesidad de fortalecer programas y servicios para mejorar la atención a los colectivos vulnerables y promover un envejecimiento autónomo y saludable.

Tabla 3 Traducción de resultados a la taxonomía enfermera por dimensiones de la OMS.
Fuente: elaboración propia.

Dimensión OMS	NANDA-I	NOC	NIC	Verbatims
1. Espacios al aire libre y edificios	Riesgo de deterioro de la movilidad física (00324) r/c apoyo del entorno inadecuado	Ambular: silla de ruedas (0201) Ambular (0200)	Manejo ambiental: seguridad (6486)	
	Deterioro de la capacidad para caminar (00365) r/c limitaciones medioambientales no tratadas m/p dificultad para subir escaleras	Movilidad (0208)	Prevención de caídas (6490)	"No hay accesos de rampas de minusválidos" (Informante 3).
	Riesgo de contaminación (00180) r/c servicios municipales inadecuados	Control del riesgo: peligros medioambientales (1938)	Manejo ambiental: comunidad (6484)	"No está amueblada de una forma adecuada para las personas mayores" (Informante 4).
	Disminución de la capacidad para ir al inodoro (00329) r/c limitaciones medioambientales no tratadas m/p dificultad para alcanzar el inodoro	Conducta de autocuidado: uso del inodoro (0310)	Manejo ambiental (6480)	"No hay baños públicos" (Informante 1).
	Riesgo de caídas del adulto (00303) r/c iluminación inadecuada	Conducta de prevención de caídas (1909)	Prevención de caídas (6490)	"Por las noches es horroroso porque no tiene alumbrado" (Informante 4).
2. Transporte	Ausencia de etiquetas enfermeras que aborden específicamente esta dimensión.			
3. Vivienda	Riesgo de gestión de la salud de la comunidad ineficaz (00413) r/c insatisfacción del ciudadano con el programa	Estado de salud de la comunidad (2701)	Vigilancia: comunidad (6652) Defensa de la salud de la comunidad (8510) Desarrollo de la salud de la comunidad (8500)	"Aquí todavía quedan muchos pisos de los antiguos que no tienen servicio de ascensor y demás" (Informante 8).
	Conductas de mantenimiento del hogar ineficaces (00300) r/c limitaciones medioambientales no tratadas m/p dificultad para mantener un entorno confortable	Entorno seguro del hogar (1910)	Asistencia en el mantenimiento del hogar (7180)	"Para bajar al garaje, tienes que bajar dos tramos de escalera. La gente mayor ya no las baja" (Informante 6).

	Riesgo de lesión física (00336) r/c barreras físicas	Entorno seguro del hogar (1910)	Manejo ambiental: seguridad (6486)	
4. Participación social	Deterioro de la interacción social (00052) r/c limitaciones medioambientales no tratadas m/p niveles inadecuados de actividades sociales	Implicación social (1503)	Mejora de la socialización (5100)	<p><i>"Son lugares que suelen estar fuera de la ciudad. Entonces para las personas más mayores ya dependen de un transporte" (Informante 2).</i></p>
	Disminución de la implicación en actividades recreativas (00097) r/c actividades disponibles inadecuadas m/p insatisfacción con la situación	Participación en actividades de ocio (1604)	Modificación de la conducta: habilidades sociales (4362)	<p><i>"Pontevedra lo que necesita son instalaciones sociodeportivas. No privadas, sino públicas" (Informante 3).</i></p>
	Disposición para mejorar el afrontamiento de la comunidad (00076) m/p deseo de mejorar la accesibilidad a programas creativos para la comunidad	Conducta de búsqueda de la salud (1603)	Favorecimiento del ejercicio (0200)	<p><i>"Hay bastantes actividades sociales y de todo tipo. Es cuestión de preocuparte tú en buscarlas. Y muchas veces eso da pánico" (Informante 8).</i></p>
	Riesgo de soledad excesiva (00335) r/c dificultad para establecer interacción social	Habilidades de interacción social (1502)	Modificación de la conducta: habilidades sociales (4362)	
5. Respeto e inclusión social	Conexión social inadecuada (00383) r/c habilidades sociales inadecuadas m/p insatisfacción con el apoyo social	Habilidades de interacción social (1502)	Mejora de los sistemas de apoyo (5440)	<p>Se infiere de los comentarios generales de los informantes y la literatura especializada consultada.</p>
	Riesgo de autoestima situacional inadecuada (00482) r/c estigmatización	Autoestima (1205)	Mejora de la autoestima (5400)	
	Riesgo de deterioro de la dignidad humana (00488) r/c percepción de estigma social	Soporte social (1504)	Mejora de los sistemas de apoyo (5440)	
6. Participación cívica y empleo	Disposición para mejorar el envejecimiento saludable (00340) m/p deseo de mejorar el compromiso social	Autonomía personal (1614)	Mejora de la autoestima (5400)	<p><i>"Oye, pues fui médico (...) ¿por qué no estás en la Cruz Roja y nos echas una mano? Yo me refiero a aprovechar un poco la sabiduría y la experiencia y los conocimientos" (Informante 1)</i></p> <p><i>"Estamos jubilados y ya no trabajamos y no queremos trabajar. Otra cosa es hacer voluntariado, estar dispuesto a hacer cualquier otra acción social y demás" (Informante 2).</i></p>

7. Comunicación e información	Conocimientos de salud inadecuados (00435) r/c acceso inadecuado a recursos m/p ausencia de búsqueda de conocimientos sobre la propia enfermedad	Conocimiento: conducta de salud (1805)	Educación para la salud (5510)	"A mí de eso al buzón no me llega nada Además las comunidades ya impiden el acceso a los buzones. Tienen prohibido la publicidad y la propaganda" (Informante 6). "Si no tienes medio digital no se publicita tanto" (Informante 2).
	Disposición para mejorar los conocimientos de salud (00499) m/p deseo de mejorar el aprendizaje	Conocimiento: recursos sanitarios (1806)	Facilitación del aprendizaje (5520)	
	Disposición para mejorar la alfabetización en salud (00262) m/p deseo de obtener información suficiente para orientarse en el sistema de salud	Conducta de alfabetización sobre la salud (2015)	Mejora de la alfabetización en salud (5515)	
8. Servicios de salud y apoyo comunitario	Gestión de la salud de la comunidad ineficaz (00356) r/c recursos de salud inadecuados m/p no existen programas disponibles para prevenir problemas de salud de una población	Efectividad del programa comunitario (2808)	Desarrollo de la salud de la comunidad (8500)	"En ciudades como Madrid, hay equipos de calle que son equipos de profesionales sociosanitarios y que están constantemente trabajando con estas personas en la calle. Quizás aquí ese servicio debería reforzarse más" (Informante 6). "Y no los ves como aquí tirados en la calle, haciendo camas por ahí y haciendo sus necesidades y demás" (Informante 1).

Limitaciones y potencialidades del estudio

Entre las principales limitaciones del estudio se encuentra la homogeneidad de la muestra, compuesta por personas mayores activas, con nivel educativo alto y buena alfabetización digital, lo que puede haber excluido perspectivas de personas en situaciones de mayor vulnerabilidad. Además, la traducción de los discursos a la taxonomía enfermera implicó un proceso interpretativo complejo, con posible pérdida de matices, pese al rigor metodológico aplicado. No obstante, el estudio sugiere la aplicabilidad del PAE como herramienta válida para la investigación cualitativa en salud comunitaria, lo que constituye una aportación relevante desde la disciplina enfermera.

CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio apuntan a que la ciudad de Pontevedra presenta avances significativos hacia el modelo de Ciudad Amigable con la Edad propuesto por la OMS, especialmente en aspectos vinculados a la participación social, el respeto y la inclusión. Sin embargo, persisten barreras en ámbitos como el transporte público, el entorno construido o el acceso a la información, que afectan directamente la autonomía y la calidad de vida de las personas mayores.

A través de la participación activa de actores clave, fue posible identificar necesidades y prioridades que no siempre están visibilizadas en las políticas urbanas. Estas experiencias se tradujeron en diagnósticos comunitarios mediante el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), lo que evidenció el valor de esta herramienta no solo para la práctica clínica, sino también para la investigación y la planificación en salud comunitaria.

El estudio destaca el papel clave de la enfermería en la interpretación de los determinantes sociales de la salud y en la generación de propuestas de intervención que promuevan entornos urbanos más saludables, equitativos y accesibles. Asimismo, se identificaron limitaciones en las actuales taxonomías enfermeras, particularmente en la ausencia de diagnósticos e intervenciones específicas relacionadas con factores estructurales del entorno, lo que señala un campo de desarrollo necesario para la disciplina.

Por último, se subraya la importancia de integrar la voz de las personas mayores en los procesos de transformación urbana. Su participación activa no solo enriquece el diagnóstico, sino que también fortalece el compromiso colectivo hacia ciudades verdaderamente inclusivas y amigables con todas las edades.

Lista de abreviaturas:

IAP: Investigación Acción Participativa

NANDA-I: Nursing Diagnosis Association International

NOC: Nursing Outcomes Classification

NIC: Nursing Interventions Classification

ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible

OMS: Organización Mundial de la Salud

PAE: Proceso de Atención de Enfermería

PUM: Programa Universitario de Mayores

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Financiación: El presente trabajo no ha recibido financiación. Deriva de un Trabajo de Fin de Grado calificado por el tribunal colegiado de la institución académica con un 10 (Matrícula de Honor).

Contribución de los autores: La investigadora principal se responsabilizó de la recogida de datos, moderación del grupo focal, transcripción, organización de los resultados y traducción de los hallazgos al lenguaje taxonómico enfermero. La segunda autora participó en el diseño del estudio, actuó como observadora no participante durante el grupo focal, colaboró en la traducción a la taxonomía enfermera. La tercera autora participó en el diseño del estudio, fue observadora no participante en el grupo focal y supervisó la correcta ejecución de todo el proceso de investigación. Todas las autoras participaron en la redacción y revisión final del informe de investigación.

Agradecimientos: Agradecemos la colaboración de quienes participaron en el estudio y el apoyo del Programa Universitario de Mayores (PUM) de la Universidad de Vigo, sede Pontevedra.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Ciudades globales amigables con los mayores: una guía [Internet]. Ginebra: OMS; 2007 [citado el 27 de febrero de 2025]. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43805/9789243547305_spn.pdf. ISBN: 9789243547305.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Envejecimiento y salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2022 [citado el 29 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
3. Naciones Unidas. La Asamblea General adopta la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible [Internet]. Nueva York: Naciones Unidas; 2015 [citado el 27 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/2015/09/la-asamblea-general-adopt-a-la-agenda-2030-para-el-desarrollo-sostenible/>
4. Organización Mundial de la Salud. Propuesta de la Década del Envejecimiento Saludable (2020–2030) [Internet]. Ginebra: OMS; 2020 [citado el 27 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/decade-proposal-final-apr2020rev-es.pdf>
5. Ministerio de Sanidad. Infografía: Envejecimiento saludable. Información para la ciudadanía [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022 [citado el 14 de abril de 2025]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/envejecimientoSaludable/activo/docs/Infografia_EnvejecimientoSaludable_ciudadania.pdf
6. Organización Panamericana de la Salud. La influencia de los entornos en el envejecimiento saludable: el desarrollo de la Red Mundial de las Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2021 [citado el 17 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57352>
7. Ministerio de Sanidad. Infografía: Envejecimiento saludable. Información para decisores políticos [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022 [citado el 14 de abril de 2025]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/envejecimientoSaludable/activo/docs/Infografia_EnvejecimientoSaludable_decisorespoliticos.pdf
8. Global Cities Hub. Red Mundial de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores de la OMS [Internet]. Ginebra: Global Cities Hub; [fecha desconocida] [citado el 19 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://globalcitieshub.org/es/who-global-network-for-age-friendly-cities-and-communities/>
9. Cuideo. ¿Cómo deben ser las Ciudades Amigables con las personas mayores? [Internet]. Barcelona: Cuideo; [fecha desconocida] [citado el 11 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://cuideo.com/blog/ciudades-amigables-personas-mayores/>
10. Ministerio de Sanidad. Informe mundial sobre el edadismo [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022 [citado el 22 de febrero de 2025]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/envejecimientoSaludable/docs/Informe_mundial_edadismo.pdf
11. Palma-Ayllón E, Escarabajal-Arrieta MD. Efectos de la soledad en la salud de las personas mayores. Gerokomos [Internet]. 2021 [citado el 23 de febrero de 2025];32(1):22-5. . <https://dx.doi.org/10.4321/s1134-928x2021000100006>.
12. Alarcón Alfonso CM. La salutogénesis y su aplicación en la educación. Enfermería Docente [Internet]. 2022 [citado el 25 de marzo de 2025];115:9-14. Disponible en: <https://ciberindex.com/index.php/ed/article/view/11509ed>
13. Cofino R, Aviñó D, Benedé CB, Botello B, Cubillo J, Morgan A, et al. Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? Gac Sanit. 2016;30(S1):93–8 [citado el 25 de marzo de 2025]. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.06.004>.

14. Concello de Pontevedra. Agenda Urbana de Pontevedra: Marco estratégico y Plan de Acción [Internet]. Pontevedra: Concello de Pontevedra; 2022 [citado el 15 de marzo de 2025]. Disponible en: https://axendaurbana.pontevedra.gal/wp-content/uploads/2022/09/18_Marco_estrategico_PA_AUP.pdf
15. Pazos-Otón M, Fari S, Avellaneda P. La transformación de las políticas de movilidad en Pontevedra: una ciudad para caminar. Ciudad y Territorio Estudios Territoriales [Internet]. 2024 [citado el 15 de marzo de 2025];56(220):691–708. Disponible en: <https://doi.org/10.37230/CyTET.2024.220.18>
16. Alonso S. Pontevedra gana su octavo premio internacional por su modelo urbano. Diario de Pontevedra [Internet]. 2025 feb 11 [citado el 15 de marzo de 2025]; Disponible en: <https://www.diariodepontevedra.es/articulo/pontevedra/pontevedra-gana-octavo-premio-internacional-modelo-urbano/202502111336031375710.html>
17. Renghea A, Cuevas-Budhart MA, Yébenes-Revuelto H, Gómez del Pulgar M, Iglesias-López MT. "Comprehensive Care" Concept in Nursing: Systematic Review. Invest Educ Enferm [Internet]. 2023 Sep 20 [citado el 6 de marzo de 2025];40(3):e05. Disponible en: <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v40n3e05>
18. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Revista de Salud Pública del Paraguay [Internet]. 2013 [citado el 8 de marzo de 2025];3(1):41–48. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/11/964686/41-48.pdf>
19. Servicio Extremeño de Salud. Guía para la realización de un Diagnóstico de Salud Comunitario [Internet]. Extremadura: Servicio Extremeño de Salud; 2023 [citado el 15 de marzo de 2025]. Disponible en: https://www.enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/3051/20230109_Guia_realizacion_Diagnostico_de_Salud_Comunitario_Extremadura.pdf
20. Rubio JC. Papel de enfermería en el juicio clínico: La valoración y el diagnóstico. Enfermería en cardiología: revista científica e informativa de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología [Internet]. 2014 [citado el 17 de marzo de 2025]; 2(62): 25-31. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6288890>
21. Vaismoradi M, Turunen H, Bondas T. Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. Nurs Health Sci. 2013;15(3):398-405. doi: 10.1111/nhs.12048
22. Alfaro-LeFevre R. Aplicación del proceso enfermero: Fundamento del razonamiento clínico. 8^a ed. Barcelona: Wolters Kluwer; 2014. 260 p. ISBN: 978-84-15840-76-3
23. Mijangos-Fuentes KI. El Paradigma Holístico de la Enfermería. Salud y Administración [Internet]. 2014 [citado el 15 de marzo de 2025];1(2): 17-22. Disponible en: https://www.unsis.edu.mx/revista/doc/vol1num2/A3_Paradigma_Holistico.pdf
24. Castrillón E. La enfermera transcultural y el desarrollo de la competencia cultural. Cultura de los cuidados. Revista de Enfermería y Humanidades [Internet]. 2015 [citado el 16 de abril de 2025]; 19(42): 128-136. Disponible en: <https://doi.org/10.14198/cuid.2015.42.11>
25. Hernández-Sarmiento JM, Jaramillo-Jaramillo LI, Villegas-Alzate JD, Álvarez-Hernández LF, Roldán-Tabares MD, Ruiz-Mejía C, et al. La educación en salud como una importante estrategia de promoción y prevención. Archivos de Medicina (Col) [Internet]. 2020 [citado el 27 de mayo de 2025];20(2):490–504. Disponible en: <https://doi.org/10.30554/archmed.20.2.3487.2020>

PUNTOS CLAVE

Lo conocido sobre el tema:

- *El modelo de Ciudades Amigables con la Edad promueve entornos accesibles, inclusivos y participativos para personas mayores.*
- *La participación social y el entorno físico son determinantes clave del envejecimiento activo y saludable.*

- *La Enfermería Comunitaria tiene un papel central en la identificación de necesidades colectivas y la planificación de intervenciones contextualizadas.*
- *El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es una herramienta estructurada que facilita el análisis de necesidades en salud.*
- *El envejecimiento poblacional exige adaptar las ciudades para garantizar la calidad de vida de las personas mayores.*
- *Las metodologías participativas permiten detectar necesidades que no siempre se recogen en los datos cuantitativos.*

Qué aporta este estudio:

- *Evalúa la ciudad de Pontevedra desde la perspectiva de las personas mayores, detectando fortalezas y barreras en su alineación con el modelo de Ciudades Amigables con la Edad de la OMS.*
- *Emplea el PAE como herramienta metodológica para traducir necesidades comunitarias al lenguaje taxonómico enfermero, integrando la práctica profesional con la investigación sociodemográfica.*
- *Visibiliza la participación de personas mayores como clave para el diseño de políticas urbanas más inclusivas.*
- *Identifica limitaciones en las taxonomías enfermeras actuales para abordar factores estructurales del entorno, proponiendo nuevas líneas de desarrollo disciplinar.*