

Análisis del estado de la cuestión en la prevención y atención a la persona mayor con sordera desde una perspectiva interdisciplinar

Analysis of the current state of knowledge on the prevention and care of older people with hearing loss from an interdisciplinary perspective

Para referencia bibliográfica:

Corral Carrillo, O., Beraza Tamayo, N., Bermejo Boixareu, C., Lassaletta Atienza, L., Morales Escobar, F., Santos Garrido, J. y Prieto Martínez, R. (2026). Análisis del estado de la cuestión en la prevención y atención a la persona mayor con sordera desde una perspectiva interdisciplinar. *Especiales FIAPAS*, 186, 1-24

Análisis del estado de la cuestión en la prevención y atención a la persona mayor con sordera desde una perspectiva interdisciplinar

Este Análisis del estado de la cuestión en la prevención y atención a la persona mayor con sordera desde una perspectiva interdisciplinar forma parte del Programa para la Defensa de Derechos y Promoción de la Participación y Vida Activa de las Personas Mayores con Sordera, financiado por el Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030, con cargo a la convocatoria de subvenciones del 0,7, y cofinanciado por la Fundación ONCE.

DIRECCIÓN

Doña Raquel Prieto Martínez
Directora General de FIAPAS

COORDINACIÓN TÉCNICA

Doña Natalia Beraza Tamayo
Directora de Incidencia y Comunicación de FIAPAS

Doña Olga Corral Carrillo
Coordinadora del área de Mayores de FIAPAS

COLABORADORES EXPERTOS

Dra. Cristina Bermejo Boixareu
Coordinadora del servicio de Geriátría del Hospital Universitario Puerta de Hierro.
Presidenta de la Sociedad Madrileña de Geriátría y Gerontología (SMGG).

Dr. Luis Lassaletta Atienza
Jefe de Sección. Servicio de ORL. Hospital Universitario “La Paz”.
Profesor Titular de Otorrinolaringología. Universidad Autónoma de Madrid.
Director del grupo “Investigación en Otoneurocirugía”. IdiPAZ.
Facultativo en Hospital Universitario Quironsalud, Madrid.

Dr. Francisco Morales Escobar
Presidente de SEMERGEN Canarias (Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria).
Miembro de grupo de trabajo de Otorrinolaringología.
Médico de Familia y Coordinador en Centro de Salud Arucas, Las Palmas de Gran Canaria.

Don Javier Santos Garrido
Director de Audiología en Departamento de Otorrinolaringología en sede de Madrid de Clínica Universitaria de Navarra.

RESUMEN

La pérdida auditiva asociada al envejecimiento constituye un problema de salud pública que, a pesar de la elevada prevalencia y gran impacto en la calidad de vida de las personas mayores, continúa siendo infradetectada y normalizada socialmente. En España, aunque la presbiacusia afecta a un alto porcentaje de la población mayor de 65 años, la ausencia de cribados auditivos sistemáticos y de protocolos homogéneos de actuación dificulta el diagnóstico precoz y retrasa el acceso a soluciones eficaces.

La evidencia científica demuestra que la hipoacusia no tratada se asocia a un mayor riesgo de deterioro cognitivo, depresión, soledad no deseada y aislamiento social, caídas y dependencia, así como a un incremento significativo del gasto sanitario y social. Por el contrario, la detección temprana y el tratamiento adecuado, mediante prótesis auditivas e intervenciones rehabilitadoras, generan beneficios funcionales, cognitivos, emocionales y sociales, además de ser coste-efectivos.

Este documento analiza la situación actual de la prevención y atención a la persona mayor con sordera, identifica carencias estructurales del sistema sanitario y sociosanitario, y formula propuestas prioritarias de actuación desde diferentes disciplinas profesionales.

FIAPAS impulsa este análisis con el objetivo de promover la implantación de cribados auditivos sistemáticos, mejorar la coordinación entre niveles asistenciales y garantizar la participación, la accesibilidad y los derechos de las personas mayores con pérdida auditiva.

PALABRAS CLAVE

Pérdida auditiva; hipoacusia; presbiacusia; personas mayores; detección precoz; cribado auditivo; envejecimiento saludable.

ABSTRACT

Age-related hearing loss is a public health problem that, despite its high prevalence and significant impact on the quality of life of older people, continues to be underdetected and socially normalized. In Spain, although presbycusis affects a high percentage of the population over the age of 65, the lack of systematic hearing screenings and standardized protocols hinders early diagnosis and delays access to effective solutions.

Scientific evidence demonstrates that untreated hearing loss is associated with a greater risk of cognitive decline, depression, unwanted loneliness, and social isolation, falls and dependency, as well as a significant increase in both health care and social care expenditure. Conversely, early detection and appropriate treatment, through hearing aids/prostheses and rehabilitation interventions, generate functional, cognitive, emotional, and social benefits, in addition to being cost-effective.

This document analyzes the current state of prevention and care for older people with hearing loss, identifies structural shortcomings in the healthcare and social care system, and formulates priority action proposals from different professional disciplines.

FIAPAS is driving this analysis with the aim of promoting the implementation of systematic hearing screenings, improving coordination between levels of care, and guaranteeing the participation, accessibility, and rights of older people with hearing loss.

KEY WORDS

Hearing loss; presbycusis; older people; early detection; hearing screening; healthy aging.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN

2. INCIDENCIA DE LA SORDERA EN PERSONAS MAYORES

3. CONSECUENCIAS E IMPACTO DE LA PÉRDIDA DE AUDICIÓN EN LA PERSONA MAYOR

- 3.1. Impacto a nivel funcional, cognitivo y social de la pérdida de audición no tratada en personas mayores
- 3.2. Impacto económico de la pérdida auditiva no tratada en las personas mayores
 - 3.2.1. Impacto sanitario y social con repercusión económica
 - 3.2.2. Costes en Europa
 - 3.2.3. Rentabilidad de la inversión

4. ESTADO DE LA CUESTIÓN

- 4.1. Carencias y necesidades detectadas
- 4.2. Propuestas prioritarias de acción
- 4.3. Orientación de las respuestas desde los distintos ámbitos profesionales
- 4.4. Marco normativo
 - 4.4.1. Normativa internacional
 - 4.4.2. Marco normativo y estratégico en España
 - 4.4.3. Iniciativas científicas y consensos nacionales

5. PREVENCIÓN Y DETECCIÓN PRECOZ DE LA HIPOACUSIA EN LA PERSONA MAYOR

- 5.1. Prevención de la hipoacusia
- 5.2. Detección precoz de la hipoacusia
- 5.3. Protocolos y consensos para la detección precoz

6. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HIPOACUSIA EN LA PERSONA MAYOR

- 6.1. Diagnóstico integral
- 6.2. Tratamiento médico, protésico y rehabilitador

7. PARTICIPACIÓN E INCLUSIÓN EN EL ENTORNO

- 7.1. La familia: apoyo esencial ante la hipoacusia en las personas mayores
- 7.2. Accesibilidad auditiva, a la información y a la comunicación oral
- 7.3. Administraciones implicadas

8. CONCLUSIONES

9. RECOMENDACIONES

- 9.1. Recomendaciones prioritarias
- 9.2. Recomendaciones complementarias

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) advierte en su *Informe Mundial de la Audición* (2021) de que la pérdida auditiva constituye un problema de salud pública que requiere una respuesta decidida por parte de las administraciones y de la sociedad en su conjunto. La presbiacusia o pérdida de audición relacionada con la edad es actualmente la **tercera patología crónica más frecuente** entre las personas mayores y la **principal causa de años vividos con discapacidad (AVD)** en mayores de 70 años.

Pese a su elevada prevalencia, la pérdida de audición en las personas mayores continúa siendo **infra-detectada y normalizada**, percibida erróneamente como una consecuencia inevitable del envejecimiento. Esta percepción dificulta el diagnóstico precoz y retrasa el acceso a soluciones eficaces. En España, según el estudio EuroTrak (Anovum, 2023), mientras que la pérdida auditiva afecta aproximadamente al **80 % de las personas mayores de 75 años**, solo el **35,8 % de ellas se reconoce como persona con pérdida de audición**, lo que pone de manifiesto una brecha significativa entre la pérdida real y la percibida.

A esta infradetección se suma la **ausencia de cribados auditivos sistemáticos** en los distintos niveles asistenciales, Atención Primaria, Geriátrica o recursos residenciales, así como la falta de protocolos homogéneos de actuación. Incluso, entre las personas ya diagnosticadas, persisten barreras relevantes para el acceso y el uso continuado de prótesis auditivas, derivadas del estigma, las dificultades económicas y las desigualdades territoriales. De hecho, solo un 39 % de esas personas que se reconocen como persona con pérdida de audición (35,8 %) utilizan audífonos (Anovum, 2023).

Esta falta de respuesta estructural contribuye a que la hipoacusia en las personas mayores quede relegada frente a otras circunstancias asociadas al

envejecimiento. Sin embargo, la evidencia científica es concluyente al identificar la hipoacusia no tratada como un **factor de riesgo modificable** del deterioro cognitivo, la depresión, el aislamiento social y la soledad no deseada. Del mismo modo, numerosos estudios muestran mejoras significativas en la función cognitiva, emocional y social con el uso de prótesis auditivas, incluso en personas con deterioro cognitivo leve o moderado.

Más allá de su dimensión clínica, la pérdida de audición no detectada o no tratada tiene importantes consecuencias que trascienden el ámbito sanitario. Se pone en riesgo el ejercicio efectivo de derechos esenciales como el derecho a la salud, el derecho a acceder a la información y a la comunicación y el derecho a la participación social en igualdad de condiciones. Este impacto es especialmente relevante en una etapa vital en la que la autonomía personal y la participación en la comunidad son prioritarias en la agenda pública. Este enfoque resulta coherente con los derechos y los principios recogidos en la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad, firmada y ratificada por España. En ella se insta a los Estados a adoptar medidas que aseguren el acceso a los servicios de salud y la inclusión y participación en la comunidad.

En este marco, la pérdida auditiva asociada a la edad constituye una condición claramente alineada con los objetivos del **I Plan Nacional para el Bienestar Saludable de las Personas con Discapacidad**. Este plan está impulsado por el Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030. El plan establece como prioridad la **implantación de cribados en condiciones de alta prevalencia en la población mayor de 50 años**, así como el refuerzo de la detección precoz como herramienta clave para prevenir la discapacidad, la dependencia y las desigualdades en salud.

En este contexto, FIAPAS mantiene su compromiso con la defensa de los derechos de las personas mayores con sordera y sus familias. En este marco, desarrolla el **Programa para la Defensa de Derechos y Promoción de la Participación y Vida Activa de las Personas Mayores con Sordera**, financiado por el Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030, con cargo a la convocatoria del 0,7, y cofinanciado por la Fundación ONCE.

La detección precoz de la hipoacusia en las personas mayores no constituye únicamente una intervención clínica, sino una medida orientada a garantizar el ejercicio de los derechos y a prevenir situaciones evitables de dependencia, aislamiento y exclusión social.

Por ello, FIAPAS impulsa este documento como herramienta de análisis e incidencia política. Su objetivo principal es **promover la implantación de cribados auditivos sistemáticos en la población mayor**, en coherencia con las prioridades de prevención y detección precoz establecidas en las políticas públicas. Este análisis ofrece una visión interdisciplinar desde la atención primaria, la geriatría, la otorrinolaringología, la audiología y el movimiento asociativo. Su finalidad es visibilizar el impacto de la pérdida auditiva no detectada y fundamentar propuestas de actuación concretas.

2. INCIDENCIA DE LA SORDERA EN PERSONAS MAYORES

Según la OMS, para 2050 se prevé que haya casi 2.500 millones de personas con algún grado de pérdida de audición y que más de 700 millones requieran rehabilitación. Igualmente, el 11 % de la población en Europa vive con una pérdida de audición ≥ 35 dB, lo que supone 57 millones de personas.

Según datos de la Sociedad Española de Otorrinolaringología (SEORL, 2022), la **presbiacusia** afecta

aproximadamente al **30 % de la población general entre los 65 y los 70 años, alcanzando el 80 % de la población por encima de los 75**. Debido a la contaminación acústica y al estilo de vida, la SEORL advierte, además, que se está provocando un incremento de estos problemas de audición propios de la edad en otras más precoces, **en torno a los 50 años**.

Por otro lado, según la *Encuesta de discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia* del Instituto Nacional de Estadística (2020), en España hay:

- **1.233.400 personas con una discapacidad auditiva** de distinto tipo y grado.
- **918.700 personas mayores de 65 años con una discapacidad auditiva** de distinto tipo o grado (cifra que corresponde al 75 % del conjunto total de las personas con discapacidad auditiva).
- **Más del 97 % comunican en lengua oral**.
- **El 60 % son mujeres**.

3. CONSECUENCIAS E IMPACTO DE LA PÉRDIDA DE AUDICIÓN EN LA PERSONA MAYOR

3.1. Impacto a nivel funcional, cognitivo y social de la pérdida de audición no tratada en personas mayores

Numerosos estudios evidencian que la hipoacusia no tratada en personas mayores tiene un impacto significativo en la calidad de vida, afectando la esfera física, cognitiva, emocional y social. El estudio EuroTrak (Anovum, 2023) estimó que **el 10,6 % de la población general presenta algún tipo de problema auditivo, de distinto tipo y grado**, que dificulta la comprensión del habla en un tono de voz normal. Esta prevalencia que aumenta con la edad se incrementará en los próximos años.

La presbiacusia (Manrique, 2023), además de comprometer la percepción sonora y la comprensión del lenguaje, puede provocar múltiples consecuencias: trastornos del equilibrio, caídas, aislamiento social, depresión, alteraciones del sueño y deterioro cognitivo.

1. Trastornos de equilibrio y caídas

La pérdida auditiva puede dar lugar a inestabilidad postural y caídas, especialmente en personas mayores, con el consiguiente riesgo de accidentes domésticos y desorientación. Un estudio reciente (de Lima et al., 2024), realizado con más de 700 adultos mayores de 55 años, identificó una relación directa entre la gravedad de la sordera, la sensación de inestabilidad y peores resultados en pruebas de equilibrio.

2. Soledad no deseada y aislamiento social

La audición es el puente fundamental en las relaciones sociales. Cuando empieza a perder audición, la persona puede dejar de participar en conversaciones grupales, actividades comunitarias o reuniones familiares. Esto genera una reducción progresiva de la vida social, especialmente en espacios ruidosos.

De este modo, la hipoacusia repercute significativamente en la esfera socioafectiva (Borel, 2020; Manrique, 2021), dificultando la comunicación y limitando la participación en actividades sociales.

Según la OMS, uno de los efectos más destacables de la pérdida auditiva no tratada es la soledad, especialmente en personas mayores. Datos del estudio de Tuñón et al. (2025) revelan que un 64,1 % de las personas mayores de 65 años experimentan soledad no deseada, porcentaje que se agrava si existe una hipoacusia sin tratar. De hecho, las personas mayores con pérdida de audición tienen 2,2 veces más de probabilidades de experimentar soledad que aquellas con audición normal (Shukla et al., 2020).

El *Estudio sobre Salud, Envejecimiento y Jubilación* en Europa (SHARE, 2004-presente); con más

de 33.000 participantes mayores de 50 años, muestra que la autopercepción de soledad unida a la hipoacusia puede acelerar el deterioro cognitivo (Lampraki et al., 2025), lo que refuerza la necesidad de detección precoz y de estrategias de intervención.

3. Depresión

Cuando la persona no oye bien, la conversación cotidiana se vuelve agotadora. Esa sobrecarga, unida a la frustración por no entender y al miedo a “estorbar”, incrementa la vulnerabilidad emocional.

La pérdida de audición en personas mayores se ha asociado con un incremento significativo del riesgo de depresión. De hecho, hay estudios (Bigelow et al., 2020; Lawrence et al., 2020) que señalan que las personas con hipoacusia presentan 1,5 veces más probabilidad de sufrir depresión.

Esta vulnerabilidad incluye menor bienestar psicológico (Humes et al., 2020), menor interacción social y pérdida de actividades significativas, lo que forma un círculo negativo entre aislamiento y síntomas depresivos.

4. Insomnio y ansiedad

La hipoacusia no tratada se relaciona con mayores niveles de ansiedad y peor calidad del sueño, además de un incremento del agotamiento diario. El esfuerzo constante por comprender el habla y desenvolverse en entornos comunicativos con varios hablantes y ruido, genera estrés, hiperactivación y sensación de inseguridad, que pueden afectar negativamente al descanso nocturno y al bienestar emocional general (Kuo et al., 2025; Yeo et al., 2022).

5. Deterioro cognitivo

La pérdida de audición no tratada se asocia a un mayor riesgo de deterioro cognitivo. De esta manera, la hipoacusia afecta tanto a la cognición como a la estructura cerebral y existen varias hipótesis que explican esta asociación (Lassaletta et al., 2020):

- Carga cognitiva: la persona con hipoacusia destina más recursos mentales a comprender el habla, pudiendo contribuir a un aceleramiento del deterioro cognitivo.
- Causa común: la pérdida de audición junto con el deterioro cognitivo son consecuencia del proceso de envejecimiento cerebral relacionado con la edad.
- En cascada: el aislamiento social derivado de la sordera acelera la pérdida cognitiva.
- Sobrediagnóstico o “hipótesis de presagio”: la pérdida auditiva puede confundirse con síntomas de deterioro cognitivo.

El riesgo de demencia aumenta un 16 % por cada 10 dB de pérdida auditiva (Chern et al., 2022; Yu et al., 2024). Además, la pérdida de audición se considera uno de los principales factores de riesgo potencialmente modificables en la prevención de la demencia en personas mayores de 60 años (Griffiths et al., 2020; Livingston et al., 2017; 2020). De hecho, si se trata la hipoacusia, se puede llegar a reducir el riesgo de desarrollar demencia hasta un 8 %.

La pérdida auditiva, junto con otros factores podría explicar hasta el 40 % de los casos de demencia a nivel global (Livingston et al., 2020).

Evidencia de mejora con tratamiento auditivo

Hay evidencia científica (Calvino et al., 2022a, 2022b; Lassaletta et al., 2020) sobre la mejora tras el tratamiento auditivo. Así, los estudios muestran que, tras un año de uso de implante coclear en personas mayores de 55 años, se observan mejoras en calidad de vida, rendimiento cognitivo, inteligibilidad del habla, discapacidad auditiva autopercibida y calidad del sonido.

La detección temprana, el uso de audífonos o implantes auditivos y una intervención rehabilitadora adecuada son esenciales para reducir el riesgo de deterioro cognitivo y mejorar la calidad de vida.

En definitiva, la hipoacusia no tratada en personas mayores tiene un efecto directo sobre el equilibrio, la salud emocional, la calidad del sueño, la vida social y el funcionamiento cognitivo. La evidencia científica es clara: la detección y el tratamiento precoz de la pérdida auditiva son esenciales para prevenir o mitigar sus consecuencias funcionales, psicológicas y cognitivas. La intervención audiológica adecuada reduce el aislamiento, mejora la participación social y contribuye significativamente a la prevención del deterioro cognitivo y la demencia.

Además, cuando no se diagnostica la pérdida de audición a tiempo, se puede retrasar el posible diagnóstico de otras enfermedades sistémicas como la hipertensión, diabetes, lupus o esclerosis múltiple (Cabrero-Borrego y Andújar-Lara, 2025; Galarza-Delgado et al., 2025; Jin et al., 2025; Mirmosayyeb et al., 2022).

3.2. Impacto económico de la pérdida auditiva no tratada en las personas mayores

La pérdida auditiva no tratada no solo afecta a la calidad de vida de la persona mayor, sino que también tiene un importante impacto económico generando cargas financieras significativas para los sistemas de salud y las economías nacionales. Según el *Informe Mundial sobre la Audición* (OMS, 2021), los costes mundiales derivados de la pérdida de audición no tratada alcanzan los 980.000 millones de dólares anuales. Esto se debe a la pérdida de productividad, las mayores necesidades asistenciales y los efectos psicosociales. De esta cantidad, 224.500 millones de dólares anuales corresponden a la Región de Europa (costes calculados en dólares USD del 2015 teniendo en cuenta pérdidas auditivas ≥ 35 dB).

Estas cifras justifican la consideración de la pérdida auditiva asociada a la edad como una prioridad

de salud pública en el contexto del envejecimiento poblacional. La ausencia de cribado auditivo supone una oportunidad perdida de prevención coste-efectiva.

3.2.1. Impacto sanitario y social con repercusión económica

No tratar la hipoacusia se asocia a:

- Costes adicionales por comorbilidades (depresión, ansiedad, soledad, caídas...).
- Mayor riesgo de institucionalización y dependencia debido al deterioro funcional, cognitivo y social asociado.
- Peor control de enfermedades crónicas por menor adherencia terapéutica.
- Mayor probabilidad de errores clínicos por dificultades comunicativas.
- Incremento de la carga para cuidadores que deben suplir tanto dificultades comunicativas como limitaciones en la vida diaria.
- Dificultades laborales que pueden desembocar en la pérdida del puesto de trabajo o en la dificultad para promocionar profesionalmente.

Estos efectos incrementan el uso de recursos sanitarios y sociales.

3.2.2. Costes en Europa

Los costes anuales de la pérdida de calidad de vida por hipoacusia no tratada (pérdidas ≥ 35 dB y considerando las tasas de posesión de audífonos del estudio de EuroTrak- Anovum, 2023) en Europa son de 236.269 millones de euros (Shield, 2019).

En concreto, en España, para pérdidas auditivas no tratadas ≥ 35 dB, el coste es de 16.627 millones de euros. Así, España es el quinto país de la Unión Europea con más gastos después de Alemania, Francia, Reino Unido e Italia.

3.2.3. Rentabilidad de la inversión

La evidencia demuestra que invertir en salud auditiva no solo mejora la calidad de vida, sino que resulta altamente rentable. Con una inversión de 1 dólar USD, el retorno estimado a 10 años sería de casi 16 dólares por cada dólar invertido (OMS, 2021).

Por todo ello, ampliar el acceso a la atención auditiva -detección, diagnóstico y rehabilitación- es una medida rentable y necesaria para mejorar la calidad de vida de las personas mayores y reducir la carga económica que genera tanto a nivel individual y familiar como a nivel del Estado.

4. ESTADO DE LA CUESTIÓN

4.1. Carencias y necesidades detectadas

A pesar de la elevada incidencia de la pérdida auditiva en las personas mayores y de las importantes consecuencias que conlleva, tanto para la calidad de vida como para la sostenibilidad del sistema sanitario y sociosanitario, en la actualidad **no existen en España protocolos ni programas de cribado auditivo sistemático** que permitan detectar precozmente esta condición en la población mayor. La ausencia de una estrategia preventiva estructurada contribuye de manera decisiva a la **infradetección de la hipoacusia**, retrasando la intervención y amplificando su impacto funcional, cognitivo, emocional y social.

Esta carencia estructural se produce a pesar de tratarse de una condición **altamente prevalente, progresiva y tratable**. Además, contrasta con la evidencia científica disponible y con las orientaciones de las políticas públicas en materia de prevención, envejecimiento saludable y promoción de la autonomía personal.

En este contexto, se identifican las siguientes **carencias y necesidades prioritarias**, especialmente relevantes en relación con la prevención y la detección precoz de la hipoacusia en las personas mayores:

Carencia estructural principal

- La **infradetección de la hipoacusia** en personas mayores, derivada de la ausencia de **cribados auditivos sistemáticos**.

Carencias del sistema sanitario y sociosanitario

- La falta de **protocolos comunes y coordinados** entre Atención Primaria, Geriatría y Otorrinolaringología para la detección precoz de la pérdida auditiva.
- La **inexistencia de circuitos homogéneos de derivación y seguimiento** tras la detección de una posible hipoacusia.
- La escasa integración de la información auditiva en la **historia clínica electrónica**, lo que limita la continuidad asistencial.
- La persistencia de **barreras de accesibilidad auditiva** en entornos sanitarios y sociosanitarios que dificultan la comunicación y la participación de las personas mayores.

Carencias sociales, culturales y formativas

- El déficit de **programas de sensibilización y formación** dirigidos a profesionales sanitarios y sociosanitarios.

- La **percepción social** de la hipoacusia como una consecuencia inevitable del envejecimiento, que contribuye a la baja demanda de evaluación auditiva.
- El **estigma** asociado al uso de prótesis auditivas, percibidas como símbolo de vejez o discapacidad.
- Las **consecuencias funcionales, cognitivas, emocionales y sociales** derivadas de la pérdida de audición no detectada, incluyendo el aislamiento social, la soledad no deseada y el riesgo de deterioro cognitivo.

4.2. Propuestas prioritarias de acción

Ante la situación descrita, se proponen las siguientes líneas de actuación, dirigidas a reforzar la prevención y la detección precoz de la hipoacusia en la población mayor, como eje central de la respuesta del sistema sanitario y sociosanitario:

Medidas prioritarias

1. **Implantar y protocolizar el cribado auditivo sistemático y su seguimiento** en la población mayor, incorporándolo de manera estable en los programas de atención sanitaria a la persona mayor.
2. **Desarrollar protocolos comunes de detección precoz** de la pérdida auditiva en Atención Primaria y Geriatría, siguiendo modelos consensuados y basados en la evidencia científica.
3. **Establecer circuitos claros de derivación y seguimiento** tras la detección de una posible hipoacusia, garantizando la continuidad asistencial.
4. **Integrar la información auditiva en la historia clínica electrónica**, favoreciendo la toma de decisiones clínicas y el seguimiento longitudinal.

Medidas complementarias de apoyo

5. Fortalecer la coordinación interdisciplinar entre Atención Primaria, Geriatría, Otorrinolaringología, Audiología y otros ámbitos profesionales implicados.
6. Reforzar la formación de los profesionales sanitarios y sociosanitarios en detección precoz y pautas de comunicación con personas mayores con pérdida de audición.
7. Desarrollar programas de sensibilización dirigidos a la sociedad en general y a personas mayores, familias y cuidadores para promover la revisión auditiva y reducir el estigma.
8. Garantizar la accesibilidad auditiva, a la información y a la comunicación oral para las personas con pérdida de audición en todos los entornos sanitarios, sociales, culturales, etc.
9. Promover entornos acústicamente saludables en recursos residenciales, centros de día y espacios comunitarios (cines, teatros, centros socioculturales, etc.).
10. Integrar la salud auditiva como un componente esencial de las políticas de envejecimiento activo y saludable.

4.3. Orientación de las respuestas desde los distintos ámbitos profesionales

La implantación de estas medidas requiere una actuación coordinada entre los distintos ámbitos profesionales que intervienen en la atención a la persona mayor:

- **Atención Primaria:** identificación de factores de riesgo, realización del cribado auditivo inicial, seguimiento básico y derivación a los recursos especializados cuando proceda.
- **Geriatría:** orientación hacia un modelo integral, interdisciplinar y centrado en la persona, que incorpore de manera sistemática la valoración y el cribado de la salud auditiva, reconociendo su impacto en la funcionalidad, la cognición y la autonomía de las personas mayores.
- **Otorrinolaringología:** evaluación diagnóstica completa, indicación y realización del tratamiento médico y, en su caso, quirúrgico, toma de decisiones terapéuticas avanzadas, valoración de la idoneidad de las distintas opciones de rehabilitación auditiva (audífonos, implantes auditivos u otras soluciones), seguimiento clínico de los resultados funcionales y de la evolución del paciente y coordinación con el resto de profesionales implicados.
- **Audiología y Audioprótesis:** apoyo a la detección precoz, asesoramiento especializado y seguimiento tras la identificación de la pérdida de audición, en coordinación con el resto de profesionales.

4.4. Marco normativo

La respuesta a la pérdida auditiva en personas mayores debe situarse dentro del marco normativo y estratégico que guía las políticas de salud, envejecimiento y discapacidad en España, en la Unión Europea e incluso a nivel mundial. Diferentes instrumentos legales y estratégicos reconocen la necesidad de promover la detección precoz, la prevención de situaciones de dependencia y la accesibilidad en el ejercicio del derecho a la salud. Todo ello proporciona una base sólida para impulsar políticas públicas que incorporen la salud auditiva como una prioridad.

4.4.1. Normativa internacional

Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006)

El artículo 25 (Salud) exige a los Estados proporcionar los servicios de salud que necesiten las personas con discapacidad, incluidas la pronta detección e intervención para prevenir la aparición de nuevas discapacidades. La Convención reconoce explícitamente a **las personas mayores dentro de este ámbito de protección**, lo que sitúa la pérdida de audición asociada a la edad como un área prioritaria.

Estrategia Europea sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad 2021–2030 (Comisión Europea, 2021)

Tiene en cuenta el aumento de la prevalencia de la discapacidad con la edad, fomenta una perspectiva intersectorial que aborda los obstáculos específicos que afrontan las personas con discapacidad en situación vulnerable. También reconoce que las personas mayores con discapacidad necesitan una atención especial. Además, plantea la necesidad de asegurar la accesibilidad como herramienta clave para la autonomía personal, al mismo tiempo, que promueve la vida independiente.

Década del Envejecimiento Saludable 2020-2030 (OMS, 2020)

Este marco global impulsa la creación de sistemas sanitarios integrados y accesibles, promoviendo:

- La detección y atención temprana de condiciones crónicas frecuentes.
- La reducción de desigualdades en salud.
- La participación social de las personas mayores.

4.4.2. Marco normativo y estratégico en España

I Plan Nacional para el Bienestar Saludable de las Personas con Discapacidad 2022–2026 (Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, 2023)

Este plan incorpora un enfoque preventivo y de promoción de la salud a lo largo de la vida, señalando como prioridad:

- **Implantar cribados en enfermedades o causas de discapacidad de alta prevalencia en población mayor de 50 años.**
- Mejorar la coordinación sociosanitaria.
- Promover apoyos y tecnologías de asistencia.
- Prevenir la dependencia mediante la promoción del envejecimiento activo y saludable.

La salud auditiva de las personas mayores encaja completamente en estas líneas, dada su alta prevalencia y su impacto directo en autonomía y participación.

Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006)

La atención a personas mayores incluye la obligación de realizar actuaciones preventivas y de detección precoz, “con especial énfasis en el cribado de hipoacusia”, pero **no existe aún un protocolo estatal homogéneo de cribado auditivo para adultos y mayores.**

Este vacío regulatorio justifica la necesidad de **desarrollar un programa nacional de cribado auditivo sistemático.**

Estrategia Estatal para un nuevo modelo de cuidados en la comunidad (2024-2030) (Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030, 2024)

Reconoce:

- La importancia de reducir la soledad no deseada.
- El valor de intervenir antes de que aparezcan necesidades de apoyo.
- La necesidad de reforzar la prevención de la dependencia.

La pérdida auditiva no detectada es un factor que agrava la soledad, acelera el deterioro funcional y aumenta la carga de cuidados, por lo que este ámbito debe integrarse en las políticas de prevención de dependencia.

Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria (2025-2027) (Ministerio de Sanidad, 2025)

Aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, tiene como objetivo reforzar el papel de la Atención Primaria como eje del sistema sanitario, con especial énfasis en la prevención, la atención a las personas mayores y la respuesta a las necesidades derivadas del envejecimiento poblacional y la cronicidad.

Entre sus líneas estratégicas se incluyen la **ampliación y actualización de la cartera de servicios**, el refuerzo de la **capacidad resolutive de los equipos de Atención Primaria**, la mejora de la **continuidad asistencial** y el impulso de un enfoque **comunitario y preventivo** de la atención sanitaria. Este marco resulta especialmente pertinente para la salud auditiva, dado que la pérdida de audición asociada a la edad es una condición altamente prevalente, progresiva y con un impacto significativo en la autonomía, la salud mental y la participación social.

4.4.3. Iniciativas científicas y consensos nacionales

Protocolo para la detección precoz y el abordaje de la hipoacusia en adultos en Atención Primaria y Geriatría (2025)

Este protocolo es un consenso de expertos de diferentes sociedades científicas como SEMERGEN, SEMG, semFYC, SEGG y SEORL-CCC (Morales Escobar et al., 2025).

Este consenso profesional pone de manifiesto lo siguiente:

- El reconocimiento de la infradetección de la hipoacusia.
- La recomendación de cribados en población mayor.
- Propone circuitos de derivación y seguimiento.
- Subraya el coste social y sanitario de la inacción.

Su existencia aporta una base de legitimidad técnica para una política pública de detección sistemática.

5. PREVENCIÓN Y DETECCIÓN PRECOZ DE LA HIPOACUSIA EN LA PERSONA MAYOR

La prevención y la detección precoz de la hipoacusia en la persona mayor constituyen elementos clave para reducir su impacto funcional, cognitivo, comunicativo, social y emocional, así como para favorecer un envejecimiento activo y saludable. La evidencia científica disponible subraya que una intervención temprana permite minimizar las consecuencias de la pérdida auditiva y optimizar los resultados de las actuaciones posteriores.

5.1. Prevención de la hipoacusia

La prevención de la hipoacusia se estructura en tres niveles -primaria, secundaria y terciaria- que deben entenderse como estrategias complementarias dentro de un abordaje integral de la salud auditiva en la persona mayor.

Prevención primaria

La prevención primaria está dirigida a reducir el riesgo de aparición de la hipoacusia y comprende las siguientes actuaciones:

- **Protección frente al ruido:** evitar la exposición prolongada a ruidos intensos en el ámbito laboral, ambiental o de ocio mediante el uso de protectores auditivos y la limitación del tiempo de exposición. Se recomienda asimismo un uso responsable de dispositivos electrónicos, siguiendo la regla 60/60 (no superar el 60 % del volumen máximo y no utilizar auriculares más de 60 minutos seguidos), incorporando descansos auditivos (Núñez-Batalla et al., 2025).
- **Uso adecuado de medicamentos:** consultar con profesionales sanitarios antes de la utilización de fármacos potencialmente ototóxicos.
- **Higiene auricular adecuada:** evitar la introducción de objetos en el canal auditivo y mantener una limpieza externa correcta para prevenir infecciones.
- **Control de factores de riesgo cardiovascular y metabólico:** la hipertensión arterial, la diabetes, las dislipemias y otros factores pueden influir negativamente en la audición.
- **Tratamiento adecuado de patologías otológicas:** abordaje precoz de otitis, tapones de cerumen y otras enfermedades del oído.

Si bien estas medidas son relevantes desde una perspectiva de salud pública, en el caso de la perso-

na mayor su impacto resulta limitado si no se acompañan de estrategias eficaces de detección precoz de la pérdida auditiva ya instaurada.

Prevención secundaria

La prevención secundaria se centra en la **detección, el diagnóstico y el tratamiento precoz** de la hipoacusia en personas aparentemente sanas. En el contexto del envejecimiento, este nivel de prevención adquiere un papel especialmente relevante, dado el carácter progresivo y frecuentemente infradetectado de la presbiacusia.

Prevención terciaria

La prevención terciaria está orientada a evitar complicaciones y a mejorar la calidad de vida de las personas con pérdida de audición mediante la adherencia al tratamiento, incluyendo el uso adecuado de prótesis auditivas, las revisiones periódicas y el acceso a servicios de rehabilitación de la audición y el habla.

5.2. Detección precoz de la hipoacusia

La detección precoz de la hipoacusia constituye la **herramienta fundamental** para minimizar el impacto de la presbiacusia en la persona mayor. La identificación temprana de la hipoacusia facilita una intervención oportuna, mejora la funcionalidad y la comunicación, y reduce el riesgo de consecuencias asociadas como el aislamiento social, la depresión o el deterioro cognitivo.

A diferencia del cribado auditivo neonatal, implantado en España desde 2011, **no existe en la actualidad un cribado auditivo sistemático en la población adulta**, a pesar de la elevada prevalencia de la pérdida auditiva en edades avanzadas y de la disponibilidad de herramientas sencillas y validadas para su detección.

Entre los **elementos clave de la detección precoz** se incluyen:

- **Pruebas de cribado auditivo:** la evidencia disponible justifica la necesidad de establecer programas de cribado dirigidos a personas mayores.
- **Revisiones periódicas en adultos:** se recomienda la realización de pruebas de cribado a partir de los 50 años, especialmente en personas con antecedentes familiares de hipoacusia. Según el modelo propuesto por Lammers et al. (Lammers et al., 2025), se plantea un cuestionario inicial y un cribado cada 5 años entre los 50 y los 65 años, y cada año a partir de los 65 años, siguiendo el modelo de la OMS.
- **Identificación de signos de alerta:** incremento del volumen de dispositivos electrónicos (televisión, radio, teléfono, ...), dificultad para comprender conversaciones presenciales o telefónicas, falta de respuesta a estímulos sonoros a corta distancia, presencia de acúfenos o evitación de actividades sociales.
- **Consulta médica ante sospecha:** ante la presencia de signos de alerta, se recomienda acudir a Atención Primaria o a Otorrinolaringología para una valoración completa y la realización de pruebas audiológicas.
- **Integración del cribado en los programas asistenciales:** inclusión de un ítem específico de audición en las revisiones periódicas, utilizando cuestionarios sencillos y, cuando sea posible, pruebas objetivas como la aplicación *hearWHO* recomendada por la OMS.

5.3. Protocolos y consensos para la detección precoz

Diversas sociedades científicas han avanzado en la definición de un marco común para mejorar la detec-

ción de la hipoacusia en personas adultas mayores. El *Protocolo para la detección precoz y el abordaje de la hipoacusia de las personas adultas en Atención Primaria y Geriatría* (Morales Escobar et al., 2025) pone de manifiesto que la falta de coordinación entre niveles asistenciales puede generar sobrecostes y repercutir negativamente en el bienestar de las personas afectadas.

Este protocolo propone **dos niveles de prevención** y plantea su **implementación progresiva** en los servicios sanitarios, incorporando herramientas estandarizadas de cribado, criterios de derivación y un modelo de coordinación entre Atención Primaria, Geriatría y Otorrinolaringología. Asimismo, subraya la importancia de la sensibilización sobre los riesgos del ruido, la realización de revisiones periódicas y el control de enfermedades crónicas como estrategias clave para retrasar la aparición de la pérdida de audición o evitar su progresión.

6. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HIPOACUSIA EN LA PERSONA MAYOR

El diagnóstico y tratamiento de la hipoacusia en la persona mayor requieren un **abordaje clínico integral**, que combine la valoración médica, funcional, cognitiva y social. Este enfoque resulta especialmente relevante en edades avanzadas, donde la pérdida auditiva suele coexistir con comorbilidades y situaciones de fragilidad que condicionan tanto su impacto como la respuesta terapéutica.

La **detección precoz de la hipoacusia** constituye el punto de partida imprescindible para garantizar un diagnóstico adecuado y un tratamiento eficaz. En este sentido, la coordinación entre Atención Primaria, Geriatría, Otorrinolaringología y Audiología es fundamental para asegurar una atención continuada, ajustada a las necesidades de cada persona y orientada a preservar su calidad de vida.

6.1. Diagnóstico integral

El proceso diagnóstico de la hipoacusia en la persona mayor debe realizarse de forma estructurada y contemplar los siguientes elementos:

1. **Clasificación del tipo y grado de hipoacusia**, utilizando los criterios audiométricos establecidos, con el fin de orientar adecuadamente el abordaje terapéutico.
2. **Evaluación médica especializada**, realizada por el especialista en Otorrinolaringología, que incluya: anamnesis detallada, exploración física del oído, pruebas audiológicas, y, cuando esté indicado, pruebas complementarias (imagen, estudios genéticos u otras), con el objetivo de descartar causas estructurales, hereditarias o potencialmente tratables.
3. **Valoración funcional, cognitiva y social**, especialmente relevante en la persona mayor, para comprender el impacto real de la pérdida auditiva en la vida diaria, la comunicación y la participación social. Esta valoración permite adaptar el plan terapéutico a la situación global de la persona.

Este enfoque integral facilita una toma de decisiones más ajustada y evita intervenciones tardías o inadecuadas derivadas de diagnósticos incompletos.

6.2. Tratamiento médico, protésico y rehabilitador

El tratamiento de la pérdida de audición debe ser **individualizado**, teniendo en cuenta la causa, el tipo y el grado de hipoacusia, así como las necesidades, preferencias y contexto vital de la persona mayor. El abordaje terapéutico puede incluir tratamiento médico, adaptación protésica y rehabilitación auditiva y del lenguaje.

- **Otorrinolaringología (ORL)**: la prescripción de prótesis auditivas (audífonos o implantes auditivos) corresponde al especialista en Otorrinolaringología, de acuerdo con criterios clínicos y funcionales, tras la confirmación diagnóstica.
- **Atención Primaria**: desempeña un papel clave en la atención longitudinal de la persona mayor con hipoacusia, considerando las comorbilidades asociadas (fragilidad, deterioro cognitivo, trastornos del sueño o del estado de ánimo) que pueden influir en el rendimiento protésico, la adherencia al tratamiento y el autocuidado.
- **Geriatría**: contribuye al seguimiento del impacto funcional, cognitivo y emocional de la pérdida auditiva y de su tratamiento, así como a la monitorización del uso adecuado de los dispositivos y su adherencia.
- **Audiología y Audioprótesis**: se encarga del asesoramiento individualizado sobre la selección, adaptación y ajuste de las audioprótesis, así como de las revisiones periódicas.
- **Logopedia**: desarrolla el entrenamiento auditivo y la rehabilitación del habla, proporcionando estrategias de comunicación adaptadas a las necesidades de la persona.
- **Abordaje psicosocial**: especialmente relevante en situaciones de aislamiento social, depresión, dependencia o dificultades comunicativas. Incluye apoyo emocional, entrenamiento en estrategias de comunicación y coordinación con el entorno familiar y social (Confederación Española de Familias de Personas Sordas-FIAPAS, 2025).

7. PARTICIPACIÓN E INCLUSIÓN EN EL ENTORNO

7.1. La familia: apoyo esencial ante la hipoacusia en las personas mayores

La pérdida auditiva que aparece en la edad adulta suele aparecer de manera progresiva y, en muchos casos, pasa desapercibida durante años. Cuando no se detecta y aborda de forma temprana, su impacto no se limita a la persona mayor, sino que se extiende de manera significativa a su entorno familiar, afectando a la comunicación, la convivencia y la participación en la vida cotidiana.

Con frecuencia, la propia persona mayor y su familia centran sus esfuerzos en atender otras necesidades asociadas al envejecimiento como la movilidad, la salud física o la autonomía personal, relegando la pérdida de audición a un segundo plano. Esto ocurre, en parte, por desconocimiento de su alcance real y sus consecuencias. Esta situación se ve agravada cuando no existen mecanismos sistemáticos de detección precoz que permitan identificar la hipoacusia en fases iniciales y orientar adecuadamente a la persona y a su entorno.

La ausencia de un diagnóstico temprano traslada a las familias una carga que no les corresponde. Les obliga a adaptarse a dificultades comunicativas crecientes sin herramientas ni apoyos adecuados. En este contexto, el cribado auditivo en personas mayores no solo constituye una medida de salud pública, sino también una **estrategia de apoyo a las familias**. Este cribado permite identificar el problema de forma temprana, reducir la incertidumbre y planificar una intervención acompañada.

El Movimiento Asociativo de Familias FIAPAS desempeña un papel relevante en la visibilización de estas situaciones y en el acompañamiento a las personas mayores y sus familias. A través de información

rigurosa, orientación especializada y acciones de empoderamiento, las entidades confederadas contribuyen a que la pérdida de audición no se afronte desde la resignación, sino desde el conocimiento y la defensa de derechos. No obstante, esta labor resulta insuficiente si no se ve respaldada por políticas públicas que garanticen la detección precoz de la hipoacusia.

7.2. Accesibilidad auditiva, a la información y a la comunicación oral

La participación plena de las personas mayores con pérdida auditiva en su entorno social, cultural y comunitario está estrechamente vinculada a la accesibilidad auditiva, a la información y a la comunicación oral. Sin embargo, cuando la hipoacusia no ha sido detectada ni reconocida, las barreras de acceso a la información y a la comunicación oral tienden a acumularse y cronificarse. Esto favorece situaciones de aislamiento social, soledad no deseada y retraimiento progresivo (Confederación Española de Familias de Personas Sordas, 2022).

Los entornos frecuentados por personas mayores -centros de salud, centros de día, residencias, comercios, espacios culturales o de ocio- presentan a menudo deficiencias en materia de accesibilidad auditiva, a la información y a la comunicación, así como en cuanto al acondicionamiento acústico. Esto dificulta la comprensión y la interacción comunicativa, especialmente en ausencia de un diagnóstico que permita activar ajustes razonables. La falta de detección precoz de la hipoacusia impide, además, que se adopten medidas de accesibilidad de manera anticipada y planificada.

Las prótesis auditivas y los productos de apoyo a la audición y a la comunicación oral, como los bucles magnéticos, los sistemas de FM o el subtítulo, son herramientas fundamentales para la inclusión. Sin

embargo, su eficacia depende en gran medida de una identificación temprana de la hipoacusia y de un tratamiento y seguimiento adecuados. Del mismo modo, la accesibilidad auditiva, a la información y a la comunicación, tanto en formatos presenciales como no presenciales, requiere que las necesidades auditivas de la persona mayor hayan sido previamente reconocidas.

En este sentido, la detección precoz de la hipoacusia es un requisito previo para garantizar la accesibilidad auditiva, a la información y a la comunicación oral. Así, la detección precoz permite identificar necesidades, anticipar apoyos y adaptar entornos antes de que las dificultades se consoliden y limiten la participación social.

7.3. Administraciones implicadas

Las situaciones descritas ponen de manifiesto que las dificultades de participación e inclusión de las personas mayores con hipoacusia no son inevitables ni atribuibles exclusivamente al envejecimiento. Estas dificultades están estrechamente relacionadas con la **ausencia de respuestas estructurales desde las políticas públicas**, en particular en lo relativo a la detección precoz.

La implantación de cribados auditivos sistemáticos en la población mayor requiere la implicación coordinada de los distintos niveles administrativos. A **nivel estatal**, el Ministerio de Sanidad tiene un papel clave en la definición de estrategias de salud pública y en el desarrollo de indicadores comunes, incluyendo la detección precoz de la hipoacusia en el marco de la atención a las personas mayores. Asimismo, el Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030 impulsa planes y estrategias orientados al bienestar y al envejecimiento saludable, entre los que se contempla el fomento de cribados en aquellas enfermedades

o causas de discapacidad de mayor prevalencia a partir de los 50 años.

Por su parte, las **Comunidades Autónomas** son responsables de la planificación y ejecución de los protocolos de atención sanitaria y sociosanitaria, así como de la implementación efectiva de los cribados, la formación de los profesionales implicados y la garantía de condiciones de accesibilidad en los servicios dirigidos a las personas mayores. La coordinación a través del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud resulta fundamental para asegurar la equidad territorial y la coherencia del sistema.

En este marco, la detección precoz de la hipoacusia en las personas mayores se configura como una **responsabilidad institucional ineludible**, con un impacto directo en la participación social, la inclusión y la calidad de vida, tanto de las personas mayores con pérdida de audición como de sus familias.

8. CONCLUSIONES

La pérdida de audición en las personas mayores constituye un problema de salud pública de elevada prevalencia y alto impacto, que continúa infravalorado tanto a nivel social como institucional. La evidencia científica disponible demuestra de forma consistente que la hipoacusia no detectada ni tratada se asocia a consecuencias relevantes en múltiples dimensiones de la vida de la persona mayor. Estas consecuencias incluyen el deterioro cognitivo, el aislamiento social, la soledad no deseada, la depresión, el aumento del riesgo de caídas y la disminución de la calidad de vida.

A pesar de este impacto, persiste una percepción social extendida que considera la pérdida de audición como una consecuencia inevitable del envejecimiento, lo que retrasa la consulta, el diagnóstico y la intervención. Esta situación se ve agravada por la **ausencia de programas de cribado auditivo sistemático**

en los distintos niveles de atención -Atención Primaria, Geriatría y recursos residenciales- lo que favorece la infradetección y conduce a diagnósticos tardíos, cuando las consecuencias funcionales y sociales ya se han consolidado.

La evidencia científica sitúa a la hipoacusia como uno de los principales factores de riesgo potencialmente modificables del deterioro cognitivo y la demencia. Esto refuerza la relevancia de su detección precoz y de una intervención temprana. Asimismo, se ha constatado que el tratamiento adecuado, incluido el uso de prótesis auditivas, conlleva beneficios cognitivos, comunicativos, emocionales y sociales, especialmente cuando se lleva a cabo en fases iniciales de la pérdida auditiva.

Desde una perspectiva de sostenibilidad, la pérdida de audición no tratada genera un impacto económico significativo para el sistema sanitario y social. Esto se debe al incremento de la dependencia, la utilización de recursos asistenciales y la institucionalización, así como la pérdida de productividad. En este contexto, la inversión en programas de salud auditiva y en cribado auditivo se configura como una medida coste-efectiva, con retornos sociales y económicos claramente superiores a su coste inicial.

Todo ello pone de manifiesto que **la detección precoz de la hipoacusia mediante un cribado siste-**

mático constituye la palanca clave para mejorar la atención a las personas mayores con hipoacusia. También favorece su participación social, garantiza la accesibilidad y alivia la carga que actualmente recae sobre las familias. No se trata únicamente de optimizar recursos sanitarios, sino de evitar situaciones prevenibles de exclusión social.

El marco normativo y estratégico nacional e internacional reconoce el derecho a la detección precoz, a la accesibilidad y a la participación de las personas mayores en igualdad de condiciones. Sin embargo, este reconocimiento no puede quedar en una declaración formal: debe traducirse en políticas públicas coherentes, homogéneas y evaluables que integren la salud auditiva como un eje central del envejecimiento saludable.

En este escenario, FIAPAS, desde su compromiso con la defensa de los derechos de las personas con sordera y sus familias, impulsa este documento como una herramienta de análisis e incidencia política. Busca promover respuestas estructurales, sostenidas y coordinadas que sitúen la audición y a la persona mayor en el centro de la planificación de las políticas públicas. Garantizar el derecho a oír de las personas mayores es clave para un envejecimiento saludable y para asegurar su participación social.

9. RECOMENDACIONES

9.1. Recomendaciones prioritarias

1. **Incorporar el cribado auditivo sistemático en la atención a las personas mayores**, con protocolos homogéneos incluyendo revisiones periódicas desde los 50 años (cada 5 años) y cribados más frecuentes a partir de los 65 años (cada año).
2. **Desarrollar e implementar protocolos comunes de detección precoz, diagnóstico y seguimiento**, coordinados entre Atención Primaria, Geriatria, Otorrinolaringología y Audiología, garantizando circuitos claros de derivación y tratamiento.
3. **Integrar indicadores de salud auditiva en la historia clínica electrónica y en los sistemas de información sanitaria**, facilitando el seguimiento y la continuidad asistencial, así como la toma de decisiones clínicas basadas en información completa.
4. **Situar la salud auditiva como prioridad estratégica en las políticas de envejecimiento**, garantizando su inclusión en planes nacionales, autonómicos y locales de atención a las personas mayores y de prevención de la dependencia.
5. Garantizar el **acceso equitativo a las prótesis auditivas** y a su adecuado seguimiento.

9.2. Recomendaciones complementarias

6. Implementar medidas de accesibilidad auditiva, a la información y a la comunicación oral en entornos sanitarios, sociales y comunitarios, incluyendo productos de apoyo a la audición y la promoción de entornos acústicamente saludables.
7. Formar y sensibilizar a profesionales sanitarios y sociosanitarios, cuidadores y familias en pautas de comunicación con personas con pérdida de audición, así como en el uso y mantenimiento básico de prótesis auditivas y productos de apoyo.
8. Promover campañas públicas de sensibilización dirigidas a personas mayores, familias y sociedad en general, orientadas a desestigmatizar el uso de prótesis auditivas y a fomentar la consulta precoz.
9. Impulsar un envejecimiento activo inclusivo, integrando la salud auditiva como componente esencial de las políticas públicas de promoción de la autonomía, la participación y la vida comunitaria.
10. Reforzar la participación de las familias y del movimiento asociativo, reconociendo su papel en el acompañamiento emocional, comunicativo y social de las personas mayores con pérdida auditiva.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anovum. (2023). *EuroTrak Spain 2023: Resultados del estudio sobre la pérdida auditiva y uso de audifonos en España*. Asociación Nacional de Audioprotesistas (ANA) y European Hearing Instrument Manufacturers Association (EHIMA). https://www.ehima.com/wp-content/uploads/2023/10/EuroTrak-Spain_2023_Report.pdf
- Bigelow, R. T., Reed, N. S., Brewster, K. K., Huang, A., Rebok, G., Rutherford, B. R., y Lin, F. R. (2020). Association of hearing loss with psychological distress and utilization of mental health services among adults in the United States. *JAMA network open*, 3(7), e2010986-e2010986.
- Borel, S. (2020). Communication, ressentí psychologique et qualité de vie. En S. Borel y J. Leybaert, (Eds.), *Surdités de l'enfant et de l'adulte*. Orthophonie. (pp. 223-231). De Boeck Supérieur.
- Caballero-Borrego, M., y Andújar-Lara, I. (2025). Type 2 Diabetes Mellitus and Hearing Loss: A Prisma Systematic Review and Meta-Analysis. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, 173(5), 1041-1053.
- Calvino, M., Sánchez-Cuadrado, I., Gavilán, J., Gutiérrez-Revilla, M. A., Polo, R., y Lassaletta, L. (2022a). Effect of cochlear implantation on cognitive decline and quality of life in younger and older adults with severe-to-profound hearing loss. *European archives of oto-rhino-laryngology: official journal of the European Federation of Oto-Rhino-Laryngological Societies (EUFOS): affiliated with the German Society for Oto-Rhino-Laryngology - Head and Neck Surgery*, 279(10), 4745–4759. <https://doi.org/10.1007/s00405-022-07253-6>
- Calvino, M., Sánchez-Cuadrado, I., Gavilán, J., y Lassaletta, L. (2022b). The effect of risk factors on cognition in adult cochlear implant candidates with severe to profound hearing loss. *Frontiers in psychology*, 13, 837366. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.837366>
- Chern, A., Irace, A. L., Sharma, R. K., Zhang, Y., Chen, Q., y Golub, J. S. (2022). The longitudinal association of subclinical hearing loss with cognition in the health, aging and body composition study. *Frontiers in aging neuroscience*, 13, 789515.
- Comisión Europea. (2021, 3 de marzo). *Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones: Una Unión de la Igualdad: Estrategia sobre los derechos de las personas con discapacidad para 2021-2030*. COM, (2021) 101 final. Oficina de Publicaciones de la Unión Europea. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=CELEX:52021DC0101>
- Confederación Española de Familias de Personas Sordas (Jáudenes, C. dir) (2022). *OÍR para un envejecimiento activo y saludable. Accesibilidad auditiva, a la Información y a la Comunicación en Centros y Residencias para personas mayores*. (3ª ed.). FIAPAS.
- Confederación Española de Familias de Personas Sordas-FIAPAS (2025). *Cómo hablar con una persona con sordera. Pautas generales de comunicación (Cualquier entorno)*. [Archivo PDF]. <https://bibliotecafiapas.es/publicacion/pautas-generales/>
- De Lima, J. P., Manrique-Huarte, R., Ferran, S., Mallmann, F., Calavia Gil, D., Andueza Barrenechea, B., Huarte, Alicia, Gallego Madrid, M.A. y Manrique, M. (2024). Hearing and Balance in Healthy Aging Project: Characterization of Hearing, Balance, and Other Associated Disorders in Three Population Groups Aged 55 and Over. *Audiology and Neurotology*, 29(4), 306-321.
- Galarza-Delgado, D. Á., Juárez-Silva, J. E., Baca-Soto, J. A., Flores-Álvarez, A. C., y Treviño-González, J. L. (2025). Subclinical sensorineural hearing loss in systemic lupus erythematosus: a comparative cross-sectional study. *Clinical Rheumatology*, 1-10.
- Griffiths, T. D., Lad, M., Kumar, S., Holmes, E., McMurray, B., Maguire, E. A., Billig, A.J. y Sedley, W. (2020). How can hearing loss cause dementia? *Neuron*, 108(3), 401-412. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2020.08.003>
- Humes, L., Pichora-Fuller, K., y Hickson, L. (2020). Functional consequences of impaired hearing in older adults and implications for intervention. En Helfer, K., Bartlett, E., Popper, A. y Fay, R. (Eds.), *Aging and hearing: Causes and consequences* (pp. 257-291). Springer Handbook of Auditory Research, vol 72. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-49367-7_11
- Instituto Nacional de Estadística. (2020). *Encuesta de discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia (EDAD 2020)*. Instituto Nacional de Estadística. <https://imserso.es/el-imserso/documentacion/estadisticas/encuesta-discapacidad-autonomia-personal-situaciones-dependencia-edad-2020>
- Jin, X., Xu, X., Wang, J., Liu, X., Deng, X., y Xie, H. (2025). Association between hypertension and hearing loss: a systemic review and meta-analysis. *Frontiers in Neurology*, 15, 1470997.

- Kuo, K. W., Liu, T. H., Liu, C. Y., y Liu, C. J. (2025). Effects of cochlear implants on depression, anxiety, and insomnia in adults with bilateral sensorineural hearing loss: a three-year retrospective cohort study of 8964 cochlear implant users. *Cochlear Implants International*, 1-9.
- Lammers, M. J. W., Raine, C., Mertens, G., van Rompaey, V., Hagen, R., Kurz, A., Skarzynski, P. H., Lorenz, A., Opie, J., D'Haese, P., Grasso, P., Lassaletta, L., Calvino, M., y Anderson, I. (2025). Towards an adult hearing screening procedure. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 91(4), 101616. <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2025.101616>
- Lampraki, C., Zuber, S., Turoman, N., Joly-Burra, E., Mack, M., Laera, G., Scarampi, C., Rostekova, A., Kliegel, M., y Ihle, A. (2025). Profiles of social isolation and loneliness as moderators of the longitudinal association between uncorrected hearing impairment and cognitive aging. *Communications psychology*, 3(1), 101.
- Lassaletta, L., Calvino, M., Sánchez-Cuadrado, I., Gavilán, J., Polo, R., y Gutiérrez-Revilla, A. (2020): Implantes cocleares y función cognitiva en mayores de 55 años. *Revista FIAPAS, junio 2021, nº 176. Especial FIAPAS*.
- Lawrence, B. J., Jayakody, D. M., Bennett, R. J., Eikelboom, R. H., Gasson, N., y Friedland, P. L. (2020). Hearing loss and depression in older adults: a systematic review and meta-analysis. *The Gerontologist*, 60(3), e137-e154.
- Livingston, G., Sommerlad, A., Orgeta, V., Costafreda, S. G., Huntley, J., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., Burns, A., Cohen-Mansfield, J., Cooper, C., Fox, N., Gitlin, L. N., Howard, R., Kales, H. C., Larson, E. B., Ritchie, K., Rockwood, K., Sampson, E. L., ... Mukadam, N. (2017). Dementia prevention, intervention, and care. *The Lancet*, 390(10113), 2673–2734. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31363-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31363-6)
- Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., Brayne, C., Burns, A., Cohen-Mansfield, J., Cooper, C., Costafreda, S. G., Díaz, A., Fox, N., Gitlin, L. N., Howard, R., Kales, H. C., Kivimäki, M., Larson, E. B., Ogunniyi, A., ... Mukadam, N. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *The Lancet*, 396(10248), 413–446. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30367-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30367-6)
- Manrique, M. (2021). Documento sobre fragilidad y presbiacusia. En M. Manrique (Ed.), *Pérdida de audición relacionada con la edad: presbiacusia* (pp. 4-6). GAES Comité Científico. ISBN: 978-84-09-305445 <https://www.gaesmedica.com/es-es/fragilidad-presbiacusia/perdida-audicion-relacionada-edad-presbiacusia>
- Manrique, M. (2023). Detección de la hipoacusia. Especial foco en el programa de salud auditiva en la prevención de la fragilidad de las personas de edad avanzada en GAES Médica (Ed.), *Libro blanco sobre los implantes cocleares en adultos y ancianos*. (35-47) GAES Médica. <https://www.gaesmedica.com/es-es/monografias/libro-blanco-sobre-implantes-cocleares-en-adultos-ancianos>
- Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. (2023). *I Plan Nacional para el Bienestar Saludable de las Personas con Discapacidad 2022-2026*. Dirección General de Derechos de las Personas con Discapacidad. <https://www.rpdiscapacidad.gob.es/estudios-publicaciones/plan-bienestar.htm>
- Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030. (2024). *Estrategia estatal para un nuevo modelo de cuidados en la comunidad: un proceso de desinstitucionalización (2024-2030)*. <https://www.dsca.gob.es/es/publicacion/estrategia-estatal-nuevo-modelo-cuidados-comunidad-proceso-desinstitucionalizacion-2024>
- Ministerio de Sanidad. (2025). *Plan de acción de atención primaria y comunitaria 2025-2027* (NIPO 133-25-146-6). Madrid, España: Ministerio de Sanidad. <https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPrimaria/home.htm>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2006). *Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización* (BOE núm. 222, pp. 32650-32679). Boletín Oficial del Estado.
- Mirmosayyeb, O., Naderi, M., Raeisi, S., Ebrahimi, N., Ghaffary, E. M., Afshari-Safavi, A., Barzegar, M. y Shaygannejad, V. (2022). Hearing loss among patients with multiple sclerosis (PwMS): A systematic review and meta-analysis. *Multiple sclerosis and related disorders*, 62, 103754.
- Morales Escobar, F., De Simón Gutiérrez, R., García Casas, MC., Gómez Gabaldón, N., Macho Pérez, O., Manzanares Arnaiz, C., Martín de Diego, R., Núñez Batalla, F., Plaza Mayor, G., Sánchez Gómez, S. y Tárraga López, P. (2025). *Protocolo para la detección precoz y el abordaje de la hipoacusia de las personas adultas en atención primaria y geriatría: Consenso de expertos*. ISBN 978-84-09-76842-4.
- Núñez-Batalla, F., Jáudenes-Casabón, C., Sequí-Canet, J. M., Vivanco-Allende, A. y Zubicaray-Ugarteche, J. (2025). Prevención del daño

auditivo inducido por el ruido en la edad pediátrica: recomendaciones CODEPEH 2025. *Especiales FIA-PAS*, 185, 1-24.

Organización de las Naciones Unidas. (2006). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo*. Naciones Unidas. <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

Organización Mundial de Salud. (s.f.). *hearWHO* [Aplicación móvil]. OMS. <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/sensory-functions-disability-and-rehabilitation/hearwho>

Organización Mundial de la Salud. (14 de diciembre de 2020). *Década de Envejecimiento Saludable 2020-2030*. <https://www.who.int/es/publications/m/item/decade-of-healthy-ageing-plan-of-action>

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Informe mundial sobre la audición*. Organización Mundial de la Salud. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55067>

SHARE Project. (2004–presente). *Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa (SHARE)*. Munich Center for the Economics of Aging. <https://www.share-project.org>

Shield, B. (2019). *Hearing loss – Numbers and Costs: Evaluation of the social and economic costs of hearing impairment*. London: Brunel University. <https://www.ehima.com/wp-content/uploads/2021/01/Hear-it-Report-Hearing-Loss-Numbers-and-Costs-2019.pdf>

Shukla, A., Harper, M., Pedersen, E., Goman, A., Suen, J. J., Price, C., Applebaum, J., Hoyer, M., Lin, F.R. y Reed, N. S. (2020). Hearing loss, loneliness, and social isolation: a systematic review. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, 162(5), 622-633.

Sociedad Española de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. (23 de junio de 2022). *Signos de alerta de pérdida de audición en personas mayores*. SEORL. <https://seorl.net/signos-de-alerta-de-perdida-de-audicion-en-personas-mayores/>

Tuñón, A., Ruiz, R., González, D., y González-Güeto, J. (2025). *Estudio sobre discapacidad y soledad no deseada en España*. Fundación ONCE. https://www.soledades.es/sites/default/files/contenidos/Soledades_Discapacidad_Bar%C3%B3metro%204acc%20%281%29.pdf

Yeo, C. D., Yeom, S. W., You, Y. S., Kim, J. S., y Lee, E. J. (2022). Association of sudden sensorineural hearing loss with increased risk of insomnia: a nationwide population-based cohort study. *Journal of clinical sleep medicine: JCSM: official publication of the American Academy of Sleep Medicine*, 18(5), 1335–1342.

Yu, R. C., Proctor, D., Soni, J., Pikett, L., Livingston, G., Lewis, G., Schilder, A., Bamiou, D., Mandavia, R., Omar, R., Pavlou, M., Lin, F., Goman, A., y Gonzalez, S. C. (2024). Adult-onset hearing loss and incident cognitive impairment and dementia—a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Ageing Research Reviews*, 98, 102346.



Pantoja, 5 (Local) 28002 Madrid
Tel.: 91 576 51 49 Fax: 91 576 57 46
Servicio Telesor

fiapas@fiapas.es www.fiapas.es www.bibliotecafiapas.es

Síguenos en:      

Depósito Legal: M-7985-2026 © FIAPAS 2026

Esta publicación está disponible para su descarga en PDF en www.bibliotecafiapas.es

