

MANUAL



**Guía sobre la evaluación y los esquemas
de atención centrados en la persona en la
atención primaria de salud**

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
Américas

MANUAL



**Guía sobre la evaluación y los esquemas
de atención centrados en la persona en la
atención primaria de salud**

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
Américas

Versión oficial en español de la obra original en inglés Integrated care for older people (ICOPE): Guidance for person-centred assessment and pathways in primary care

WHO/FWC/ALC/19.1

© Organización Panamericana de la Salud, 2020

OPS/FPL/HL-20-0004A



Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia Reconocimiento-NoComercial-CompartirlGual 3.0 Organizaciones intergubernamentales de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.es>).

Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra con fines no comerciales, siempre que se utilice la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons y se cite correctamente, como se indica a continuación. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) respalda una organización, producto o servicio específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OPS.

Adaptaciones: si se hace una adaptación de la obra, debe añadirse la siguiente nota de descargo junto con la forma de cita propuesta: "Esta publicación es una adaptación de una obra original de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Las opiniones expresadas en esta adaptación son responsabilidad exclusiva de los autores y no representan necesariamente los criterios de la OPS".

Traducciones: si se hace una traducción de la obra, debe añadirse la siguiente nota de descargo junto con la forma de cita propuesta: "La presente traducción no es obra de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La OPS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la traducción".

Forma de cita propuesta: Atención integrada para las personas mayores (ICOPE). Guía sobre la evaluación y los esquemas de atención centrados en la persona en la atención primaria de salud. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2020. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Datos de catalogación: pueden consultarse en <http://iris.paho.org>.

The risk of claims resulting from infringement of any third-party-owned component in the work rests solely with the user.

Ventas, derechos y licencias: para adquirir publicaciones de la OPS, véase www.publications.paho.org. Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase www.paho.org/permissions.

Materiales de terceros: si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros, como cuadros, figuras o imágenes, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

Notas de descargo generales: las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OPS, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OPS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OPS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación. No obstante, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OPS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Diseño y composición por Erica Lefstad

Impreso en Suiza.

ÍNDICE

Agradecimientos	iv
Abreviaturas	v
1. ATENCIÓN INTEGRADA PARA LAS PERSONAS MAYORES (ICOPE)	1
2. OPTIMIZAR LAS CAPACIDADES: HACIA EL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE PARA TODOS	5
3. EVALUAR LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS MAYORES Y ELABORAR UN PLAN DE ATENCIÓN PERSONALIZADA	9
4. Esquemas de atención para abordar el deterioro cognitivo	19
5. Esquemas de atención para mejorar la movilidad	25
6. Esquemas de atención para abordar la nutrición deficiente	33
7. Esquemas de atención para abordar las deficiencias visuales	41
8. Esquemas de atención para abordar la pérdida auditiva	51
9. Esquemas de atención para abordar los síntomas depresivos	59
10. Esquemas de atención para prestar apoyo y asistencia social	67
11. Esquemas de atención para prestar apoyo al cuidador	75
12. ELABORAR UN PLAN DE ATENCIÓN PERSONALIZADA	78
13. APOYO DE LOS SISTEMAS DE SALUD Y DE ATENCIÓN A LARGO PLAZO A LA APLICACIÓN DEL MODELO ICOPE DE LA OMS	81
Referencias	86

AGRADECIMIENTOS

Este manual ha sido posible gracias a la labor de la infinidad de personas que en todo el mundo se dedican a atender y cuidar a las personas mayores. Islene Araujo de Carvalho y Yuka Sumi, del Departamento de Envejecimiento y Curso de Vida de la Organización Mundial de la Salud (OMS), dirigieron la elaboración del manual. El grupo central responsable de redactar el manual y diseñar los esquemas de atención estuvo integrado por Islene Araujo de Carvalho, John Beard, Yuka Sumi, Andrew Briggs (Universidad Curtin, Australia) y Finbarr Martin (King's College, Londres). Sarah Johnson y Ward Rinehart, de Jura Editorial Services, se encargaron de la redacción del texto definitivo en inglés.

Muchos otros funcionarios de las oficinas regionales y diversos departamentos de la OMS han contribuido tanto a los apartados sobre sus respectivas áreas de trabajo como al diseño de los esquemas de atención: Shelly Chadha (Departamento de Manejo de Enfermedades no Transmisibles, Discapacidad, Violencia y Prevención de Lesiones de la OMS), Neerja Chowdhary (Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS), Tarun Dua (Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS), María de las Nieves García Casal (Departamento de Nutrición para la Salud y el Desarrollo de la OMS), Zee A Han (Departamento de Manejo de Enfermedades no Transmisibles, Discapacidad, Violencia y Prevención de Lesiones de la OMS), Dena Javadi (Departamento de la Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud de la OMS), Silvio Paolo Mariotti (Departamento de Manejo de Enfermedades no Transmisibles, Discapacidad, Violencia y Prevención de Lesiones de la OMS), Alarcos Cieza (Departamento de Manejo de Enfermedades no Transmisibles, Discapacidad, Violencia y Prevención de Lesiones de

la OMS), Alana Margaret Officer (Departamento de Envejecimiento y Curso de Vida de la OMS), Juan Pablo Peña-Rosas (Departamento de Nutrición para la Salud y el Desarrollo de la OMS), Taiwo Adedamola Oyelade (Unidad de Salud Familiar y Reproductiva de la Oficina Regional de la OMS para África), Ramez Mahaini (Unidad de Salud Materna y Reproductiva de la Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental), Karen Reyes Castro (Departamento de Manejo de Enfermedades no Transmisibles, Discapacidad, Violencia y Prevención de Lesiones de la OMS) y Enrique Vega García (Unidad del Curso de Vida Saludable, Organización Panamericana de la Salud/Oficina Regional de la OMS para las Américas).

El manual ha contado con los valiosos aportes de varios expertos y académicos que también contribuyeron a la redacción de determinados capítulos: Matteo Cesari (Fondazione IRCCS Ca'Granda, Ospedale Maggiore Policlinico, Italia), Jill Keeffe (Centro Colaborador de la OMS para la Prevención de la Ceguera, India), Elsa Dent (Universidad de Queensland, Australia), Naoki Kondo (Universidad de Tokio, Japón), Arunee Laiteerapong (Universidad Chulalongkorn, Tailandia), Mikel Izquierdo (Universidad Pública de Navarra, España), Peter Lloyd-Sherlock (Universidad de East Anglia, Reino Unido), Luis Miguel Gutiérrez Robledo (Institutos Nacionales de Salud de México), Catherine McMahon (Universidad Macquarie, Australia), Serah Ndegwa (Universidad de Nairobi, Kenia), Hiroshi Ogawa (Universidad de Niigata, Japón), Hélène Payette (Universidad de Sherbrooke, Canadá), Ian Philp (Universidad de Stirling, Reino Unido), Leocadio Rodríguez-Mañas (Hospital Universitario de Getafe, España), John Starr (Universidad de Edimburgo, Reino Unido), Kelly Tremblay (Universidad de Washington, Estados Unidos), Michael Valenzuela

(Universidad de Sídney, Australia), Vellas de Brunos (Centro Colaborador de la OMS sobre Fragilidad, Investigación Clínica y Capacitación en Geriatría, Gérontopôle, Centro Hospitalario Universitario de Toulouse, Francia), Marjolein Visser (Universidad Libre de Ámsterdam, Países Bajos), Kristina Zdanys (Universidad de Connecticut, Estados Unidos de América) y los Centros Colaboradores de la OMS sobre Fragilidad, Investigación Clínica y Capacitación en Geriatría (Gérontopôle, Centro Hospitalario Universitario de Toulouse, Francia) y sobre Aspectos de Salud Pública de las Condiciones Reumáticas y del Envejecimiento (Universidad de Lieja, Bélgica).

El Consejo Nacional Australiano de Salud e Investigación Médica, la Alianza Global para la Salud Osteomuscular y la Universidad Chulalongkorn de Tailandia han contribuido a la elaboración de esta guía proporcionando personal para preparar su contenido y organizando las reuniones de expertos.

También hemos contado con los aportes de los asistentes a la reunión anual del Consorcio Clínico de la OMS sobre Envejecimiento Saludable, que tuvo lugar en diciembre del 2018.

El Departamento de Envejecimiento y Curso de Vida de la OMS agradece la ayuda económica prestada por el Gobierno del Japón, el Gobierno de Alemania y el Gobierno de la Prefectura de Kanagawa (Japón).

La corrección editorial de la versión en inglés estuvo a cargo de Green Ink.

ABREVIATURAS

IMC	índice de masa corporal
ICOPE	atención integrada para las personas mayores (por su sigla en inglés)
MNA	minievaluación nutricional (mini nutritional assessment)
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
SNO	suplementos nutritivos orales
SPPB	batería de pruebas de desempeño físico de corta duración (por su sigla en inglés)
TCC	terapia cognitivo-conductual
★	Indica que se necesitan conocimientos y aptitudes especializadas.

I COPE

1

ATENCIÓN INTEGRADA PARA LAS PERSONAS MAYORES (ICOPE)

PUNTOS CLAVE

- ✓ Para el sistema de atención de salud, la clave para fomentar el envejecimiento saludable de todas las personas es optimizar sus capacidades intrínsecas y funcionales, aun cuando el envejecimiento las reduce gradualmente.
- ✓ Es posible prevenir la dependencia si se diagnostican y se abordan oportunamente las condiciones prioritarias asociadas con la disminución de la capacidad intrínseca.
- ✓ Siguiendo esta guía, los trabajadores de salud y los asistentes sociales en el nivel de la atención primaria en la comunidad podrán detectar a las personas mayores que van perdiendo capacidades y brindarles la atención apropiada para revertir o desacelerar estas pérdidas. Se trata de un modelo sencillo y de bajo costo.
- ✓ Las condiciones asociadas con la disminución de la capacidad intrínseca están interrelacionadas, de modo que su evaluación y abordaje requieren un método integrado y centrado en la persona.

En el *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud* del 2015 se establece que la meta del envejecimiento saludable es ayudar en el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez. La capacidad funcional se define como “los atributos relacionados con la salud que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella”. La capacidad funcional se compone de la capacidad intrínseca de la persona, del entorno y de las interacciones entre la persona y el entorno. La capacidad intrínseca es “la combinación de todas las capacidades físicas y mentales con las que cuenta una persona” (1).

Este concepto de envejecimiento saludable suscita un nuevo enfoque para la atención de la salud en la vejez: la optimización de las capacidades intrínsecas y funcionales de las personas a medida que envejecen.

En octubre del 2017, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó la guía Atención integrada para personas mayores: Directrices sobre intervenciones a nivel comunitario para gestionar las pérdidas de capacidad intrínseca (2). En ella se formulan trece recomendaciones basadas en la evidencia para llevar a la práctica, en el nivel de la comunidad, la atención integrada y centrada en las personas mayores (ICOPE por su sigla en inglés). La metodología ICOPE incorpora la optimización de la capacidad intrínseca y la capacidad funcional como la clave del envejecimiento saludable. Estas recomendaciones pueden servir de base para las directrices nacionales y para la inclusión de servicios destinados a prevenir la dependencia en los programas de atención primaria y los conjuntos de prestaciones básicas a fin de avanzar hacia la cobertura universal de salud.

La orientación en este manual ayudará a los profesionales que trabajan a nivel de la comunidad a poner en práctica las recomendaciones de ICOPE. Ofrece esquemas de atención para abordar las principales condiciones asociadas con las disminuciones de la capacidad intrínseca: pérdida de movilidad, nutrición deficiente, disminución de agudeza visual, pérdida auditiva, deterioro cognitivo y síntomas depresivos. Los esquemas parten del tamizaje para detectar a las personas mayores con más probabilidades de haber sufrido ya un deterioro de su capacidad intrínseca, que los profesionales pueden aplicar fácilmente en la comunidad. Se trata de una vía de acceso a una evaluación más exhaustiva de las necesidades sociosanitarias de la persona mayor, que conduce, a su vez, a un plan de atención personalizada en el que se integran estrategias para revertir o frenar la disminución de la capacidad, evitar que el deterioro progrese, tratar las enfermedades existentes y atender las necesidades de asistencia social. En términos generales, hace falta contar con profesionales capacitados en un entorno de atención primaria, como médicos y enfermeros de esta especialidad, para la evaluación centrada en la persona y el diseño del plan de atención. Sin embargo, con el apoyo de un equipo multidisciplinario, muchas veces es posible gestionar las disminuciones de la capacidad intrínseca en la misma comunidad donde residen las personas mayores y sus cuidadores.

¿POR QUÉ ES NECESARIA LA ATENCIÓN INTEGRADA PARA LAS PERSONAS MAYORES (ICOPE)?

Nunca antes las personas mayores habían representado una proporción tan grande de la población mundial. En el 2017, había cerca de 962 millones de personas mayores de 60 años, es decir, 13% de la población mundial (3). Este porcentaje aumentará rápidamente en los próximos decenios, en particular en los países de ingresos bajos y medianos. Para el 2050, una de cada cinco personas tendrá más de 60 años. Esta tendencia, que comenzó hace unos cincuenta años, es consecuencia de la rápida reducción de las tasas de fecundidad sumada al aumento acelerado de la esperanza de vida en gran parte del mundo, a menudo de la mano del desarrollo socioeconómico.

Mantener la salud de las personas mayores es una inversión en capital humano y social, y promueve los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas (4). Al mismo tiempo, la atención de la población en constante aumento de personas mayores representa un reto para los sistemas de salud, de modo que habrá que reequilibrar los recursos asistenciales entre los distintos grupos etarios. Se necesita un cambio fundamental en las estrategias de salud pública orientadas al envejecimiento.

Tradicionalmente, la atención de salud de las personas mayores se ha centrado en las enfermedades, situando el diagnóstico y el tratamiento en el centro de interés. Tratar las enfermedades sigue siendo importante, pero si todos los esfuerzos se concentran en ellas, se tiende

a desatender los problemas de audición, audición, memoria, movilidad y otras alteraciones frecuentes de la capacidad intrínseca que están asociadas con la vejez. El bienestar de toda persona se beneficiará en algún momento de su vida de la detección y el manejo de estos problemas. Prestar atención a las capacidades intrínsecas de las personas mayores en todo el sistema de salud contribuirá decididamente al bienestar de una parte cada vez más grande de la población.

La mayor parte de los profesionales de la salud no han recibido la orientación ni la capacitación necesarias para reconocer y abordar eficazmente las disminuciones de la capacidad intrínseca. Dado el envejecimiento de la población, urge elaborar esquemas comunitarios integrales que incluyan intervenciones para prevenir las disminuciones en la capacidad intrínseca, fomentar el envejecimiento saludable y apoyar a los cuidadores de las personas mayores. El modelo ICOPE de la OMS responde a esta necesidad.

¿A QUIÉN ESTÁ DIRIGIDA ESTA GUÍA?

Este manual está pensado principalmente para los trabajadores de salud y los asistentes sociales que se desempeñan a nivel de la comunidad y en los centros de atención primaria. También ofrece información para los trabajadores de salud que intervendrán, con sus conocimientos especializados, en la evaluación de las personas que sufren alguna disminución de su capacidad intrínseca y funcional, y en la planificación de su plan de atención de salud.

Además, los responsables de diseñar cursos de capacitación en medicina, enfermería y disciplinas afines de la salud pública pueden aprovechar los conceptos y los enfoques prácticos que se describen en estas páginas. El manual también está dirigido a los gerentes de atención de salud y los responsables de las políticas (como pueden ser los directores de programas nacionales, regionales y distritales a cargo de la planificación y la organización de los servicios de salud), a los organismos que financian o llevan a cabo los programas de salud pública y a las organizaciones no gubernamentales e instituciones benéficas que atienden a personas mayores en entornos comunitarios.

PRINCIPIOS RECTORES

Esta guía se sustenta en los siguientes principios:

- ✓ Las personas mayores tienen derecho a la mejor salud posible.
- ✓ Las personas mayores deben tener igualdad de oportunidades para acceder a los determinantes del envejecimiento saludable, independientemente de su posición social o económica, de su lugar de nacimiento o de residencia y de otros factores sociales.
- ✓ La atención debe prestarse por igual a todas las personas, sin discriminación, en particular sin discriminación por razones de sexo o edad.

¿QUÉ OFRECE ESTA GUÍA?

El propósito de esta guía es orientar a los trabajadores de salud y los asistentes sociales que se desempeñan en entornos comunitarios para detectar y abordar las disminuciones de la capacidad intrínseca, según las *Directrices sobre intervenciones a nivel comunitario para gestionar las pérdidas de capacidad intrínseca de la OMS* (2), y para hacer frente de forma integral a las necesidades de atención sociosanitaria de las personas mayores.

En esta guía se describe cómo:

- fijar objetivos centrados en la persona (**capítulo 2**);
- facilitar el autocuidado (**capítulo 2**);
- elaborar un plan de atención que incluya diversas intervenciones para controlar las condiciones asociadas con las pérdidas de la capacidad intrínseca (**capítulo 3**);
- detectar la pérdida de capacidad intrínseca y evaluar las necesidades de atención sociosanitaria (**capítulo 4-10**);
- apoyar a los cuidadores (**capítulo 11**); y
- elaborar un plan de atención personalizada (**capítulo 12**).

EL MODELO ICOPE EN CONTEXTO

La **cobertura universal de salud** es el fundamento para lograr el ODS dedicado a la salud (4). Para lograr el ODS 3, hay que abordar de manera integral las necesidades de atención sociosanitaria de las personas mayores y dar continuidad a su atención a lo largo del tiempo. En la *Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud, de la OMS* (5) se establece que la función de los sistemas de salud en cuanto a la promoción del envejecimiento saludable es optimizar la capacidad intrínseca. Las recomendaciones de ICOPE (2) y de esta guía contribuyen a alcanzar los objetivos de la citada estrategia.

Esta guía también es una herramienta para poner en práctica el marco de la OMS sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona (6). En ese marco se insta a modificar los mecanismos de gestión y prestación de los servicios de salud para que evolucionen a un modelo integrado y centrado en las personas. En este contexto, el modelo ICOPE propone que la atención a las personas mayores se fundamente en:

- una **evaluación** de las necesidades, las preferencias y los objetivos de la persona;
- la elaboración de un **plan de atención personalizada**;
- **servicios coordinados**, con el objetivo común de preservar la capacidad intrínseca y la capacidad funcional, y prestados en lo posible a través de la atención primaria y comunitaria.



2

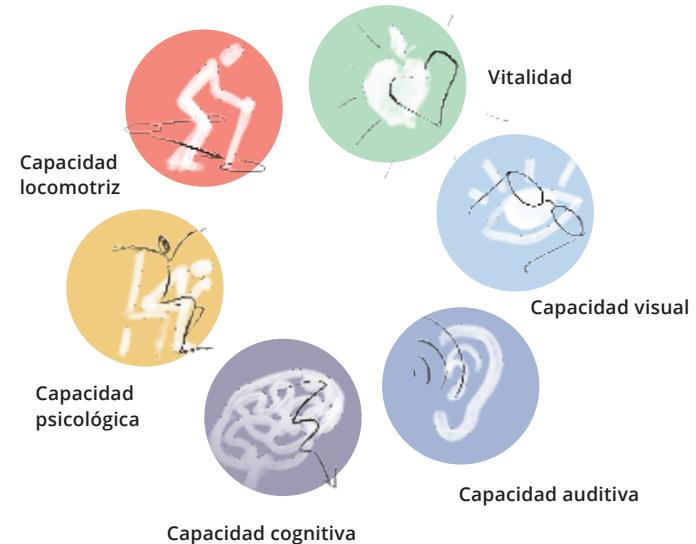
OPTIMIZAR LAS CAPACIDADES: HACIA EL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE PARA TODOS

En el Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud de la OMS se define el envejecimiento saludable como el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez (1).

Esta guía promueve el envejecimiento saludable al abordar las siguientes condiciones prioritarias que se asocian con una disminución de la capacidad intrínseca en sus diversos dominios (figura 1), las necesidades de asistencia social de las personas mayores y el apoyo a los cuidadores:

- **Deterioro cognitivo** (capítulo 4)
- **Pérdida de movilidad** (capítulo 5)
- **Nutrición deficiente** (capítulo 6)
- **Discapacidad visual** (capítulo 7)
- **Pérdida auditiva** (capítulo 8)
- **Síntomas depresivos** (capítulo 9)
- **Apoyo y asistencia social** (capítulo 10)
- **Apoyo a los cuidadores** (capítulo 11)

FIGURA 1.
DOMINIOS CLAVE DE LA CAPACIDAD INTRÍNSECA



¿CÓMO EVOLUCIONA LA CAPACIDAD INTRÍNSECA A LO LARGO DE LA VIDA?

En la **figura 2** se muestra la evolución de la capacidad intrínseca y la capacidad funcional a lo largo de la vida adulta, que disminuyen con la edad como consecuencia del envejecimiento y de las enfermedades subyacentes. Este patrón característico normalmente se divide en tres fases: una primera fase de capacidad relativamente alta y estable, una fase de declive y una última fase de pérdida significativa de la capacidad, caracterizada por la dependencia del cuidado.



CAPACIDAD INTRÍNSECA Y CAPACIDAD FUNCIONAL

La OMS define la capacidad intrínseca como la combinación de todas las capacidades físicas y mentales con las que cuenta una persona, incluidas las psicológicas. La capacidad funcional es la combinación e interacción de la capacidad intrínseca con el entorno donde habita la persona.

El nivel de capacidad intrínseca puede variar mucho respecto a este patrón característico. Se aprecian variaciones tanto dentro de un mismo país como entre distintos países y se reflejan en las disparidades persistentes en la esperanza de vida, que va de los 82 años en países como Australia, Japón y Suiza a menos de 55 en la República Centroafricana, Chad y Somalia.

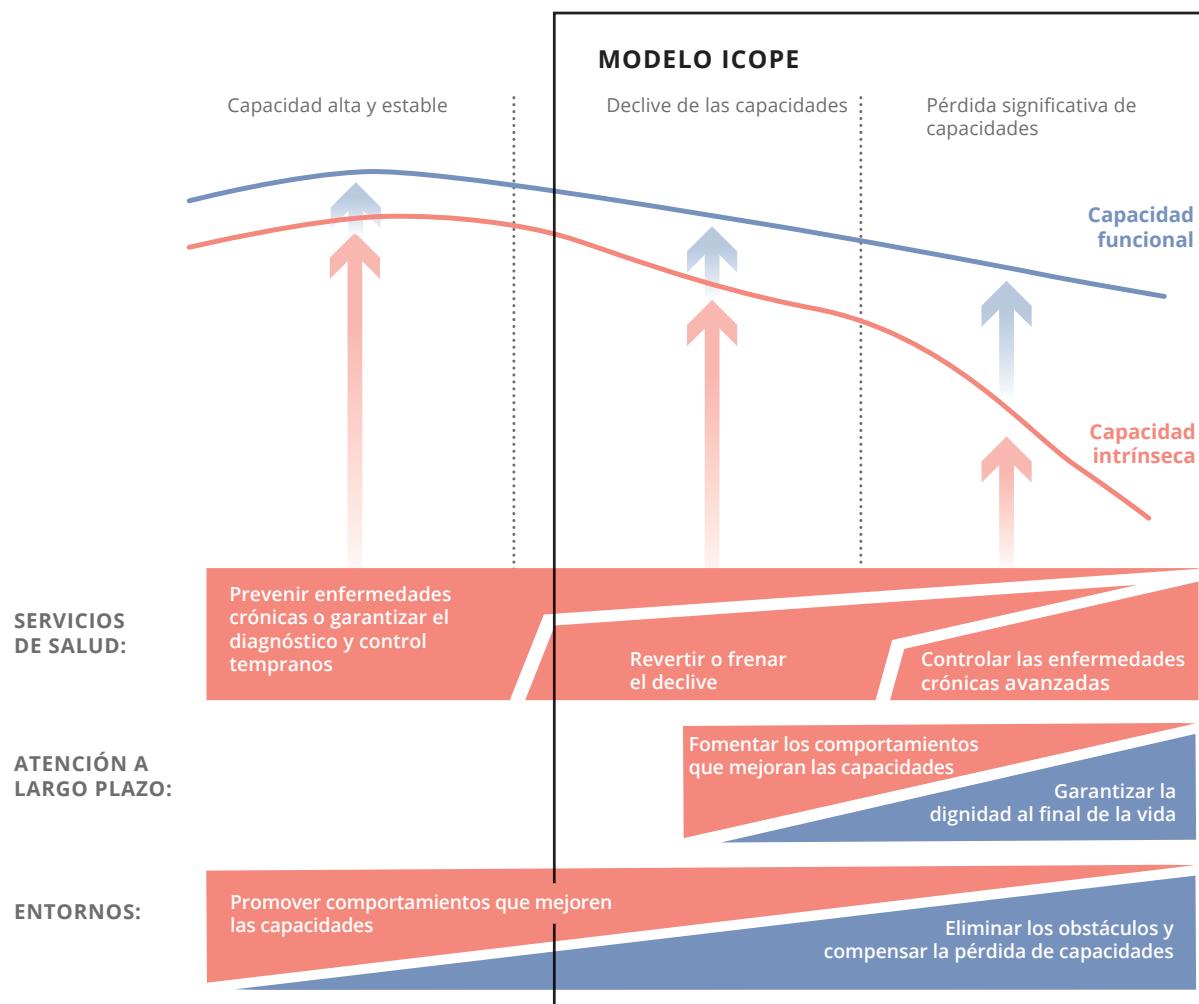
La variación de la capacidad intrínseca es mucho más acentuada en las personas mayores que en los más jóvenes. Esta diversidad es uno de los aspectos distintivos del envejecimiento. Así, una persona puede tener más de diez años de edad de diferencia con otra, pero la misma capacidad intrínseca o funcional, motivo por el cual la edad cronológica no es un buen indicador del estado de salud.

INTERVENIR PARA OPTIMIZAR LA CAPACIDAD INTRÍNSECA

Detectar las condiciones asociadas con la disminución de la capacidad intrínseca permite intervenir para frenar, detener o revertir el deterioro (**figura 2**). Los trabajadores de salud que ejercen en el ámbito clínico y en la comunidad pueden detectar trastornos asociados con las disminuciones de la capacidad intrínseca. Repetir las evaluaciones permite vigilar las alteraciones que sean más acentuadas de lo previsto para poder ofrecer intervenciones específicas antes de que se pierda la capacidad funcional.

Así, las intervenciones en el ámbito comunitario pueden impedir que la persona se vuelva frágil o dependiente. Además, se ha observado que las intervenciones multicomponentes son más eficaces.

**FIGURA 2. MARCO DE SALUD PÚBLICA PARA EL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE:
OPORTUNIDADES PARA LA ACCIÓN DE SALUD PÚBLICA EN EL CURSO DE LA VIDA**



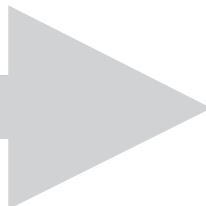
Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2015 (1).

Muchas de las características que determinan la capacidad intrínseca son modificables, como los hábitos saludables y la presencia de enfermedades. Por lo tanto, se justifica introducir intervenciones eficaces para optimizar la capacidad intrínseca. Esta justificación es el aval del modelo ICOPE y de esta guía.

Las diferentes condiciones que se asocian con el deterioro de la capacidad intrínseca interactúan a varios niveles. La pérdida de audición, por ejemplo, está asociada con el deterioro cognitivo, mientras que la nutrición mejora los efectos del ejercicio y tiene una repercusión directa sobre el aumento de la masa muscular y la fuerza. Estas interacciones hacen necesario un modelo integrado de diagnóstico, evaluación y abordaje de las disminuciones de la capacidad intrínseca.



3



EVALUAR LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS MAYORES Y ELABORAR UN PLAN DE ATENCIÓN PERSONALIZADA

PUNTOS CLAVE

- ✓ Con el instrumento de detección del modelo ICOPE, es posible detectar en la misma comunidad a las personas mayores que ya sufren las condiciones prioritarias asociadas con el deterioro de la capacidad intrínseca.
- ✓ Estas personas deben ser derivadas a un centro de atención primaria para una evaluación exhaustiva, que sentará las bases de su plan de atención personalizada.
- ✓ El plan de atención puede incluir intervenciones múltiples para abordar las disminuciones de la capacidad intrínseca y optimizar la capacidad funcional, como el ejercicio físico, los suplementos nutritivos orales, la estimulación cognitiva y las adaptaciones para prevenir caídas en la vivienda.

La atención centrada en la persona se fundamenta en la noción de que las personas mayores son más que el conjunto de sus trastornos o enfermedades; todas las personas, sea cual sea su edad, tienen experiencias, necesidades y preferencias particulares. La atención centrada en la persona aborda las necesidades de salud y asistencia social de la persona en lugar de concentrarse en trastornos o síntomas aislados. Este enfoque también tiene en cuenta el contexto de la vida cotidiana de la persona, incluida la repercusión de su salud y sus necesidades sobre sus allegados y sobre la comunidad.

Hay cinco pasos a la hora de cubrir las necesidades de salud y asistencia social de las personas mayores con un enfoque de atención integrada, como se muestra en el esquema general que figura a continuación.

3

Esquema de atención general

Evaluación y esquemas de atención centrados en la persona en la atención primaria de salud



PASO 3

ELABORAR UN PLAN DE ATENCIÓN PERSONALIZADA

- Fijar objetivos centrados en la persona.
- Emplear un equipo multidisciplinario.
- Diseñar un plan de atención que comprenda intervenciones múltiples, abordaje de enfermedades subyacentes, autocuidado, y automanejo, y apoyo y asistencia social.



PASO 5

INVOLUCRAR A LAS COMUNIDADES Y APOYAR A LOS CUIDADORES



PASO 4

GARANTIZAR LA DERIVACIÓN Y EL SEGUIMIENTO DEL PLAN DE ATENCIÓN

CON ENLACES A LA ATENCIÓN GERIÁTRICA
ESPECIALIZADA

CUADRO 1.

INSTRUMENTO ICOPE DE DETECCIÓN DE LA OMS

Condiciones prioritarias asociadas con la disminución de la capacidad intrínseca	Pruebas	Evaluar a fondo todos los dominios que se seleccionen
DETERIORO COGNITIVO (Capítulo 4)	1. Recordar tres palabras: flor, puerta, arroz (por ejemplo). 2. Orientación en tiempo y espacio: ¿Cuál es la fecha completa de hoy? ¿Dónde está usted ahora mismo (casa, consulta, etc.)? 3. ¿Recuerda las tres palabras?	<input type="radio"/> Responde incorrectamente a las dos preguntas o no sabe <input type="radio"/> No recuerda las tres palabras
PÉRDIDA DE MOVILIDAD (Capítulo 5)	Prueba de la silla: Debe levantarse de la silla cinco veces sin ayudarse con los brazos. ¿Se levantó cinco veces de la silla en 14 segundos?	<input type="radio"/> No
NUTRICIÓN DEFICIENTE (Capítulo 6)	1. Pérdida de peso: ¿Ha perdido más de 3 kg involuntariamente en los últimos tres meses? 2. Pérdida del apetito: ¿Ha perdido el apetito?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Sí
DISCAPACIDAD VISUAL (Capítulo 7)	¿Tiene algún problema de la vista? ¿Le cuesta ver de lejos o leer? ¿Tiene alguna enfermedad ocular o toma medicación (p. ej., diabetes, hipertensión)?	<input type="radio"/> Sí
PÉRDIDA AUDITIVA (Capítulo 8)	Oye los susurros (prueba de susurros) <i>o bien</i> Audiometría ≤ 35 dB <i>o bien</i> Supera la prueba electrónica de dígitos sobre fondo de ruido.	<input type="radio"/> No
SÍNTOMAS DEPRESIVOS (Capítulo 9)	En las últimas dos semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas? – ¿Sentimientos de tristeza, melancolía o desesperanza? – ¿Falta de interés o de placer al hacer las cosas?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Sí

PASO 1

DETECTOR EL DETERIORO DE LA CAPACIDAD INTRÍNSECA

Con el proceso y las herramientas que se ofrecen en esta guía, los trabajadores de salud capacitados pueden detectar a las personas que sufren pérdidas de la capacidad intrínseca en la comunidad o en el domicilio.

Para ello, pueden servirse del instrumento ICOPE (**Cuadro 1**). Este instrumento de detección constituye el primer paso de cada uno de los esquemas de atención que se describen en **los capítulos 4 al 9** y abarca seis condiciones correspondientes a los diferentes dominios de la capacidad intrínseca (**figura 1, página 5**). Para encontrar los casos pueden utilizarse las estrategias de extensión comunitaria, como las visitas a domicilio por parte de los agentes comunitarios de salud y las autoevaluaciones con aplicaciones para teléfonos móviles.

Las personas que presenten o refieran signos de pérdida de capacidad en este primer paso deben pasar a una evaluación completa. Para la evaluación completa, es probable que deba recurrirse a profesionales de la salud con la debida capacitación, generalmente (aunque no siempre) un médico.

Es imperativo que toda limitación de la capacidad que se detecte con el instrumento ICOPE conlleve una evaluación más exhaustiva, cuyos resultados sentarán las bases del plan de atención personalizada.

PASO 2

REALIZAR UNA EVALUACIÓN CENTRADA EN LA PERSONA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

La evaluación de las necesidades de salud y asistencia social de la persona mayor en la atención primaria es fundamental para que luego pueda optimizarse su capacidad intrínseca.

2A. Comprender la vida de la persona mayor

La evaluación centrada en la persona comienza no solo con un interrogatorio clínico convencional, sino con una comprensión profunda de la vida de la persona y sus valores, prioridades y preferencias en la evolución de su salud y su abordaje.

2B. Evaluar en mayor profundidad la presencia de afecciones asociadas a la pérdida de capacidad intrínseca

En la evaluación también se analizan a fondo las afecciones asociadas con la pérdida de la capacidad intrínseca. Los esquemas de atención relativos a los dominios de la capacidad intrínseca, que se presentan en **los capítulos 4 a 9**, están organizados en general en tres componentes: la detección en la comunidad se sitúa en la parte superior; la evaluación en la atención primaria, en el medio; y la planificación de la atención personalizada, al final.

2C. Evaluar y abordar las enfermedades subyacentes

Debe investigarse la presencia de posibles enfermedades crónicas, al igual que toda situación de polimedication (el

consumo de varios medicamentos a la vez). La polifarmacia y los efectos adversos derivados pueden afectar los dominios de la capacidad intrínseca y, por tanto, siempre deben investigarse (**véase el recuadro “Polimedication” en la página 18**).

El diagnóstico de las enfermedades subyacentes —enfermedad de Alzheimer, depresión, artrosis, osteoporosis, cataratas, diabetes e hipertensión— es imprescindible en la evaluación centrada en la persona y puede requerir de pruebas complejas que no siempre están disponibles en la atención primaria. En algunos lugares será preciso derivar al paciente a un nivel secundario o terciario de atención geriátrica especializada.

2D. Evaluar el entorno físico y social, así como la necesidad de asistencia social

Es preciso valorar el entorno físico y social, y definir las necesidades de servicios sociales y de asistencia de las personas con disminución de la capacidad intrínseca. Se trata de una parte esencial de la evaluación centrada en la persona mayor en la atención primaria. Las necesidades de asistencia social pueden detectarse preguntándole a la persona mayor si es capaz de realizar por su cuenta diversas tareas cotidianas. El esquema en el **capítulo 10** presenta un conjunto de preguntas para evaluar y determinar las necesidades de asistencia social en general. Además, los esquemas de los **capítulos 4 al 9** contemplan las posibles necesidades de asistencia social correspondientes a las condiciones prioritarias.

3

El apoyo para el autocuidado consiste en proporcionar a las personas mayores la información, las aptitudes y las herramientas que necesitan para controlar sus enfermedades, prevenir complicaciones, potenciar su capacidad intrínseca y preservar su calidad de vida.

Esto no implica que tengan que “arreglárselas” por su cuenta ni les impone exigencias desmedidas, sino que reconoce su autonomía y su capacidad de dirigir sus propios cuidados, en colaboración y asociación con los profesionales de la salud, su familia y otros cuidadores.

La iniciativa de la OMS **mobile health for ageing (mAgeing)** puede complementar el trabajo cotidiano de los profesionales, ya que promueve el autocuidado y el automanejo. Envía información sobre salud, consejos y recordatorios a través del teléfono móvil, favoreciendo los hábitos saludables y ayudando a las personas mayores a mejorar y conservar su capacidad intrínseca.

En el siguiente enlace se explica cómo configurar la aplicación mAgeing y se ofrecen sugerencias de mensajes de texto: <https://www.who.int/ageing/health-systems/mAgeing> [en inglés solamente].



PASO 3

DEFINIR EL OBJETIVO DE LA ATENCIÓN Y ELABORAR UN PLAN DE ATENCIÓN PERSONALIZADA

3A. Definir con la persona mayor el objetivo de la atención

El objetivo unificador de optimizar la capacidad intrínseca y funcional ayuda a integrar la atención y hacer un seguimiento de la evolución de la persona mayor y del efecto de las intervenciones. Es imprescindible que la persona mayor y el cuidador participen de la toma de decisiones y de la fijación de objetivos desde el principio, y que se fijen y se prioricen los objetivos en función de las prioridades, necesidades y preferencias de la persona.

3B. Diseñar un plan de atención

La evaluación centrada en la persona sienta las bases del plan de atención personalizada. En este plan se utiliza un enfoque integrado para introducir intervenciones que incidan sobre las pérdidas de capacidad intrínseca en sus diversos dominios: todas las intervenciones deben valorarse y aplicarse juntas.

Este enfoque integrado es importante porque la mayoría de las condiciones prioritarias que se asocian con las pérdidas de capacidad intrínseca comparten en esencia los mismos determinantes fisiológicos y conductuales. Por consiguiente, las intervenciones ejercen efectos beneficiosos en todos los dominios. Por ejemplo, el entrenamiento intensivo de fuerza es la intervención clave para prevenir la pérdida de movilidad, pero al mismo tiempo protege indirectamente al cerebro contra la depresión y el deterioro cognitivo, y ayuda a prevenir las caídas. Por otro lado, la nutrición mejora los efectos del ejercicio y, al mismo tiempo, aumenta la masa muscular y la fuerza. Con un enfoque integrado y unificado, quizá sea posible modificar el conjunto de factores que acentúan el riesgo de dependencia.

El plan de atención personalizada tendrá varios componentes, que pueden ser:

- Un conjunto de intervenciones múltiples para manejar las pérdidas de capacidad intrínseca. La mayoría de los planes de atención incluirán intervenciones para mejorar la nutrición y promover el ejercicio físico.
- El abordaje y tratamiento de las enfermedades subyacentes, la multimorbilidad y los síndromes geriátricos. La OMS ha elaborado guías clínicas para abordar la mayoría de las enfermedades crónicas que

contribuyen a menoscabar la capacidad intrínseca (2). Todos los prestadores de atención de salud deben tener acceso a estas guías.

- El apoyo al autocuidado y el automanejo.
- El abordaje de todas las enfermedades crónicas avanzadas (cuidados paliativos, rehabilitación) para que la persona mayor siga disfrutando de una vida digna y plena.
- El apoyo y la asistencia social, incluidas las adaptaciones del entorno, para compensar las pérdidas funcionales.
- Un plan para atender las necesidades de asistencia social con la ayuda de los familiares, las amistades y los servicios comunitarios.

Los trabajadores de salud y los asistentes sociales pueden apoyar la ejecución del plan de atención, tanto desde la comunidad como en el ámbito de la atención primaria. Algunos de los factores responsables de las disminuciones de capacidad intrínseca pueden modificarse mediante el autocuidado, complementado por el asesoramiento, la educación y el estímulo de un prestador de atención de salud en la comunidad. La alianza entre la persona mayor, los trabajadores de atención primaria, la familia y la comunidad preservará el bienestar de la persona a medida que envejece.

Esquema de atención general

Evaluación y esquemas de atención centrados en la persona en la atención primaria de salud

3

Esquema de atención general

Evaluación y esquemas de atención centrados en la persona en la atención primaria de salud

PASO 4

GARANTIZAR LA DERIVACIÓN Y EL SEGUIMIENTO DEL PLAN DE ATENCIÓN CON LOS SERVICIOS GERIÁTRICOS ESPECIALIZADOS VINCULADOS

Para llevar a cabo las intervenciones recomendadas en esta guía, es fundamental que haya un seguimiento periódico y constante, en el que se integren los diferentes niveles y tipos de atención. De esta manera, se promueve la detección temprana de complicaciones o cambios en el estado funcional, por lo que se evitan las consultas innecesarias a los servicios de urgencias y se ahorran costos al actuar con prontitud.

El seguimiento periódico también permite vigilar la evolución del plan de atención y concertar otros servicios asistenciales cuando sean necesarios. El seguimiento y el apoyo pueden ser especialmente relevantes cuando se producen cambios importantes en el estado de salud, el plan de tratamiento o la situación o función social de la persona (p. ej., traslado de lugar de residencia o fallecimiento de la pareja).

Es importante contar con vías de derivación sólidas para garantizar el acceso oportuno a la atención de casos agudos en el caso de incidentes imprevistos como caídas, a los cuidados paliativos y de final de la vida o después del alta hospitalaria.

La vinculación con la atención geriátrica especializada también es fundamental. Los sistemas de salud deben garantizar que las personas tengan acceso oportuno a la atención especializada y de agudos cuando lo necesiten. Está demostrado que los servicios geriátricos especializados en atención de agudos ofrecen una atención de mayor calidad, con hospitalizaciones más cortas y costos más bajos, que la atención hospitalaria general.

LA FUNCIÓN DE LA ATENCIÓN GERIÁTRICA ESPECIALIZADA

Los geriatras se especializan en el tratamiento de las personas mayores con trastornos crónicos complejos como los síndromes geriátricos (incontinencia, caídas, delirium, etc.), polimedication y enfermedades como la demencia, y atienden a personas que padecen limitaciones de su actividad cotidiana. Cuando la multimorbilidad aumenta con la edad y da lugar a cuadros clínicos complejos, los médicos de atención primaria deben derivar a los pacientes a los servicios de geriatría.

En el modelo ICOPE, los geriatras forman parte del equipo multidisciplinario responsable de la atención de la persona mayor, ayudan a supervisar los equipos de atención primaria e intervienen cuando se requiere una atención especializada.

PASO 5

INVOLUCRAR A LAS COMUNIDADES Y APOYAR A LOS CUIDADORES

Cuidar de una persona dependiente puede ser una tarea agotadora; los cuidadores de personas que han perdido capacidades suelen sentirse aislados y son muy propensos a sufrir problemas psicológicos y depresión. Un plan de atención personalizada debe incluir intervenciones basadas en la evidencia para apoyar a los cuidadores. Además, los cuidadores también necesitan información básica sobre las enfermedades de la persona mayor y tienen que aprender una serie de maniobras, como acostar a una persona sin que ninguno se lastime o ayudarla a bañarse.

La persona mayor y el cuidador deben recibir información sobre los recursos comunitarios que tienen a su disposición. Hay que explorar las oportunidades de involucrar a las comunidades y los vecindarios de forma más directa en la ayuda a los cuidadores, en particular promoviendo el voluntariado y permitiendo que participen los miembros de más edad. Este tipo de actividades pueden tener lugar en el marco de las asociaciones y grupos en los que se reúnen las personas mayores.

En el **capítulo 11** se presenta un esquema para evaluar la carga de los cuidadores y atender las necesidades de apoyo y asistencia que tienen los cuidadores no remunerados.

El modelo ICOPE se sitúa al nivel de la comunidad o de la atención primaria, donde tendrán acceso a él un mayor número de personas. Al mismo tiempo, el modelo requiere de vínculos sólidos con los niveles especializados y terciarios para las personas que los necesiten, como nutricionistas y farmacéuticos.

Esquema de atención general

Evaluación y esquemas de atención centrados en la persona en la atención primaria de salud



APLICACIÓN PARA MÓVILES DEL MANUAL ICOPE

Se ofrecerán aplicaciones para dispositivos móviles que guiarán a los profesionales de la salud y los asistentes sociales en todos los pasos que deban tomar, desde la detección hasta la evaluación, a fin de diseñar un plan de atención personalizada. La aplicación también generará un resumen imprimible de los resultados de la evaluación y las intervenciones, que puede incluirse en el plan de atención en formato PDF.

3

Esquema de atención general

Evaluación y esquemas de atención centrados en la persona en la atención primaria de salud

POLIMEDICACIÓN

La polimedición se define generalmente como el consumo de cinco medicamentos o más al mismo tiempo y suele estar asociada con reacciones adversas. El consumo de varios fármacos aumenta el riesgo de sufrir consecuencias negativas para la salud y puede conllevar pérdidas innecesarias de la capacidad intrínseca; además, es motivo de ingresos hospitalarios. Las personas mayores que acuden a la consulta de varios médicos o que han sido hospitalizadas recientemente corren mayor riesgo de estar polimedicadas. Además, la persona que sufre varias comorbilidades se verá afectada por los cambios fisiológicos relacionados con la edad que alteran la farmacocinética y la farmacodinamia de los medicamentos.

Como la polimedición puede contribuir a que haya pérdidas en todos los dominios de la capacidad intrínseca, la evaluación centrada en la persona debe incluir una revisión de los medicamentos que está tomando.

Se puede reducir la polimedición eliminando los medicamentos que nos sean efectivos o que sean innecesarios, así como las duplicaciones.

Cómo recetar apropiadamente y reducir los errores de medicación:

- Obtener una anamnesis farmacológica completa.
- Evaluar si los medicamentos pueden afectar a la capacidad.
- No prescribir un medicamento antes de efectuar el diagnóstico, excepto en casos de dolor agudo.
- Revisar la medicación periódicamente y antes de recetar otros medicamentos.
- Conocer las acciones, los efectos adversos, las interacciones, los requisitos de seguimiento y la toxicidad de los medicamentos que se prescriben.
- Procurar utilizar un mismo medicamento para tratar dos o más condiciones.
- Elaborar una ficha de medicación para el paciente.
- Educar al paciente y al cuidador en relación con todos los medicamentos.

Ante la duda de si puede retirarse un medicamento sin provocar complicaciones, hay que consultar al especialista correspondiente.

4

Capacidad cognitiva

Esquemas de atención para abordar el deterioro cognitivo



El deterioro cognitivo se manifiesta como una creciente falta de memoria, atención y capacidad para resolver problemas. Aunque no se conoce la causa exacta, puede estar relacionado con el envejecimiento del cerebro, con patologías físicas (p. ej., enfermedad de Alzheimer o enfermedades cardiovasculares como hipertensión y accidente cerebrovascular) o incluso con factores ambientales como el sedentarismo, el aislamiento social y el nivel de escolaridad bajo.

El deterioro cognitivo se convierte en un problema especialmente importante cuando afecta a la capacidad de la persona de desenvolverse con normalidad en su entorno, es decir, cuando se desarrolla una demencia.

Este esquema de atención está pensado para las personas mayores que presentan cierto grado de deterioro cognitivo, pero no tienen demencia. Los profesionales de la salud también deben ser capaces de evaluar la necesidad de apoyo y asistencia social (véase el **capítulo 10**).

PUNTOS CLAVE

- Es posible minimizar el declive de la función cognitiva, y a veces incluso revertirlo, mediante hábitos generales más saludables, la estimulación cognitiva y una mayor participación social.
- El tratamiento de las enfermedades como la diabetes y la hipertensión puede prevenir las alteraciones de la capacidad cognitiva.
- La función cognitiva puede verse afectada por disminuciones en otros dominios de la capacidad intrínseca, como la audición y la locomoción, por lo que también deben evaluarse y abordarse.
- Si la persona sufre demencia, se necesitará atención especializada para planificar y llevar a cabo intervenciones complejas.

4

Capacidad cognitiva

Esquemas de atención para abordar el deterioro cognitivo

Prueba sencilla de memoria y orientación

1. Recordar tres palabras:

Le pedimos a la persona que recuerde tres palabras que le diremos. Tienen que ser fáciles y concretas, como "flor", "puerta", "arroz".

2. Orientación espaciotemporal:

A continuación le preguntamos "¿Cuál es la fecha completa de hoy?" y "¿Dónde está usted ahora mismo?" (en casa, en el consultorio, etc.)

3. Recordar tres palabras:

Ahora le pedimos a la persona que repita las tres palabras que le dijimos.

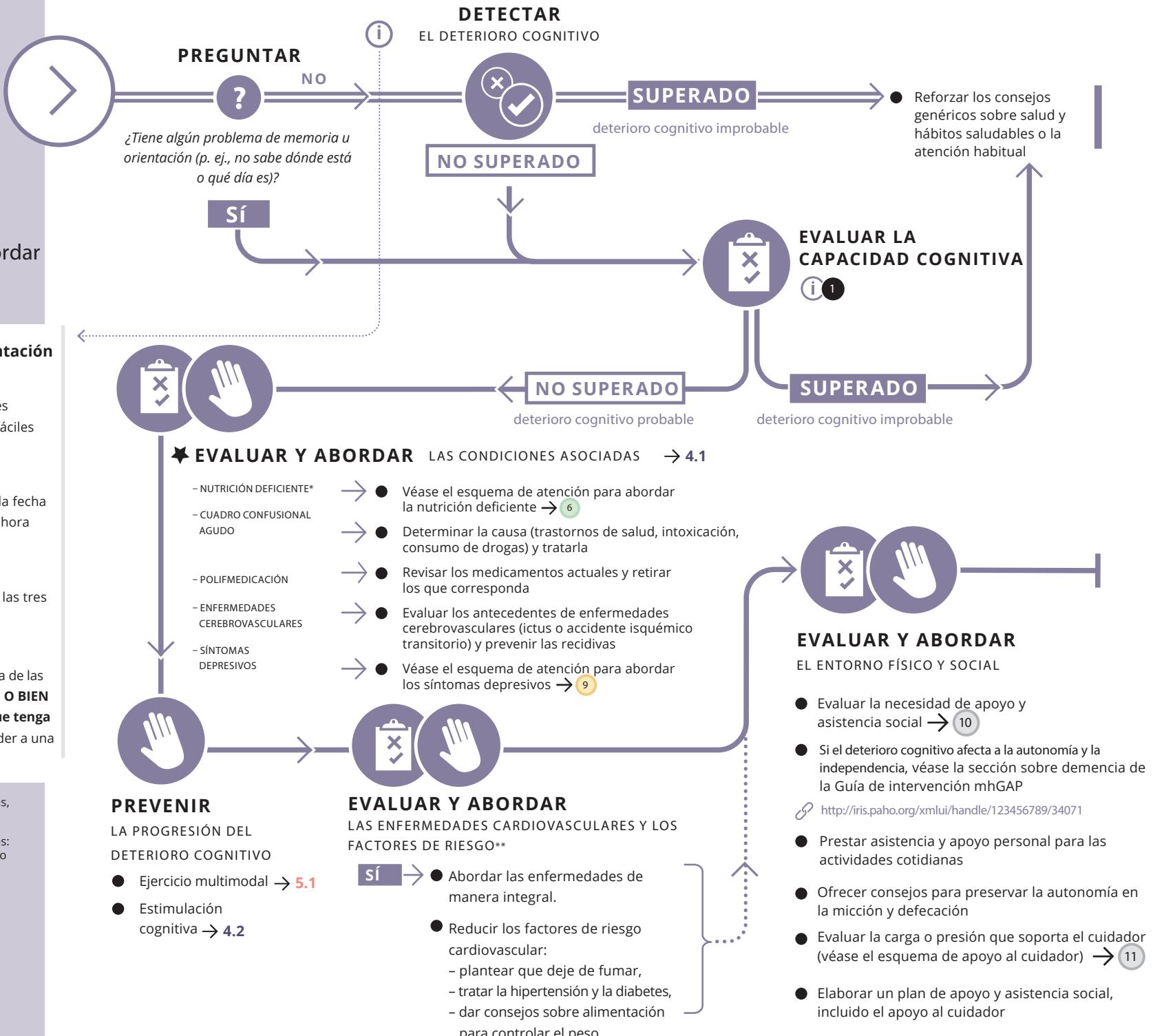
¿Prueba superada?

Si la persona no responde correctamente a una de las dos preguntas de orientación espaciotemporal **O BIEN** no recuerda las tres palabras, **es probable que tenga algún deterioro cognitivo** y hará falta proceder a una evaluación adicional.

* Carencia de vitaminas, alteraciones hidroelectrolíticas, deshidratación grave.

** Factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares: hipertensión, hipercolesterolemia, diabetes, consumo de tabaco, obesidad, cardiopatías, antecedentes de accidente cerebrovascular o accidente isquémico transitorio. *Risk reduction of cognitive decline and dementia: WHO guidelines* (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/312180>).

OPS



Capacidad cognitiva

Esquemas de atención para abordar el deterioro cognitivo



EVALUAR LA FUNCIÓN COGNITIVA

Para realizar una evaluación más exhaustiva de la capacidad cognitiva, se utilizará un instrumento que esté validado a nivel local, siempre que sea posible. En el cuadro de abajo a la derecha, se indican diferentes opciones para evaluar la función cognitiva de la persona mayor en entornos de atención primaria.

Falta de escolaridad. Casi todas las evaluaciones habituales del déficit cognitivo dan por sentado que el paciente posee una mínima instrucción escolar. Si la persona tiene menos de cinco o seis años de escolarización o no ha ido a la escuela, la evaluación puede resultar limitada, de modo que dependerá de la entrevista clínica y de la opinión del profesional. Para estas personas es muy recomendable asistir a cursos de alfabetización para adultos, ya que favorecen la salud cognitiva.

Si no hay un instrumento ordinario de evaluación o los que hay no son adecuados, se puede preguntar al paciente, así como a otra persona que lo conozca bien, sobre los problemas de memoria, orientación, habla y lenguaje, y sobre las dificultades para desempeñar funciones clave y actividades cotidianas.

Si el paciente no supera la evaluación cognitiva o refiere problemas de memoria u orientación, es señal de deterioro cognitivo. En este caso también debe evaluarse su dificultad para realizar las actividades cotidianas, incluidas las de tipo instrumental. Esta información es importante para planificar el apoyo y la asistencia social como parte del plan de atención personalizada.

Si el deterioro cognitivo afecta la capacidad de la persona mayor de desenvolverse eficazmente dentro de su entorno, puede ser necesaria una evaluación especializada para diagnosticar la demencia o enfermedad de Alzheimer (la causa más frecuente de demencia). Pueden consultarse los protocolos de evaluación y control de la demencia en la Guía de intervención mhGAP de la OMS, en <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34071>.

CUÁNDO SE NECESITA ATENCIÓN ESPECIALIZADA

- Diagnóstico y tratamiento de la demencia.
- Abordaje de diversos trastornos asociados como el delirium y las patologías cerebrovasculares y cardiovasculares.

EJEMPLOS DE INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN COGNITIVA PARA ENTORNOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

INSTRUMENTO/TEST	VENTAJAS	DESVENTAJAS	DURACIÓN
Mini-Cog http://mini-cog.com/wp-content/uploads/2015/12/Universal-Mini-Cog-Form-011916.pdf	Breve y con poco texto; mínimo sesgo educativo y racial.	El uso de diferentes listas de palabras puede afectar la puntuación.	2-4 min
Evaluación cognitiva de Montreal (MoCA) https://www.mocatest.org/	Permite detectar un deterioro cognitivo leve; disponible en varios idiomas.	Sesgo educativo y cultural; pocos datos publicados.	10-15 min
Miníexamen del estado mental (MMSE) https://www.parinc.com/products/pkey/237	Uso extendido y estudiado.	Sesgo etario y cultural; efecto "techo".	7-10 min
Evaluación de la función cognitiva para médicos generalistas (GPCOG) http://gpcog.com.au/index/downloads	Mínimo sesgo cultural y educativo; disponible en varios idiomas.	Puede ser difícil realizar la entrevista al informador.	5-6 min

¿Qué es la demencia?

La demencia es un síndrome crónico y progresivo que se produce por alteraciones en el cerebro. Da lugar a una disminución de las funciones cognitivas y dificulta la realización de actividades cotidianas como lavarse, vestirse, alimentarse y ocuparse de la higiene personal, la micción y la defecación.

Más información: Guía de intervención mhGAP de la OMS (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/250239>)

Capacidad cognitiva

Esquemas de atención para abordar el deterioro cognitivo

Detectar la causa médica reversible del deterioro cognitivo exige un examen diagnóstico riguroso. Puede ser necesario valorar diversas explicaciones diferentes de los síntomas para delinear de forma precisa el plan de actuación.



EVALUAR Y ABORDAR LAS ENFERMEDADES ASOCIADAS

Un paso importante antes del diagnóstico del deterioro cognitivo es determinar la presencia de enfermedades asociadas y tratarlas primero.

★ 4.1 ENFERMEDADES QUE CURSAN CON SÍNTOMAS COGNITIVOS

Algunos trastornos comunes pueden provocar un deterioro cognitivo transitorio, como la deshidratación, la nutrición deficiente, las infecciones y los problemas con la medicación. En estos casos, los síntomas cognitivos deberían desaparecer con un tratamiento adecuado.

Deshidratación grave. La deshidratación grave y otros problemas nutricionales pueden causar delirium (un cuadro semejante a la demencia) y, en casos graves, la muerte.

Síndrome confusional agudo. Se trata de un estado mental caracterizado por una falta drástica y repentina de la capacidad de prestar atención. Las personas presentan una confusión sobre dónde están y la hora que es. Este cuadro se desarrolla en un período breve y suele ir y venir a lo largo del día. Pueden provocarlo causas orgánicas agudas como infecciones, medicamentos, alteraciones metabólicas (hipoglucemia o hiponatremia), intoxicaciones o síndromes de abstinencia.

Polimedición. Si se administran más de dos medicamentos, estos pueden interactuar entre sí provocando efectos secundarios adversos (véase el recuadro del capítulo 3, página 18). Los sedantes e hipnóticos son los medicamentos que más se asocian con trastornos cognitivos en las personas mayores.

Cirugía mayor y anestesia general. Las intervenciones de cirugía mayor y la anestesia general son un riesgo conocido de deterioro cognitivo. Por eso hay que averiguar si el deterioro cognitivo se ha producido después de una intervención quirúrgica importante. Si es así, la persona corre un riesgo más alto de que el deterioro cognitivo se agrave después de otra operación. Es preciso determinar este riesgo y comentarlo con el equipo de cirugía y anestesia antes de practicarse otras operaciones quirúrgicas.

Enfermedades cerebrovasculares. Las enfermedades cerebrovasculares guardan una fuerte asociación con el deterioro cognitivo. Si el paciente tiene antecedentes de ictus o accidente isquémico transitorio, lo primordial para impedir que progrese la disminución cognitiva será prevenir que se repitan estos episodios.



ABORDAR EL DETERIORO COGNITIVO

- La **estimulación cognitiva** puede ser beneficiosa para las personas que padecen deterioro cognitivo.
- Otras intervenciones del modelo ICOPE, como el programa de **ejercicios multimodales** (véase el capítulo 5, sobre limitaciones de la movilidad), también contribuyen a la salud cerebral. → 5
- La función cognitiva también puede verse afectada por pérdidas en otros dominios de la capacidad intrínseca, en particular de la audición, la visión y el estado de ánimo, de modo que también deben abordarse si se desea conseguir resultados óptimos. Las personas que sufren deterioro cognitivo no siempre presentan las mismas disminuciones en otros dominios.

4.2 ESTIMULACIÓN COGNITIVA

La estimulación cognitiva puede desacelerar el deterioro de la capacidad cognitiva (7). En ella, se procura estimular a los pacientes con actividades cognitivas y de evocación, el estímulo de los sentidos y el contacto con otras personas.

La estimulación cognitiva puede ofrecerse de manera individual o grupal. Para algunas personas es mejor trabajar en grupo, ya que el contacto social puede ayudarlas. Los grupos también pueden ser apropiados y eficaces si los integrantes comparten una finalidad común, como mejorar los conocimientos sobre la salud.

El trabajo grupal habitualmente comprende un máximo de 14 sesiones temáticas, de unos 45 minutos cada una, dos veces a la semana. Un facilitador dirige las sesiones, que normalmente

comienzan con alguna actividad preparatoria, que no sea de tipo cognitivo, para luego pasar a las tareas cognitivas, como la orientación respecto a la realidad (p. ej., un cartel en el que se indique el lugar, la fecha y la hora). En cada una se trata un tema concreto, como la niñez, el manejo del dinero o los ejercicios de caras o escenas. Estas actividades en general evitan la rememoración de hechos concretos y plantean preguntas como “¿Qué tienen en común [estas palabras/estos objetos]?”

¿Quién puede dirigir la estimulación cognitiva? cierta adaptación, también pueden dirigirla personas que no sean especialistas, siempre que cuenten con la capacitación y el apoyo pertinentes. Sin embargo, para diseñar y administrar una intervención personalizada a una persona con un deterioro significativo, pueden ser necesario realizar una evaluación y planificación más detalladas, tareas que exigen conocimientos especializados. Por consiguiente, los protocolos locales deben incluir criterios de derivación a especialistas en salud mental para la terapia de estimulación cognitiva.

Los familiares y los cuidadores pueden desempeñar una función destacada en la estimulación cognitiva. Es importante indicar a familiares y cuidadores que deben recordar regularmente a las personas mayores datos como el día, la fecha, la hora, el clima que hace, los nombres de personas, etc., dado que esta información las ayuda a permanecer orientadas en tiempo y espacio. Además, suministrarles materiales como periódicos, radio y televisión, álbumes familiares y elementos domésticos puede promover la comunicación, orientarlos respecto a los acontecimientos de actualidad, estimular los recuerdos y facilitar que la persona comparta y valore sus experiencias.

Capacidad cognitiva

Esquemas de atención para abordar el deterioro cognitivo

Capacidad cognitiva

Esquemas de atención para abordar el deterioro cognitivo



EVALUAR Y ABORDAR EL ENTORNO FÍSICO Y SOCIAL

Es probable que la persona tenga importantes necesidades de asistencia social si el deterioro cognitivo afecta su autonomía e independencia. El trabajador de salud puede ayudar a los cuidadores a armar un plan de actividades cotidianas que potencie al máximo la independencia, mejore la funcionalidad, ayude a adaptar y desarrollar aptitudes, y reduzca la necesidad de ayuda.

Los familiares y cuidadores pueden hacer lo siguiente:

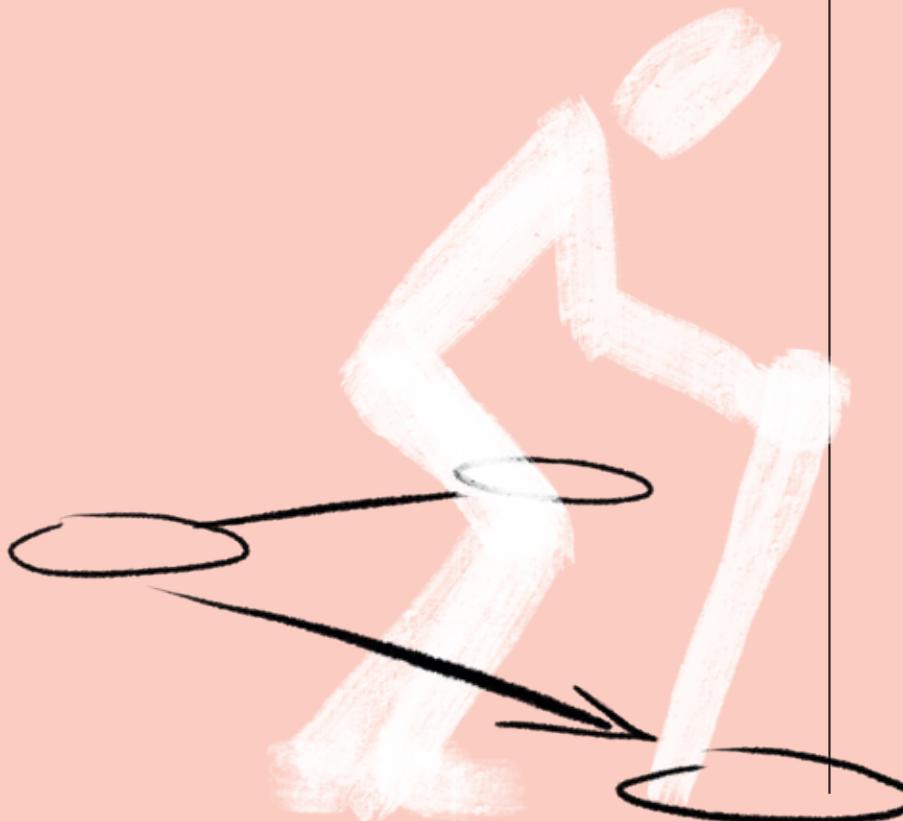
- Dar datos orientadores, como la fecha, lo que está ocurriendo en la comunidad, la identidad de los visitantes, el clima, noticias de familiares, etc.
- Promover y programar contactos con amigos y familiares en el hogar y en la comunidad.
- Adaptar la vivienda para reducir el riesgo de caídas y accidentes.
- Rotular espacios dentro de la vivienda —p. ej., el baño, el dormitorio, la salida—para ayudar a la persona a moverse por ella.
- Organizar y participar en actividades ocupacionales (en función de las capacidades de la persona).

Cuidar de personas que presentan un deterioro cognitivo grave es una labor sumamente exigente, por lo que el estrés puede poner en riesgo la salud de los cuidadores. Véase el capítulo 11, en el que se describe cómo atender las necesidades de los cuidadores. → 11

5

Capacidad locomotriz

Esquemas de atención para mejorar la motricidad



La movilidad es un factor determinante fundamental en el envejecimiento saludable. Es importante para mantener la autonomía y prevenir la dependencia. La capacidad física de desplazarse de un lugar a otro es lo que se denomina “capacidad locomotriz”.

Muchas personas mayores y sus familias aceptan la pérdida de capacidad locomotriz y el dolor asociado como inevitables, pero no lo son. De hecho, hay estrategias eficaces para mejorar y preservar la movilidad en la vejez.

PUNTOS CLAVE

- La pérdida de movilidad es frecuente en las personas mayores, pero no es inevitable.
- Los trabajadores de salud a nivel de la comunidad pueden realizar un tamizaje, con pruebas sencillas, para detectar la pérdida de movilidad.
- Un programa de ejercicio regular, adaptado a las capacidades y necesidades individuales, es primordial para mejorar o conservar la capacidad locomotriz.
- Las adaptaciones del entorno y los productos de apoyo son buenas maneras de mantener la movilidad a pesar del deterioro locomotor.

5

Capacidad locomotriz

Esquemas de atención para mejorar la motricidad

Ejercicios multimodales → 5.1

Un programa de ejercicios multimodales para personas con movilidad limitada combina ejercicios y entrenamiento funcional (cross-training) para reforzar la musculatura lumbopélvica, abdominal y glútea (el core) y la parte inferior del cuerpo.

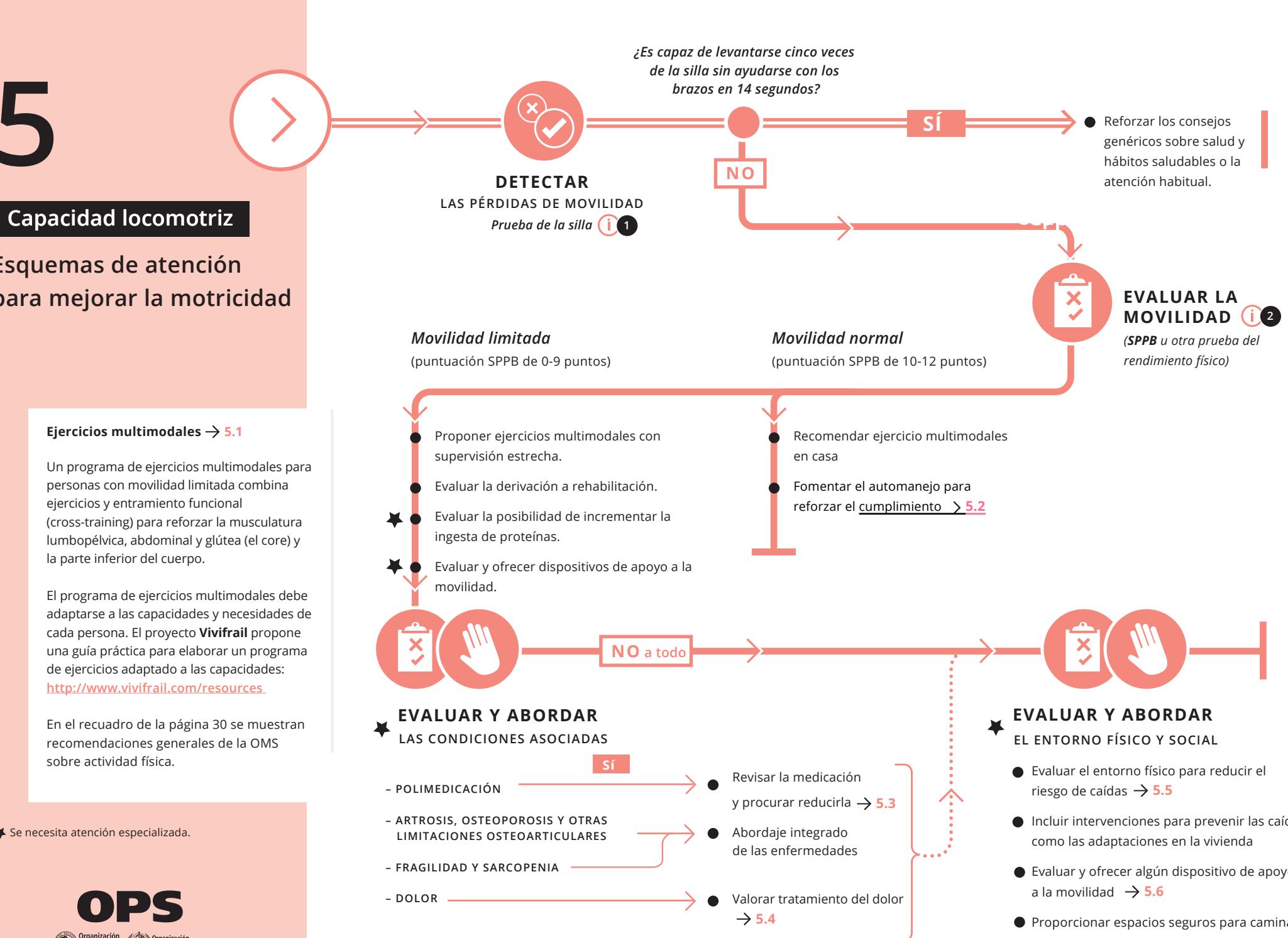
El programa de ejercicios multimodales debe adaptarse a las capacidades y necesidades de cada persona. El proyecto **Vivifrail** propone una guía práctica para elaborar un programa de ejercicios adaptado a las capacidades:

<http://www.vivifrail.com/resources>

En el recuadro de la página 30 se muestran recomendaciones generales de la OMS sobre actividad física.

★ Se necesita atención especializada.

OPS



Capacidad locomotriz

Esquemas de atención para mejorar la motricidad

CUÁNDO SE NECESITA ATENCIÓN ESPECIALIZADA

La capacidad locomotriz debe evaluarse junto con otros aspectos de la capacidad intrínseca, como las funciones cognitivo-sensoriales, la vitalidad y la capacidad psicológica. Si la prescripción del ejercicio físico se ve dificultada por el deterioro significativo de las facultades físicas o psíquicas o por las comorbilidades, será necesario contar con conocimientos especializados para diseñar un programa apropiado de ejercicios. También puede evaluarse la posibilidad de derivar al paciente a rehabilitación.

i 1

PRUEBA DE LA SILLA

Con una prueba sencilla se puede determinar si la persona mayor requiere una evaluación adicional de su movilidad limitada.

Instrucciones: Le preguntamos a la persona: "¿Cree que puede ponerse de pie desde una silla cinco veces sin ayudarse de los brazos?" (Demostramos el ejercicio.)

En caso afirmativo, le daremos las siguientes instrucciones:

- siéntese hasta la mitad de la silla;
- cruce los brazos sobre el pecho y manténgalos ahí;
- pángase de pie hasta estar totalmente erguido y luego vuelva a sentarse;
- repítalo cinco veces, lo más rápido que pueda, sin detenerse.

Se cronometra lo que tarda la persona en realizar la prueba. Se necesitará una evaluación adicional si **no consigue levantarse cinco veces en 14 segundos**.

i 2

BATERÍA DE PRUEBAS DE DESEMPEÑO FÍSICO DE CORTA DURACIÓN (SPPB)

Existen muchas pruebas distintas para valorar el rendimiento físico, pero la SPPB está recomendada porque tiene propiedades fisiométricas superiores y es útil para evaluar capacidades muy diversas. En la SPPB se cronometra la realización de tres ejercicios, cada uno de los cuales se puntuá con 0 a 4 puntos, y se calcula la puntuación general de entre 0 (peor resultado) y 12 (mejor resultado).

Primero, describimos cada uno de los ejercicios y le preguntamos a la persona si se siente capaz de hacerlos. Si no, anotaremos la puntuación que corresponda y pasaremos al ejercicio siguiente.

1. Equilibrio: Consiste en mantenerse de pie durante 10 segundos en cada una de las siguientes tres posturas. Se suman las puntuaciones de las tres posturas.

2. Velocidad de la marcha: Tiempo que se tarda en recorrer cuatro metros.

Tiempo que se tarda en recorrer cuatro metros:	
< 4.82 segundos	4 puntos
4.82 – 6.20 segundos	3 puntos
6.21 – 8.70 segundos	2 puntos
> 8.70 segundos	1 puntos
Incapaz de realizar el ejercicio	0 puntos

3. Prueba de la silla: Tiempo que tarda en levantarse de la silla cinco veces

< 11.19 segundos	4 points
11.2 – 13.69 segundos	3 points
13.7 – 16.69 segundos	2 points
16.7 – 59.9 segundos	1 point
> 60 segundos o incapaz	0 points

Puntuación total de la SPPB = suma de la puntuación de las tres pruebas.

Más detalles sobre la SPPB:

http://hdcs.fullerton.edu/csa/research/documents/sppbinstructions_scoresheet.pdf [en inglés]



A. Pies en paralelo

Se mantiene 10 segundos	1 punto
No se mantiene 10 segundos	0 puntos
No lo intenta	0 puntos

Si no lo intenta, terminar la prueba de equilibrio.



B. Posición en semitándem

Se mantiene 10 segundos	1 punto
No se mantiene 10 seconds	0 puntos
No lo intenta	0 puntos

Si no lo intenta, terminar la prueba de equilibrio.



C. Posición en tandem

Se mantiene 10 segundos	2 points
Se mantiene 3 to 9.99 segundos	1 point
Se mantiene < 3 segundos	0 points
No lo intenta	0 points

5

Capacidad locomotriz

Esquemas de atención para mejorar la motricidad



EVALUAR LA MOVILIDAD

La movilidad puede evaluarse en mayor profundidad al establecer el rendimiento de la persona con tres pruebas sencillas. En su conjunto, estas pruebas conforman la denominada “batería de pruebas de desempeño físico de corta duración” (SPPB por su sigla en inglés).

Una de las pruebas es la de levantarse de la silla, que debe repetirse después de las otras dos:

- *Prueba del equilibrio* – en la que el paciente debe permanecer de pie, durante 10 segundos, en cada una de las tres posiciones distintas de los pies.
- *Prueba de la velocidad de la marcha* – en la que se mide el tiempo que tarda el paciente en recorrer una distancia de cuatro metros.

Se suman las puntuaciones de cada prueba: cuanto más baja es la puntuación total, más limitada es la movilidad. El esquema contempla dos vías distintas de abordaje, según la puntuación total.

En la página precedente puede consultarse más información sobre cómo realizar las pruebas y cómo puntuarlas.

★ CUÁNDO SE NECESITA ATENCIÓN ESPECIALIZADA (MÁS INFORMACIÓN)

También puede necesitarse atención especializada si la persona presenta los siguientes problemas:

- dolor persistente que afecta al estado de ánimo u otras áreas de su funcionalidad;
- alteraciones importantes de las funciones articulares;
- fractura ósea después de un traumatismo mínimo;
- riesgos del ejercicio físico (véase el recuadro de la página opuesta);
- necesidad de ayuda para elegir un producto adecuado de apoyo a la movilidad.



ABORDAR LA MOVILIDAD LIMITADA

5.1 PROGRAMA DE EJERCICIOS MULTIMODALES

Para las personas con movilidad limitada, hay que confeccionar un programa de ejercicios multimodales que se adapte a la capacidad y las necesidades individuales.

Un programa de ejercicios multimodales para las personas que han perdido movilidad puede incluir:

- **Entrenamiento de fuerza o resistencia**, en el que se ejercitan los músculos con cargas y pesas, bandas de resistencia o ejercicios funcionales como sentadillas, zancadas y ponerse de pie desde la posición sentada.
- **Entrenamiento aeróbico o cardiovascular**, como la marcha rápida o la bicicleta, que acelera la frecuencia cardíaca hasta que la persona pierde algo de aliento, pero es capaz de mantener una conversación.
- **Entrenamiento propioceptivo**, que refuerza el equilibrio con ejercicios estáticos y dinámicos; puede incrementarse el nivel de dificultad con diferentes superficies o al abrir o cerrar los ojos; algunos ejemplos son pararse sobre un solo pie o caminar en una línea recta colocando un pie justo delante del otro al avanzar.
- **Entrenamiento de flexibilidad**, que mejora la elasticidad de los tejidos blandos, como los músculos, y la amplitud de movimiento de las articulaciones; los estiramientos, el yoga y el Pilates son ejercicios de este tipo.

El proyecto Vivifrail ofrece una guía práctica para elaborar un programa adaptado de ejercicio.

🔗 <http://www.vivifrail.com/resources>.

Nutrición. Incrementar la ingesta de proteínas, entre otras intervenciones nutricionales, puede potenciar los beneficios del programa de ejercicio. Véase el capítulo 6 relativo a la nutrición deficiente. → 6

Seguridad en el ejercicio físico. Antes de dar consejos sobre el ejercicio físico o planificar un programa de ejercicios, hay que preguntar a la persona si tiene algún problema de salud que pueda alterar el momento o la intensidad de la actividad.

Un profesional debidamente capacitado tendrá que preparar un programa de ejercicios adaptado si la persona responde afirmativamente a alguna de las siguientes preguntas:

- ¿Le duele el pecho estando en reposo?
- ¿Ha tenido un infarto en los últimos seis meses?
- ¿Se ha desmayado o ha perdido la conciencia?
- ¿Se ha caído en los últimos 12 meses?
- ¿Se ha quebrado algún hueso en el último mes?
- ¿Se queda sin aliento al realizar las tareas cotidianas en la casa, como vestirse?
- ¿Padece alguna enfermedad articular o muscular que condicione el ejercicio físico?
- ¿Le ha dicho algún profesional de la salud que limite el ejercicio físico?

Capacidad locomotriz

Esquemas de atención para mejorar la motricidad

5

Capacidad locomotriz

Esquemas de atención para mejorar la motricidad

Abordar las limitaciones. Si el dolor limita la movilidad, conviene repartir la actividad física en espacios de tiempo cortos y aumentarlos gradualmente para incrementar la resistencia física y controlar el dolor. Las personas con reducciones graves de la movilidad pueden comenzar realizando ejercicios en la cama o sentados como punto de partida. En el caso de las personas con deterioro cognitivo o demencia, quizá sea más apropiado un programa sencillo de ejercicios menos estructurados.

5.2 APOYO AL AUTOMANEJO

El apoyo al automanejo aumenta el cumplimiento del programa de ejercicios multimodales y los beneficios derivados. Las personas que tienen una puntuación de 10 a 12 en la SPPB pueden hacer los ejercicios en casa y en la comunidad. Si las limitaciones de movilidad son más graves, es posible que necesiten supervisión y orientación durante el ejercicio.

El manual de la OMS sobre salud para el envejecimiento a través de los dispositivos móviles (mAgeing) explica cómo aprovechar las aplicaciones electrónicas para complementar la atención habitual que prestan los profesionales de la salud, fomentando el autocuidado y el automanejo.

🔗 Más información:
<http://www.who.int/ageing/health-systems/mAgeing>

RECOMENDACIONES GENERALES DE LA OMS SOBRE LA ACTIVIDAD FÍSICA

Todas las personas mayores pueden beneficiarse del asesoramiento sobre la actividad física recomendada para su edad, teniendo en cuenta su estado de salud. En este recuadro se resumen las recomendaciones generales de la OMS sobre la actividad física en personas mayores de 65 años.

- ✓ Todas las semanas, hacer al menos 150 minutos de actividad aeróbica moderada, al menos 75 minutos de actividad aeróbica intensa, o una combinación equivalente.
- ✓ Hacer al menos 10 minutos de ejercicio cada vez.
- ✓ Si se desean más beneficios, hacer 300 minutos de ejercicio aeróbico moderado por semana, 150 minutos de actividad aeróbica intensa por semana, o alguna combinación equivalente.
- ✓ Hacer actividades de fortalecimiento muscular al menos dos días a la semana.
- ✓ Si hay deficiencias de movilidad, realizar actividades físicas que mejoren el equilibrio, al menos tres días a la semana.
- ✓ Si no se puede hacer la cantidad de ejercicio recomendada, mantenerse activo físicamente en la medida que resulte posible.

🔗 Más información:
<http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/en/index.html>



EVALUAR Y ABORDAR LAS CONDICIONES ASOCIADAS

★ 5.3 POLIMEDICACIÓN

Algunos medicamentos que pueden afectar la movilidad o el equilibrio a veces no son necesarios o efectivos para una persona determinada (8). Es el caso de los siguientes, que se citan a modo de ejemplo:

- anticonvulsionantes,
- benzodiacepinas,
- hipnóticos no benzodiacepínicos,
- antidepresivos tricíclicos,
- antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS),
- antipsicóticos,
- opiáceos.

Retirar los medicamentos inefectivos e innecesarios, así como los medicamentos que tienen un efecto duplicativo, reduce la polimedición. *Ante la duda de si puede retirarse un medicamento sin provocar complicaciones, habrá que consultar con un especialista.*

★ 5.4 DOLOR

Evaluación del dolor. El dolor intenso asociado con el movimiento puede limitar e incluso impedir la realización de ejercicio. Resulta útil calificar la intensidad del dolor relacionado con la movilidad, tanto para diseñar el programa de ejercicios como para abordar el dolor. Se puede usar el inventario breve del dolor: https://www.aci.health.nsw.gov.au/_data/assets/pdf_file/0015/212910/Brief_Pain_Inventory_Final.pdf.

Controlar el dolor (9). Los trastornos reumáticos que afectan la movilidad suelen cursar con dolor persistente. No obstante, rara vez se encuentra una causa biológica concreta que explique el dolor crónico. Un enfoque usando las mejores prácticas para abordar el dolor abordará, por tanto, los diversos factores que pueden estar asociados: los factores físicos (fuerza muscular, amplitud de movimiento, resistencia, etc.), el bienestar psicológico, la alimentación y el sueño. Cuando el dolor se convierte en un impedimento importante para el movimiento y la actividad, un profesional de la salud que tenga conocimientos especializados en manejo del dolor deberá elaborar un plan de tratamiento del dolor.

Las intervenciones para el dolor incluyen:

- automejoramiento; → 5.2
- ejercicios y otro tipo de actividad física;
- farmacoterapia, desde el paracetamol y los antiinflamatorios no esteroideos hasta la gabapentina y los opiáceos;
- terapias manuales como masajes, manipulación y movilización articular;
- psicoterapia y terapia cognitivo-conductual (véase el capítulo 9 sobre los síntomas depresivos); → 9
- acupuntura;
- infiltraciones espinales o epidurales;
- Denervación por radiofrecuencia.

Capacidad locomotriz

Esquemas de atención para mejorar la motricidad

Algunas de estas intervenciones pueden estar disponibles en la comunidad, mientras que otras seguramente requerirán la derivación a un establecimiento central.

5

Capacidad locomotriz

Esquemas de atención para mejorar la motricidad

Toda disminución de la capacidad intrínseca puede aumentar el riesgo de sufrir caídas. También pueden influir el entorno físico y la forma de realizar las tareas o actividades

Además de evaluar el entorno físico, la evaluación completa del riesgo de caídas incluye:

- documentar los antecedentes de caídas, incluidos los detalles de las actividades que se estaban realizando;
- estudiar el modo de caminar, el equilibrio, la movilidad, las funciones y flexibilidad de músculos y articulares;
- evaluar el miedo a caerse, la vista, la función cognitiva, las funciones cardiovasculares y neurológicas, las urgencias urinarias o la nicturia (despertarse para orinar de noche);
- revisar los medicamentos que toma el paciente para detectar situaciones de polimedication (véase el capítulo 3 sobre la evaluación y el diseño de un plan).

Algunas personas necesitarán una evaluación y un abordaje más exhaustivos para detectar problemas como síncopes (desmayos), epilepsia y trastornos neurodegenerativos como la enfermedad de Parkinson.



EVALUAR Y ABORDAR EL ENTORNO FÍSICO Y SOCIAL

La persona que ha perdido movilidad puede necesitar ayuda para realizar sus actividades cotidianas. En el primer paso se evaluarán las necesidades de asistencia social (véase el capítulo 10). Algunas necesidades de asistencia social especiales de las personas mayores con movilidad reducida pueden detectarse evaluando su entorno físico o la necesidad de dispositivos de apoyo. Por su parte, un programa de ejercicios puede contribuir a prevenir las caídas.

una visita, pueden ofrecerse instrucciones generales a la persona mayor o al cuidador para que refuerce la seguridad del entorno doméstico.

Para realizar una evaluación completa del riesgo de caídas de una persona y abordarlo hace falta contar con conocimientos especializados.

★ 5.5 EVALUAR EL ENTORNO FÍSICO PARA REDUCIR EL RIESGO DE CAÍDAS

La evaluación del entorno físico consiste en realizar una inspección visual de la vivienda para encontrar elementos peligrosos y realizar sugerencias, como pueden ser las siguientes: poner orden, deshacerse de objetos superfluos, retirar las alfombras sueltas, allanar pisos y escalones, cambiar los muebles de lugar para despejar el paso, mejorar la iluminación, facilitar el acceso al baño, especialmente de noche (colocando asideros en la pared, por ejemplo), o construir una rampa en la entrada principal que facilite el acceso a las personas en silla de ruedas o con dificultad para subir escaleras. Las limitaciones concretas de la movilidad de la persona determinarán cuáles son las adaptaciones más importantes.

Con capacitación específica, el prestador de atención primaria que trabaje en la comunidad o en un centro de salud puede evaluar la vivienda de una persona. Si no es posible realizar

★ 5.6 CONSIDERAR Y PROPORCIONAR DISPOSITIVOS DE APOYO

Las personas con limitaciones de la movilidad pueden necesitar dispositivos de apoyo para moverse y desplazarse, cuya finalidad principal es preservar o mejorar la capacidad funcional y autonomía de una persona para facilitar la participación y mejorar su bienestar general (10): bastones, muletas, andadores, sillas de ruedas y prótesis u ortesis. Las opciones disponibles podrían estar limitadas por la oferta y los precios, pero un profesional de la salud con conocimientos de fisioterapia, si se cuenta con uno, puede aconsejar a la persona mayor el dispositivo que más le convenga y darle las instrucciones pertinentes para que lo use correctamente.

6

Vitalidad

Esquema de atención para abordar la nutrición deficiente



La OMS utiliza el término “vitalidad” para describir los factores fisiológicos que contribuyen a la capacidad intrínseca de una persona, entre los que se encuentran el equilibrio energético y el metabolismo. Este manual aborda una de las principales causas de reducción de la vitalidad en vejez: la nutrición deficiente.

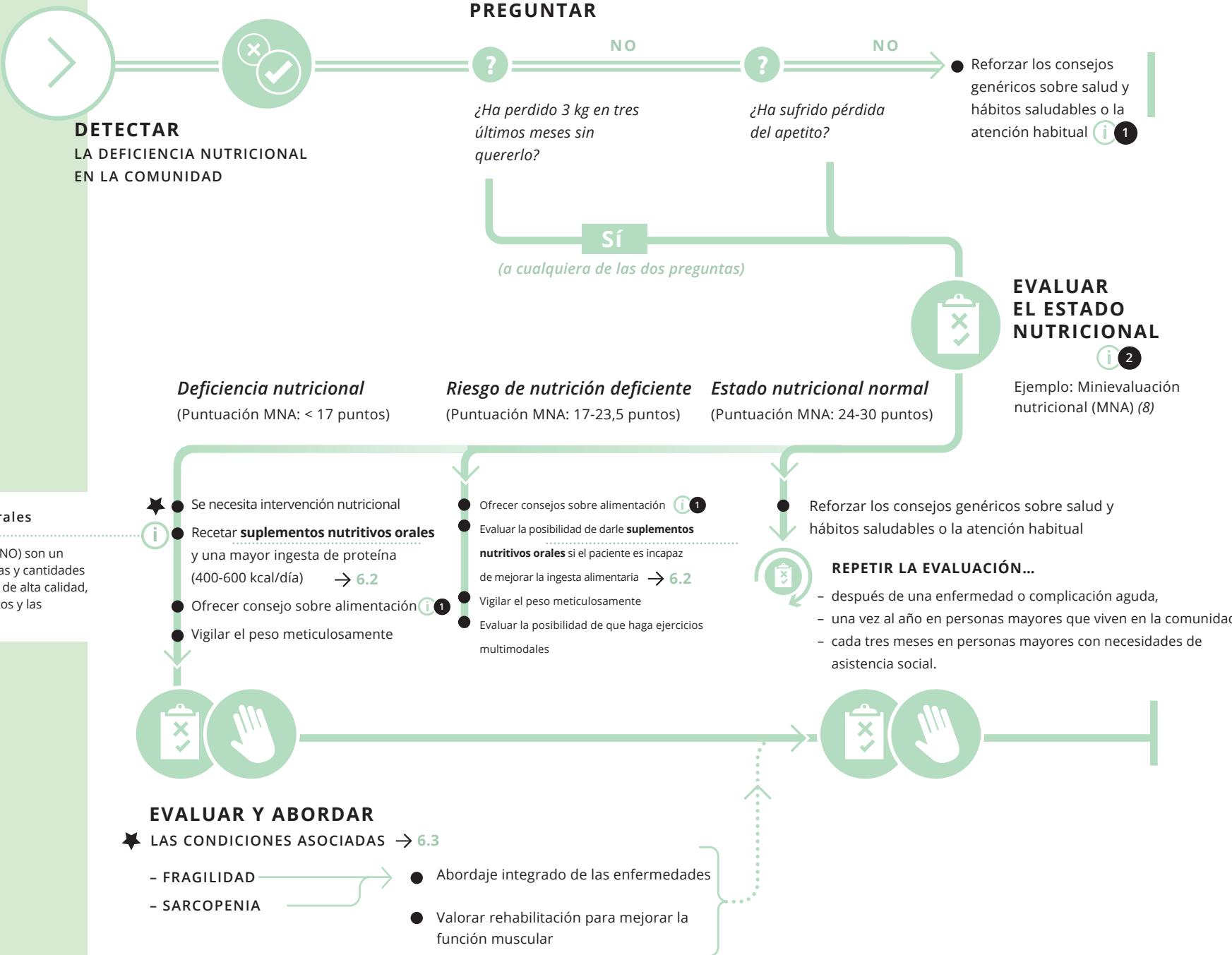
PUNTOS CLAVE

- El personal de atención primaria fácilmente puede hacer un análisis inicial del estado nutricional, que debe formar parte de toda evaluación de la salud de una persona mayor. Para la evaluación completa del estado nutricional hace falta tener conocimientos especializados y a veces hay que solicitar análisis de sangre.
- Tanto la alimentación inadecuada como la reducción de la actividad física conllevan a una pérdida de masa muscular y de fuerza.
- Una alimentación equilibrada, con cantidades adecuadas, generalmente aporta las vitaminas y los minerales que necesitan las personas mayores, pero es frecuente encontrar carencias de las vitaminas D y B₁₂.
- La nutrición deficiente suele traducirse en pérdida de peso, aunque no siempre, ya que la adiposidad puede reemplazar la masa muscular, sin que haya variaciones de peso.
- Otro aspecto de la nutrición deficiente es la obesidad, que no se aborda en esta guía.

6

Vitalidad

Esquema de atención para abordar la nutrición deficiente



★ Se necesita atención especializada

OPS

Esquema de atención para abordar la nutrición deficiente



CONSEJOS SOBRE LA ALIMENTACIÓN

- Los trabajadores de atención primaria pueden ofrecer consejos sobre alimentación saludable. Todas las personas mayores pueden beneficiarse de estos consejos, incluidas las que corren riesgo de problemas de nutrición o que ya presentan estos problemas, aunque no necesiten atención especializada. Seguir una buena alimentación es más fácil para las personas que anotan lo que comen en una ficha todos los días, tanto en las comidas como entre horas.
- Hay que ayudar a las personas mayores a conocer los alimentos que están disponibles en su entorno y que proporcionan las cantidades adecuadas de energía (carbohidratos), proteínas y micronutrientes, como vitaminas y minerales. Hay que asesorarlas sobre el tamaño de las porciones de estos alimentos.
- Dado que la absorción proteica disminuye con la edad, conviene recomendar a las personas mayores que consuman alimentos con muchas proteínas. Se recomienda una ingesta proteica de 1,0-1,2 g por kilogramo de peso corporal para las personas mayores sanas. Una persona que se está recuperando de una pérdida de peso, de alguna enfermedad aguda o de un traumatismo puede necesitar hasta 1,5 g por kilogramo de peso corporal. Debe controlarse la función renal, ya que la ingesta de muchas proteínas puede incrementar la presión intraglomerular y producir hiperfiltración glomerular.
- Se debe aconsejar realizar actividad física, lo que permite incorporar las proteínas al músculo y genera apetito.
- Se debe promover la exposición a la luz solar para que la piel produzca vitamina D. La cantidad presente en los alimentos no es suficiente para que las personas mayores mantengan los niveles óptimos de esta vitamina. Habrá que solicitar un análisis de sangre para medir si el nivel de vitamina D es adecuado.
- Es habitual que las personas mayores no coman lo suficiente. Para ayudarlas a que coman más, se les puede sugerir que cenen en familia o con amigos, sobre todo en el caso de las personas mayores que viven solas o están aisladas socialmente.

¡RECUERDE!

El trabajador de salud tiene que informar a los familiares y a otros cuidadores, además de a la persona mayor.

CUÁNDO SE NECESITAN CONOCIMIENTOS ESPECIALIZADOS

Los trabajadores comunitarios y de atención primaria en los establecimientos pueden ofrecer consejo y apoyo para ayudar a todas las personas mayores a mantener una alimentación saludable. Las personas con problemas de nutrición o muy propensas a ello necesitan que un profesional con conocimientos especializados busque las causas y los factores de riesgo para prescribir un plan nutricional personalizado.

Si está indicado, se realizará o se solicitará una evaluación adicional de los posibles trastornos que podrían explicar la nutrición deficiente, aunque el estado nutricional actual parezca adecuado. Algunos signos son caquexia, dolor bucal, pérdida acelerada de peso, dolor o dificultad para tragar, vómitos o diarreas crónicos y dolor abdominal.



EVALUAR EL ESTADO NUTRICIONAL

Existen buenas herramientas para evaluar el estado nutricional (11). Algunas de ellas son:

- Mini-nutritional assessment (MNA) (8)
- DETERMINE nutrition risk assessment (<https://www.dads.state.tx.us/providers/AAA/Forms/standardized/NRA.pdf>)
- Malnutrition universal screening tool (https://www.bapen.org.uk/pdfs/must/must_full.pdf)
- Seniors in the community risk evaluation for eating and nutrition questionnaire (<https://www.flintbox.com/public/project/2750/>)
- Short nutritional assessment questionnaire 65+ (SNAQ65+) (<http://www.fightmalnutrition.eu/toolkits/summary-screening-tools>).

En el protocolo de la página opuesta se utiliza la **minievaluación nutricional (MNA)**.

6

Vitalidad

Esquema de atención para abordar la nutrición deficiente

La mayoría de las herramientas de evaluación nutricional buscan obtener los siguientes datos:

- ingesta de alimentos y líquidos,
- pérdida de peso reciente (misma pregunta que se usa para detectar los casos),
- movilidad,
- malestar psicológico o enfermedades agudas en los últimos tiempos,
- problemas psicológicos,
- situación habitacional.

Además, se documentan los siguientes datos:

- peso,
- talla,
- índice de masa corporal o IMC (peso en kg/talla en m²),
- perímetro braquial y perímetro gemelar.



EVALUAR EL ESTADO NUTRICIONAL

COMPOSICIÓN CORPORAL Y ENVEJECIMIENTO

Normalmente, después de los 70 años, la masa muscular disminuye, lo cual puede tener efectos importantes y potencialmente dañinos para la vitalidad. Tanto una alimentación inadecuada como la falta de ejercicio físico pueden llevar a una pérdida de masa muscular y de fuerza.

Al mismo tiempo, puede aumentar la masa adiposa. El peso corporal puede disminuir, pero también puede permanecer inalterado, ocultando estos posibles cambios perjudiciales.

Por consiguiente, una persona con deficiencias nutricionales puede haber perdido importantísimos tejidos magros y aun así mantener un IMC dentro del intervalo aceptado o incluso en la categoría de sobrepeso.

Un trabajador no especializado que cuente con la capacitación adecuada puede valorar la función muscular y, por tanto, la desnutrición proteica, por ejemplo con un dinamómetro manual, un instrumento que mide la fuerza de prensión, es decir, la fuerza que es capaz de ejercer una persona apretando con la mano. Si la fuerza de prensión es baja, quiere decir que se necesita ejercicio y una alimentación con mayor contenido proteico.

Esquema de atención para abordar la nutrición deficiente



ABORDAR LA NUTRICIÓN DEFICIENTE EN LA VEJEZ

Las deficiencias sensoriales (disminución del sentido del gusto y del olfato), las alteraciones bucodentales como los problemas de masticación y las dificultades al tragar, el aislamiento, la soledad, los ingresos bajos y las enfermedades crónicas complejas son factores que acrecientan el riesgo de padecer problemas de nutrición en la vejez.

6.1 PERSONAS MAYORES EN RIESGO DE PRESENTAR DEFICIENCIAS NUTRICIONALES

El asesoramiento sobre nutrición puede ser beneficioso para las personas mayores que corren el riesgo de que su nutrición sea deficiente (p. ej., una puntuación MNA de 17-23,5; véase el recuadro de la página 35). Se debe ofrecer a estas personas de forma preferente una intervención nutricional, para prevenir la nutrición deficiente.

6.2 PERSONAS MAYORES QUE PRESENTAN DEFICIENCIAS NUTRICIONALES

Cuando una persona mayor ya presenta una nutrición deficiente (p. ej., una puntuación MNA por debajo de 17), la intervención nutricional debe comenzar de inmediato. El trabajador de atención primaria puede ofrecer enseguida orientación en materia de alimentación (véase el recuadro de la página 35). Además, en cuanto resulte posible, un trabajador de salud con conocimientos especializados también debe ofrecer orientación alimentaria y, de ser necesario, prescribir suplementos orales (véase a continuación).

La intervención debe formar parte de un plan de atención exhaustivo que también aborde los factores subyacentes de la nutrición deficiente, junto con otras intervenciones en otros dominios de la capacidad intrínseca, como la movilidad limitada. En particular, una ingesta energética y proteica adecuada potenciará la eficacia de los programas de ejercicios multimodales (véase el capítulo 5 sobre las limitaciones de la movilidad). → 5

Suplementos nutritivos orales

Los suplementos nutritivos orales (SNO) representan un aporte adicional de proteínas, calorías y cantidades adecuadas de vitaminas y minerales de alta calidad.

6

Vitalidad

Esquema de atención para abordar la nutrición deficiente

Hacen falta conocimientos especializados para elaborar un plan de SNO que se adapte a las necesidades, los gustos y las limitaciones físicas de la persona. La evaluación permite elegir la mejor variante: desde alimentos ricos en nutrientes hasta comprimidos de vitaminas o minerales, pasando por productos comerciales especializados o formulaciones nutricionales no comerciales. El trabajador de salud en la comunidad puede apoyar y supervisar a la persona que toma SNO (véase recuadro).

Únicamente deben prescribirse suplementos orales cuando la persona no consume suficientes calorías o alimentos ordinarios de alto contenido nutritivo, o bien cuando se trate de una estrategia temporal complementaria a las estrategias regulares para incrementar la ingesta calórica

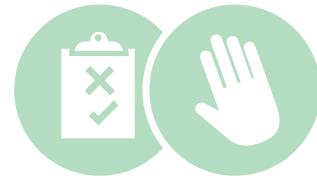
Análisis de sangre

El análisis de sangre sirve para elaborar el plan nutricional personalizado, ya que puede detectar ciertas carencias de vitaminas y minerales. Existen suplementos orales o inyectables para tratar estas deficiencias: por ejemplo, se administran comprimidos o inyecciones para tratar las carencias de las vitaminas D y B12, que son frecuentes.

PUNTOS CLAVE ACERCA DE LOS SNO

- ✓ Los alimentos son lo primero. A menos que se necesiten SNO con urgencia, primero hay que intentar mejorar la alimentación, si fuera posible, e incrementar la frecuencia de las comidas.
- ✓ Los SNO son un complemento a los alimentos y no deben reemplazarlos. La persona debe comprender que tiene que seguir comiendo lo mejor posible.
- ✓ Hay que explicar cómo combinar los SNO, qué cantidad tomar cada vez y cuándo tomarlos.
- ✓ Los SNO deben tomarse entre las comidas, y no durante la comida.
- ✓ Habitualmente hacen falta apoyo y estímulo continuos (de los familiares, los cuidadores y el personal de salud) para seguir tomando los SNO y además seguir comiendo lo mejor posible.
- ✓ Al cabo de un tiempo, es habitual cansarse del sabor y la textura de un mismo tipo de SNO. Quizá convenga probar distintos sabores y cambiar de tanto en tanto.
- ✓ Hay que vigilar el peso y documentarlo periódicamente.
- ✓ La situación ideal es dejar de tomar los SNO cuando haya pasado el riesgo de nutrición deficiente y la alimentación aporte una nutrición adecuada.

Esquema de atención para abordar la nutrición deficiente



EVALUAR Y ABORDAR LAS CONDICIONES ASOCIADAS

★ 6.3 SARCOPENIA Y FRAGILIDAD

La sarcopenia y la fragilidad pueden estar asociadas con deficiencias nutricionales. En ambos casos, resultan beneficiosas las intervenciones con respecto al modo de vida, como la mejora de la nutrición y el ejercicio físico.

Sarcopenia. Este término describe una pérdida creciente de la fuerza, masa muscular y su función. Puede deberse a enfermedades, a una nutrición deficiente o a la inactividad física (p. ej., postración durante períodos largos); otras veces no tiene una causa evidente y está asociada con el envejecimiento.

Fragilidad. La fragilidad puede manifestarse como pérdida de peso, debilidad muscular, escasa actividad física, agotamiento y lentitud (p. ej., al caminar). Puede ser consecuencia de problemas físicos o psicológicos, como algún traumatismo, una enfermedad o el fallecimiento de un ser querido. La persona frágil puede perder capacidades funcionales y volverse dependiente.



EVALUAR Y ABORDAR EL ENTORNO FÍSICO Y SOCIAL

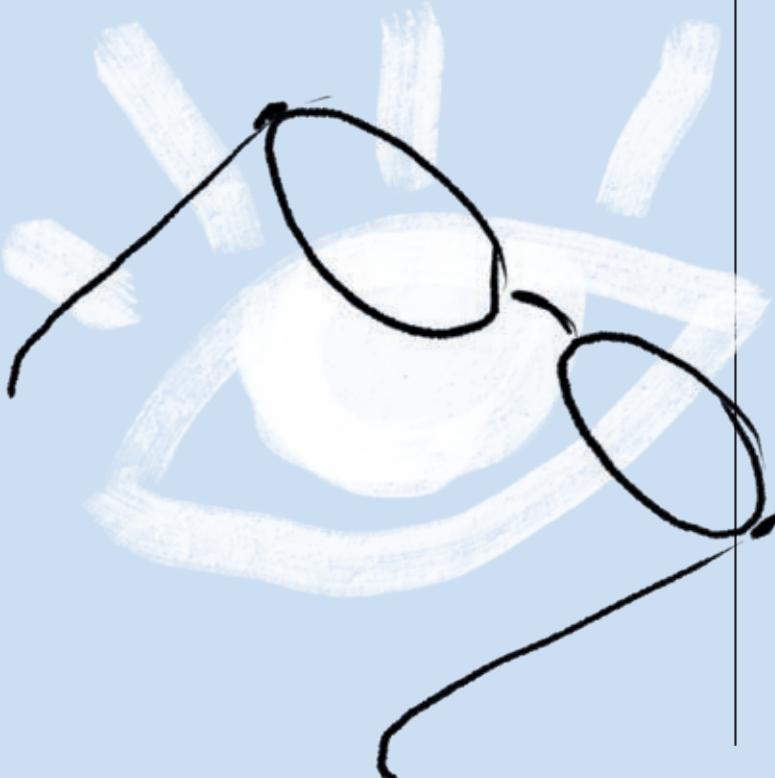
Los cuidadores y las comunidades pueden ayudar a superar los obstáculos a una buena salud nutricional que afrontan las personas mayores. Por ejemplo, pueden organizarse cenas sociales en las entidades comunitarias.

Por su parte, los agentes comunitarios de salud pueden facilitar el acceso a los alimentos, a los servicios de asistencia para manejar las finanzas o a las prestaciones económicas. También pueden organizar la asistencia para preparar la comida o concertar la entrega de comidas preparadas a través de algún servicio de cocina comunitario.

7

Capacidad visual

Esquemas de atención para abordar las deficiencias visuales



La vista es un elemento fundamental de la capacidad intrínseca, ya que permite al individuo moverse e interactuar con otras personas y con el entorno. Algunas de las causas de deficiencia visual son más habituales en la vejez: miopía e hipermetropía, cataratas, glaucoma y degeneración macular.

Las deficiencias visuales pueden ocasionar problemas para mantener la familia y otras relaciones sociales, acceder a la información, moverse con seguridad (especialmente en cuanto al equilibrio y el riesgo de caídas) y efectuar tareas manuales. A su vez, estas dificultades pueden ser causa de ansiedad y depresión.

El examen de la visión es un elemento fundamental de la evaluación centrada en la persona.

PUNTOS CLAVE

- Con una tabla optométrica, los trabajadores de salud pueden comprobar si hay alguna pérdida significativa de agudeza visual, en el contexto de la atención primaria o de la comunidad.
- En muchos casos, los problemas de visión son corregibles. Es importante preguntar o verificar si hay enfermedades oftalmológicas diagnosticadas.
- Los lentes (anteojos o gafas) muchas veces pueden corregir la pérdida de visión de cerca o de lejos.
- Los dispositivos de apoyo (lupas, telescopios) son útiles cuando la pérdida de visión no es corregible con lentes.
- En la vivienda y la comunidad, algunas medidas sencillas de iluminación o alumbrado pueden mejorar la capacidad funcional de las personas mayores con discapacidad visual.

7

Capacidad visual

Esquemas de atención para abordar las deficiencias visuales

Los problemas de visión a distancia *siempre* requieren derivación para recibir atención integral.

DEFICIENCIA VISUAL (14)

Déficit de visión a distancia:

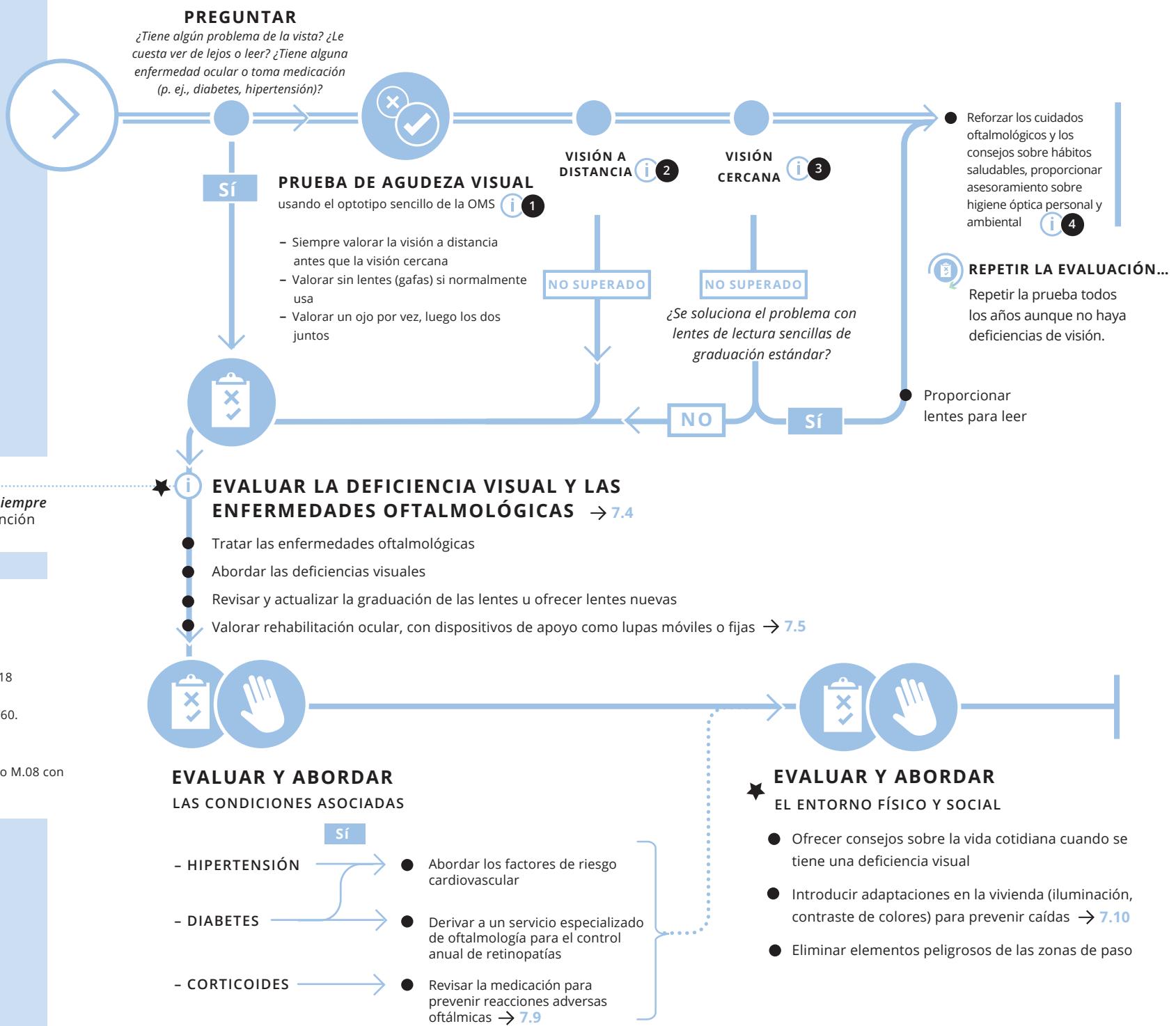
- Leve: agudeza visual inferior a 6/12
- Moderada: agudeza visual inferior 6/18
- Grave: agudeza visual inferior a 6/60
- Ceguera: agudeza visual inferior a 3/60.

Déficit de visión cercana:

- Agudeza visual cercana inferior a N6 o M.08 con corrección.

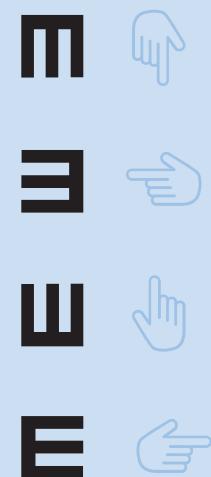
► Se necesita atención especializada

OPS



Capacidad visual

Esquemas de atención para abordar las deficiencias visuales



CUÁNDO SE NECESITA ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Si la persona ya tiene alguna enfermedad ocular confirmada o se detecta alguna, será el especialista en oftalmología quien determine el tipo de controles que deben realizarse y la frecuencia.



PRUEBA DE AGUDEZA VISUAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

- Los mayores de 50 años deben realizarse una prueba sencilla para la detectar la pérdida de agudeza visual al menos una vez al año.
- Puede utilizarse el **optotipo sencillo de la OMS** para comprobar tanto la visión a distancia como de cerca. Las instrucciones se encuentran a la derecha.
- Las pruebas puede realizarlas el personal de atención primaria. No hace falta contar con capacitación formal en oftalmología (13).
- Si el problema de visión se soluciona con lentes de lectura de graduación estándar, quizás no sea necesaria la exploración integral.



HIGIENE VISUAL

La higiene visual incluye tanto el entorno como la persona. Los factores ambientales y los comportamientos pueden facilitar la función visual (p. ej., iluminación, contraste, uso de colores) o ser perjudiciales (p. ej., utilización prolongada de pantallas electrónicas, tiempo excesivo de visión cercana). La higiene personal comprende todo el conjunto de comportamientos de higiene oftalmológica, como lavarse las manos con frecuencia, no frotarse los ojos, usar solo jabón suave para los párpados y no utilizar cosméticos en la zona periocular.



PRUEBA DE LA VISIÓN A DISTANCIA

CON EL OPTOTIPO SENCILLO DE LA OMS

Demostrar cerca de la persona cómo se hace la prueba de las "E", señalando la dirección a la que apuntan las "E". Primero se realiza con las "E" pequeñas y luego con las grandes.

1. Prueba con las cuatro "E" pequeñas a 3 metros. 7.1

A La visión es 6/18 o superior si el paciente reconoce la dirección de al menos tres de las cuatro "E" pequeñas (**SUPERAR** la prueba de visión a distancia).

Si no ve al menos tres "E" grandes a 3 metros

2. Prueba con las "E" grandes a 3 metros. 7.2

Si ve las "E", la visión es 6/60.

Si no ve al menos tres "E" grandes a 3 metros

3. Prueba con las "E" grandes a 1,5 metros. 7.2

Si ve al menos tres de las cuatro "E", la visión es 3/60.



PRUEBA DE LA VISIÓN CERCANA

7.3

CON EL OPTOTIPO SENCILLO DE LA OMS

Se deja que la persona sostenga la tabla optométrica a la distancia que quiera. Se empieza por las "E" grandes y luego se pasa a las pequeñas.

Si la persona reconoce la dirección de al menos tres de las cuatro "E" grandes, **HA SUPERADO** la prueba de visión cercana.

Si no, se comprobará si el problema se resuelve con lentes de lectura de graduación estándar. Si no ve al menos tres "E" grandes con estas lentes (**NO SUPERAR** la prueba de visión cercana), hace falta una evaluación de la deficiencia visual y las enfermedades oculares. El tamaño mediano es similar al que se usa en los libros. El más pequeño es similar a los caracteres más pequeños en libros y revistas (no es imprescindible poder verlo).

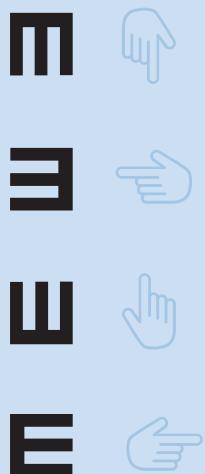
7

Capacidad Visual

Esquemas de atención
para abordar las
deficiencias visuales

7.1 OPTOTIPO SENCILLO DE LA OMS (CUATRO "E" PEQUEÑAS PARA COMPROBAR LA VISIÓN A DISTANCIA)

- Las "E" tienen 1,3 cm × 1,3 cm y están separadas entre sí por 1,3 cm.
- Las "E" se imprimen en color negro oscuro sobre papel blanco.



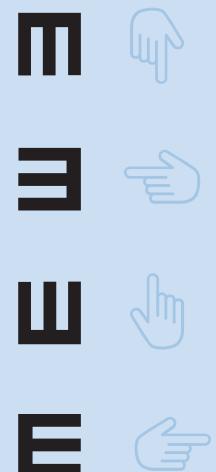
7.2 OPTOTIPO SENCILLO DE LA OMS (CUATRO "E" GRANDES PARA COMPROBAR LA VISIÓN A DISTANCIA)

- Las "E" grandes tienen 4,2 cm × 4,2 cm y están separadas entre sí por 4,5 cm.
- Las "E" se imprimen en color negro oscuro sobre papel blanco.



Capacidad visual

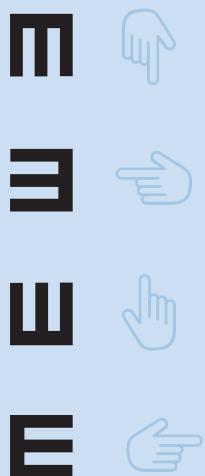
Esquemas de atención
para abordar las
deficiencias visuales



7

Capacidad Visual

Esquemas de atención
para abordar las
deficiencias visuales



7.3 OPTOTIPO SENCILLO DE LA OMS (VISIÓN DE CERCA)





EVALUAR

LA DEFICIENCIA VISUAL Y LAS ENFERMEDADES OFTALMOLÓGICAS

7.4 EVALUAR LA DEFICIENCIA VISUAL Y LAS ENFERMEDADES OFTALMOLÓGICAS

- En caso de pérdida de visión súbita o progresiva en uno o ambos ojos, habrá que realizar un examen y un test de agudeza visual básicos, y derivar al paciente a un servicio de oftalmología especializado.
- El profesional de atención primaria puede examinar los ojos. Si advierte alteraciones como hiperemia, secreciones, cicatrices, dolor, intolerancia a luz solar o cataratas, tendrá que derivar al paciente a un especialista (oftalmólogo u optometrista).
- En el examen, el profesional de atención primaria puede buscar signos de las enfermedades oculares comunes. Este primer examen en general no será exhaustivo, por lo que será necesario consultar a un especialista. Si persiste alguna de las alteraciones mencionadas anteriormente, se recomienda derivar a un servicio de oftalmología especializado.

- Los lentes para leer permiten ver de cerca a muchas personas mayores. Para otras, en cambio, no son la solución; por ejemplo, las personas que tienen presbicia o astigmatismo necesitarán anteojos graduados por un profesional después de la exploración oftalmológica.
- En la exploración de diagnóstico ordinaria se utiliza una lámpara de hendidura para examinar las estructuras oculares en detalle. Este instrumento sirve para detectar una catarata, por ejemplo, y para decidir si hay que operar. Para explorar la retina y el nervio óptico se necesitan otros instrumentos y, a veces, se deben obtener imágenes para detectar cambios incipientes y orientar el tratamiento a fin de prevenir la pérdida de visión. El examen periódico de la retina es especialmente importante para los diabéticos.

★ Cataratas

Una catarata es una opacidad del cristalino que afecta a la agudeza visual. Suele estar asociada al envejecimiento y representa la principal causa de ceguera. Reducir el consumo de tabaco y la exposición a los rayos ultravioleta puede prevenir o retrasar la aparición de cataratas. La diabetes y la obesidad también son otros factores de riesgo.

La discapacidad visual y la ceguera provocadas por las cataratas son reversibles, porque la cirugía para eliminarlas es segura y puede restablecer la vista.

Capacidad visual

Esquemas de atención para abordar las deficiencias visuales

Capacidad Visual

Esquemas de atención para abordar las deficiencias visuales



ABORDAR LAS DEFICIENCIAS VISUALES

7.5 LENTES PARA LEER

A partir de los 50 años, es muy habitual que surjan dificultades para leer o ver de cerca. En estos casos pueden ser útiles los lentes para leer.

Hay lentes sencillos que son baratos y vienen en diferentes graduaciones. Con ellos, los objetos vistos de cerca parecen más grandes. Cuando los lentes para leer no resuelven el problema, es aconsejable realizar un test de agudeza visual y una exploración oftalmológica más profunda.

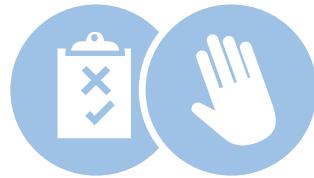
Si fuera posible, a partir de los 50 años todas las personas deberían hacerse una revisión oftalmológica a intervalos periódicos. Los tests simples de agudeza visual y de lectura no sustituyen el examen integral realizado por un oftalmólogo especialista.

7.6 DISMINUCIÓN IRREVERSIBLE DE LA AGUDEZA VISUAL

En muchos casos, los lentes no corrigen del todo la disminución de la agudeza visual. Para estas personas, los dispositivos de apoyo ópticos —lupas móviles o de sobremesa— proporcionan más aumento. Estos dispositivos pueden posibilitar la realización de tareas que requieren de visión cercana, como leer un libro o un periódico, contar dinero, leer etiquetas e inspeccionar objetos o partes pequeñas.

Los profesionales de rehabilitación o de salud pueden ayudar a las personas a procurarse estos productos a nivel de la comunidad.

★ **Rehabilitación de la vista.** Si la disminución de la agudeza visual es irreversible, la persona se beneficiará de un servicio integral de rehabilitación que incluya ayuda psicológica así como orientación, movilidad y capacitación para las actividades cotidianas. Los especialistas en rehabilitación y oftalmología enseñan una serie de técnicas que mejoran la función visual, como son las de percepción, fijación, exploración y seguimiento. Estas habilidades generalmente son necesarias para usar las lupas, pero también pueden ser útiles en otras circunstancias.



EVALUAR Y ABORDAR LAS ENFERMEDADES ASOCIADAS

7.7 HIPERTENSIÓN

La hipertensión es un factor de riesgo importante de retinopatías y glaucoma.

7.8 DIABETES

Las personas con diabetes deben realizarse un examen oftalmológico una vez al año para detectar la presencia de retinopatías.

7.9 CONSUMO DE CORTICOESTEROIDES

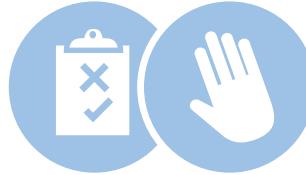
En algunas personas, el tratamiento prolongado con corticoesteroides puede incrementar la presión intraocular o provocar cataratas. Si no se trata, el aumento de la presión puede ocasionar pérdida de visión por la lesión del nervio óptico, así como ceguera. Las personas que reciban corticoterapia a largo plazo deben realizarse exámenes oftalmológicos y controles de la presión intraocular con regularidad.

Capacidad visual

Esquemas de atención para abordar las deficiencias visuales

Capacidad Visual

Esquemas de atención para abordar las deficiencias visuales



EVALUAR Y ABORDAR EL ENTORNO FÍSICO Y SOCIAL

Hay muchas maneras de ayudar a las personas con discapacidad visual a mejorar su autonomía. Los familiares y los cuidadores pueden ayudar. Habrá que adaptar esta guía al contexto local para especificar dónde conseguir los dispositivos de apoyo óptico y cómo obtener los servicios sean necesarios.

7.10 ADAPTACIÓN A LA DISMINUCIÓN DE LA AGUDEZA VISUAL

Además de los dispositivos de apoyo óptico, algunos cambios sencillos pueden permitir mantener el grado de actividad y, por lo tanto, preservar la calidad de vida. Pueden hacerse alteraciones en la vivienda y en las zonas donde acostumbra a moverse la persona, para que las tareas cotidianas y las actividades recreativas sean menos peligrosas y más fáciles. A continuación se dan algunos ejemplos.

Mejorar la iluminación. Una buena iluminación es especialmente importante para ver de cerca. Es mejor la iluminación lateral (que no proyecte sombras).

Reducir el brillo. La luz clara en general es mejor, pero el brillo del sol o el exceso de iluminación pueden ser molestos para algunas personas.

Eliminar obstáculos. Los elementos peligrosos, como muebles y otros objetos duros, pueden retirarse de las zonas de paso. En caso de ser necesarios, es mejor que estén siempre en el mismo lugar.

Crear contraste. El contraste nítido entre los objetos y dentro de los objetos los hace más fáciles de ver, de encontrar o de evitar. Por ejemplo, se pueden marcar los bordes de los escalones (en particular para las personas que solo ven de un ojo), usar platos de colores para que los alimentos resalten y escribir con tinta negra. Se puede colorear el asa de los utensilios domésticos y de cocina para hacerlos más visibles y seguros: por ejemplo, envolviendo el mango de un cuchillo con cinta adhesiva de color brillante o pintándolo.

Usar el tipo de letra más legible. En materiales impresos y pantallas de computadoras y teléfonos, los tipos grandes de estilo *sans serif* (como el de este manual) son más fáciles de leer, ya que resaltan claramente en un fondo de color uniforme.

Elegir objetos domésticos con letras grandes y buen contraste. Hay productos comerciales con letras y números más grandes o bien contrastados, como relojes de pared o de pulsera, libros, etc. Para el ocio, se pueden comprar o fabricar juegos de mesa con piezas grandes y naipes con caracteres y símbolos grandes, por ejemplo.

Usar dispositivos de apoyo auditivo además de óptico. Muchos artículos comerciales hoy en día vienen con funciones de habla, como los relojes de pulsera, los termómetros y las balanzas. Muchos teléfonos móviles y programas informáticos tienen funciones de dictado o narración de texto.

8

Capacidad auditiva

Esquemas de atención para abordar la pérdida auditiva



La pérdida de audición asociada a la edad es posiblemente la deficiencia sensorial más prevalente en la vejez. Si no se la trata, dificulta la comunicación y puede producir aislamiento social. Las limitaciones de otras capacidades, como el deterioro cognitivo, pueden empeorar estas consecuencias sociales. La pérdida auditiva está relacionada con muchos otros problemas de salud, como el deterioro cognitivo y el riesgo de demencia, la depresión y la ansiedad, los trastornos del equilibrio, las caídas, las hospitalizaciones y la muerte prematura.

Por tanto, la evaluación de la audición es fundamental en el seguimiento de la capacidad intrínseca de las personas mayores al nivel de la comunidad. El estudio de la audición en mayor profundidad también es una parte esencial de una evaluación completa del estado de salud y de las necesidades de asistencia social de la persona mayor.

PUNTOS CLAVE

- Los profesionales de atención primaria que trabajan en establecimientos de salud o en la comunidad pueden detectar la pérdida auditiva con un equipo portátil sencillo o una prueba de susurros.
- Con medidas sencillas en la vivienda y la comunidad, se puede reducir la repercusión de la pérdida auditiva. Algunas estrategias comunicativas para facilitar la audición son expresarse con claridad, situarse frente a la persona cuando se le habla y mitigar el ruido de fondo.
- Existen dispositivos electrónicos que mejoran la función auditiva, como los audífonos e implantes cocleares. Para proporcionarlos se requieren conocimientos y equipos especializados.

8

Capacidad auditiva

Esquemas de atención para abordar la pérdida auditiva

PRUEBA DE AUDICIÓN (i 1)

- Susurros: oye los susurros (i 3)
- Audiometría: < 35 dB o menos para superarla (i 1)
- Dígitos sobre fondo de ruido en la aplicación electrónica

SUPERADA

NO SUPERADA

- Reforzar los consejos genéricos sobre higiene auditiva y atención habitual (i 2)

EVALUAR ★ LA CAPACIDAD AUDITIVA → 8.1 (Audiometría diagnóstica)

Sordera
(Audiometría: ≥ 81 dB)

Hipoacusia moderada o grave
(Audiometría: 36-80 dB)

Audición normal
(Audiometría: ≤ 35 dB)

● PREGUNTAR POR:

- FACTORES DE RIESGO (exposición a ruidos o medicamentos ototóxicos)
- DOLOR DE OÍDOS
- ANTECEDENTES de supuración o hipoacusia súbita o acelerada
- MAREOS
- OTITIS MEDIA CRÓNICA
- HIPOACUSIA UNILATERAL

SÍ
(cualesquier de ellos)

● Derivar a un servicio especializado

- ★ - Evaluar y ofrecer dispositivo de ayuda auditiva → 8.4 (audífonos o implantes cocleares)

- Reforzar los consejos genéricos sobre higiene auditiva o la atención habitual (i 2)

REPETIR LA EVALUACIÓN una vez al año

NO
(a todos)

- Proporcionar audífonos → 8.4
- Si no hay audífonos disponibles, ofrecer información sobre lectura de los labios y lenguaje de signos, así como otras estrategias comunicativas → 8.5

EVALUAR Y ABORDAR EL ENTORNO FÍSICO Y SOCIAL

- Prestar apoyo psicológico y ayuda para gestionar el sufrimiento emocional
- Ofrecer ayudas auditivas para la vivienda (teléfono, timbres)
- Enseñar a la persona con hipoacusia, a la familia y a los cuidadores estrategias para mantenerse conectados y preservar las relaciones

★ Se necesita atención especializada

Capacidad auditiva

Esquemas de atención para abordar la pérdida auditiva

CUÁNDO SE NECESITA ATENCIÓN ESPECIALIZADA

- Evaluación de una persona con hipoacusia grave o anacusia (sordera).
- Colocación de un dispositivo de ayuda auditiva.
- Abordaje de problemas subyacentes que provocan o contribuyen a la hipoacusia.



PRUEBA DE AUDICIÓN

En la primera evaluación se utiliza una de las tres pruebas posibles.

PRUEBA DE SUSURROS

La prueba de susurros permite discernir si la persona tiene una audición normal o necesita una audiometría diagnóstica.

AUDIOMETRÍA DIAGNÓSTICA (15)

Se realizará una audiometría si se dispone del equipo necesario.

En la audiometría diagnóstica el paciente tiene que escuchar una serie de tonos dentro del espectro del habla (500 a 4000 Hz), en los límites superiores de lo audible. El resultado es "apto" o "derivar". Una lectura de 35 dB o menos indica que la audición es normal. Recibiendo una capacitación específica breve, un profesional no especialista puede realizar esta prueba con el equipo adecuado.

PRUEBA ELECTRÓNICA DE DÍGITOS SOBRE FONDO DE RUIDO

Para determinar si se necesita una audiometría diagnóstica, también puede utilizarse una prueba electrónica de autoevaluación en la que el paciente tiene que marcar los dígitos que le dicta el programa con un ruido de fondo.

Está disponible como **aplicación para teléfono móvil**:

hearWHO: <https://www.who.int/deafness/hearWHO> (gratuita, en inglés)

hearZA: <https://www.hearza.co.za/> (gratuita, en inglés)

uHear: <http://unitron.com/content/unitron/nz/en/professional/practice-support/uhear.html> (gratuita, para iPhone, en alemán, español, francés e inglés).

También está disponible **en internet**:

from HearCom: http://hearcom.eu/prof/DiagnosingHearingLoss/SelfScreenTests/ThreeDigitTest_en.html (gratis, en alemán, holandés, inglés, polaco y sueco).



CONSEJOS GENERALES SOBRE LA HIGIENE AUDITIVA

- NO meterse los dedos sucios en los oídos; lavarse siempre las manos antes de manipular alimentos; no comer con las manos sucias
- Lavarse **SIEMPRE** las manos después de ir al baño
- NO nadar o lavarse en agua sucia
- NO introducir nada en los oídos:
 - aceite caliente o frío,
 - remedios de herbolario,
 - líquidos como queroseno.



PRUEBA DE SUSURROS

- Nos colocamos a una distancia de un metro de la persona, por detrás y a un lado.
- Le pedimos a la persona que se tape el oído contralateral presionando sobre el trago, o que lo haga un ayudante.
(El trago es la proyección de cartílago situada a la entrada del conducto auditivo externo.)
- Exhalamos y seguidamente susurramos cuatro palabras. Usaremos palabras comunes que no tengan relación entre sí.
- Le pedimos a la persona que repita las palabras susurradas. Debe decir las una a una y debe esperar la respuesta a cada una. *Si la persona repite más de tres palabras y tenemos la certeza de que nos ha oido con claridad, es probable que su audición en este oído sea normal.*
- Nos colocamos al otro lado de la persona y repetimos la prueba con el otro oído. Esta vez diremos palabras diferentes.

Hay que elegir palabras que la persona conozca seguro. por ejemplo:

- | | |
|-----------|-------------|
| - fábrica | - pescado |
| - cielo | - bicicleta |
| - fuego | - jardín |
| - número | - amarillo |

Capacidad auditiva

Esquemas de atención para abordar la pérdida auditiva



EVALUAR LA CAPACIDAD AUDITIVA

★ 8.1 TRES PRUEBAS PARA UNA EVALUACIÓN INTEGRAL

La evaluación de la audición puede realizarse mediante tres pruebas con equipo especializado: la audiometría tonal, la audiometría verbal y la timpanometría para conocer el estado del oído medio. Estas pruebas pueden ayudar a detectar la necesidad de rehabilitación y para realizarlas es preciso contar con capacitación especializada.

Audiometría tonal. La audiometría tonal es un estudio de la capacidad de oír diferentes frecuencias puras (tonos). Se emiten sonidos grabados, con intensidad cada vez mayor, hasta que la persona consigue oírlos, es decir, hasta que se alcanza el umbral de capacidad auditiva. Sirve para explorar la conducción aérea y ósea del sonido, evaluando los umbrales auditivos en frecuencias de 125 Hz (muy bajas) a 8000 Hz (muy altas). Esta prueba ayuda a determinar el grado y el tipo de la pérdida auditiva.

Audiometría verbal. En el caso de las personas mayores puede realizarse otra prueba denominada audiometría verbal. Se les pide que escuchen una serie de palabras grabadas mientras se va aumentando el volumen y que las repitan cuando las oigan. Esta prueba sirve para verificar los resultados de la audiometría tonal, determinando si el reconocimiento del habla concuerda con lo observado en la primera prueba o si hay alguna asimetría perceptiva; también permite determinar en qué oído conviene colocar un audífono si solo va a ponerse uno.

Timpanometría. Por último, la timpanometría es un estudio de la distensibilidad (movilidad) del tímpano. Los resultados pueden complementar las audiometrías para determinar el tipo de problema auditivo.



ABORDAR LA PÉRDIDA AUDITIVA

Para hacer frente a la pérdida auditiva deben valorarse tanto las estrategias comunicativas como los dispositivos de ayuda auditiva.

El mejor método para controlar la pérdida auditiva debe decidirse con una evaluación integral de la capacidad intrínseca de la persona, teniendo en cuenta el deterioro cognitivo, la pérdida de capacidad locomotriz o de destreza en los brazos o las manos, y la ayuda que puedan ofrecer la familia y la comunidad.

8.2 PERSONAS MAYORES CON PÉRDIDA AUDITIVA MODERADA O GRAVE

- Hay que explicar a la persona que ha perdido audición y a su familia el beneficio de los dispositivos de ayuda auditiva (audífonos), dónde los pueden obtener y cómo se usan. Si la persona ya tiene un audífono, el profesional de la salud puede brindarle apoyo y alentarla a usarlo.
- La audiometría por sí sola no sirve para decidir si se necesita un audífono. La mayoría de las personas que han perdido audición refieren que les cuesta comunicarse cuando hay ruido de fondo. Hay que evaluar las necesidades generales de la persona antes de prescribirle un audífono.

- Hay que ofrecer orientación clara a las personas que han perdido audición, así como a sus familiares y cuidadores, sobre las estrategias comunicativas que pueden mejorar su capacidad funcional. → [8.5](#)
- Algunos medicamentos pueden dañar el oído interno y provocar pérdida auditiva o alteraciones del equilibrio, por ejemplo los antibióticos como la estreptomicina y la gentamicina y los antimaláricos como la quinina y la cloroquina, además de otros. Reducir el consumo de estos medicamentos, de ser posible, puede evitar que progrese la pérdida auditiva. ➤

8.3 PERSONAS MAYORES QUE PRESENTAN SORDERA

Las personas mayores que presentan una pérdida auditiva grave o profunda o que no se beneficiarán de las intervenciones descritas anteriormente necesitarán atención especializada, como la colocación de un dispositivo de ayuda auditiva. **De ello deben encargarse profesionales con conocimientos especializados para el diagnóstico, la prescripción y la colocación de dichos dispositivos.**

Capacidad auditiva

Esquemas de atención para abordar la pérdida auditiva

★ **Señales de alerta que requieren atención especializada**

Algunas condiciones asociadas a la pérdida auditiva requieren de un diagnóstico y un tratamiento especializados, como por ejemplo:

- dolor de oídos,
- otitis media crónica (infección del oído medio),
- pérdida auditiva súbita o de progresión rápida,
- mareos con pérdida auditiva moderada o grave,
- supuración de líquido del oído,
- presencia de factores de riesgo como exposición a ruidos y consumo de medicamentos que pueden perjudicar la audición.

Capacidad auditiva

Esquemas de atención para abordar la pérdida auditiva

★ 8.4 DISPOSITIVOS DE AYUDA AUDITIVA

Audífonos. Los audífonos son, en general, la mejor tecnología para las personas mayores con pérdida auditiva. Se trata de un aparato electrónico que amplifica el sonido. Son eficaces para la mayoría de las personas y fáciles de usar porque se llevan puestos en el oído o sobre el pabellón auricular. Es importante explicar al paciente que los audífonos no curan ni tratan la sordera.

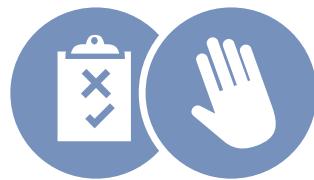
Implantes cocleares. Los implantes cocleares están indicados para algunas personas que sufren pérdida auditiva profunda y no mejoran con audífonos. Se implanta quirúrgicamente en el oído interno y convierten los sonidos en impulsos eléctricos, enviándolos al nervio acústico. Debe realizarse un estudio muy detallado para determinar si el implante coclear es una opción adecuada. Si no está disponible o no es factible, habrá que ofrecer información y capacitación a la persona mayor y su familia sobre lectura de los labios y lenguaje de signos.

Buces de inducción de audiofrecuencia y amplificadores personales. Los bucles de inducción de audiofrecuencia y los amplificadores personales también son dispositivos eficaces. Un bucle de inducción de audiofrecuencia, o bucle magnético, es un circuito de cables que se colocan alrededor de un espacio (p. ej., una sala de reuniones o un servicio público) y envían las señales desde un micrófono y un amplificador que se reciben con algunos tipos de audífonos.



Puede consultarse más información en las directrices de la OMS sobre audífonos y servicios de ayuda a la audición para países en desarrollo:

<http://apps.who.int/iris/handle/10665/43066> [en inglés].



EVALUAR Y ABORDAR EL ENTORNO FÍSICO Y SOCIAL

Minimizar la repercusión de la pérdida auditiva puede ayudar a preservar la autonomía y reducir la dependencia de los servicios comunitarios para las necesidades cotidianas. Todos pueden prestar ayuda, desde la familia y los cuidadores hasta la comunidad.

La pérdida auditiva es causa frecuente de problemas psicológicos y aislamiento social. Por eso, la rehabilitación audiológica hoy en día hace más hincapié en las consideraciones psicosociales, adaptadas a los objetivos de la persona mayor y sus cuidadores.

- La interacción social regular puede reducir el riesgo de deterioro cognitivo, depresión y otras consecuencias afectivas y conductuales de la pérdida de audición. En momentos de especial malestar, las redes sociales de apoyo pueden ser de ayuda.
- La pareja y la familia pueden ayudar a prevenir la soledad y el aislamiento, pero quizás haya que explicarles cómo hacerlo. Por ejemplo, deben seguir comunicándose con la persona que ha perdido audición y organizar actividades que mantengan su interés en una red de relaciones sociales. Véase el recuadro de la derecha, en el que se describe cómo hay que hablarle a una persona con pérdida auditiva. → 8.5
- Algunas soluciones ambientales en la vivienda son colocar timbres y teléfonos que se oigan en toda la casa.

8.5 ESTRATEGIAS COMUNICATIVAS PARA LA FAMILIA Y LOS CUIDADORES

Los trabajadores de salud pueden recomendar a familiares y cuidadores algunas pautas sencillas para hablarle a una persona con pérdida auditiva (14).

- ✓ Procurar que la persona nos vea la cara con claridad cuando le hablamos.
- ✓ Procurar que haya buena luz sobre la cara para que la persona pueda leer los labios.
- ✓ Captar la atención de la persona antes de hablarle.
- ✓ Evitar distracciones, sonidos y ruido de fondo especialmente fuerte.
- ✓ Expresarse con claridad y lentitud. No gritar.
- ✓ No dejar de hablar a las personas que tienen problemas de audición, ya que pueden sentirse aislados y deprimirse.

Estas estrategias son útiles independientemente de que la persona lleve un dispositivo de ayuda auditiva.

Capacidad auditiva

Esquemas de atención para abordar la pérdida auditiva

9

Capacidad psicológica

Esquemas de atención para abordar los síntomas depresivos



Se considera que sufren "síntomas depresivos" (abatimiento, melancolía o tristeza) las personas mayores que tienen dos o más síntomas de depresión simultáneos, la mayor parte del tiempo o todo el tiempo durante al menos dos semanas, pero sin reunir los criterios diagnósticos de depresión mayor. Los síntomas depresivos son más prevalentes en las personas mayores que padecen enfermedades crónicas y discapacitantes, que están aisladas socialmente o que se ven obligadas a cuidar de personas muy dependientes. Estas cuestiones deben formar parte del enfoque integral para abordar los síntomas depresivos.

Los síntomas depresivos son un aspecto importante de la capacidad psicológica, pero son solo una de sus dimensiones. Hay otros aspectos que requieren medidas complejas, como la ansiedad, las características de la personalidad, y los mecanismos de afrontamiento y su pleno dominio.

Este capítulo contiene orientaciones sobre la prevención y el abordaje de los síntomas depresivos en las personas mayores. Puede consultarse más información sobre las intervenciones contra la depresión en la Guía de intervención mhGAP de la OMS: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34071>

PUNTOS CLAVE

- Formulando una serie de preguntas, el trabajador de atención primaria en la comunidad puede detectar a las personas mayores que tengan síntomas depresivos y distinguir estos síntomas de la depresión mayor.
- Los profesionales de la salud, aun no siendo especialistas, pueden ayudar a las personas que tienen síntomas depresivos mediante intervenciones estructuradas breves en la comunidad y otros entornos de atención primaria, siempre que cuenten con la capacitación adecuada.
- La depresión requiere de un abordaje y un tratamiento integrales, generalmente a cargo de un especialista.
- Las disminuciones en otros dominios de la capacidad intrínseca, como la audición o la movilidad, pueden menoscabar las capacidades funcionales, reducir la participación social y contribuir a los síntomas depresivos.

9

Capacidad psicológica

Esquemas de atención para abordar los síntomas depresivos

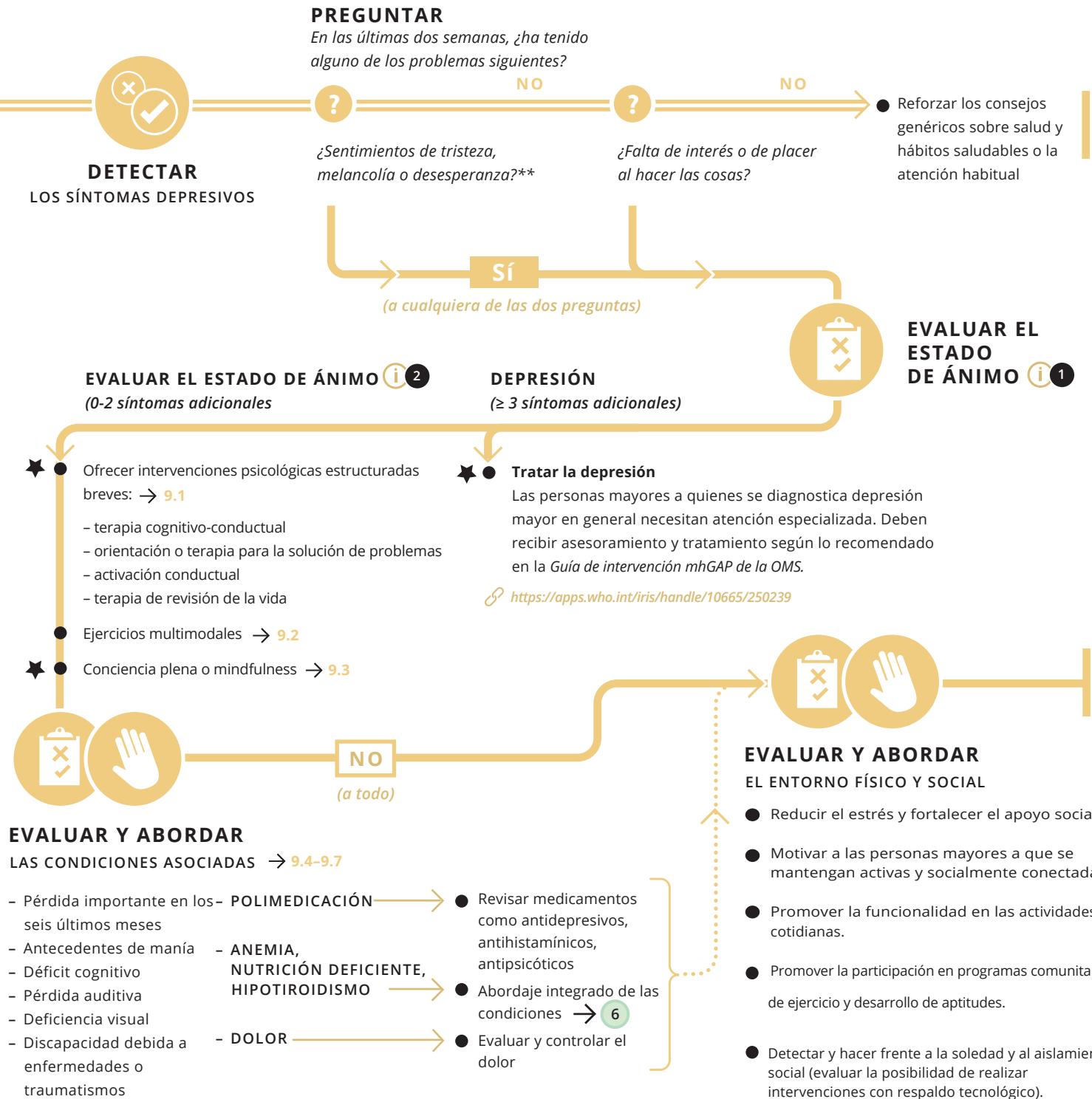
★ Se necesita atención especializada

* Las personas mayores usan términos muy distintos para hablar de los estados de ánimo deprimidos, como tristeza, melancolía, desesperanza, etc.

OPS

Organización Panamericana
de la Salud

Organización Mundial de la Salud
Américas



Capacidad psicológica

Esquemas de atención para abordar los síntomas depresivos



EVALUAR EL ESTADO DE ÁNIMO

Si la persona refiere al menos uno de los síntomas básicos —sentimientos de tristeza, depresión o desesperanza y escaso interés o placer en las actividades—, habrá que realizar una evaluación adicional del estado de ánimo. Se pueden usar otros términos si la persona no conoce los que constan en las dos preguntas..

PREGUNTAR:

*"En las últimas dos semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas?"**

- Dificultad para conciliar o mantener el sueño; o dormir demasiado.
- Sensación de cansancio o falta de energía.
- Falta de hambre o excesos al comer.
- Sentimientos de autoestima baja, fracaso o culpa hacia uno mismo o la familia.
- Dificultad para concentrarse en actividades como leer el periódico o ver la televisión.
- Lentitud de movimientos o del habla que hayan notado otras personas.
- Agitación o inquietud física notables.
- Pensamientos de que estaría mejor muerto o ideas de autolastimarse.

CUÁNDO SE NECESA ATENCIÓN ESPECIALIZADA

- El abordaje de la depresión requiere un enfoque más integral, generalmente por parte de especialistas, para trazar un plan de atención personalizada.
- Para controlar los síntomas depresivos, el personal de salud necesita contar con capacitación específica en intervenciones psicológicas estructuradas breves.
- Ciertas condiciones asociadas, como el hipotiroidismo, pueden requerir diagnóstico y tratamiento especializados.



SÍNTOMAS DEPRESIVOS

Si una persona tiene al menos uno de los síntomas básicos y uno o dos síntomas adicionales, es posible que tenga síntomas depresivos. Si tiene más de dos síntomas, es posible que el diagnóstico sea de trastorno depresivo. Es importante distinguir los síntomas depresivos del trastorno depresivo, porque el tratamiento es distinto.

- El deterioro cognitivo y la demencia pueden estar asociados con los síntomas depresivos y también deben evaluarse. Las personas que tienen demencia suelen acudir al profesional de salud por problemas afectivos o conductuales, como apatía, pérdida del control emocional o dificultades para llevar a cabo las actividades ordinarias en el ámbito laboral, doméstico o social.
- Al mismo tiempo, la afectación de otros dominios de la capacidad intrínseca, como los sentidos o la motricidad, puede menoscabar la capacidad funcional y la participación social, acentuando la sintomatología depresiva.
- Las intervenciones pensadas para las disminuciones de otros componentes de la capacidad intrínseca, como la función cognitiva o la audición, pueden ser más eficaces si al mismo tiempo se abordan los síntomas depresivos. Hay que tener en cuenta este punto a la hora de elaborar el plan de atención personalizada.

* Estas preguntas se han extraído del cuestionario de salud PHQ-9 (http://www.cqaimh.org/pdf/tool_phq9.pdf), que es un instrumento para evaluar los síntomas depresivos. Véase también el capítulo dedicado a la depresión de la Guía de intervención mhGAP, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250239>.

Capacidad psicológica

Esquemas de atención para abordar los síntomas depresivos



ABORDAR LOS SÍNTOMAS DEPRESIVOS

★ 9.1 INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS ESTRUCTURADAS BREVES

Las intervenciones psicológicas estructuradas breves, como las terapias cognitivo-conductuales, de solución de problemas, de activación conductual y de revisión de vida, pueden reducir notablemente los síntomas depresivos en las personas mayores. Los ejercicios multimodales y la práctica de la conciencia plena o mindfulness también pueden reducir esta sintomatología.

Se puede recurrir a muchas intervenciones psicológicas que pueden aplicarse con el consentimiento de la persona mayor y teniendo en cuenta sus inquietudes, como pueden ser las dificultades para solucionar problemas. Hay que tener en cuenta el ejercicio físico, además de los tratamientos psicológicos estructurados, por el efecto positivo que tiene sobre el estado de ánimo (véase el capítulo 5 sobre movilidad limitada). → 5

Se desaconseja que los médicos de atención primaria que no posean conocimientos especializados en salud mental receten antidepresivos.

★ Estas intervenciones generalmente las administrarán profesionales de la salud con capacitación en psicopatología. También pueden administrarlas los agentes comunitarios de salud si cuentan con la formación adecuada y con capacitación sobre problemas de salud mental en la vejez. Ninguna de estas intervenciones está asociada con efectos perjudiciales.

Terapia cognitivo-conductual

La terapia cognitivo-conductual (TCC) se basa en la idea de que los sentimientos se ven afectados tanto por las creencias como por el comportamiento. Las personas con síntomas depresivos (o trastornos mentales diagnosticados) pueden tener pensamientos negativos poco realistas o distorsionados que, si no se controlan, pueden llevar a un comportamiento perjudicial. Así, la TCC normalmente tiene un componente cognitivo, que ayuda a la persona a desarrollar la capacidad de identificar y cuestionar los pensamientos negativos poco realistas, y un componente conductual, para mejorar los comportamientos positivos y reducir los negativos. Se pueden seguir los siguientes pasos: 1) identificar los problemas en la vida; 2) cobrar conciencia de los pensamientos, los sentimientos y las creencias relativas a estos problemas; 3) detectar los pensamiento negativos o falaces; y 4) reconfigurar esos pensamientos para que sean más realistas.

Asesoramiento o terapia para la solución de problemas

La terapia orientada a la solución de problemas puede ser beneficiosa para las personas que tienen síntomas depresivos y pasan por un momento de angustia o padecen algún grado de deterioro de su función social (si no se ha diagnosticado un episodio o trastorno depresivo).

La terapia de solución de problemas ofrece a la persona apoyo directo y práctico. En ella, el profesional de la salud, que actúa como terapeuta, y la persona mayor trabajan conjuntamente para identificar y aislar las áreas

Capacidad psicológica

Esquemas de atención para abordar los síntomas depresivos

problemáticas que más contribuyan a los síntomas depresivos. Juntos, terapeuta y paciente dividen estas áreas en tareas concretas y manejables solucionando problemas y elaborando estrategias de afrontamiento para problemas específicos.

Activación conductual

La activación conductual consiste en fomentar que la persona realice actividades que le resulten gratificantes a fin de reducir sus síntomas depresivos.

Es más fácil de aprender que las demás psicoterapias basadas en la evidencia. Como pueden aprenderlo profesionales no especializados, puede ampliar el acceso a la atención de los síntomas depresivos. Se ha estudiado principalmente como una intervención de varias sesiones dirigidas por especialistas, pero puede adaptarse e impartirse en forma de una única sesión breve, a cargo de profesionales de la salud que tengan la capacitación adecuada, como tratamiento adicional o como un primer paso en un enfoque integral de atención primaria

Terapia de revisión de la vida

En la terapia de revisión de la vida, el terapeuta guía al paciente en un ejercicio de recuerdo autobiográfico que procura lograr una sensación de paz o aceptación de la situación actual. Ayuda a adquirir perspectiva y recuperar recuerdos importantes acerca de amigos y seres queridos. Puede servir para tratar la depresión en las personas mayores y en las personas que están frente a cuestiones

relacionadas con el final de la vida. El terapeuta centra la retrospección en determinados temas o etapas, como la infancia, la paternidad o maternidad, el nacimiento de los primeros nietos o los años de trabajo.

★ 9.2 EJERCICIOS MULTIMODALES

Un programa de ejercicio físico adaptado a la capacidad física y las preferencias de la persona puede reducir los síntomas depresivos a corto plazo e incluso quizás también a más largo plazo. Véase el capítulo 5 sobre movilidad limitada. → 5

9.3 CONCIENCIA PLENA

La técnica de conciencia plena o mindfulness consiste en enfocar toda la atención en lo que está sucediendo en el momento presente en vez de dejarse llevarse por el torrente de pensamientos sobre el pasado, el futuro, los deseos, las obligaciones o los remordimientos, que pueden llegar a hundir a una persona con síntomas depresivos. Hay muchos tipos de prácticas de conciencia plena. Una técnica muy extendida consiste en permanecer sentado o acostado en silencio, y concentrar la atención en las sensaciones de la respiración. La técnica de la conciencia plena aplicada al movimiento físico —por ejemplo, al hacer yoga o caminar— también es útil para muchas personas.

Capacidad psicológica

Esquemas de atención para abordar los síntomas depresivos



EVALUAR Y ABORDAR LAS CONDICIONES ASOCIADAS

La presencia de las siguientes condiciones asociadas indicaría que se necesita un enfoque distinto para tratar la depresión

- **Alguna pérdida importante en los últimos seis meses.**
 - **Antecedentes de manías.** Las manías son episodios de exaltación del humor, aumento de energía e hiperactividad. Se considera que las personas que presentan episodios maníacos padecen trastorno bipolar. Los antecedentes de manías pueden determinarse comprobando si se han presentado simultáneamente varios de los síntomas definitorios, con una duración de al menos una semana y una gravedad suficiente para interferir de forma considerable con el trabajo y las actividades sociales, o para requerir hospitalización o reclusión (véase la *Guía de intervención mhGAP* en https://www.paho.org/mhgap/en/bipolar_flowchart.html).
 - **Deterioro cognitivo.** La relación entre la depresión y el deterioro cognitivo es compleja. Desde hace tiempo, los estudios epidemiológicos vinculan la depresión con la aparición de la enfermedad de Alzheimer. Las funciones cognitivas afectadas en la depresión son la atención, el aprendizaje y la memoria visual, así como las funciones ejecutivas. La depresión puede ser una respuesta psicológica cuando la persona cobra conciencia de un deterioro cognitivo leve que todavía no dificulta la funcionalidad diaria.
- **Pérdida auditiva.** Habitualmente, las personas mayores que han perdido audición refieren vergüenza, ansiedad y falta de autoestima, y participan menos de las actividades físicas y sociales, de forma que tienden a aislarse, a quedarse solas y a deprimirse (15).
 - **Discapacidad visual y enfermedades oftalmológicas graves de la vejez, como la degeneración macular relacionada con la edad y el glaucoma,** están asociadas con un mayor riesgo de depresión (16). Las personas con déficits visuales tienden a referir sentimientos de infelicidad, soledad e incluso desesperanza.
 - **Reacción a la discapacidad causada por alguna enfermedad o traumatismo.** La depresión es un trastorno secundario habitual en las personas que sufren algún tipo de discapacidad. Las personas con discapacidad causada por alguna enfermedad o accidente sufren angustia y deben hacer frente a cambios vitales. En la adaptación a la nueva situación se pasa por diferentes etapas: conmoción, negación, enfado o depresión, y ajuste o aceptación. Las personas mayores que tienen que enfrentar una situación de discapacidad también corren el riesgo de sufrir ansiedad y depresión.

Capacidad psicológica

Esquemas de atención para abordar los síntomas depresivos

★ 9.4 POLIMEDICACIÓN

La polimedición puede provocar síntomas depresivos, los cuales, a su vez, pueden llevar a una situación de polimedición. Para romper este círculo vicioso, es importante abordar tanto la polimedición como los síntomas depresivos. Además de los medicamentos que actúan en el sistema nervioso central, los que tienen propiedades psicotrópicas (como antihistamínicos y antipsicóticos, relajantes musculares y otros medicamentos con efectos anticolinérgicos) pueden asociarse con síntomas depresivos. Retirar los medicamentos que no estén resultando efectivos o que sean innecesarios, así como las duplicidades en el tratamiento farmacológico, reduce la polimedición.

★ 9.5 ANEMIA Y NUTRICIÓN DEFICIENTE

La anemia y la nutrición deficiente pueden causar síntomas depresivos debido a la carencia de hierro, ácido fólico, vitamina B6 y vitamina B12. Los síntomas depresivos también pueden influir en la aparición de anemia: la falta de apetito y de interés en las actividades diarias (como hacer las compras y cocinar) puede reducir la calidad y la cantidad de los alimentos que ingiere la persona mayor, propiciando el desarrollo de anemia y problemas de nutrición. Para mejorar los síntomas depresivos, es fundamental controlar la anemia y mejorar el estado nutricional (véase el capítulo 6 sobre la nutrición deficiente). → ⑥

★ 9.6 HIPOTIROIDISMO

El hipotiroidismo es un trastorno frecuente en las personas mayores, especialmente las mujeres. Los síntomas pueden ser inespecíficos y varían de persona a persona, pero puede haber síntomas depresivos. El hipotiroidismo debe ser evaluado y abordado por personal de salud con conocimientos especializados.

★ 9.7 DOLOR

Las personas que refieren dolor crónico suelen sufrir síntomas depresivos. Es importante evaluar y controlar el dolor (véase el capítulo 5 sobre movilidad limitada). → ⑤

Capacidad psicológica

Esquemas de atención para abordar los síntomas depresivos

Una de las características de la depresión es la falta de interés por actividades que antes despertaban ilusión o placer. Los familiares y cuidadores pueden animar a la persona a que realice más actividad física y se involucre más en actividades sociales, por ejemplo, participando en programas comunitarios de ejercicio o de desarrollo de aptitudes.



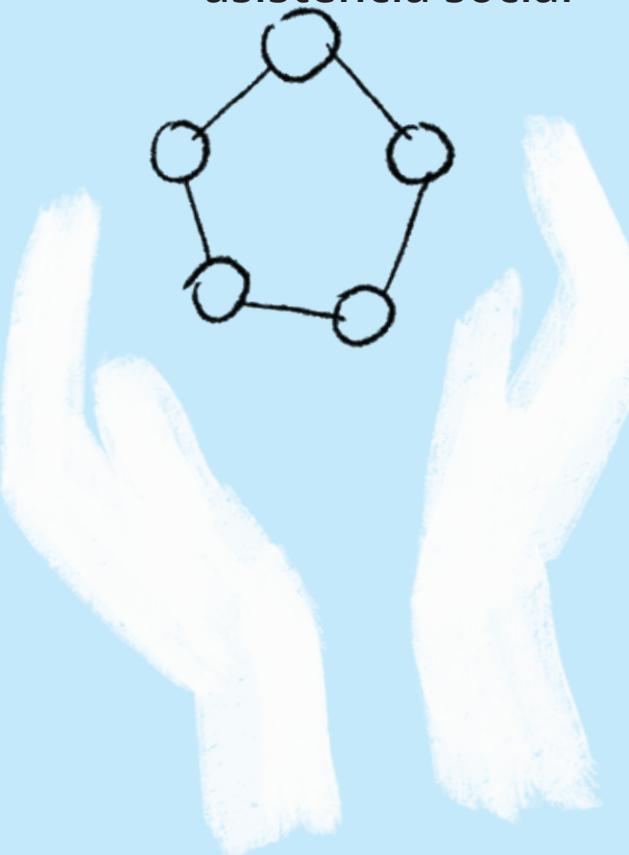
EVALUAR Y ABORDAR EL ENTORNO FÍSICO Y SOCIAL

Si una persona mayor tiene alguna disminución de sus capacidades, como una pérdida auditiva o limitaciones locomotoras, los familiares y cuidadores pueden estar especialmente atentos para evitar que se aíslle, ya que el aislamiento social puede causar síntomas depresivos. También hay que valorar las intervenciones tecnológicas prestadas a través del teléfono o de internet para mitigar las situaciones de soledad.

10

Apoyo y asistencia social

Esquemas de atención para prestar apoyo y asistencia social



En el caso de las personas que han sufrido una disminución importante de su capacidad intrínseca, muchas veces solo es posible preservar la dignidad con la atención, el apoyo y la asistencia de los demás. La disponibilidad de apoyo y asistencia social es imprescindible para asegurar una vida digna y significativa. El apoyo y la asistencia social no solo comprenden la ayuda prestada para las actividades cotidianas y los cuidados personales, sino también el acceso a centros comunitarios y servicios públicos, a fin de reducir el aislamiento y la soledad, la seguridad económica, un lugar adecuado de residencia, la protección ante el acoso y el maltrato, y la participación en actividades que den sentido a la vida.

La persona más adecuada para indagar sobre las necesidades de asistencia social puede variar según la pregunta. Si la persona mayor sufre un deterioro cognitivo, es mejor preguntarle sobre las actividades cotidianas y los asuntos económicos a alguien que la conozca bien, como un familiar, un cuidador o un amigo.

PUNTOS CLAVE

- La disminución de la capacidad funcional es frecuente en las personas mayores, especialmente en las que presentan una disminución de la capacidad intrínseca, pero no es inevitable.
- Los agentes comunitarios de salud pueden detectar la pérdida de las capacidades funcionales por medio de un cuestionario sencillo.
- Las intervenciones adaptadas a las prioridades de la persona mayor pueden mejorar su capacidad funcional.
- Las intervenciones eficaces incluyen las destinadas a mejorar la capacidad intrínseca y la capacidad funcional, así como la prestación de apoyo y asistencia social.

10

Apoyo y asistencia social

Esquemas de atención para prestar apoyo y asistencia social

1. ¿Le cuesta moverse por la casa?
2. ¿Le cuesta usar el inodoro (o bacín)?
3. ¿Le cuesta vestirse?
4. ¿Le cuesta bañarse o ducharse?
5. ¿Le cuesta arreglarse?
6. ¿Le cuesta comer

7. ¿Tiene algún problema en su vivienda (alojamiento)?
8. ¿Tiene problemas de dinero?

A
9. ¿Se siente solo?

10. ¿Es capaz de dedicarse al ocio y a sus aficiones, a su trabajo o voluntariado, a ayudar a su familia y a las actividades educativas o espirituales que son importantes para usted?

11. Evaluar el riesgo de maltrato

PREGUNTAR EVALUAR LAS NECESIDADES DE APOYO Y ASISTENCIA SOCIAL



PREGUNTAR

AYUDA CON ASISTENCIA SOCIAL (CUIDADOS PERSONALES)

- Evaluar y modificar el entorno físico para compensar la pérdida de capacidad intrínseca, mejorar la movilidad y prevenir las caídas.
- Evaluar la posibilidad de usar tecnologías de apoyo, dispositivos y adaptaciones.
- Evaluar la posibilidad de que haya ayuda del cónyuge, la familia u otros cuidadores no remunerados, e incluir una evaluación de las necesidades del cuidador.
- Revisar la necesidad de recibir la ayuda de cuidadores remunerados.
- Debe haber cuidadores y servicios disponibles, como los de asistencia domiciliaria, asistencia de día, residencias geriátricas

Sí

HACER PREGUNTAS COMPLEMENTARIAS

¿Le preocupa algo de lo siguiente?

1. ¿Su integridad física y su protección en el lugar donde vive?
2. ¿El estado de su casa?
3. ¿La ubicación de su casa?
4. ¿Los gastos de la casa?
5. ¿La reparación y el mantenimiento de la casa?
6. ¿La autonomía para seguir viviendo en casa?

Sí

● Analizar:

- adaptaciones en la vivienda,
- alternativas habitacionales,
- derivación a programas sociales, vivienda de protección oficial o redes de apoyo.

Sí

HACER PREGUNTAS COMPLEMENTARIAS

1. En general, ¿le cuesta llegar a fin de mes?
2. ¿Es capaz de administrar su dinero y su economía?
3. ¿Le gustaría recibir orientación sobre prestaciones o ayudas económicas?

Sí

Estudiar las maneras de mejorar:

- las relaciones sociales estrechas (cónyuge, familia, amigos, mascotas),
- los recursos locales de la comunidad (clubes, grupos religiosos, centros de día, deporte, recreación, educación),
- las oportunidades de contribuir (voluntariado, empleo),
- la conectividad con las tecnologías de la comunicación.

NO

Observar el comportamiento de la persona mayor y de sus cuidadores o familiares, o buscar signos de lesiones físicas, para detectar las situaciones de maltrato.

- Si se detecta un peligro inmediato, deberá solicitarse una evaluación especializada a los servicios sociales o de protección de los adultos o a los cuerpos y fuerzas de seguridad pública.

PREGUNTAS COMPLEMENTARIAS PARA DETECTAR LOS OBSTÁCULOS:

¿No puede dedicarse a... por culpa de...

1. el precio? 2. la distancia? 3. el transporte? 4. la falta de oportunidades? 5. otros motivos?

- Entregar una lista de los servicios comunitarios que se ofrecen a las personas mayores en la localidad, como centros recreativos y clubes, cursos para adultos, programas de voluntariado y orientación laboral.
- Animar a la persona mayor a que aproveche estos servicios para reforzar su participación.

OPS

Apoyo y asistencia social

Esquemas de atención para prestar apoyo y asistencia social

CUÁNDO SE NECESITAN CONOCIMIENTOS ESPECIALIZADOS

El personal de salud debe saber a quién derivar a las personas mayores cuando hace falta una evaluación especializada. Los protocolos variarán según la disponibilidad. En algunos entornos, en vez de un asistente social puede ser más adecuado un jefe comunal, el director de una escuela, un párroco o el líder de un grupo religioso. Puesto que el apoyo y la asistencia social integrados exigen la ayuda desde varias dimensiones, es importante que haya reuniones periódicas para fomentar la confianza entre los especialistas y los servicios. A continuación se citan algunos ejemplos de campos de especialidad relacionados con la atención a las personas mayores:

- Situación habitacional: servicios domésticos, asistente social, terapia ocupacional.
- Situación económica: asistente social, servicios de orientación sobre prestaciones.

- Soledad: asistente social, voluntariados, médico de atención primaria.
- Participación: asistente social, servicios recreativos, de empleo y voluntariados.
- Maltrato: asistente social, protección de adultos, cuerpos y fuerzas de seguridad.
- Actividades cotidianas: terapeuta ocupacional, asistente social, enfermera o equipo geriátrico multidisciplinario.
- Movilidad en la casa: fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, asistente social o equipo geriátrico multidisciplinario.
- Movilidad en el exterior: fisioterapeuta, asistente social, servicios de transporte voluntarios.



1 SIGNOS DE POSIBLE MALTRATO EN EL ANCIANO

COMPORTAMIENTO DE LA PERSONA MAYOR

- Parece tenerle miedo al cuidador, ya sea un familiar o un empleado.
- No quiere responder a las preguntas o mira con ansiedad al cuidador o familiar antes de responder.
- Cambia su conducta cuando el cuidador o familiar entra o sale de la habitación.
- Habla del cuidador diciendo que tiene "carácter fuerte", que suele estar "cansado" o que tiene "mal genio"; o que se irrita, se enoja, pierde la paciencia o los nervios con mucha facilidad.
- Manifiesta un respeto o deferencia exagerados hacia el cuidador.

COMPORTAMIENTO DEL CUIDADOR O FAMILIAR

- Pone trabas o impide que el profesional y la persona mayor conversen en privado o se las arregla para interrumpir la entrevista (entrando varias veces en la habitación, por ejemplo).
- Insiste en responder a las preguntas que en realidad se plantean a la persona mayor.
- Pone obstáculos a la asistencia a la persona mayor en el hogar.
- Manifiesta gran insatisfacción sobre la obligación de cuidar de la persona mayor.
- Intenta convencer a los profesionales de que la persona mayor está "loca" o enajenada, o de que no sabe lo dice porque se confunde, cuando no es verdad.
- Se muestra hostil, cansado o impaciente durante la entrevista, y la persona mayor está muy inquieta e indiferente en su presencia.

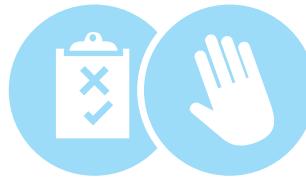
MALTRATO FÍSICO

- Cortes, quemaduras, magulladuras y arañosos.
- Heridas que no coinciden con la explicación dada.
- Heridas que difícilmente hayan sido accidentales.
- Golpes y heridas en lugares ocultos.
- Moretones con forma de dedos por la falta de delicadeza en la manipulación (a menudo en la zona superior de los brazos).
- Lesiones en áreas protegidas, como por ejemplo las axilas.
- Lesiones sin tratar.
- Varias lesiones en etapas diferentes de curación.
- Uso excesivo o insuficiente de la medicación.

10

Apoyo y asistencia social

Esquemas de atención para prestar apoyo y asistencia social



EVALUAR Y ABORDAR LAS NECESIDADES DE APOYO SOCIAL

10.1 EVALUAR Y ABORDAR LAS NECESIDADES DE CUIDADOS PERSONALES Y AYUDA PARA LAS ACTIVIDADES COTIDIANAS (APARTADO A DEL ESQUEMA DE ATENCIÓN)

Para averiguar si la persona ha llegado al punto en que es incapaz de cuidar de sí misma sin ayuda de los demás se utilizan seis preguntas. Esta evaluación será beneficiosa para las personas mayores que han sufrido una pérdida significativa de la capacidad intrínseca.

Moverse por la casa incluye varias maniobras, como pasar de la cama a una silla, caminar, llegar al baño y usarlo, y subir y bajar las escaleras. La pérdida de movilidad incrementa los riesgos y la necesidad de ayuda personal. Vestirse, alimentarse, bañarse y arreglarse son actividades cotidianas, y la incapacidad de realizarlas comporta la necesidad de asistencia personal. Sin embargo, muchas personas mayores se resisten a depender de los demás y prefieren poder manejarlas por su cuenta.

Los programas de rehabilitación son beneficiosos para las personas mayores que tienen dificultades con las actividades cotidianas o problemas de movilidad. Estos programas pueden centrarse en mejorar las capacidades, pero también pueden incluir tecnologías de apoyo y adaptaciones del entorno para optimizar la capacidad funcional a pesar de las limitaciones de la capacidad

intrínseca. Se pueden ofrecer servicios de transporte para facilitar la movilidad exterior. Si sigue habiendo dificultades, habrá que evaluar la posibilidad de que preste apoyo el cónyuge, la familia u otros cuidadores no remunerados, teniendo en cuenta también las necesidades de estos. Si se necesita más ayuda, se deberá recurrir a un servicio de asistencia domiciliaria, que puede ser de carácter voluntario, privado o público.

10.2 EVALUAR Y ABORDAR LAS NECESIDADES DE ASISTENCIA SOCIAL (APARTADO B DEL ESQUEMA DE ATENCIÓN)

Independientemente de su capacidad intrínseca y funcional, realizar una evaluación de las necesidades de asistencia social será beneficioso para la persona mayor. La asistencia social permite a la persona mayor hacer cosas que son importantes para ella y comprende la ayuda con respecto a sus condiciones habitacionales, la seguridad económica, la prevención de la soledad, el acceso a los centros comunitarios y servicios públicos, y la protección contra el maltrato.

B7 CONDICIONES HABITACIONALES

El lugar donde vive la persona mayor puede afectar su salud, su autonomía y su bienestar. Pueden surgir problemas en relación con muy diversos aspectos, como

Apoyo y asistencia social

Esquemas de atención para prestar apoyo y asistencia social

el tamaño de la vivienda, la accesibilidad, el estado en que se encuentra o las condiciones de seguridad. Con las preguntas complementarias se pueden definir cuestiones concretas que deban ser abordadas.

Es posible mitigar algunos problemas relativos a la situación habitacional introduciendo nuevas medidas de seguridad, ofreciendo un teléfono al que llamar en caso de urgencia y realizando adaptaciones que garanticen la autonomía personal. Es posible que haya prestaciones económicas para ayudar con los gastos de vivienda, así como para reparaciones y mantenimiento. Solo como último recurso debe plantearse el realojamiento a un lugar más adecuado.

B8 SITUACIÓN ECONÓMICA

Los recursos económicos guardan una fuerte asociación con la salud, la autonomía y el bienestar en la vejez. Uno de los problemas que pueden surgir es la falta de dinero para satisfacer las necesidades básicas o participar plenamente en la sociedad; algunas personas mayores temen quedarse sin ahorros o perder las facultades para administrar su economía. Con las preguntas complementarias se pueden definir cuestiones concretas que deban ser abordadas.

Es posible mitigar los problemas económicos con un asesoramiento independiente sobre planificación y gestión financieras. Se pueden habilitar mecanismos para delegar la autoridad en un tercero de confianza que gestione las finanzas, siempre y cuando se cuente con la protección jurídica necesaria para evitar el fraude.

B9 SOLEDAD

La soledad es frecuente en la vejez y está asociada con un mayor riesgo de depresión y muerte prematura (véase el capítulo 9, que contiene orientaciones sobre la detección de los síntomas depresivos). Sentirse solo no es lo mismo que estar solo: una persona mayor puede sentirse sola aun cuando está rodeada de otras personas si la calidad de las relaciones es deficiente.

Resulta útil preguntar a una persona mayor que está sola si aumentar el contacto social con la familia y los amigos, o reunirse con otras personas que tengan intereses afines, la ayudaría a reducir su sensación de soledad. No obstante, al formularse estas preguntas se debe asegurar a la persona mayor que son confidenciales, para que la persona no tenga miedo de revelar la naturaleza de sus relaciones personales.

Tener una mascota alivia la soledad de muchas personas mayores. Además, hay que incentivar que recurran a centros comunitarios como clubes, grupos religiosos, centros de día, gimnasios, servicios recreativos o cursos educativos. También pueden realizar voluntariados o trabajos remunerados. Por otro lado, los vínculos sociales se pueden reforzar con las tecnologías de las comunicaciones. Se deben revisar todas estas medidas para combatir la soledad; quienes realicen la evaluación deben conocer todas las oportunidades que haya a nivel local.

10

Apoyo y asistencia social

Esquemas de atención para prestar apoyo y asistencia social

B10 PARTICIPACIÓN SOCIAL

El objetivo del modelo ICOPE es ayudar a las personas mayores a hacer las cosas que son importantes para ellas. Resulta útil averiguar lo que es importante para la persona mayor, con una comprensión de su vida, sus prioridades y sus preferencias, ya que así quizás sea posible encontrar maneras de aumentar su participación social.

Las actividades recreativas, los pasatiempos, el trabajo, los cursos y las actividades espirituales son ejemplos de participación en la sociedad. Cada persona mayor es singular y tiene prioridades diferentes, a menudo muy específicas. Hay que preguntar por ellas y anotarlas como guía para el plan de atención personalizada.

Deben formularse las preguntas complementarias para detectar obstáculos como los precios, la accesibilidad y las oportunidades. Los asesores deben conocer los centros recreativos y clubes que funcionan en la vecindad, los cursos dirigidos a adultos, los programas de voluntariado y los servicios de orientación laboral, para ver con la persona mayor si pueden interesarle. El transporte puede ser una cuestión importante, y es posible que haya servicios disponibles para facilitar el acceso. Algunos de estos servicios podrían estar subvencionados para que puedan disfrutar de ellos las personas mayores y con ingresos bajos.

B11 MALTRATO

Muchas personas mayores dependientes son vulnerables al maltrato y una de cada seis padece alguna forma de maltrato, una cifra más alta de lo que se había calculado anteriormente (20). El maltrato puede adoptar muchas formas: negligencia, agresión física o psicológica, abuso sexual, estafas, etc.

Para detectar las situaciones de maltrato, hay que observar el comportamiento de la persona mayor y de sus cuidadores o familiares, o buscar signos de agresiones físicas.  1 Ante el más mínimo indicio de un posible maltrato, será necesario contar con una evaluación especializada. En este caso, el profesional debe transmitirle a la persona mayor que está preocupada y que va a pedir ayuda a un especialista. Habrá que hacer constar sus inquietudes y documentar que se ha informado a la persona de su derivación a un servicio especializado. Si se detecta un peligro inmediato, deberá solicitarse una evaluación especializada a los servicios sociales o de protección de los adultos, o a los cuerpos y fuerzas de seguridad pública.

11

Apoyo a los cuidadores

Esquemas de atención para prestar apoyo al cuidador



Cuando una persona se vuelve dependiente por las disminuciones de su capacidad intrínseca y funcional, los cuidados suelen recaer sobre el cónyuge, un familiar o algún otro allegado. En función de las necesidades de la persona mayor, esta carga puede suponer un riesgo para el bienestar del cuidador.

Los trabajadores de salud y los asistentes sociales en la comunidad pueden vigilar el bienestar de los cuidadores, procurando que reciban la atención que necesitan por su propia salud y que cuenten con la ayuda adecuada para las tareas que desempeñan.

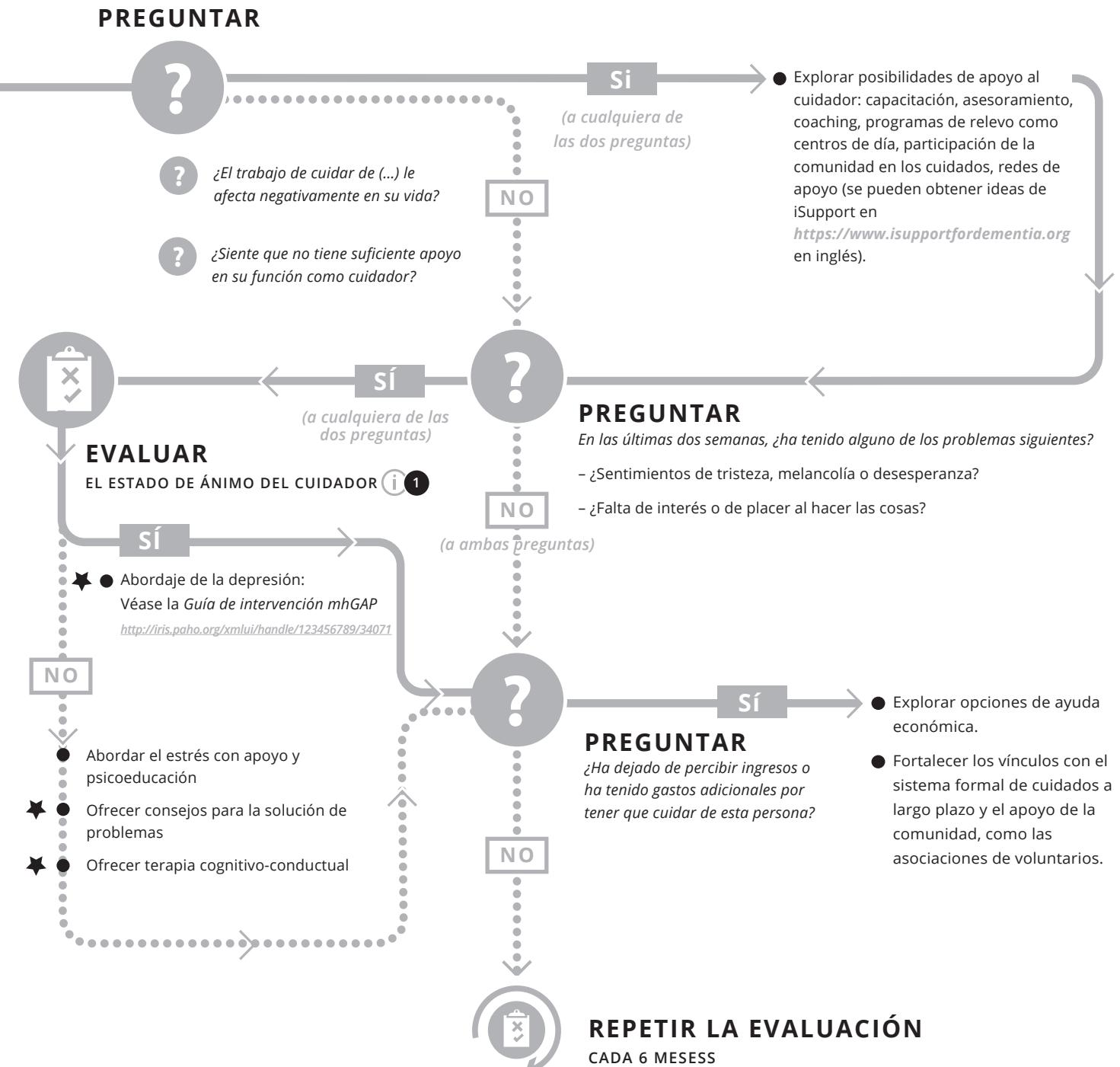
PUNTOS CLAVE

- La carga y el estrés de cuidar de una persona mayor con pérdidas significativas de la capacidad intrínseca y funcional pueden deteriorar la salud de los familiares y amigos que se ocupan de estas labores. Además, puede mantenerlos apartados del mercado laboral, en particular en el caso de las mujeres.
- Encontrar cuidadores que necesiten ayuda es un aspecto importante a la hora de identificar a las personas mayores que tienen alguna disminución de su capacidad.
- Existen diversas intervenciones dirigidas a los cuidadores —programas de relevo, asesoramiento, educación, ayuda económica, psicoterapia— para preservar una relación satisfactoria y saludable con la persona dependiente.
- En ocasiones puede producirse maltrato en el cuidado de la persona dependiente. Un trabajador comunitario puede detectar los signos de maltrato durante la evaluación de la persona mayor o del cuidador, aunque luego se debe pasar a un especialista.

11

Apoyo a los cuidadores

Esquemas de atención para prestar apoyo al cuidador



► Se necesita atención especializada

Apoyo a los cuidadores

Esquemas de atención para prestar apoyo al cuidador



EVALUAR EL ESTADO DE ÁNIMO DEL CUIDADOR

Si la persona refiere al menos uno de los síntomas básicos —sentimientos de tristeza, depresión o desesperanza y escaso interés o placer en las actividades—, habrá que realizar una evaluación adicional del estado de ánimo. Se pueden usar otros términos si la persona no conoce los que constan en las dos preguntas.

PREGUNTAR: *"En las últimas dos semanas, ¿ha tenido alguno de los problemas siguientes?"**

- Dificultad para conciliar o mantener el sueño; o dormir demasiado.
- Sensación de cansancio o falta de energía.
- Falta de hambre o excesos al comer.
- Sentimientos de autoestima baja, fracaso o culpa hacia uno mismo o la familia.
- Dificultad para concentrarse, en actividades como leer el periódico o ver la televisión.
- Lentitud de movimientos o del habla que hayan notado otras personas.
- Agitación o inquietud física notables.
- Pensamientos de que estaría mejor muerto o ideas de autolesionarse.

* Estas preguntas se han extraído del cuestionario de salud PHQ-9 (http://www.cqaimh.org/pdf/tool_phq9.pdf, en inglés), que es un instrumento para evaluar los síntomas depresivos. Véase también el capítulo dedicado a la depresión de la *Guía de intervención mhGAP*, <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34071>.

EL RIESGO DE MALTRATO

La relación recíproca entre la persona dependiente y el cuidador puede ser compleja. Si el cuidador está sano y contento, será capaz de brindar una ayuda extraordinaria, pero a veces la relación puede convertirse en una imposición para el uno o el otro, o para ambos. Esto puede generar conflictos y la persona mayor puede verse expuesta al maltrato. El maltrato puede consistir en negligencia, abusos materiales (económicos, por ejemplo) o agresiones físicas, psíquicas o sexuales. Las situaciones de negligencia también pueden derivar de la ignorancia, la falta de aptitudes o la ausencia de apoyo o supervisión externa. Es posible que ni la persona mayor ni el cuidador mencionen el maltrato al profesional de la salud, por lo que conviene observar su comportamiento o buscar signos físicos que delaten una posible situación de maltrato (véase el capítulo 10 sobre apoyo y asistencia social).

Factores que incrementan el riesgo de maltrato:

- mala relación desde hace tiempo;
- antecedentes de violencia familiar;
- dificultad del cuidador para proporcionar sistemáticamente el nivel o tipo de cuidados necesarios;
- problemas de salud físicos o psíquicos del cuidador, en particular la depresión, y el consumo excesivo de alcohol y estupefacientes, especialmente en los hombres.

El riesgo de maltrato no solo guarda relación con la naturaleza de los cuidados prestados ni con factores asociados al estrés del cuidador, como las dificultades que plantea el comportamiento de una persona aquejada de demencia.

Si se sospecha que puede haber maltrato, hará falta una evaluación más exhaustiva a cargo de un equipo de especialistas, siguiendo los esquemas locales de derivación.

11

Apoyo a los cuidadores

Esquemas de atención para prestar apoyo al cuidador

11.1 PREGUNTAR AL CUIDADOR

El esquema de la página 74 sirve de orientación para hablar con el cuidador. Según este esquema, se les hacen a todos los cuidadores preguntas en tres áreas:

1. La carga que suponen los cuidados (dos preguntas); la respuesta puede dar pie a hablar de las estrategias prácticas de ayuda a los cuidadores.
2. Los dos síntomas centrales de la depresión; la respuesta puede derivar en una evaluación completa de la depresión (véase el capítulo 9 sobre los síntomas depresivos).
3. La repercusión económica de los cuidados; la respuesta puede llevar a comentar las fuentes de ayuda y asistencia social formal que estén disponibles.

Al hablar con el cuidador, será importante buscar signos de agotamiento, enojo, frustración o menosprecio. Además, se le puede si quiere una evaluación o la ayuda complementaria de un asistente social. Con el tiempo, cuidar de una persona mayor dependiente impone una carga cada vez más pesada, por lo que es conveniente repetir la entrevista cada seis meses.

Es mejor que la evaluación de las funciones del cuidador y su impacto no se realice en presencia de la persona dependiente, para reducir la incomodidad o las reservas

del cuidador a la hora de hablar con franqueza. El relato de la persona mayor puede diferir del que haga el cuidador por diversas razones, como son los problemas de memoria en la vejez. La evaluación, por lo tanto, debe tener en cuenta el conocimiento obtenido con el examen integral de la capacidad intrínseca.

11.2 OFRECER AYUDA AL CUIDADOR

Con el respaldo y la supervisión de los servicios sociales y de salud, los profesionales debidamente capacitados y los cuidadores remunerados deben brindar apoyo a los cuidadores no remunerados. En la comunidad, los trabajadores de salud y los asistentes sociales —tanto profesionales como voluntarios— pueden crear una red en la que se compartan los recursos disponibles para apoyar a los cuidadores no remunerados.

iSupport es un programa de capacitación en línea de la OMS que puede ayudar a los cuidadores de personas con demencia a ofrecer buenos cuidados y cuidar de sí mismos al mismo tiempo (<https://www.isupportfordementia.org>, en inglés).

El apoyo se centra en el principal cuidador de la familia. Para comprender las necesidades del cuidador, se le puede preguntar qué tareas realiza, cómo y con qué frecuencia, buscando aspectos que puedan mejorarse con consejos, cuestiones prácticas o tecnologías innovadoras (véase el recuadro de la página 77). El apoyo que se ofrezca al cuidador debe reflejar sus preferencias y hacer hincapié en la búsqueda de su bienestar.

Apoyo a los cuidadores

Esquemas de atención para prestar apoyo al cuidador

Los trabajadores de salud y los asistentes sociales pueden hacer lo siguiente:

- proporcionar al cuidador capacitación y apoyo para aptitudes concretas: por ejemplo, cómo manejar comportamientos difíciles;
- valorar si conviene prestar o concertar ayuda práctica, como programas de relevo, etc.;
- determinar si la persona que ha perdido capacidad funcional reúne los requisitos para recibir prestaciones sociales u otro tipo de ayuda socioeconómica de fuentes públicas o privadas.

Ofrecer asesoramiento. Es importante reconocer que el cuidado de una persona dependiente impone una carga física y psíquica que puede causar estrés y frustración. Además puede agravarse en el plano afectivo por la pérdida de la antigua relación entre el cuidador y la persona mayor, en particular si el cuidador es el cónyuge.

Hay que instar a los cuidadores a respetar la dignidad de las personas mayores, haciéndolas partícipes, dentro de lo posible, de las decisiones concernientes a su vida y sus cuidados.

Organizar un relevo. Cuando la carga sobre el cuidador se vuelve demasiado pesada, hay que evaluar si otra persona puede ocuparse durante un tiempo de la persona dependiente. Puede ser otro miembro de la familia, una persona que habite en la misma vivienda o un asistente social capacitado, ya sea profesional o voluntario. Estos servicios de relevo o respiro, como la asistencia de día, suponen un alivio para el cuidador principal, que puede descansar o realizar otras actividades. La asistencia de día es un tipo de servicio comunitario que ofrece programas de cuidados personales (baño, alimentación, afeitado, micción y defecación, etc.), rehabilitación, recreación y actividades sociales, así como comidas y transporte, varias horas al día y algunos días a la semana. La asistencia de día también presta apoyo a los cuidadores como visitas a domicilio, actividades familiares, grupos de ayuda y capacitación. El relevo puede contribuir a preservar una relación saludable y sostenible; además, los períodos a cargo de otros cuidadores no tienen por qué ser perjudiciales para la persona dependiente

Ofrecer apoyo psicológico. Hay que procurar abordar el estrés psicológico del cuidador con el apoyo y el asesoramiento para la solución de problemas, en particular cuando los cuidados son complejos y amplios, y cuando el cuidador está bajo mucha presión.

TECNOLOGÍAS DE ASISTENCIA INNOVADORAS

Las tecnologías de asistencia innovadoras en el campo de la salud, como el seguimiento remoto y los robots asistentes, son soluciones prometedoras para mejorar las capacidades funcionales de las personas mayores y mejorar su calidad de vida y la de sus cuidadores, reforzando su abanico de opciones, su seguridad, su autonomía y su sentido de control, y permitiendo que envejezcan sin tener que abandonar el hogar. La aplicación de estas tecnologías debe basarse en las necesidades y las preferencias de la persona mayor o sus cuidadores, y los usuarios finales deben aprender a usarlas. Habrá que prestar gran atención a implantar un mecanismo de financiamiento para la investigación y el desarrollo y para garantizar la equidad en el uso de estas tecnologías.

Ejemplos de tecnologías innovadoras para el cuidado de personas:

- Robot de asistencia social PARO. Se trata de una foca robot que da compañía (22).
<http://www.parorobots.com>
- Hybrid Assistive Limb (HAL) para la zona lumbar. Este aparato robotizado proporciona a los cuidadores la fuerza que necesitan para levantar al paciente y llevarlo de la cama a la silla, al baño, etc.:
https://www.cyberdyne.jp/english/products/Lumbar_CareSupport.html

12 ELABORAR UN PLAN DE ATENCIÓN PERSONALIZADA

PUNTOS CLAVE

- ✓ La atención centrada en la persona es una atención holística y personalizada que se sustenta en las relaciones de colaboración entre el personal de salud y la persona mayor, y la familia y los amigos que los apoyan.
- ✓ Los equipos multidisciplinarios pueden ayudar a las personas mayores a fijar sus objetivos.
- ✓ Las intervenciones que fomentan la atención centrada en la persona deben concertarse teniendo en cuenta las necesidades y los objetivos prioritarios de la persona mayor.
- ✓ Un seguimiento periódico y sistemático es imprescindible para alcanzar los objetivos.

La atención personalizada es un modelo humanístico que se aparta de los métodos tradicionales, centrados en la enfermedad para poner el énfasis en las necesidades, los valores y las preferencias de la persona mayor. Una vez establecido, el plan de atención personalizada orienta todos los aspectos de la atención de salud y asistencia social, y propicia la consecución de objetivos realistas centrados en la persona.

PASOS PARA ELABORAR UN PLAN DE ATENCIÓN PERSONALIZADA

1. Examinar los resultados de la evaluación y comentar las oportunidades de mejora de la capacidad funcional, la salud y el bienestar

Conjuntamente con las personas mayores y sus familiares o cuidadores (si procede), los equipos multidisciplinarios examinan en este punto los resultados de la evaluación centrada en la persona y las intervenciones propuestas en los esquemas de atención. La evaluación centrada en la persona generará una lista de intervenciones propuestas que pueden incluirse en el plan de atención y comentarse con el paciente. La aplicación ICOPE puede ayudar al trabajador de salud en este proceso. El equipo multidisciplinario puede estar integrado por todas las personas que intervienen en el cuidado de la persona mayor, como médicos de atención primaria, especialistas, personal de enfermería, trabajadores comunitarios, asistentes sociales, terapeutas

(fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia, psicología), cuidadores remunerados y no remunerados, farmacéuticos y voluntarios.

2. Fijar los objetivos de una manera centrada en la persona

Un elemento clave a la hora de elaborar el plan de atención es que se fijen los objetivos de una manera centrada en la persona, a fin de definir, establecer y priorizar las metas pertinentes. Es importante que el equipo multidisciplinario incluya a las personas mayores en la toma de decisiones, comprendiendo y respetando sus necesidades, valores, preferencias y prioridades. Esto puede representar una transformación en la relación de los profesionales de la salud con sus pacientes.

Los objetivos de la atención pueden ir más allá de reducir la repercusión directa de los problemas de salud y centrarse en permitir que la persona mayor pueda seguir haciendo lo que más valora, como envejecer conservando su independencia y seguridad sin tener que abandonar su casa, preservar su desarrollo personal, sentirse incluida y contribuir a su comunidad sin perder su autonomía y su salud. Además de los objetivos a medio y largo plazo (de 6 a 12 meses), se recomienda incluir objetivos a corto plazo (3 meses) para obtener mejoras o beneficios más inmediatos que motiven e ilusionen a la persona mayor.

3. Acordar las intervenciones

Las intervenciones que se proponga incluir en el plan de atención como resultado de la evaluación y los esquemas de atención centrados en la persona deben:

- a) contar con la conformidad de la persona mayor;
- b) coincidir con los objetivos, necesidades, preferencias y prioridades de la persona mayor;
- c) ajustarse a su entorno físico y social.

A continuación, el trabajador de salud o el asistente social tendrá que hablar con la persona mayor para acordar todas las intervenciones que finalmente se incluirán en el plan de atención, una por una.

4. Ultimar y transmitir el plan de atención

El profesional de la salud consignará en el plan de atención los resultados de las charlas y transmitirá el documento al paciente, sus familiares, cuidadores y otras personas que participen en su cuidado, siempre con su consentimiento. La aplicación ICOPE para teléfonos móviles puede resultar útil en este proceso, ya que ofrece a todas las personas concernidas un resumen del plan de atención que incluye los objetivos prioritarios y las condiciones detectadas.

5. Hacer el seguimiento

Para alcanzar los objetivos acordados es fundamental realizar un seguimiento regular del plan de atención. El seguimiento permite vigilar la evolución y detectar oportunamente las dificultades relativas a la participación en las intervenciones, los efectos adversos de las intervenciones y las variaciones en el estado funcional. También ayuda a mantener una relación fructífera entre la persona mayor y sus prestadores de atención. El proceso de seguimiento comprende, entre otros elementos, los siguientes:

- garantizar la aplicación eficaz, paso a paso, del plan de atención;
- repetir la evaluación centrada en la persona y documentar todos los cambios que se observen;
- resumir los resultados, los obstáculos y las complicaciones en la aplicación de las intervenciones de salud y asistencia social;
- detectar los cambios y las necesidades nuevas;
- acordar cómo abordar estos cambios y necesidades nuevas, incorporando otras intervenciones cuando sea necesario y revisando y mejorando el plan cuando proceda;
- repetir el ciclo.

DOMINIOS DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL

1. Satisfacer las necesidades básicas, como la seguridad económica, la vivienda y la protección personal.
2. Aprender, crecer y tomar decisiones, lo que incluye el esfuerzo por seguir aprendiendo y por aplicar el conocimiento aprendido, solucionar problemas, mantener el desarrollo personal y conservar la capacidad de elegir alternativas.
3. Conservar la movilidad necesaria para ocuparse de las tareas domésticas, hacer las compras, acceder a los servicios y centros públicos en la comunidad, y participar en actividades sociales, económicas y culturales.
4. Establecer y cultivar una amplia gama de relaciones, incluidos los hijos y otros familiares, así como las relaciones sociales informales con amigos, vecinos o colegas y las relaciones formales con los asistentes comunitarios.
5. Contribuir, que es un dominio íntimamente relacionado con la participación en las actividades sociales y culturales: desde prestar ayuda a amigos y vecinos y ofrecer orientación a otras personas mayores o más jóvenes, hasta cuidar de familiares y de la comunidad.

12

CÓMO FIJAR OBJETIVOS CENTRADOS EN LA PERSONA

DEFINIR LOS OBJETIVOS:

Definir los objetivos con la persona mayor, sus familiares y cuidadores (23):

- PREGUNTA 1
Explique las cosas que más le importan en todas las facetas de su vida.
- PREGUNTA 2
Indique algunos objetivos concretos que tiene en su vida.
- PREGUNTA 3
Indique algunos objetivos concretos que tiene con respecto a su salud.
- PREGUNTA 4
Teniendo en cuenta la lista de sus objetivos de vida y de salud que acabamos de ver, elija tres objetivos a los que quería dedicarse en los próximos tres meses. Y luego, en los próximos 6 a 12 meses.

FIJAR LOS OBJETIVOS:

Los objetivos pueden adaptarse a las necesidades de la persona mayor y a su propia definición de cuáles son los problemas.

- PREGUNTA 5
En concreto, ¿a qué aspecto del objetivo 1, 2 o 3 le gustaría dedicarse en los próximos tres meses? ¿Y en los próximos 6 a 12 meses?
- PREGUNTA 6
¿Qué hace actualmente con respecto a [área del objetivo]?
- PREGUNTA 7
¿Cuál sería el resultado ideal, aunque posible, para usted con respecto a este objetivo?

PRIORIZAR LOS OBJETIVOS:

Si se pactan los objetivos prioritarios de la atención entre la persona mayor y los prestadores, se obtendrán mejores resultados.

- PREGUNTA 8
De estos objetivos, ¿a cuál está más dispuesto a dedicarse en los próximos tres meses, ya sea por su cuenta o con ayuda [del/de la [Dr./Dra. XX y su equipo]? ¿Y en los próximos 6 a 12 meses?

Fuente: adaptado de Health Tapestry (<http://healthtapestry.ca>, en inglés)

13 APOYO DE LOS SISTEMAS DE SALUD Y DE ATENCIÓN A LARGO PLAZO A LA APLICACIÓN DEL MODELO ICOPE DE LA OMS

PUNTOS CLAVE

- ✓ La aplicación eficaz del modelo ICOPE requiere un enfoque integrado que vincule los servicios de salud y de asistencia social.
- ✓ La optimización de las capacidades intrínsecas y funcionales de las personas mayores comienza en la comunidad y con los trabajadores comunitarios. Los sistemas de salud y asistencia social deben apoyar la atención centrada al nivel de la comunidad.
- ✓ Los planes de atención personalizada son el punto central del modelo ICOPE. Para llevar ejecutar y gestionar estos planes, los trabajadores pueden necesitar capacitación especial en el abordaje de los casos.

En el *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud* de la OMS, se establece una nueva dirección para los sistemas de salud y de cuidados a largo plazo (1), instándolos a optimizar las capacidades intrínsecas de las personas mayores con el objetivo de preservar y mejorar sus capacidades funcionales. En el 2017 la OMS publicó las Directrices sobre intervenciones a nivel comunitario para gestionar las pérdidas de capacidad intrínseca, que trasladan esta nueva dirección a un método práctico de evaluación y atención al nivel de la comunidad (2). En su conjunto, fomentan el apoyo, la asistencia social y la atención de salud centrados en la persona. Este modelo empieza con una evaluación centrada en la persona de sus necesidades de salud y asistencia social, que puede estar a cargo de un trabajador a nivel de la comunidad.

En este capítulo se destacan algunas consideraciones esenciales para poner en práctica el enfoque ICOPE. La aplicación del modelo ICOPE se aborda en detalle en la guía de la OMS para sistemas y servicios (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/325669> en inglés).

13

13.1 APOYO NACIONAL A LA APLICACIÓN

Como primera medida, tanto las recomendaciones de la OMS como este manual deberán adaptarse al contexto local, la cultura y el idioma del personal de salud, los cuidadores y las propias personas mayores. Un proceso de adaptación inclusivo puede comenzar a fomentar el apoyo más amplio al nuevo modelo.

Para poner en práctica el modelo ICOPE hará falta una colaboración constante a todos los niveles y entre todas las partes interesadas, a saber: responsables de las políticas, profesionales de la salud, asistentes sociales, investigadores, comunidades y personas mayores. Aprovechando el conocimiento del contexto local, las orientaciones generales podrán concretarse en configuraciones de servicios factibles y aceptables.

Promover el envejecimiento saludable requiere de la participación tanto del sector de la salud como de los servicios sociales. Ambas áreas estarán mejor preparadas para adoptar y poner en práctica el modelo ICOPE si las políticas nacionales respaldan un enfoque integrado de la atención de salud y la asistencia social. Así, las políticas públicas deben especificar cómo se vinculará el sistema de salud con los servicios sociales a nivel nacional, regional y de la comunidad.

Con incentivos y subvenciones, mecanismos de financiamiento y un seguimiento de los resultados, será posible promover el cambio de prioridades, para que la atención de las personas mayores optimice su capacidad intrínseca y funcional. Los sistemas de información deben estar orientados a dar seguimiento a esta transformación a nivel local y nacional.

13.2 PRESUPUESTO Y RECURSOS HUMANOS

Deben analizarse las implicaciones del modelo ICOPE para determinar las áreas en las que se necesitará más inversión, por ejemplo, en cuanto a la capacitación del personal de salud, el uso de tecnologías y la adaptación de los sistemas de información de salud. En particular, los trabajadores de salud y los asistentes sociales a nivel comunitario, así como los equipos de atención primaria, necesitarán ayuda para comprender y poner en práctica el nuevo modelo. Las asociaciones profesionales locales y nacionales pueden desempeñar un papel importante en este cambio, como parte de un proceso participativo que incluya a todos los interesados directos.

CONSIDERACIONES CLAVE A NIVEL NACIONAL

La incorporación del modelo ICOPE en los sistemas de salud y de cuidados a largo plazo debe asegurar:

- **la factibilidad** – económica y organizativa;
- **la sostenibilidad** – de la eficiencia y la capacidad laboral;
- **la coherencia** – con las políticas de envejecimiento saludable;
- **la integración** – entre el sistema de salud y los servicios sociales.

13.3 INTEGRACIÓN DE LA ATENCIÓN Y EL APOYO EN LOS SERVICIOS DE SALUD Y ASISTENCIA SOCIAL

Todas las intervenciones de atención integrada deben regirse por los principios de traslación del conocimiento, que la OMS definió en el 2005 como “la síntesis, intercambio y aplicación del conocimiento por parte de las partes interesadas correspondientes para acelerar los beneficios de la innovación mundial y local, reforzando los sistemas de salud y mejorando la salud de la población”. El marco de la OMS de traslación del conocimiento al envejecimiento y a la salud del 2012 se elaboró específicamente para aplicar estos principios a la atención de las personas mayores con comorbilidades múltiples o dificultades de acceso a los servicios de salud (24).

En el marco de la OMS del 2016 sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona se propone una serie de enfoques clave para garantizar la atención integrada de alta calidad (6). Un elemento importante de la atención integrada es el manejo sólido de los casos, para fomentar el diseño, la coordinación y el seguimiento de los planes de atención que puedan incidir sobre más de un dominio de la salud y la asistencia social. Los profesionales de la salud y los asistentes sociales pueden necesitar capacitación específica sobre el manejo de casos, así como en los aspectos clínicos de las recomendaciones del modelo ICOPE.

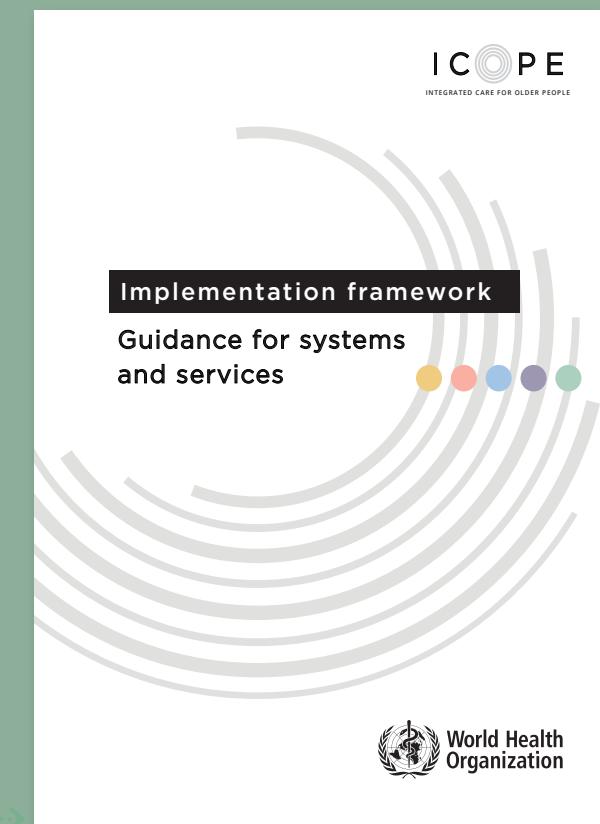
En el marco de ejecución de la OMS se subrayan las medidas clave a nivel del servicio y el sistema para poner en práctica el modelo ICOPE (25). La guía abarca las medidas

(página 84) que deben adoptar los gerentes de servicios y coordinadores de sistemas para prestar la atención integrada. En el marco se recomiendan medidas específicas en función del alcance de los servicios de salud y asistencia social existentes.

13.4 ARMONIZACIÓN DE LOS SERVICIOS LOCALES DE SALUD Y ASISTENCIA SOCIAL PARA FAVORECER LA APLICACIÓN DEL MODELO ICOPE

Las intervenciones ICOPE deben llevarse a cabo con miras a fomentar el envejecimiento en el hogar. Es decir, los servicios de salud y asistencia social deben estar orientados a permitir que las personas mayores puedan seguir viviendo en su casa y en su comunidad con seguridad, independencia y comodidad. Las intervenciones han sido concebidas para ser aplicadas por medio de modelos de atención que prioricen la atención primaria y comunitaria, con un énfasis en las intervenciones domiciliarias, la participación comunitaria y un sistema de derivación plenamente integrado.

Esto solo puede lograrse si se reconoce y respalda la función crucial que desempeñan los trabajadores comunitarios de facilitar el acceso a la atención primaria y la cobertura universal. Las directrices de la OMS sobre el apoyo a las políticas y los sistemas de salud para optimizar los programas de trabajadores de salud en la comunidad contienen sugerencias y recomendaciones basadas en la evidencia sobre la selección, la capacitación, las competencias básicas, la supervisión y la remuneración de los agentes comunitarios de salud (26).



<https://apps.who.int/iris/handle/10665/325669>

RESUMEN DE LAS MEDIDAS QUE SE INDICAN EN EL MARCO DE APLICACIÓN DE ICOPE

MEDIDAS DE LOS SERVICIOS

- ✓ **Involucrar y empoderar a las personas y las comunidades.** Involucrar a las personas mayores, sus familias y la sociedad civil en la prestación de los servicios; apoyar y capacitar a los cuidadores.
- ✓ **Fomentar la coordinación de los servicios prestados por equipos multidisciplinarios.** Identificar a las personas mayores que necesitan atención en la comunidad, realizar evaluaciones integrales y elaborar planes exhaustivos de atención; establecer redes de profesionales de salud y de asistencia social.
- ✓ **Orientar los servicios a la atención comunitaria.** Prestar una atención eficaz y aceptable, centrada en la capacidad funcional, a través de trabajadores comunitarios y servicios sustentados en una infraestructura adecuada.

MEDIDAS DE LOS SISTEMAS

- ✓ **Fortalecer la gobernanza y la rendición de cuentas.** Involucrar a los interesados directos en el desarrollo de políticas y servicios; elaborar políticas y regulaciones para fomentar la atención integrada y la respuesta al maltrato de los ancianos; realizar estudios continuos de garantía de la calidad y mejora de la calidad; examinar regularmente la capacidad de prestar la atención de una manera equitativa.
- ✓ **Permitir el fortalecimiento de los sistemas.** Promover la capacidad de la fuerza laboral, el financiamiento y la gestión de los recursos humanos; aprovechar las tecnologías para intercambiar información entre los prestadores de servicios; recopilar y notificar datos sobre las capacidades intrínseca y funcional; utilizar tecnologías digitales para favorecer el autманejo de los pacientes.

Cuando se necesita atención especializada, el trabajo de los agentes comunitarios de salud debe complementarse con una red de profesionales de salud de nivel secundario y terciario. Hay que establecer criterios y esquemas de derivación claros mediante la colaboración de todas las partes a nivel operativo, dándoles seguimiento de manera de garantizar la calidad. El seguimiento debe ser claro, para que los planes de atención sean adecuados y para que la prestación de salud y asistencia sea eficaz. El seguimiento y el apoyo pueden ser especialmente valiosos si se producen cambios relevantes en el estado de salud o si la persona mayor experimenta una vivencia trascendental como un traslado de residencia o la muerte del cónyuge o cuidador.

13.5 PARTICIPACIÓN DE LAS COMUNIDADES Y APOYO A LOS CUIDADORES

Los trabajadores que prestan cuidados necesitan contar con otros recursos de la comunidad. La participación más activa y directa de la comunidad y el vecindario en la atención y el apoyo a las personas mayores puede requerir tanto de labores organizativas como de voluntad política, en particular para promover el voluntariado y facilitar la contribución de los miembros de la comunidad más mayores. Los clubes y asociaciones de personas mayores son aliados naturales en estas iniciativas.

Al mismo tiempo, el sistema de atención de salud tiene la responsabilidad de fomentar el envejecimiento saludable ante sus asociados: las comunidades, las entidades sociales, las familias y otros cuidadores no remunerados de las personas mayores. Esta responsabilidad incluye la atención a la salud y el bienestar de los cuidadores, tal como se aborda en el capítulo 11, y el apoyo, la colaboración y la cooperación con las comunidades y entidades sociales para generar un entorno saludable y propicio al envejecimiento saludable.

REFERENCIAS

1. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: OMS; 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/186466>, consultado el 2 de abril del 2019).
2. Atención integrada para personas mayores: Directrices sobre intervenciones a nivel comunitario para gestionar las pérdidas de capacidad intrínseca [esta versión en español no es una traducción oficial realizada por la OMS]. Ginebra: OMS; 2017 (https://cenie.eu/sites/default/files/Guia_OMS_ES-logos.pdf, consultado el 2 de abril del 2019).
3. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. World Population Ageing 2017: Highlights. Nueva York: Naciones Unidas; 2017 (http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2017_HIGHLIGHTS.pdf, consultado el 2 de abril del 2019).
4. Objetivos de Desarrollo Sostenible [página web]. Nueva York: Naciones Unidas; sin fecha (<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/>, consultado el 2 de abril del 2019).
5. Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: OMS; 2016 (documento A69/17, http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_17-sp.pdf?ua=1, consultado el 2 de abril del 2019).
6. Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona: Informe de la Secretaría. Ginebra: OMS; 2016 (documento A69/39; http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-sp.pdf, consultado el 2 de abril del 2019).
7. Rebok GW, Ball K, Guey LT, Jones RN, Kim HY, King JW, et al. Ten-year effects of the advanced cognitive training for independent and vital elderly cognitive training trial on cognition and everyday functioning in older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2014; 62 (1): 16-24. doi: 10.1111/jgs.12607.
8. American Geriatrics Society, 2015 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society, 2015 updated Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2015; 63 (11): 2227-46. doi: 10.1111/jgs.13702.
9. painHEALTH. Pain management. East Perth: Departamento de Salud de Australia Occidental; sin fecha (<https://painhealth.csse.uwa.edu.au/pain-management>, consultado el 1 de mayo del 2019).
10. Dispositivos y tecnologías de apoyo a las personas con discapacidad. Ginebra: OMS; sin fecha (<https://www.who.int/disabilities/technology/es/>, consultado el 1 de mayo del 2019).
11. Departamento de Envejecimiento y Servicios a la Discapacidad del Estado de Texas. Instructions for completing the Nutrition Risk Assessment (NRA): DETERMINE Your Nutritional Health. Washington (DC): Nutrition Screening Initiative; 2010 (<https://www.dads.state.tx.us/providers/AAA/Forms/standardized/NRA.pdf>, consultado el 2 de abril del 2019).
12. Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Assessing the nutritional status of the elderly: the mini nutritional assessment as part of the geriatric evaluation. *Nutr Rev.* 1996; 54 (1, part 2): S59-65. doi: 10.1111/j.1753-4887.1996.tb03793.x.
13. Camicelli AP, Keeffe JE, Martin K, Carbone J, Balding C, Taylor H. Vision screening for older people: the barriers and the solutions. *Australas J Ageing.* 2003; 22 (4): 179-85.
14. Ceguera y discapacidad visual. Ginebra: OMS; 2018 (<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment>, consultado el 2 de abril del 2019).
15. Davis A, Smith P, Ferguson M, Stephens D, Gianopoulos I. Acceptability, benefit and costs of early screening for hearing disability: a study of potential screening tests and models. *Health Technology Assessment.* 2007; 11 (42): 1-294.
16. Cuidado primario del oído y la audición: material de capacitación. Ginebra: OMS; 2006 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44019>, consultado el 2 de abril del 2019).
17. Li CM, Zhang X, Hoffman HJ, Cotch MF, Themann CL, Wilson MR. Hearing impairment associated with depression in US adults, National Health and Nutrition Examination Survey 2005-2010. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg.* 2014; 140 (4): 293-302. doi: 10.1001/jamaoto.2014.42.
18. Zhang X, Bullard KM, Cotch MF, Wilson MR, Rovner BW, McGwin G Jr, et al. Association between depression and functional vision loss in persons 20 years of age or older in the United States, NHANES 2005-2008. *JAMA Ophthalmol.* 2013; 131 (5): 573-81. doi: 10.1001/jamaophthalmol.2013.2597.
19. Spotting the signs of harm, abuse and neglect Scotland. Streatham: Action on Elder Abuse; sin fecha (<https://www.elderabuse.org.uk/spotting-the-signs-of-harm-abuse-and-neglect>, consultado el 2 de abril del 2019).
20. Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber KH. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health.* 2017; 5 (2): e147-e156. doi: 10.1016/S2214-109X(17)30006-2.
21. Douglas SL, Daly BJ, Kelley CG, O'Toole E, Montenegro H. Impact of a disease management program upon caregivers of chronically critically ill patients. *Chest.* 2005; 128(6): 3925-36. doi: 10.1378/chest.128.6.3925.

22 Liang A, Piroth I, Robinson H, MacDonald B, Fisher M, Nater UM, et al. A pilot randomized trial of a companion robot for people with dementia living in the community. *J Am Med Dir Assoc.* 2017; 18 (10): 871-8. doi: 10.1016/j.jamda.2017.05.019.

23. Javadi D, Lamarche L, Avilla E, Siddiqui R, Gaber J, Bhamani M, et al. Feasibility study of goal setting discussions between older adults and volunteers facilitated by an eHealth application: development of the Health TAPESTRY approach. *Pilot Feasibility Stud.* 2018; 4: 184. doi: 10.1186/s40814-018-0377-2.

24. Traslación del conocimiento. Ginebra: OMS; sin fecha (https://www.who.int/ageing/projects/knowledge_translation/es/, consultado el 2 de abril del 2019).

25 Integrated care for older people: Guidance for systems and services. Ginebra: OMS; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/325669>, consultado en junio del 2019).

26. Community-based health workers (CHWs). Ginebra: WHO; sin fecha (<https://www.who.int/hrh/community>, consultado el 2 de abril del 2019).

www.who.int/ageing/health-systems/icode

Departamento de Envejecimiento y Curso de Vida
Organización Mundial de la Salud
Avenue Appia 20
1211 Geneva 27
Switzerland
ageing@who.int

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud

