

ICOP E

Manual de atención integrada para las personas mayores

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

Segunda edición



Manual de atención integrada para las personas mayores

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

Segunda edición

Versión oficial en español de la obra original
Integrated care for older people (ICOPE): guidance for person-centred assessment and pathways in primary care, second edition
© World Health Organization 2024
ISBN: 978-92-4-010327-6 (versión electrónica)

Manual de atención integrada para las personas mayores. Guía sobre la evaluación y los esquemas de atención centrados en la persona en la atención primaria de salud. Segunda edición

ISBN: 978-92-75-33031-9 (PDF)

ISBN: 978-92-75-13031-5 (versión impresa)

© Organización Panamericana de la Salud, 2025

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Organizaciones intergubernamentales de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO).



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 más abajo. 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, junto con la forma de cita propuesta, la siguiente nota de descargo: "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, junto con la forma de cita propuesta, la siguiente nota de descargo: "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: Organización Panamericana de la Salud Manual de atención integrada para las personas mayores. Guía sobre la evaluación y los esquemas de atención centrados en la persona en la atención primaria de salud. Segunda edición. Washington, D.C.: 2025. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275330319>.

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

Ventas, derechos y licencias: para adquirir publicaciones de la OPS, diríjase a sales@paho.org. Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase <https://www.paho.org/es/publicaciones/permisos-licencias>.

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.

HSS/HL/2025

Índice

Agradecimientos	iv
Abreviaciones	v
Glosario	vi
1 Atención integrada para las personas mayores	1
2 Optimización de la capacidad intrínseca y la capacidad funcional	11
3 Los cuatro pasos del esquema de atención ICOPE en la atención primaria	15
4 Partes interesadas y servicios transversales para el esquema de atención ICOPE en la atención primaria	41
5 Esquema de atención para el deterioro cognitivo	53
6 Esquema de atención para mejorar la movilidad	63
7 Esquema de atención para abordar la nutrición deficiente	73
8 Esquema de atención para abordar las deficiencias visuales	85
9 Esquema de atención para abordar la pérdida auditiva	95
10 Esquemas de atención para abordar los síntomas depresivos	105
11 Esquema de atención para proporcionar cuidados y apoyo social	115
12 Esquema de atención para apoyar a las personas a cargo del cuidado	125
13 Esquema de atención para manejar la incontinencia urinaria	133
14 Consideraciones sobre la aplicación del modelo ICOPE	143
Referencias	149
Bibliografía	152
Anexo: Ejemplo de plan de atención simplificado	154

Agradecimientos

Este manual ha sido posible gracias a la labor de un gran número de personas que en todo el mundo se dedican a atender y cuidar a las personas mayores. Yuka Sumi y Rachel Albone, de la Unidad de Envejecimiento y Salud del Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente y Envejecimiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS), encabezaron la preparación del manual, bajo la dirección de Anshu Banerjee. Otros colegas de la unidad hicieron contribuciones inestimables, como Matteo Cesari, Hyobum Jang, Jotheeswaran Amuthavalli Thiagarajan y YeJin Lee.

Muchos otros funcionarios de las oficinas regionales y de diversas unidades técnicas de la OMS contribuyeron a este documento: Andrew Briggs (Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental), Shelly Chadha (Funciones Sensoriales, Discapacidad y Rehabilitación), Neerja Chowdhary (Salud Cerebral), Carolina Der Mussa (Funciones Sensoriales, Discapacidad y Rehabilitación), Shalini Desai (Programa Esencial de Inmunización), Laura Díaz (Salud Cerebral), Megan Doherty (Servicios y Sistemas Clínicos), Antony Duttine (Funciones Sensoriales, Discapacidad y Rehabilitación), Samer Elfeky (Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental), Mai Eltigany (Enfermedades No Transmisibles), John Fogarty (Servicios y Sistemas Clínicos), María Nieves García-Casal (Acción Alimentaria y Nutricional en los Sistemas de Salud), Shoshanna Goldin (Programa de Emergencias Sanitarias), Yuriko Harada (Programa de Salud Bucodental), Thiago Herick De Sa (Cambio Demográfico y Envejecimiento Saludable), Stefania Ilinca (Oficina Regional de la OMS para Europa), Mikiko Kanda (Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental), Catherine Kane (Personal de Salud), Amrita Kansal (Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental), Stuart Keel (Funciones Sensoriales, Discapacidad y Rehabilitación), Pauline Kleinitz (Funciones Sensoriales, Discapacidad y Rehabilitación), April Siwon Lee (Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental), Silvio Paolo Mariotti (Funciones Sensoriales, Discapacidad y Rehabilitación), Chris Mikton (Cambio Demográfico y Envejecimiento Saludable), Patricia Morsch (Oficina Regional de la OMS para las Américas), Andreas Mueller (Funciones Sensoriales, Discapacidad y Rehabilitación), Triphonie Nkurunziza (Oficina Regional de la OMS para África), Asiya Ismail Odugleh-Kolev (Calidad de la Atención), Alana Officer (Cambio Demográfico y Envejecimiento Saludable), Roberta Ortiz (Enfermedades No Transmisibles), Alexandra Rauch (Funciones Sensoriales, Discapacidad y Rehabilitación), Nicole Rendell (Programa de Salud Bucodental), Katrin Seeher (Salud Cerebral),

Kylie Shae (Productos Sanitarios, Políticas y Normas), Sangeeta Singh (Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental), Shamsuzzoha Syed (Programa Especial sobre Atención Primaria de Salud), Abena Tannor (Funciones Sensoriales, Discapacidad y Rehabilitación), Emma Tebbutt (Productos Sanitarios, Políticas y Normas), Benoit Varenne (Programa de Salud Bucodental), Enrique Vega (Oficina Regional de la OMS para las Américas), Inka Weissbecker (Salud Cerebral), Kazuki Yamada (Cambio Demográfico y Envejecimiento Saludable), Yongjie Yon (Oficina Regional de la OMS para Europa), Mitasha Yu (Funciones Sensoriales, Discapacidad y Rehabilitación) y Patrick Zuber (Programa Especial sobre Atención Primaria de Salud).

El manual también se enriqueció con las valiosas aportaciones de los siguientes expertos en envejecimiento y salud, y en atención y apoyo a las personas mayores: Hanadi Alhamad (Centro Colaborador de la OMS para el Envejecimiento Saludable y la Demencia, Universidad de Qatar, Qatar), Márlon JR Aliberti (Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo, Brasil), Hidenori Arai (Centro Nacional de Geriatriá y Gerontología, Japón), Prasert Assantachai (Universidad Mahidol, Tailandia), Liat Ayalon (Universidad Bar Ilan, Israel), Paola Barbarino (Alzheimer's Disease International, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte [Reino Unido]), Jane Barratt (Federación Internacional de la Vejez [IFA], Canadá), Ivan Bautmans (Universidad Libre de Bruselas, Bélgica), John Beard (Universidad de Columbia, Estados Unidos de América [EE.UU.]), Fatemah Bendhafari (Ministerio de Salud, Kuwait), Caroline Berbon (Hospital Universitario de Toulouse; Centro Colaborador de la OMS para la Investigación Clínica, Gerontológica y sobre la Decrepitud, y para la Capacitación Geriátrica, Francia), Heikea Bischoff-Ferrari (Universidad de Zúrich, Suiza), Marco Canevelli (Instituto Nacional de Salud, Italia), Jagadish Chhetri (Centro Nacional de Investigación Clínica para los Trastornos Geriátricos, China), Stephen Connor (Worldwide Hospice Palliative Care Alliance, Reino Unido), Eduardo Ferrioli (Universidad de São Paulo, Brasil), Roger Fielding (Universidad de Tufts, EE.UU.), Leon Geffen (Instituto Samson de Investigación sobre el Envejecimiento [SIFAR], Sudáfrica), Celia Gregson (Universidad de Bristol, Reino Unido), Eva Heras Muxella (Sistema Andorrano de Atención Sanitaria, Andorra), Lee Hooper (Universidad de East Anglia, Reino Unido), Yun-Hee Jeon (Universidad de Sídney, Australia), Javier Jerez (Universidad de Vic - Universidad Central de Cataluña, España), Sebastiana Kalula (Instituto Albertina y Walter Sisulu sobre el Envejecimiento en África, Sudáfrica), Ramesh Kandel (Academia Rapti de Ciencias de la Salud, Nepal), Hongsoo

Kim (Universidad Nacional de Seúl, República de Corea), Jan Kottner (Facultad de Medicina Charité, Berlín, Alemania), Christine Lafont (IHU HealthAge, Hospital Universitario de Toulouse; Centro Colaborador de la OMS para la Investigación Clínica, Gerontológica y sobre la Decrepitud, y para la Capacitación Geriátrica, Francia), Caitlin Littleton (HelpAge International, Reino Unido), Peter Lloyd-Sherlock (Universidad de Northumbria, Reino Unido), Carol Ma Hok Ka (Universidad de Ciencias Sociales de Singapur, Singapur), Shiromi Maduwage (Ministerio de Salud, Sri Lanka), Finbarr Martin (King's College London, Reino Unido), Reshma Merchant (Sistema de Salud de la Universidad Nacional, Singapur), Jean-Pierre Michel (Facultad de Medicina de la Universidad de Ginebra, Suiza), Colin Milner (Consejo Internacional sobre Envejecimiento Activo, Canadá), Kenneth Edmund Mugayehwenkyi (Reach One Touch One Ministries, Uganda), Cathy Murphy (Universidad de Southampton, Reino Unido), Claudio Pedone (Campus Bio Medico, Universidad de Roma, Italia), Ian Philp (Universidad de Kent, Reino Unido), Jean-Yves Reginster (Universidad de Lieja; Centro Colaborador de la OMS para la Epidemiología de las Afecciones Musculoesqueléticas y el Envejecimiento, Bélgica), Leocadio Rodríguez Mañas (Hospital Universitario de Getafe, España), Catherine Takeda (Hospital Universitario de Toulouse; Centro Colaborador de la OMS para la Investigación Clínica, Gerontológica y sobre la Decrepitud, y para la Capacitación Geriátrica, Francia), Hein Thet Ssoe (AGE Myanmar, Myanmar), Vira Tum (HelpAge Cambodia, Camboya), Prakash Tyagi (Gramin Vikas Vigyan Samiti [GRAVIS], India), Adrian Wagg (Universidad de Alberta, Canadá), Poppy Walton (HelpAge International, Reino Unido), Sijiu Wang (Universidad de Tsinghua, China), Camilla Williamson (HelpAge International, Reino Unido), Jean Woo (Universidad China de Hong Kong, Región Administrativa Especial [RAE] de Hong Kong, China), Gordon Wood (Universidad Northwestern, Escuela de Medicina Feinberg, EE.UU.) y Anthony Woolf (Alianza Mundial para la Salud Musculoesquelética, Reino Unido).

Las aportaciones de los participantes en la reunión anual del Consorcio Clínico de la OMS sobre Envejecimiento Saludable, celebrada en diciembre del 2023, también han sido muy valiosas para la elaboración de este manual.

El Departamento de la OMS de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente y Envejecimiento agradece el apoyo financiero del Gobierno de Japón, del Gobierno de Alemania y del Gobierno de la Prefectura de Kanagawa en Japón.

Abreviaciones

ABVD	actividades básicas de la vida diaria
AIVD	actividades instrumentales de la vida diaria
APS	atención primaria de salud
AT	audiometría tonal
dBHL	decibelios de nivel de audición
ECV	enfermedades cardiovasculares
ICOPE	atención integrada para las personas mayores (por su sigla en inglés)
IMC	índice de masa corporal
ODS	objetivo de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
SPPB	batería de pruebas de desempeño físico de corta duración (por su sigla en inglés)
TAP	capacitación en productos de apoyo de la OMS (por su sigla en inglés)
TCC	terapia cognitivo-conductual

Glosario

Actividad física: Todo movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que requiere un gasto de energía, incluidos los movimientos que se realizan al trabajar, jugar, llevar a cabo tareas domésticas, viajar o realizar actividades de ocio.

Actividades básicas de la vida diaria (ABVD): Actividades esenciales necesarias para la vida cotidiana: bañarse o ducharse, vestirse, comer, acostarse y levantarse de la cama, sentarse y levantarse de la silla, usar el inodoro y desplazarse por el hogar.

Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD): Actividades que facilitan la vida independiente: capacidad para utilizar el teléfono y para las compras, la preparación de alimentos, las labores domésticas, el lavado de ropa, el transporte, el uso de medicamentos y la administración del dinero.

Agentes comunitarios de salud: Trabajadores de salud que prestan servicios de salud, incluidos los de educación en materia de salud, en colaboración con los trabajadores de los establecimientos de salud, derivan a los pacientes a una amplia gama de servicios y proporcionan apoyo y asistencia a las comunidades, las familias y las personas. Llevan a cabo medidas de salud preventivas y facilitan el acceso a los servicios de salud y sociales apropiados, al salvar la distancia entre los prestadores de servicios de salud, sociales y comunitarios, y las comunidades que puedan tener dificultades para acceder a dichos servicios. Los agentes comunitarios de salud también se conocen como agentes sanitarios de la comunidad, auxiliares o promotores de salud en la comunidad, educadores en materia de salud u otros términos.

Aislamiento social: Se refiere al número objetivo de conexiones e interacciones sociales que tiene una persona. Una persona puede estar socialmente aislada si tiene una red pequeña de relaciones familiares y no familiares y, por tanto, interacciones escasas o infrecuentes con otras personas.

Apoyo social: Apoyo psicológico, físico y económico al que puede acceder una persona mediante los vínculos sociales con otras personas, grupos y la comunidad en general, que puede mitigar los eventos adversos de la vida, fomentar la resiliencia y constituir un recurso positivo para la salud.

Atención centrada en las personas: Enfoque de la atención en el que se adopta conscientemente la perspectiva de las personas, las familias y las comunidades, que son vistas como participantes y beneficiarias de sistemas de salud y de cuidados a largo plazo que responden a sus necesidades y preferencias de manera humana y holística. La atención centrada en las personas se organiza en torno a las necesidades, valores, preferencias y expectativas de las personas y no a las enfermedades.

Atención de salud comunitaria: Servicios prestados por diversos trabajadores de salud en la comunidad, según su formación y capacidad (profesionales y no profesionales, formales e informales, remunerados y no remunerados), así como por el personal de los establecimientos de salud, que los apoya y supervisa, presta servicios de extensión comunitaria y realiza campañas.

Atención integrada: Servicios gestionados y prestados de forma tal que se garantice que las personas reciban una gama continua de atención de salud y cuidados y apoyo social, con un enfoque centrado en las personas. Esto incluye la promoción de la salud, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, así como los servicios de protección social, incluidos los cuidados a largo plazo. La prestación de los servicios está integrada en todos los sectores, entornos y lugares a lo largo del curso de vida.

Atención primaria de salud (APS): Un enfoque de toda la sociedad para organizar y fortalecer eficazmente los sistemas nacionales de salud con el fin de acercar los servicios de salud y bienestar a las comunidades. Tiene tres componentes: servicios de salud integrados para satisfacer las necesidades de salud de las personas a lo largo de toda la vida; políticas y medidas multisectoriales para abordar los determinantes más amplios de la salud; y empoderamiento de las personas, familias y comunidades para que se hagan cargo de su propia salud.

Atención primaria: Proceso clave del sistema de salud que se encarga del primer contacto de la atención; a menudo se presta en establecimientos de atención primaria, centros de salud comunitarios, puestos de salud, consultorios móviles y a través de servicios de extensión. La atención primaria permite prestar una atención integrada centrada en las personas cerca de donde estas llevan a cabo su vida diaria.

Autocuidado: Capacidad de las personas, las familias y las comunidades para promover y mantener su propia salud, prevenir las enfermedades y afrontarlas, con o sin el apoyo de un trabajador de salud o un trabajador del cuidado.

Autogestión: Capacidad de utilizar dispositivos, medicamentos y conocimientos para llevar a cabo la automedicación, el autotratamiento, el autoexamen y la autoinyección. También llamada “automanejo”.

Capacidad funcional: Atributos relacionados con la salud que permiten a las personas ser y hacer lo que para ellas sea importante. Se integra por la capacidad intrínseca de la persona, las características ambientales pertinentes y las interacciones entre la persona y estas características.

Capacidad intrínseca: Suma de todas las capacidades físicas y mentales con las que cuenta una persona.

Capacitismo: Prejuicio social que define a las personas con discapacidad por dicha condición y las caracteriza como inferiores a quienes no la tienen.

Cobertura universal de salud: Acceso de todas las personas a toda la gama de servicios de salud de calidad que necesiten, cuando y donde los necesiten, sin enfrentar dificultades económicas. Abarca la gama completa de servicios de salud esenciales, desde la promoción de la salud hasta la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos a lo largo del curso de vida.

Coordinador de la atención: Trabajador de salud que es responsable de que haya una comunicación y coordinación adecuadas de las decisiones y la información entre los equipos y servicios, facilita la orientación de una persona mayor y de las personas a cargo de su cuidado al utilizar diversos sistemas y se encarga de la prestación de una atención integrada. Los gestores de casos suelen actuar como coordinadores de la atención. A menudo se elige un coordinador de la atención entre los miembros del equipo multidisciplinario.

Cuidados a largo plazo: Actividades llevadas a cabo por terceros para que las personas con una pérdida importante y permanente de la capacidad intrínseca puedan mantener un nivel de capacidad funcional conforme con sus derechos básicos, sus libertades fundamentales y la dignidad humana.

Cuidados proporcionados desde el sector social: Asistencia y apoyo a las personas y sus familias en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (cuidados personales) para promover la calidad de vida y el bienestar.

Cuidados paliativos: Estrategia que mejora la calidad de vida de aquellos pacientes que se enfrentan a problemas relacionados con enfermedades potencialmente mortales, y la de sus familias. Evitan y alivian el sufrimiento mediante la detección temprana, la evaluación correcta y el tratamiento del dolor y otros problemas, ya sean de orden físico, psicosocial o espiritual.

Deterioro cognitivo: Disminución de una o varias funciones cognitivas, como la atención, la resolución de problemas, el aprendizaje y la memoria.

Ejercicio físico: Subcategoría de la actividad física que es planificada, estructurada y repetitiva y procura mejorar o mantener uno o varios componentes de la aptitud física.

Ejercicio multimodal: Ejercicio dirigido a incrementar el equilibrio, la capacidad aeróbica, la fuerza muscular, la flexibilidad y la coordinación, con el objetivo de preservar y fomentar la capacidad intrínseca (la capacidad locomotriz, la cognición), reducir el riesgo de caídas y prevenir los traumatismos, incluidas las fracturas.

Enfoque de atención integrada para las personas mayores (modelo ICOPE): Enfoque de la OMS para proporcionar un proceso continuo de atención integrada que permita reorientar los servicios de salud y sociales hacia una atención más centrada en las personas y más coordinada que promueva la optimización de la capacidad intrínseca y funcional de las personas mayores. Este enfoque se conoce como "ICOPE", por su sigla en inglés.

Entorno amigable con las personas mayores: Entornos (como el hogar o la comunidad) que fomentan un envejecimiento saludable y activo al desarrollar y mantener la capacidad intrínseca a lo largo del curso de vida y permitir una mayor capacidad funcional en una persona con un nivel de capacidad determinado.

Entrenamiento cognitivo: Término genérico que se refiere a un grupo de intervenciones no farmacológicas en las que se aplican diversas técnicas para estimular el pensamiento y la cognición con diversos grados de amplitud y especificidad. Se dirige a funciones cognitivas aisladas (por ejemplo, la memoria) con la práctica individual y repetitiva de tareas cognitivas estandarizadas.

Envejecer en el propio lugar: Capacidad de vivir en el propio hogar y comunidad de manera segura, independiente y cómoda, independientemente de la edad, el nivel de ingresos o el nivel de capacidad. Envejecer en el lugar apropiado, que puede o no ser su propio hogar, amplía este concepto a la capacidad de vivir en el lugar que mejor responda a las necesidades y preferencias de la persona.

Envejecimiento saludable: Proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez.

Equipo multidisciplinario: Grupo de trabajadores de salud y del cuidado de diversas organizaciones y profesiones (por ejemplo, de la medicina, la enfermería, la fisioterapia, el trabajo social) que trabajan juntos para tomar decisiones relativas a la atención de una persona mayor y de quienes la cuidan y para prestar la atención de forma colaborativa y coordinada.

Función cognitiva: Procesos implicados en la adquisición y retención de conocimientos (incluidos el lenguaje y las normas sociales), la manipulación de la información, el razonamiento y la regulación emocional.

Geriatría: Especialidad médica dedicada a prestar a las personas mayores una atención centrada en el paciente.

Gestor de casos: Trabajador de salud que apoya, orienta y coordina la atención para las personas mayores, las familias y las personas a cargo del cuidado. Actúa como enlace comunicativo al conectar a las personas con los miembros de un equipo multidisciplinario y las partes interesadas de la comunidad. El gestor de casos suele elegirse entre los miembros del equipo multidisciplinario.

Manual ICOPE: Herramienta para apoyar al personal de salud al prestar atención integrada para las personas mayores en la atención primaria de salud, incluso en la comunidad.

Medicación inadecuada: La medicación inadecuada se define como la prescripción de uno o varios medicamentos que no son necesarios o que han dejado de serlo por alguna de las siguientes razones: a) no hay una indicación basada en la evidencia, la indicación ha perdido vigencia o la dosis es innecesariamente alta; b) uno o varios medicamentos no logran sus objetivos terapéuticos; c) algún medicamento o la combinación de varios de ellos están causando reacciones adversas o tienen probabilidades de causarlas; y d) el paciente no quiere o no puede tomar uno o varios de los medicamentos según lo previsto.

Partes interesadas de la comunidad: Personas, familias, grupos u organizaciones que tienen un interés o una implicación en una comunidad y que se ven influidos o pueden influir en las decisiones, las políticas y las operaciones dentro de esa comunidad. Esto incluye, de manera no exhaustiva, organizaciones de la sociedad civil (por ejemplo, organizaciones no gubernamentales, organizaciones comunitarias, organizaciones confesionales); grupos del sector privado; asociaciones, grupos o clubes de personas mayores; grupos de apoyo entre pares; y voluntarios y cuidadores a domicilio que operan dentro de un programa organizado. Los agentes comunitarios de salud se consideran partes interesadas de la comunidad, a la vez que se incluyen dentro de la definición de trabajadores de salud.

Participación de la comunidad: Proceso consistente en establecer y mantener relaciones que permitan a las partes interesadas que comparten una ubicación geográfica o un área temática de interés colaborar para abordar cuestiones relacionadas con la salud y promover el bienestar con el fin de lograr un impacto y unos resultados positivos y sostenibles en materia de salud.

Persona a cargo del cuidado: Persona, como un miembro de la familia, pareja, amigo o vecino, que presta cuidados en el hogar o en la comunidad y que suele compartir vínculos afectivos o sociales con la persona a quien cuida. Puede prestar los cuidados de manera regular, ocasional o habitual, o bien ocuparse de organizar los cuidados prestados por terceros. Las personas a cargo del cuidado son distintas de los trabajadores del cuidado, ya que no están empleadas por las organizaciones facultadas para coordinar y prestar los servicios. Su función es informal y no remunerada.

Polimedicación: Uso concomitante de varios medicamentos; a menudo se define como el uso habitual de cinco medicamentos o más. Incluye los medicamentos de venta libre, los de venta con receta y los medicamentos tradicionales y complementarios.

Proceso continuo de la atención: Gama completa de la atención de salud y social, personal y de la población, necesaria durante todas las etapas de la capacidad intrínseca, la capacidad funcional, la enfermedad, las lesiones o los eventos a lo largo del curso de vida, incluida la promoción de la salud, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación, los cuidados paliativos y los cuidados a largo plazo.

Productos de apoyo: Los productos de apoyo mantienen o mejoran la capacidad funcional y la independencia y, por tanto, fomentan el bienestar. Los productos de apoyo (también llamados productos de asistencia) incluyen desde artículos físicos, como sillas de ruedas, gafas, organizadores de pastillas, sillas con inodoro y audífonos, hasta soluciones digitales, como alarmas de caídas, programas informáticos de gestión del tiempo y subtítulos. El término "tecnología de apoyo" engloba los productos de apoyo y los sistemas y servicios relacionados con ellos.

Protección social: La protección social es un derecho humano, y se define como el conjunto de políticas y programas destinados a reducir y prevenir la pobreza y la vulnerabilidad a lo largo del curso de vida. La protección social comprende prestaciones para los niños y las familias, así como por maternidad, desempleo, accidentes laborales, enfermedad, vejez y discapacidad, además de protección de la salud.

Psicoeducación: Intervención para proporcionar a las personas con trastornos de salud mental y a las personas a cargo del cuidado o familiares información acerca de la naturaleza de la afección, incluidas sus causas probables, evolución, consecuencias, pronóstico y tratamiento.

Rehabilitación: Conjunto de intervenciones diseñadas para optimizar el funcionamiento y reducir el grado de discapacidad en las personas con ciertas afecciones que afectan su interacción con el entorno. La rehabilitación ayuda a las personas mayores a ser lo más independientes posible en las actividades de la vida diaria y les permite participar en la educación, el trabajo, el ocio y otras funciones importantes.

Reparto de tareas: Estrategia para optimizar la utilización del personal de salud, en particular cuando es insuficiente, por la cual determinadas tareas o funciones se comparten, en su caso, con trabajadores de salud menos especializados para hacer un uso más eficiente del personal disponible. Debe ir acompañada de medidas adecuadas en materia de capacitación, supervisión, apoyo a la gestión, concesión de licencias, regulación y remuneración.

Salud cerebral: Estado del funcionamiento cerebral en los dominios cognitivo, sensorial, social, emocional, conductual y motor, que permite a una persona desarrollar su máximo potencial a lo largo del curso de vida, independientemente de la presencia o ausencia de afecciones.

Servicios de rehabilitación: Prestación de las intervenciones de rehabilitación (véase la definición correspondiente) mediante un proceso estructurado que consiste en reconocer las necesidades, definir las metas, planificar, prestar la atención y dar seguimiento, por lo regular a lo largo de una serie de sesiones.

Soledad: Experiencia subjetiva derivada de un desajuste entre la calidad y la cantidad de conexiones previstas y las reales.

Terapia cognitivo-conductual (TCC): Tratamiento psicológico que combina componentes cognitivos, dirigidos a pensar de forma diferente (por ejemplo, mediante el reconocimiento y el cuestionamiento de las ideas negativas poco realistas), y componentes conductuales, dirigidos a hacer las cosas de forma diferente (por ejemplo, al ayudar a la persona a realizar actividades más gratificantes).

Terapia de estimulación cognitiva: Intervención no farmacológica que comprende diversos métodos, como la orientación a la realidad, la validación y la evocación por medio de actividades de grupo e interacciones sociales.

Trabajador de salud: Toda persona dedicada primordialmente a actividades que tienen el objetivo fundamental de mejorar la salud (por ejemplo, trabajadores de salud y del cuidado, profesionales de la salud, gerentes de programas de salud, etc.).

Trabajador del cuidado: Trabajador de salud que presta servicios directos de cuidados personales en el hogar, en entornos de atención de salud y en centros residenciales, ayudando en las tareas comunes de la vida diaria, con la formación, remuneración, supervisión y regulación pertinentes. Algunos ejemplos son las personas que prestan cuidados en el sistema formal y el personal de trabajo social y de enfermería.



1 Atención integrada para las personas mayores

Puntos clave

- La clave para apoyar un envejecimiento saludable para todas las personas consiste en optimizar su capacidad intrínseca y funcional a lo largo del curso de vida.
- La dependencia de los cuidados se puede reducir, retrasar o prevenir si el deterioro de la capacidad intrínseca se detecta, se evalúa, se diagnostica y se atiende con prontitud, lo que incluye crear un entorno físico y social propicio.
- El deterioro de los dominios que componen la capacidad intrínseca está interrelacionado, de modo que su evaluación y manejo requieren un enfoque integrado y centrado en las personas.
- Las personas mayores son agentes fundamentales de su propia salud, y deben estar empoderadas para entenderla, tomar sus propias decisiones y fijar sus propios objetivos. Su participación significativa, y la de las personas a cargo de su cuidado, es crucial.
- Los trabajadores de salud de la atención primaria, incluso en la comunidad, pueden detectar a las personas mayores con una o varias pérdidas de capacidad intrínseca y prestar intervenciones basadas en la evidencia con la orientación que ofrece este documento y adaptándolas su contexto.
- Las partes interesadas de la comunidad desempeñan una función importante al apoyar la prestación de una atención integrada a las personas mayores y empoderarlas para que participen en el autocuidado y la autogestión.

En el *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud* del 2015 se establece que la meta del envejecimiento saludable consiste en ayudar a las personas a “fomentar y mantener la capacidad funcional que permita 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, las características del entorno que afectan esa capacidad y las interacciones entre la persona y dichas características. El entorno comprende todos los factores del mundo extrínseco (el hogar y sus alrededores, la comunidad y la sociedad en general) que forman el contexto de la vida de una persona. Los factores de este entorno incluyen a su vez el entorno construido (físico), las personas y sus relaciones, las actitudes y los valores, las políticas de salud y sociales, los sistemas y los servicios. 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 inspira un nuevo enfoque para la atención de la salud de las personas mayores, centrado en optimizar la capacidad intrínseca y funcional de las personas a medida que envejecen. Conforme cambie la capacidad intrínseca de una persona mayor, también lo harán sus necesidades y preferencias en cuanto a servicios de salud y de cuidados, y apoyo social. La prestación de un proceso continuo de atención integrada, que siga la trayectoria de la capacidad intrínseca y funcional, es fundamental para satisfacer estas necesidades diversas y apoyar una capacidad funcional óptima. El proceso continuo de atención abarca toda la gama del cuidado y la atención, desde la prevención y la promoción hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y responde a los cambios en las necesidades y la capacidad intrínseca de la persona, así como a la progresión de la enfermedad.

Las personas mayores con una pérdida importante de capacidad intrínseca no solo necesitan atención de salud, sino también los cuidados y el apoyo social adecuados para compensar su pérdida. Este apoyo pueden brindarlo las personas a cargo del cuidado, y puede facilitarse por el uso de productos de apoyo para crear un entorno propicio. Los cuidados a largo plazo son las actividades llevadas a cabo por terceros para ayudar a las personas con una pérdida importante de la capacidad intrínseca a mantener un nivel de capacidad funcional y una vida digna, en consonancia con sus derechos básicos y sus libertades fundamentales. Los cuidados a largo plazo se pueden prestar en diversos entornos, como el hogar, la comunidad y los centros residenciales. Gran parte de los cuidados cotidianos que necesitan las personas mayores son prestados por personas a cargo de su cuidado, a menudo familiares, que a su vez también necesitan apoyo.

1.1

¿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. Se calcula que en el 2024 había en el mundo 1180 millones de personas de 60 años o más (el 14,5% de la población mundial). Este porcentaje aumentará rápidamente en los próximos decenios, en particular en los países de ingresos bajos y medianos. Para el 2050, habrá 2100 millones de personas mayores de 60 años, que constituirán el 22% de la población mundial (2), y las mayores de 65 años superarán en número a las menores de 18 (3). Esto refleja el efecto combinado de la rápida reducción de las tasas de fecundidad y el aumento de la esperanza de vida en gran parte del mundo, que a menudo acompañan al desarrollo socioeconómico.

Mantener la salud de las personas mayores constituye una inversión en capital humano y social y apoya los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas y el derecho de todas las personas en todas partes al grado máximo de salud física y mental que se pueda lograr. Al mismo tiempo, atender a la creciente población de edad avanzada plantea retos a los sistemas de salud y de protección social. Se necesita un cambio fundamental en las estrategias de salud pública que abordan el envejecimiento.

Los enfoques convencionales para la atención de salud de las personas mayores se han concentrado en las enfermedades individuales, a menudo de forma aislada, y han puesto 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, es fácil pasar por alto los problemas de audición, vista, memoria, movilidad y las demás pérdidas de la capacidad intrínseca que suelen acompañar a la vejez.

Es necesario cambiar a un proceso integrado y continuo de atención basado en un enfoque de atención primaria de salud (APS) que sea holístico y se centre en la capacidad intrínseca y la capacidad funcional de las personas, además de ocuparse de las enfermedades. Existe una relación bidireccional, en la

que las enfermedades mal controladas pueden desencadenar o acelerar el declive de la capacidad intrínseca y, a su vez, las deficiencias de la capacidad intrínseca modifican la trayectoria de las enfermedades. Prestar atención a la capacidad intrínseca y funcional de las personas mayores en todo el sistema de salud y de protección social contribuirá de manera amplia al bienestar de este grupo de población cada vez más numeroso.

El personal de salud, incluidos los trabajadores del cuidado, necesita orientación y capacitación para reconocer y atender eficazmente el deterioro de la capacidad intrínseca y mantener la capacidad funcional, así como para prestar una atención holística e integrada que responda a las necesidades diversas de salud y de cuidados de las personas mayores. A medida que la población envejece, se vuelve acuciante la necesidad de plantear enfoques integrales basados en la comunidad, que incluyan intervenciones para prevenir o retrasar el deterioro de la capacidad intrínseca, optimizar la capacidad funcional con un entorno físico y social propicio, y apoyar a quienes prestan los cuidados a las personas mayores.

1.2

¿En qué consiste el modelo de atención integrada para las personas mayores?



El modelo de atención integrada para las personas mayores, conocido por la sigla en inglés ICOPE, pretende facilitar la reorientación de los servicios de salud y sociales hacia una atención más coordinada y más centrada en las personas, que apoye la optimización de la capacidad intrínseca y funcional de las personas mayores. El modelo ICOPE es la propuesta de la OMS para impulsar la prestación a las personas mayores de una atención integrada en el contexto de un sistema de salud orientado a la APS.

El proceso continuo de brindar atención y cuidados requiere poner en marcha servicios integrados para las personas mayores y las personas a cargo de su cuidado en todos los entornos de atención de salud y de apoyo social, desde los propios hogares de las personas mayores, los consultorios de atención primaria y los hospitales hasta los centros de cuidados a largo plazo. Las comunidades tienen una función de particular relevancia para hacer posible el “envejecimiento en el propio lugar”.

Recuadro 1.1 Edadismo

El edadismo se refiere a los estereotipos (cómo pensamos), los prejuicios (cómo nos sentimos) y la discriminación (cómo actuamos) hacia las personas por motivos de edad. El edadismo está presente en nuestras instituciones, en nuestras relaciones (edadismo interpersonal) y en nosotros mismos (autoedadismo). El edadismo afecta negativamente la salud y el bienestar de las personas mayores (4).

El edadismo en los sistemas y servicios de salud: A nivel de los sistemas, las estrategias de salud a menudo descuidan a las personas mayores o pueden incluir políticas edadistas, como la denegación del tratamiento por motivos de edad; la atención a las personas mayores y los servicios específicos que abordan los problemas más comunes que se enfrentan en la vejez suelen descuidarse; no se da prioridad al financiamiento; y las instalaciones y establecimientos no se diseñan para ser accesibles a las personas mayores. La falta de capacitación y apoyo, y las percepciones culturales no cuestionadas sobre el envejecimiento también pueden hacer que los trabajadores de salud muestren actitudes negativas hacia las personas mayores o el proceso de envejecimiento, adopten un comportamiento condescendiente, no consulten a las personas mayores sobre sus preferencias en relación con los cuidados y las excluyan de los ensayos clínicos. El personal de salud suele pasar por alto el deterioro de la capacidad intrínseca, interpretándolo como signos “normales” del envejecimiento, lo que constituye una forma de edadismo. Las actitudes del personal de salud y las experiencias de las personas mayores en los entornos de salud pueden influir en la búsqueda de atención de salud de estas últimas. No está claro en qué medida los trabajadores de salud muestran actitudes edadistas, aunque parece que es frecuente. Una serie de factores sistémicos e individuales pueden influir en las actitudes, como las políticas, la educación, la falta de recursos, el género, el hecho de que el profesional de salud haya elegido trabajar específicamente con personas mayores, la experiencia de contacto intergeneracional y el bagaje cultural.

Autoedadismo: El autoedadismo se refiere al edadismo dirigido contra uno mismo que influye negativamente en la salud. Las personas interiorizan los prejuicios relativos a la edad de la cultura que las rodea, después de haber estado expuestas repetidamente a esos prejuicios. Quizá piensen que la disminución de la capacidad intrínseca con la edad es “normal” y que no puede prevenirse ni modificarse, y tal vez consideren que no hay nada que puedan hacer para mejorar su propia salud y bienestar.

La atención integrada para las personas mayores (el modelo ICOPE) ofrece la oportunidad de hacer frente al edadismo al mejorar las competencias del personal de salud en materia de salud y atención integrada de las personas mayores, y al empoderar tanto a las personas mayores como a quienes las cuidan. Las partes interesadas de la comunidad pueden contribuir a crear conciencia, incluso entre las propias personas mayores, sobre el edadismo y el derecho de las personas mayores a la salud y los cuidados; la eficacia de la promoción de la salud y la prevención en la vejez; y el hecho de que es posible atender las pérdidas de capacidad intrínseca y optimizar la capacidad funcional.

La atención integrada para las personas mayores debe ponerse en práctica de conformidad con los siguientes principios rectores:

- las personas mayores tienen derecho al grado máximo de salud física y mental que se pueda lograr;
- las personas mayores deben tener las mismas oportunidades de acceder a servicios que aborden los factores determinantes del envejecimiento saludable y recibir apoyo para adoptar comportamientos saludables, independientemente de su condición social o económica, lugar de nacimiento o de residencia, edad, sexo u otros factores sociales;
- las personas mayores deben participar de manera prioritaria en las decisiones sobre su propio cuidado, respetando su autonomía;
- se debe brindar atención y cuidados a todas las personas por igual, sin discriminación, en particular por motivos de género, nivel de capacidad o edad (**recuadro 1.1**).

En las directrices de la OMS sobre la atención integrada para las personas mayores y las intervenciones a nivel comunitario para manejar el deterioro de la capacidad intrínseca, se formulan 13 recomendaciones basadas en la evidencia para que el personal de salud en la atención primaria, incluso en la comunidad, brinde a las personas mayores una atención integrada centrada en las personas. Con objeto de poner en práctica estas recomendaciones, en el 2019 la OMS publicó el manual *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* (5), a fin de abordar la falta de orientación y preparación de la mayoría de los trabajadores de salud para reconocer y atender de manera eficaz la disminución de la capacidad intrínseca y la capacidad funcional y para prestar una atención holística e integrada. En la guía se ofrecía un esquema de atención general, que consistía en los pasos que el personal de salud debería dar en la prestación de una atención integrada para las personas mayores, y una serie de esquemas de atención detallados para gestionar el deterioro de la capacidad intrínseca en seis dominios (deterioro cognitivo, pérdida de movilidad, nutrición deficiente, discapacidad visual, pérdida auditiva y síntomas depresivos), así como para brindar apoyo a las personas a cargo del cuidado y posibilitar los cuidados y el apoyo social.

1.3

El modelo ICOPE en la atención primaria de salud

La OMS define la atención primaria de salud (APS) como un enfoque de la salud que abarca a toda la sociedad y cuyo objetivo es garantizar el máximo grado de salud y bienestar que se pueda lograr y su distribución equitativa, al centrarse en las necesidades de las personas lo antes posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y lo más cerca posible de su entorno cotidiano.

Como se menciona en la *Declaración de Astaná*, la APS tiene tres componentes inseparables y que interactúan:

- poner la atención primaria y las funciones esenciales de salud pública juntas en el centro de los servicios de salud integrados;
- aprovechar las políticas y la acción multisectoriales; y
- empoderar a las personas y las comunidades como partícipes en la creación de su salud.

La atención primaria es el núcleo del componente de servicios de la APS que apoya una atención de primer contacto accesible, continua, integral y coordinada, la cual a menudo se presta en establecimientos de atención primaria (consultorios para pacientes ambulatorios, dispensarios), hogares, establecimientos de salud comunitarios, puestos de salud, consultorios móviles y servicios de extensión. Se caracteriza por la prestación de una gama completa de servicios de salud integrados, cerca de donde viven las personas, mediante un enfoque centrado en la persona. La atención primaria también puede impulsar otros componentes del enfoque de la APS mediante la participación de la comunidad y el empoderamiento de las personas mayores y de las personas a cargo de su cuidado.

El esquema de atención original del primer manual ICOPE (2019) se concibió para ayudar a los trabajadores de salud de primer contacto a prestar una atención integrada, centrada en las personas y próxima a la vida diaria de la persona mayor. No obstante, los pasos del esquema de atención original pueden aplicarse en diferentes entornos y con personas mayores con distintos niveles de capacidad intrínseca, incluidas aquellas que tienen pérdidas importantes de esta y la necesidad de cuidados a largo plazo. Por tal razón, en esta segunda edición del manual se ofrece

un esquema de atención general integrado por cuatro pasos (**figura 1.1**, página 5), que debe contemplarse dentro de un enfoque más amplio de la APS a nivel poblacional y que apoya el reconocimiento de las necesidades de la población de personas mayores: planificación, diseño, organización, gestión y seguimiento de los servicios. Puede adaptarse y ampliarse con la orientación detallada para cada paso, a fin de permitir su aplicación en diferentes situaciones y entornos (por ejemplo, para personas mayores en centros residenciales de cuidados a largo plazo).

Cualquier adaptación y ampliación del esquema de atención general debe mantener la prioridad en lo siguiente:

- una evaluación de las **necesidades, preferencias y objetivos** individuales;
- la elaboración de un **plan de atención personalizada**;
- la prestación de los servicios por equipos **multidisciplinarios**;
- la **prestación longitudinal de la atención**, siguiendo la trayectoria de la capacidad intrínseca;
- **servicios de salud y sociales coordinados** y orientados hacia el objetivo único de mantener la capacidad intrínseca y funcional; y
- la reorientación hacia un enfoque de APS para satisfacer las necesidades de las personas mayores con servicios prestados en el **primer nivel de atención**, incluso en la comunidad.

Este esquema de atención general puede servir como base para políticas y acciones multisectoriales, al reconocer las importantes funciones de otros sectores aparte del sector de la salud, como los de la vivienda, el transporte y el bienestar social, en consonancia con la visión de la Década de las Naciones Unidas del Envejecimiento Saludable (2021–2030) (**recuadro 1.2**, página 6). El esquema de atención general puede utilizarse junto con el esquema de atención ICOPE en la atención primaria para influir en la toma de decisiones en materia de políticas con respecto a la prestación de servicios para las personas mayores. Esto contribuirá al fortalecimiento de los sistemas de salud orientados a la APS necesarios para posibilitar la prestación de un proceso continuo de atención integrada para las personas mayores (capítulo 14). La aplicación del modelo ICOPE también podría contribuir a lograr mejores resultados en materia de salud, mayor equidad, mayor seguridad sanitaria y una mejor costoeficacia, todo ello relacionado estrechamente con la APS.

Los esquemas de atención detallados (capítulos 3–13) se centran explícitamente en la introducción de la atención integrada para las personas mayores en la atención primaria.

Figura 1.1
Esquema de atención según el modelo ICOPE



Recuadro 1.2 – El modelo ICOPE en contexto

La Década de las Naciones Unidas del Envejecimiento Saludable (2021–2030) se centra en la función de los sistemas de salud para promover el envejecimiento saludable mediante la optimización de la capacidad intrínseca y de la capacidad funcional, como se planteó inicialmente en la estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud 2016–2020 de la OMS (6). La visión de la Década de las Naciones Unidas es la de un mundo en el que todas las personas vivan una vida larga y saludable gracias a una colaboración multisectorial mundial para una acción concertada y catalizadora sobre el envejecimiento saludable. Se centra en cuatro esferas de acción que comprenden la prestación de atención integrada y centrada en las personas y de servicios primarios de salud que respondan a las necesidades de las personas mayores, al igual que el acceso a los cuidados a largo plazo para las personas mayores que los requieran. Los recursos técnicos del modelo ICOPE para la atención primaria, así como la información del documento sobre el conjunto de cuidados a largo plazo para personas mayores a fin de alcanzar la cobertura universal de salud (7), contribuirán a lograr estos compromisos.

La cobertura universal de salud es la base para alcanzar las metas de salud de los ODS, y significa que todas las personas tengan acceso a toda la gama de servicios de salud de calidad que necesiten, cuando y donde los necesiten, sin enfrentar dificultades económicas (8). Para lograr la cobertura universal de salud, es preciso abordar las necesidades de salud de las personas mayores mediante un proceso continuo de atención y cuidados integrados, prestados a través de servicios de salud basados en un sistema de salud orientado a la atención primaria.

La OMS ha elaborado un conjunto de recursos para optimizar la prestación de los servicios de atención primaria, entre ellos la Plataforma de Prestación e Implementación de Paquetes de Servicios (SPDI) de Cobertura Sanitaria Universal y el compendio de intervenciones de salud para la cobertura universal de salud. La SPDI es un recurso en línea que ayuda a los países a optimizar e integrar la prestación de servicios en toda la gama de la atención y a lo largo del curso de vida. Los países pueden conformar un conjunto de servicios de salud utilizando herramientas y recursos específicos, incluidos los recursos técnicos de ICOPE.

Lograr la salud para todos es el objetivo de la cobertura universal de salud. Para ello, todas las personas deben tener acceso a los servicios de salud, incluidas las personas mayores. La discapacidad no es inherente al envejecimiento, pero la prevalencia de la discapacidad aumenta con la edad, desde el 5,8% en la población infantil y adolescente de 0 a 14 años hasta el 34,4% en las personas mayores de 60 años (9). La prestación de servicios de salud inclusivos para la discapacidad requiere acciones intersectoriales para apoyar el acceso de las personas mayores con discapacidad, al igual que el de todas las personas que viven con discapacidad. En el *Informe mundial sobre la equidad en salud para las personas con discapacidad* se mencionan 40 acciones específicas que los países deben adoptar para fortalecer sus sistemas de salud y reducir las inequidades en materia de salud que enfrentan las personas con discapacidad.

1.4 Atención integrada para las personas mayores. Guía sobre la evaluación y los esquemas de atención centrados en la persona en la atención primaria de salud (manual ICOPE), segunda edición

En esta segunda edición del manual ICOPE, sobre la atención integrada para las personas mayores en la APS, se incorporan las enseñanzas extraídas de la puesta en marcha de la atención integrada para las personas mayores en diversos contextos de todo el mundo, así como directrices pertinentes, nuevas o actualizadas, elaboradas por la OMS. La segunda edición del manual se elaboró en colaboración con expertos en envejecimiento saludable y en atención de las personas mayores por medio del Consorcio Clínico de la OMS sobre el Envejecimiento Saludable, así como con colegas de diversas unidades técnicas y regiones de la OMS.

Se solicitaron aportaciones a través de experiencias sobre el terreno, así como de reuniones del Consorcio, principalmente la reunión del 2023, en la cual el principal punto del orden del día fue la actualización de los esquemas de atención. Los participantes en dicha reunión y otros expertos examinaron los esquemas de atención revisados y la orientación contenida en el presente manual a lo largo de toda su preparación. Se pidió a todas las personas que intervinieron en la elaboración y revisión del manual que declararan cualquier conflicto de intereses en el mismo formulario para la declaración de intereses que rellenan los expertos de la OMS. No se consideró que hubiera ningún conflicto de intereses de importancia.

Principales cambios en la segunda edición del manual

1. Esquema de atención en cuatro pasos

El esquema de atención ICOPE consta de cuatro pasos en lugar de cinco: evaluación básica e intervenciones a nivel comunitario; evaluación detallada; elaboración de un plan de atención personalizada; y ejecución y seguimiento. Se ha reconocido el papel fundamental de las partes interesadas de la comunidad y de las personas a cargo del cuidado en todas las etapas del esquema. En respuesta a ello, la participación de la comunidad y el apoyo a las personas a cargo del cuidado se han incluido como elementos clave en los cuatro pasos del esquema de atención, con particular atención en el paso 1, en lugar de abordarse como un quinto paso por separado.

2. Paso 1 ampliado

El paso 1 se amplió para asegurar que se transmita la información clave y se presten servicios y apoyo fundamentales en el primer punto de contacto con una persona mayor, así como para permitir la prestación de atención a las personas mayores dentro de las comunidades y por las partes interesadas de la comunidad en los contextos de recursos limitados. Junto con una evaluación básica (antes denominada “tamizaje”), puede ofrecerse asesoramiento sobre salud y estilo de vida, y atención de salud en la comunidad para abordar el deterioro de la capacidad intrínseca. Se utiliza el término “evaluación básica”, en lugar de tamizaje, para reflejar la transición de centrarse únicamente en las posibles pérdidas de capacidad intrínseca a pasar a detectar también las necesidades de apoyo social, las necesidades de apoyo de las personas a cargo del cuidado y la presencia de incontinencia urinaria, factores clave que repercuten en la salud de las personas mayores. La ampliación del paso 1 para incluir la prestación de servicios y apoyo resulta especialmente importante en aquellos contextos en los que no es factible realizar los siguientes pasos del esquema de atención ICOPE, incluida la evaluación detallada, o en los que puede transcurrir mucho tiempo entre la evaluación básica y la evaluación detallada.

3. Participación comunitaria

En esta segunda edición del manual ICOPE se pone mayor atención a la participación de la comunidad. Se ofrecen ejemplos de lo que pueden hacer las partes interesadas de la comunidad en cada paso del esquema de atención, lo que incluye poner en marcha el paso 1 ampliado, facilitar el acceso a la atención de salud y la protección social, proporcionar apoyo directo en la comunidad y empoderar a las personas mayores en su toma de decisiones de salud. Las partes interesadas de la comunidad comprenden personas, grupos y organizaciones, como organizaciones no gubernamentales, clubes de personas mayores, organizaciones comunitarias, grupos de apoyo entre pares, grupos intergeneracionales y voluntarios, entre otros.

4. Necesidades de apoyo de las personas a cargo del cuidado

Al reconocer la función de las personas a cargo del cuidado, en su mayoría mujeres y niñas, por lo regular familiares o amistades, y la falta de apoyo que suelen presentar, se presta mayor atención a sus necesidades de apoyo. Esto incluye tanto la información y la capacitación como la necesidad de apoyo propiamente dicho para velar por su salud y bienestar. Este aspecto ya figuraba en la versión anterior del manual, pero ahora se le ha dado mayor relevancia al presentar ejemplos concretos en todos los capítulos. En el manual, el término “persona a cargo del cuidado” o “cuidador” se utiliza para referirse a una persona, como un familiar, amigo o vecino, que presta cuidados a una persona mayor al margen del sistema formal de cuidados.

5. Factores clave de la salud de las personas mayores

En esta edición se agregan o se hace más hincapié en otros factores importantes para la salud y la capacidad funcional de las personas mayores. Entre ellos están el reconocimiento temprano tanto de las necesidades de apoyo social como de las necesidades de las personas a cargo del cuidado (de haberlas) en la comunidad; la promoción de la vacunación como una de las intervenciones de salud pública más costoeficaces; y la incontinencia urinaria, para la cual se ha elaborado un nuevo esquema de atención.

1.5

Cómo utilizar el manual ICOPE (segunda edición)

Este manual ofrece un marco mundial y orientación para aplicar el modelo ICOPE que los trabajadores de salud pueden utilizar para fundamentar la prestación de la atención integrada para las personas mayores en la atención primaria en el contexto donde estas se encuentran. Su objetivo es brindar flexibilidad para que la

aplicación sea viable en diferentes países, contextos y niveles de recursos. A tal fin, antes de aplicar el modelo ICOPE en la atención primaria, los gerentes de los programas y sistemas deben realizar una evaluación de su disposición operativa para la prestación, con objeto de adaptar el modelo. Esto es importante, ya que las necesidades de las poblaciones de personas mayores, así como los sistemas de salud y de protección social, las estructuras de prestación de servicios y las capacidades son diferentes. Los trabajadores de salud pueden realizar ejercicios similares para determinar los recursos disponibles en sus propios entornos de atención de salud. → 14.2

Los detalles de los esquemas de atención concretos (capítulos 5 a 13) son flexibles en cuanto a qué herramientas e instrumentos se deben utilizar y qué intervenciones basadas en la evidencia se deben ofrecer, dónde y por quién, y hay que considerarlos como parte de un proceso de adaptación.

La implementación en la atención primaria se debe realizar dentro de los servicios existentes y estar a cargo de ellos, de una forma que sea culturalmente adecuada.

Los siguientes son algunos ejemplos de adaptación que figuran en el manual ICOPE (segunda edición):

- Las preguntas y las pruebas de la evaluación básica ICOPE y relativas a los factores clave se ofrecen como ejemplos basados en la evidencia y en la consulta con expertos, y se pueden modificar para que sean pertinentes en el contexto local. Por ejemplo, las preguntas sobre el apoyo social pretenden lograr una comprensión amplia de las necesidades sociales de una persona mayor. El modo en que se formulan las preguntas y los términos empleados se deben adaptar para que sean pertinentes y apropiados desde el punto de vista cultural, religioso y social y para que las personas mayores las entiendan.
- ¿Quién realiza cada paso, dónde y cómo? Aunque en este esquema de atención actualizado se indica que el primer paso lo llevan a cabo las partes interesadas de la comunidad (→ 4.1.3), también pueden realizarlo los trabajadores de salud en un establecimiento de atención primaria.
- Los instrumentos que se utilizarán en la evaluación detallada también se presentan a modo de ejemplo, basados en la validación y las recomendaciones mundiales. Es importante utilizar las herramientas existentes y validadas localmente cuando las haya.
- Las intervenciones que se sugiere incluir en los planes de atención personalizada son recomendaciones basadas en la evidencia. El plan de atención personalizada debe ser elaborado por un trabajador de salud, con las aportaciones de la persona mayor y las personas a cargo de su cuidado, cuando proceda, y debe responder a los objetivos y preferencias de la persona mayor. Todas las intervenciones del plan de atención deben ser viables.

En algunos contextos, la capacidad de los sistemas de salud y de protección social puede influir en la evaluación de la capacidad intrínseca y la necesidad de cuidados y apoyo social, así como en la prestación de intervenciones. Cabe señalar que el tamizaje de enfermedades como la hipertensión, que se sugiere como parte de una evaluación básica, no es ético si no hay vías de derivación que permitan el acceso a una evaluación y un tratamiento ulteriores. Por lo tanto, en algunos contextos, la orientación y el marco de trabajo de este manual pueden ser una aspiración y brindar un objetivo hacia el cual avanzar.

En todos los contextos y niveles de recursos habrá cosas que se puedan hacer para apoyar a las personas mayores con pérdida de la capacidad intrínseca. En el primer paso ampliado del esquema de atención, este manual ofrece recomendaciones sobre lo que se puede hacer en la comunidad inmediatamente después de la evaluación básica ICOPE por parte de los agentes comunitarios de salud y otras partes interesadas de la comunidad si no es viable realizar una evaluación detallada o habrá una demora prolongada. Entre esas medidas están el asesoramiento en materia de salud y estilo de vida, para prevenir el deterioro de la capacidad intrínseca y la capacidad funcional, y la atención de salud comunitaria, para abordar el deterioro de la capacidad intrínseca.

La intención de incluir las intervenciones a nivel comunitario en el momento de una evaluación básica no es la de restar importancia a la evaluación detallada ni a la elaboración y ejecución de un plan de atención personalizada, que deberían ser siempre el objetivo para lograr una atención integrada centrada en las personas. Se trata más bien de demostrar lo que puede hacerse como punto de partida en aquellos contextos en los que aún no sea posible aplicar el esquema de atención completo. Esta información se encuentra al principio de todos los capítulos, después del diagrama del esquema de atención, y se destaca tanto en los propios diagramas como en el texto mediante un fondo coloreado o sombreado.

1.6

¿A quién va dirigido este manual?

Los principales destinatarios de este manual son los trabajadores que prestan la APS, que incluyen al personal médico y de enfermería, agentes comunitarios de salud, farmacéuticos, nutricionistas, trabajadores sociales, trabajadores del cuidado y fisioterapeutas, entre otros. El lenguaje utilizado es deliberadamente sencillo para que el manual sea accesible al mayor número posible de trabajadores de salud, con distintos niveles de capacitación en materia de salud de las personas mayores y para quienes el español no sea su lengua materna.

Las partes interesadas de la comunidad que prestan servicios, asesoramiento y apoyo a las personas mayores pueden utilizar el manual para fomentar una mayor participación de la comunidad. El manual también debe servirles a los trabajadores de salud a cuyos conocimientos especializados se recurrirá, en caso necesario, para evaluar y atender a las personas mayores.

Además, las autoridades encargadas de impartir la capacitación, elaborar los planes de estudio y proporcionar la certificación en los campos de la medicina, la enfermería, la asistencia social y la salud pública pueden aprovechar tanto los conceptos teóricos como los enfoques prácticos aquí descritos. Otros destinatarios son los responsables de la atención de salud y de las políticas, como los gerentes de programas nacionales, regionales y de distrito encargados de planificar y organizar los servicios de atención de salud, así como los organismos que financian o llevan a cabo programas de salud pública, entre ellos los programas de ciudades y comunidades amigables con las personas mayores.

1.7

¿Qué ofrece este manual?

Este manual pretende apoyar a los profesionales de la salud de diversa formación a reconocer y tratar el deterioro de la capacidad intrínseca, basándose en las intervenciones recomendadas en el documento de la OMS *Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity* [atención integrada para las personas mayores: directrices sobre intervenciones a nivel comunitario para gestionar el deterioro de la capacidad intrínseca], así como otras directrices y documentos de orientación técnica pertinentes de la OMS. Facilita la prestación de una atención integrada y centrada en las personas en la atención primaria, al abordar las necesidades de salud y de cuidados y apoyo social de las personas mayores.

En este documento de orientación se describe cómo:

- aplicar paso a paso el esquema de atención ICOPE en la APS, incluida la prestación de intervenciones a nivel comunitario;
- garantizar la participación de todas las partes interesadas y todos los sectores, incluidos los servicios especializados (capítulo 4);
- evaluar y tratar la pérdida de capacidad intrínseca, teniendo en cuenta las enfermedades y los factores del entorno asociados (capítulos 5 a 10);
- evaluar la necesidad de cuidados y apoyo social, y brindárselos (capítulo 11);
- evaluar las necesidades de apoyo de las personas a cargo del cuidado y brindárselo (capítulo 12);
- evaluar y tratar la incontinencia urinaria (capítulo 13);
- abordar las consideraciones fundamentales en la aplicación del modelo ICOPE (capítulo 14).

MÁS INFORMACIÓN

- 🔗 **UHC Compendium Health interventions for Universal Health Coverage, Version 1.3.** OMS; 2024 (<https://www.who.int/universal-health-coverage/compendium>).
- 🔗 **UHC Service Planning, Delivery & Implementation (SPDI) Platform.** OMS; 2024 (<https://uhcc.who.int/uhcpackages/>).
- 🔗 **UN Decade of Healthy Ageing: plan of action, 2021–2030.** OMS; 2020 (<https://www.who.int/publications/m/item/decade-of-healthy-ageing-plan-of-action>).
- 🔗 **Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity.** OMS; 2017 (<https://iris.who.int/handle/10665/258981>).
- 🔗 **Implementing the primary health care approach: a primer.** OMS; 2024 (<https://iris.who.int/handle/10665/376777>).
- 🔗 **Operational framework for primary health care: transforming vision into action.** OMS y UNICEF; 2020 (<https://iris.who.int/handle/10665/337641>).

2 Optimización de la capacidad intrínseca y la capacidad funcional

Este manual busca preservar la capacidad funcional de las personas al abordar el deterioro de la capacidad intrínseca, fomentar un entorno físico y social propicio (que incluya los cuidados y el apoyo social), atender las necesidades de las personas a cargo del cuidado, y evaluar y abordar la incontinencia urinaria.

Dominios clave de la capacidad intrínseca

- 5 **Cognición** | Deterioro cognitivo
- 6 **Capacidad locomotora** | Movilidad limitada
- 7 **Vitalidad** | Nutrición deficiente
- 8 **Visión** | Deficiencia visual
- 9 **Audición** | Pérdida auditiva
- 10 **Capacidad psicológica** | Síntomas depresivos

Factores clave de la salud de las personas mayores

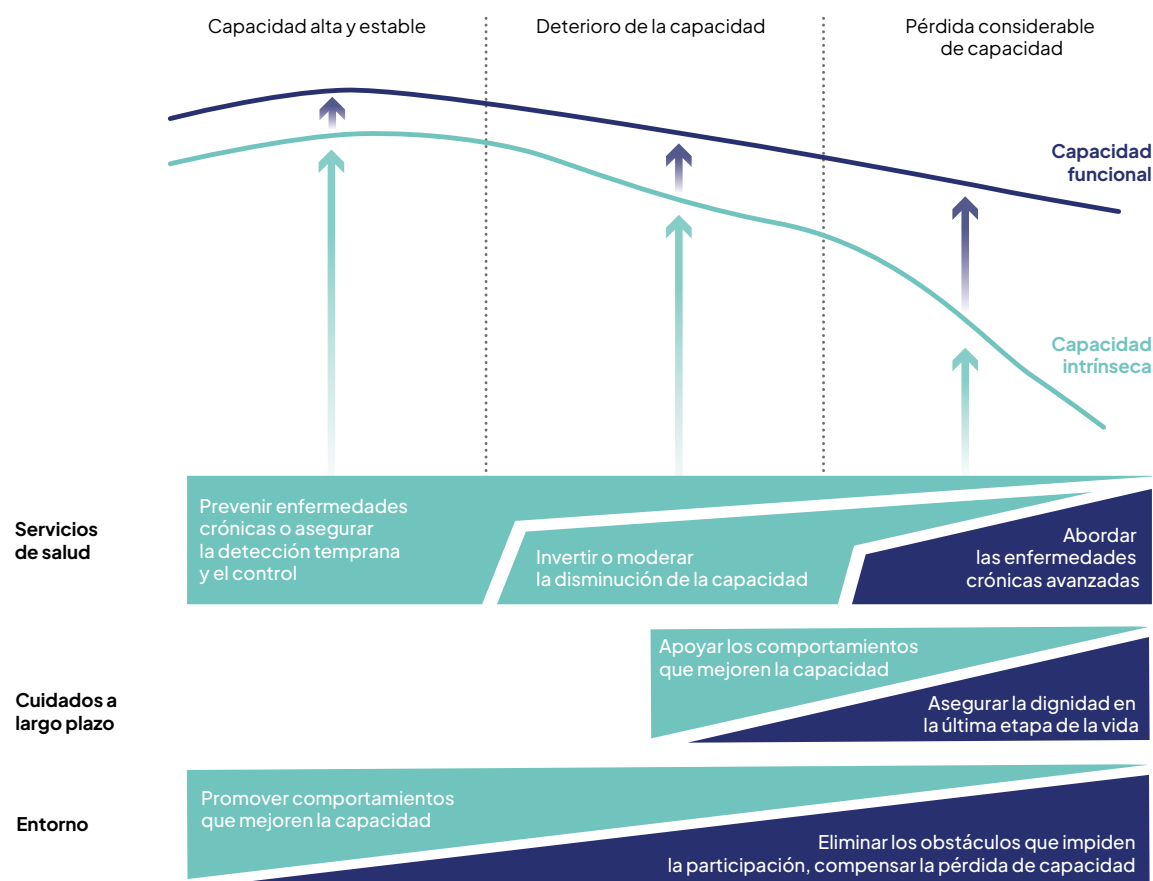
- 11 **Cuidados y apoyo social**
- 12 **Apoyo a las personas a cargo del cuidado**
- 13 **Incontinencia urinaria**

Puntos clave

- La capacidad intrínseca tiende a disminuir con la edad. Sin embargo, la gran variabilidad en torno al término medio pone de relieve la importancia de contar con un proceso continuo de atención integrada centrada en las personas.
- Detectar las pérdidas de capacidad intrínseca de manera proactiva en la atención primaria brinda la oportunidad de desacelerar o revertir el deterioro y preservar la capacidad intrínseca y la capacidad funcional.
- Las características y los comportamientos que afectan a la capacidad intrínseca a menudo pueden modificarse mediante la adopción de estilos de vida y comportamientos saludables.
- A medida que disminuye la capacidad intrínseca de una persona mayor, las modificaciones de su entorno físico y social se vuelven cada vez más importantes con el fin de optimizar su capacidad funcional.
- Las partes interesadas de la comunidad pueden impulsar la creación de entornos en los que las personas mayores puedan adoptar comportamientos saludables, al tiempo que se prestan servicios y apoyo directos.

Figura 2.1

Marco de salud pública para el envejecimiento saludable: oportunidades para la acción de salud pública a lo largo del curso de vida



Fuente: Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. OMS; 2015.

2.1

¿Cómo cambia la capacidad intrínseca a lo largo del curso de vida?

En la **figura 2.1** se muestra la curva característica de la capacidad intrínseca y la capacidad funcional a lo largo de la segunda mitad de la vida. La capacidad intrínseca y la capacidad funcional disminuyen con la edad como consecuencia del proceso de envejecimiento y de las enfermedades subyacentes. Esta curva se puede dividir en tres etapas comunes: una etapa de capacidad relativamente alta y estable; una etapa de disminución de la capacidad; y una etapa de pérdida considerable de la capacidad, caracterizada por la dependencia de los cuidados. El objetivo principal de la atención integrada para las personas mayores es abordar las necesidades de una persona mayor con deterioro de la capacidad o con una pérdida importante de capacidad, teniendo en cuenta los aspectos de los cuidados a largo plazo y los entornos amigables con las personas mayores que sean pertinentes para los objetivos y las necesidades de atención de la persona. Para quienes tienen una capacidad elevada y estable, el modelo ICOPE brinda la oportunidad de adoptar la promoción de la salud y la prevención.

La capacidad intrínseca muestra una amplia variabilidad respecto a la curva promedio, tanto dentro de los países como entre ellos. Esto se refleja en las diferencias persistentes en la esperanza de vida, que va desde los 83 años y más en Australia, Italia, Japón, la República de Corea, Suecia y Suiza, por ejemplo, a menos de 58 años en Chad, Lesoto, Nigeria, la República Centrafricana y Sudán del Sur (10).

La variación de la capacidad intrínseca es mucho más acentuada en las personas mayores que en los grupos de personas más jóvenes. Esta diversidad es uno de los rasgos distintivos del envejecimiento, y plantea tanto retos como oportunidades, incluso para los enfoques centrados en las personas. Una persona puede ser 10 años mayor que otra pero tener una capacidad intrínseca o una capacidad funcional similares, mientras que dos personas mayores de la misma edad pueden mostrar una capacidad intrínseca muy diferente. Por ello, la edad cronológica no es un buen indicador del estado de salud de las personas mayores.

2.2

Intervenciones para optimizar la capacidad intrínseca y la capacidad funcional

Reconocer las pérdidas de capacidad intrínseca ofrece la oportunidad de intervenir para desacelerar o revertir el deterioro y preservar la capacidad intrínseca y la capacidad funcional (**figura 2.1**, página 12). Los trabajadores de salud de atención primaria, incluidas las partes interesadas de la comunidad, puede detectar el deterioro de la capacidad intrínseca.

Las partes interesadas de la comunidad pueden contribuir a que los gobiernos y las autoridades locales rindan cuentas de sus esfuerzos por abordar los determinantes sociales de la salud y crear entornos en los que las personas mayores puedan adoptar comportamientos saludables, al tiempo que prestan servicios y apoyo directamente.

Muchas de las características y comportamientos que determinan o afectan a la capacidad intrínseca se pueden modificar. Por ejemplo, se puede ofrecer asesoramiento sobre salud y estilo de vida, haciendo hincapié en la importancia de una alimentación saludable, de mantenerse físicamente activo y evitar el sedentarismo, de estar conectado socialmente, de la vacunación y de cuándo y dónde acudir a los servicios de salud. Estos comportamientos no solo ayudan directamente a mantener la capacidad intrínseca, sino que también reducen el riesgo de enfermedades que a su vez pueden contribuir a la pérdida de capacidad. La atención integrada para las personas mayores, incorporada en la atención primaria, apoya estos comportamientos saludables y las medidas más amplias para optimizar la capacidad intrínseca y abordar los factores de riesgo en la segunda mitad de la vida.

Las evaluaciones periódicas y el seguimiento permiten reconocer cualquier cambio en la capacidad intrínseca al tiempo que se atienden las enfermedades crónicas. Así, se pueden ofrecer de manera oportuna intervenciones concretas para abordar el deterioro de la capacidad intrínseca, así como para proporcionar atención y apoyo sociales. Las intervenciones con múltiples componentes para abordar el deterioro en distintos dominios de la capacidad intrínseca parecen ser eficaces debido a la interacción entre estos.

A medida que disminuye la capacidad intrínseca de una persona mayor, las modificaciones de su entorno físico y social se vuelven cada vez más importantes para optimizar su capacidad funcional. Las modificaciones en el hogar de una persona mayor, en sus alrededores y en otros entornos externos, pueden favorecer los cinco dominios de la capacidad funcional (**recuadro 2.1**, página 14). Por ejemplo, hacer modificaciones en el hogar para reducir el riesgo de caídas o proveer productos de apoyo, como productos para la movilidad, puede ayudar a las personas mayores a mantenerse en movimiento, mientras que ofrecer información sobre las oportunidades para participar en eventos y grupos comunitarios locales fomenta que se mantenga la contribución social, como se observa en los ejemplos proporcionados por la Red Mundial de la OMS de Ciudades y Comunidades Adaptadas a las Personas Mayores.

Las personas a cargo del cuidado también desempeñan una función importante. A menudo ellas mismas son mayores y tienen sus propias necesidades de atención y apoyo. El esquema de atención ICOPE incluye una evaluación de las necesidades de las personas a cargo del cuidado y la provisión de capacitación y apoyo.

Es necesario un planteamiento integrado para evaluar y abordar el deterioro de la capacidad intrínseca y la capacidad funcional, así como para la prestación de un proceso continuo de atención que reúna a los actores y servicios de atención de salud, protección y apoyo sociales, incluidos los cuidados a largo plazo.

Recuadro 2.1. Dominios de la capacidad funcional

- **Satisfacer las necesidades básicas**, como la seguridad económica, la vivienda, la seguridad personal y el acceso a los servicios de salud.
- **Aprender, crecer y tomar decisiones**, lo que incluye seguir aprendiendo y aplicando los conocimientos, solucionar problemas, mantener el desarrollo personal y conservar la capacidad de elegir entre diversas opciones.
- **Tener movilidad**, tanto para realizar actividades en el hogar como para acceder a comercios, servicios y lugares de la comunidad y participar en actividades sociales, económicas y culturales.
- **Establecer y mantener una amplia gama de relaciones**, entre ellas las relaciones con los hijos y otros miembros de la familia, las relaciones sociales informales con amigos y vecinos, y las relaciones formales con los trabajadores de salud de la comunidad.
- **Contribuir**, lo cual se asocia estrechamente a la participación en actividades sociales y culturales, como ayudar a amigos y vecinos, ser mentor de sus pares y de personas más jóvenes, hacer trabajo voluntario y cuidar de familiares y de la comunidad.

3 Los cuatro pasos del esquema de atención ICOPE en la atención primaria

El esquema de atención ICOPE en la atención primaria comprende los cuatro pasos siguientes: una evaluación básica e intervenciones en la comunidad; una evaluación detallada; la elaboración de un plan de atención personalizada; y la ejecución y el seguimiento del plan. La atención primaria es un proceso clave del sistema de salud que sustenta el primer contacto de la atención; a menudo se presta en establecimientos de atención primaria (consultorios para pacientes ambulatorios, dispensarios), hogares, establecimientos de salud comunitarios, puestos de salud, consultorios móviles y servicios de extensión. La atención primaria permite prestar de manera sostenida una atención integrada centrada en las personas y en estrecha proximidad a su vida diaria. Los pasos de este esquema de atención ICOPE en la atención primaria se pueden aplicar en cualquiera de esos entornos, y a menudo se pueden llevar a cabo con las partes interesadas de la comunidad.

La atención centrada en la persona adopta la perspectiva de que las personas mayores tienen necesidades y preferencias particulares dentro de sus contextos sociales específicos. Su atención va más allá de tratar las enfermedades o afecciones que presentan para responder a sus necesidades diversas, incluida la necesidad de cuidados a largo plazo, de una forma que respeta sus preferencias y experiencias. También aborda las repercusiones que tienen las afecciones y las necesidades en relación con los cuidados de las personas mayores en sus familiares y en las personas a cargo de su cuidado.

Puntos clave

- Los posibles deterioros de la capacidad intrínseca y las necesidades de apoyo social se pueden detectar en la comunidad.
- Los trabajadores de salud de la comunidad y otras partes interesadas de la comunidad capacitadas pueden ofrecer a las personas mayores asesoramiento personalizado sobre salud y estilo de vida al tiempo que realizan una evaluación básica, y apoyarles para que emprendan acciones específicas en respuesta a las posibles pérdidas de capacidad intrínseca y para prevenir factores de riesgo.
- Las personas en quienes se detecten posibles pérdidas de la capacidad intrínseca deben ser derivadas a la atención primaria para una evaluación detallada, la cual servirá de base para elaborar un plan de atención personalizada, que puede incluir a su vez la derivación a la atención especializada.
- El plan de atención puede abarcar múltiples intervenciones, acordadas en consenso con la persona mayor (y con las personas a cargo del cuidado), para abordar las deficiencias, prevenir un mayor deterioro de la capacidad intrínseca y optimizar la capacidad funcional.
- La prioridad y la secuencia de las intervenciones pueden guiarse por la urgencia de un problema, la probabilidad de éxito y las repercusiones más amplias de abordar el problema, así como por lo que la persona mayor considere más importante para sí misma.
- Las partes interesadas de la comunidad pueden colaborar en cada etapa del esquema de atención y deben tener una participación significativa y recibir el apoyo adecuado.

El esquema de atención ICOPE en la atención primaria



* La evaluación básica siempre se debe realizar en su totalidad; véanse las instrucciones completas en el apartado 3.1.1



Evaluación básica e intervenciones a nivel comunitario → 3.1

Para todas las personas mayores:

- realizar la evaluación básica para detectar la pérdida de capacidad intrínseca (**cuadro 3.1**);
- brindar asesoramiento sobre salud y estilo de vida y promover el autocuidado, incluidas la vacunación y la atención de los factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares (3.1.3, 3.1.4);
- detectar la necesidad de apoyo social (entorno doméstico, seguridad económica, soledad y participación social) y de apoyo a las personas a cargo del cuidado y proporcionar dicho apoyo (**cuadro 3.2**).

Para las personas mayores que no superan la evaluación básica para detectar la pérdida de capacidad intrínseca:

- además de lo anterior, prestar atención de salud comunitaria para abordar las pérdidas concretas de capacidad intrínseca (3.1.5);
- derivar a la atención primaria.

Participación de la comunidad → 4.1.3

Las partes interesadas de la comunidad, incluidos los trabajadores de salud comunitarios, facilitan la prestación de atención a las personas mayores y sus familiares y personas a cargo del cuidado. La participación proactiva y significativa de la comunidad es importante en todos los pasos del esquema de atención ICOPE en la atención primaria.



Evaluación detallada → 3.2

A. Evaluar la pérdida de capacidad intrínseca

Confirmar el deterioro de la capacidad intrínseca para el dominio o dominios que no superaron la evaluación básica.

B. Evaluar las enfermedades y los factores de riesgo

Evaluar la necesidad de:

- abordar las enfermedades y los factores de riesgo;
- revisar la medicación;
- vacunación.

C. Evaluar el entorno físico y social

Evaluar la necesidad de:

- modificaciones del entorno;
- productos de apoyo;
- cuidados y apoyo social, incluido el riesgo de maltrato y la necesidad de apoyo y cuidados personales para la vida diaria (11.2, 11.4, 11.5);
- apoyo a las personas a cargo del cuidado (12.3).



Elaboración de un plan de atención personalizada → 3.3

- Autocuidado y autogestión.
- Servicios y apoyo comunitarios.
- Intervenciones con múltiples componentes para abordar y prevenir un mayor deterioro de la capacidad intrínseca y la capacidad funcional.
- Abordar las enfermedades y los factores de riesgo.
- Vacunación.
- Revisión de la medicación.
- Provisión y mantenimiento de productos de apoyo.
- Cuidados y apoyo social. → **11**
- Apoyo a las personas a cargo del cuidado. → **12**
- Derivación a la atención especializada (por ejemplo, atención geriátrica, cuidados paliativos, servicios de rehabilitación).



Ejecución del plan de atención personalizada y seguimiento → 3.4

- Coordinación de la atención de salud y la protección social en distintos entornos, incluida la comunidad.
- Coordinación con la atención especializada.
- Seguimiento regular y permanente.
- Supervisar el cumplimiento y comentar los cambios necesarios en el plan de atención.
- Intercambio periódico de información entre el personal de salud de un equipo multidisciplinario sobre los resultados, los obstáculos y las complicaciones de las intervenciones.



Icono de comunidad

Este icono se utiliza para indicar las acciones que pueden llevar a cabo los agentes comunitarios de salud y otras partes interesadas de la comunidad que estén capacitadas.



Icono de trabajador de salud

Este icono se utiliza para indicar las acciones que debe llevar a cabo un trabajador de salud que preste atención primordialmente en un establecimiento de salud, como un médico, un enfermero, un trabajador social u otro profesional de la salud.

Hay **cuatro pasos** que se deben tener en cuenta al abordar las necesidades en materia de atención de salud y apoyo social de las personas mayores mediante un enfoque de atención integrada en la atención primaria (véase la página 16). En todos los pasos, es fundamental implicar a las personas mayores y a la comunidad en general y garantizar el apoyo para las personas a cargo del cuidado. Por lo general, los cuatro pasos del esquema de atención se deberán llevar a cabo a lo largo del tiempo, mediante una serie de conversaciones con la persona mayor en las que pueden participar varios trabajadores de salud diferentes. En la mayoría de los contextos, las partes interesadas de la comunidad pueden llevar a cabo el paso 1 en la propia comunidad, aunque también pueden hacerlo los trabajadores de salud de los establecimientos de atención primaria. La evaluación detallada se debe llevar a cabo por personal de salud en un establecimiento de atención primaria. Dado que tanto la evaluación detallada como la elaboración de un plan de atención personalizada pueden requerir tiempo y coordinación entre distintos trabajadores de salud, es probable que estos pasos deban efectuarse durante reuniones programadas. Los pasos 3 y 4 requieren la participación de trabajadores de salud, incluidos trabajadores del cuidado, partes interesadas de la comunidad y personas a cargo del cuidado.

3.1

Evaluación básica e intervenciones a nivel comunitario

La atención integrada para las personas mayores (ICOPE) en la atención primaria brinda la oportunidad de implicar a las propias personas mayores, incluidas aquellas que quizás tengan un acceso limitado a los servicios de salud, con el objetivo de mejorar su salud y bienestar al aumentar los conocimientos básicos sobre salud (alfabetización sobre salud), promover un estilo de vida saludable, brindar apoyo social cuando sea necesario e impulsar la búsqueda de atención de salud. Al ofrecer una evaluación básica, los trabajadores de salud comunitarios y otras partes interesadas de la comunidad pueden llegar a las personas mayores con información y apoyo, y lograr una mejor comprensión de los retos que puedan estar enfrentando.

En esta segunda edición del manual, el paso 1 ampliado del esquema de atención ICOPE en la atención primaria se centra en una evaluación básica, con la posibilidad de realizar intervenciones oportunas a nivel comunitario, según proceda:

- La evaluación básica tiene por objeto reconocer:
 - las pérdidas de capacidad intrínseca;
 - los factores clave que repercuten en la salud de las personas mayores, como la incontinencia urinaria (cuando sea viable) y la necesidad de apoyo social y apoyo a las personas a cargo del cuidado.
- Brindar asesoramiento sobre salud y estilo de vida, que incluya los factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares.
- Prestar atención de salud comunitaria para abordar la pérdida de capacidad intrínseca, lo que incluye realizar adaptaciones en el entorno de la persona mayor.
- Derivar a la atención primaria para una evaluación detallada (paso 2).

La ampliación del paso 1 tiene como finalidad aprovechar al máximo el primer contacto con una persona mayor para la promoción de la salud y la prevención. Además de hacer pruebas para detectar la pérdida de capacidad intrínseca, el paso 1 brinda la oportunidad de proporcionar información y apoyo específicos, y de prestar atención de salud en la comunidad en contextos en los que quizá no sea posible ejecutar de forma inmediata todos los pasos del esquema de atención ICOPE, o en los que una persona mayor podría optar por no acudir. Por ello, todas las personas mayores deben recibir la evaluación básica y el asesoramiento sobre salud y estilo de vida, adaptado a sus necesidades concretas siempre que sea posible. Cuando corresponda, las personas mayores en quienes se reconozca una posible pérdida de capacidad intrínseca, o problemas relacionados con otros factores importantes que afecten a su salud, deben ser derivadas a los servicios sociales y de atención primaria, y recibir atención de salud comunitaria.

En la evaluación básica ICOPE, se utilizan preguntas y pruebas sencillas para detectar las posibles deficiencias en seis dominios de la capacidad intrínseca (**cuadro 3.1**, página 19), la necesidad de apoyo social y de apoyo para las personas a cargo del cuidado, y la presencia de incontinencia urinaria (**cuadro 3.2**, página 27).



Cuadro 3.1

Evaluación básica para detectar la pérdida de capacidad intrínseca

	Pregunta de filtro En caso de respuesta afirmativa proceda a la evaluación detallada (paso 2)	Pruebas	Evaluar completamente cualquier dominio con el círculo marcado	Superada
5	Deterioro cognitivo (Cognición)	¿Tiene algún problema de memoria o de orientación (como no saber dónde está o qué día es)?	1. Recordar tres palabras (usar sustantivos, por ejemplo: flor, puerta, arroz.) 2. Orientación en tiempo y espacio: ¿Cuál es la fecha completa de hoy? ¿Dónde está usted ahora mismo (en casa, en el consultorio, etc.)? 3. ¿Recuerda las tres palabras?	Responde incorrectamente a cualquiera de las preguntas o no sabe No recuerda las tres palabras Responde correctamente a ambas preguntas
6	Movilidad limitada (Capacidad locomotora)	Prueba de la silla Levantarse de la silla cinco veces sin usar los brazos. ¿Se levantó cinco veces de la silla en 14 segundos?	No	Sí
7	Nutrición deficiente (Vitalidad)	1. Pérdida de peso ¿Ha perdido involuntariamente más de 3 kg en los últimos 3 meses? 2. Falta de apetito ¿Ha tenido falta de apetito?	Sí Sí	Respuesta negativa a ambas preguntas
8	Deficiencia visual (Visión)	¿Tiene algún problema en los ojos? (Dificultad para ver de lejos o de cerca*, dolor o molestias oculares) ¿Tiene diabetes o hipertensión, o utiliza actualmente esteroides o medicamentos para los ojos?	1. Revisión ocular externa 2. Prueba de agudeza visual utilizando la tabla optométrica de la OMS*: - Visión de lejos (6/12 para cada ojo) - Visión de cerca (N6 para ambos ojos)	No superada No superada Superada Superada tanto para visión de lejos como de cerca
	*con gafas, si normalmente se usan			
9	Pérdida auditiva (Audición)	¿Tiene dificultades para oír? Para las personas que utilizan audífono(s), agregar "incluso cuando utiliza su(s) audífono(s)".	Prueba del susurro o audiometría tonal o prueba de tripletes de dígitos en ruido	No superada Superada
10	Síntomas depresivos (Capacidad psicológica)	En las últimas 2 semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas? - Un sentimiento de tristeza, melancolía o desesperanza - Poco interés o placer en hacer las cosas	Sí Sí	Respuesta negativa a ambas preguntas

3.1.1

Cómo realizar una evaluación básica para detectar la pérdida de capacidad intrínseca

Una evaluación básica para detectar la pérdida de capacidad intrínseca, que suele durar entre 8 y 12 minutos (**cuadro 3.1**, página 19), se puede llevar a cabo por agentes comunitarios de salud capacitados, voluntarios de la comunidad, auxiliares de enfermería, enfermeros, médicos y trabajadores sociales u otros trabajadores de salud.

Se recomienda enfáticamente evaluar todos los dominios de la capacidad intrínseca a la vez, no por separado. En cuanto a la cognición, la visión y la audición, se sugiere una pregunta de filtro. Si la respuesta de la persona es afirmativa, se le puede derivar directamente para una evaluación detallada (paso 2), y no es necesario realizar otra evaluación básica de estos dominios. La evaluación básica se puede adaptar al sistema de salud local y a la capacidad del personal de salud.

Evaluación básica Deterioro cognitivo

Pregunta de filtro

¿Tiene algún problema de memoria o de orientación (como no saber dónde está o qué día es)?

Si la respuesta es afirmativa, vaya directamente al paso 2: evaluación detallada. → **5**

Prueba sencilla de memoria y orientación

1. Recordar tres palabras:

Pida a la persona que recuerde tres palabras que usted dirá. Utilice sustantivos sencillos y concretos, como "flor", "puerta", "arroz".

2. Orientación en tiempo y espacio:

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

3. Recordar las tres palabras:

Ahora pida a la persona que repita las tres palabras que usted mencionó.

Es necesaria una evaluación detallada si:

- la persona no puede responder a alguna de las dos preguntas sobre orientación en tiempo y espacio; **O**
- no puede recordar las tres palabras. → **5**

Evaluación básica

Movilidad limitada

Prueba de la silla

Para mayor seguridad, coloque una silla firme, idealmente sin reposabrazos, junto a una pared y demuestre a la persona cómo realizar la prueba. Si una persona que utiliza bastón se siente segura al realizar la prueba de la silla con el bastón, pídale que lo haga.

Pregunte a la persona: “¿Cree que sería seguro para usted tratar de levantarse y sentarse en una silla cinco veces lo más rápido posible sin utilizar los brazos y sin que le cause dolor o molestias?”

Si la respuesta es afirmativa, pida a la persona que:

- se siente a la mitad de la silla;
- cruce los brazos sobre el pecho y los mantenga ahí;
- se levante completamente y vuelva a sentarse;
- lo repita cinco veces, lo más rápido que pueda, sin detenerse.

Mida el tiempo que tarda la persona en hacer la prueba en segundos.



Es necesaria una evaluación detallada si:

- la persona es incapaz de intentar la prueba de la silla; ○
- es incapaz de ponerse de pie cinco veces en 14 segundos. → 6

Evaluación básica

Nutrición deficiente

Haga las dos preguntas siguientes:

- “¿Ha perdido involuntariamente más de 3 kg en los últimos 3 meses?” (Si se desconoce el peso corporal, pregunte: “¿ha notado que la ropa, el cinturón o el reloj de pulsera le quedan flojos?”)
- “¿Ha tenido falta de apetito?”

Si se cuenta con equipo, pese a la persona y registre su peso.

Es necesaria una evaluación detallada si:

la persona responde afirmativamente a **cualquiera** de las dos preguntas. → 7

Evaluación básica Deficiencia visual

Pregunta de filtro

“¿Tiene algún problema en los ojos? (Dificultades para ver de lejos o de cerca [con gafas si normalmente se usan], dolor o molestias oculares).”

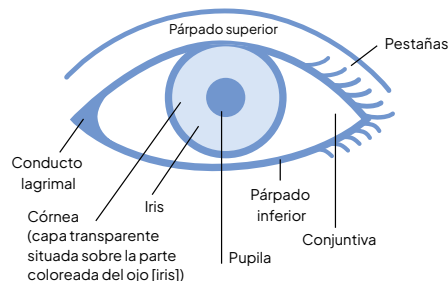
“¿Tiene diabetes o hipertensión, o utiliza actualmente esteroides o medicamentos para los ojos?”

Si la respuesta a cualquiera de las preguntas es afirmativa, vaya directamente al paso 2: evaluación detallada. → 8

1. Revisión ocular externa

Observe el aspecto externo del ojo, los párpados y las pestañas, y cómo se abren y se cierran los párpados.

Aspecto externo del ojo



Es necesaria una evaluación detallada si:

se observa cualquiera de las siguientes alteraciones externas del ojo: costra abundante o pus en el borde del párpado; secreción excesiva, acuosa o pegajosa; pestañas vueltas hacia dentro; cierre anormal de los párpados; enrojecimiento anormal de la parte blanca del ojo; opacidad anormal o enrojecimiento de la parte coloreada del ojo. → 8

2. Prueba de agudeza visual

Para hacer la prueba de agudeza visual, se deben tener en cuenta los siguientes puntos:

- es necesario un espacio bien iluminado que permita una distancia mínima de 3 metros para la prueba;
- demuestre cómo hacer la prueba de la E, señalando con los dedos la dirección en la que apuntan los brazos de la E;



- Explore **primero la visión de lejos, seguida por la visión de cerca** (con gafas, si normalmente se usan).

La aplicación WHOeyes es una aplicación gratuita para teléfonos móviles que permite realizar exámenes de agudeza visual. Está disponible en los seis idiomas de las Naciones Unidas y en algunos otros (<https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/sensory-functions-disability-and-rehabilitation/whoeyes>).

Es necesaria una evaluación detallada si:

- la visión de lejos de la persona es de menos de 6/12 en cualquiera de los dos ojos; 8
- la persona no logra ver N6 con las gafas de lectura prefabricadas. → 8

Pruebe la visión de lejos

con la tabla optométrica de la OMS.

- Examine cada ojo por separado (monocularmente); comience por el ojo derecho y luego el ojo izquierdo.
- Utilice un oclisor (o la mano) para cubrir el ojo que no se está examinando.
- Compruebe que la persona mire la tabla directamente, sin girar ni inclinar la cabeza.
- Asegúrese de que la tabla esté a 3 metros de los ojos de la persona.
- Empiece por las E grandes (6/60). Si la persona ve al menos dos de las E grandes (6/6), continúe la prueba con las E pequeñas (6/12).
- Anote los resultados para el ojo derecho y repita los pasos con el ojo izquierdo.
- La prueba para la visión de lejos se considera superada cuando la persona ve al menos tres de las E pequeñas con cada ojo (6/12).

Pruebe la visión de cerca

con la tabla optométrica de la OMS.

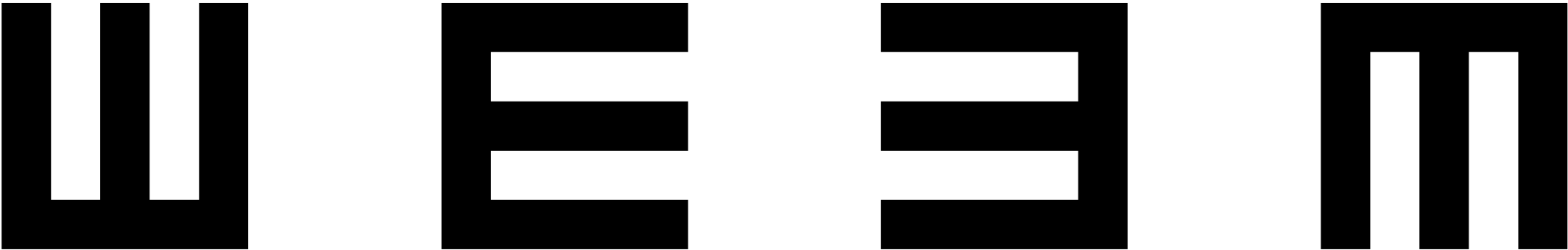
- Examine ambos ojos al mismo tiempo (binocularmente).
- Sostenga la tabla para la visión de cerca a 40 cm de los ojos de la persona.
- La prueba para la visión de cerca se considera superada cuando la persona ve al menos tres de las E con ambos ojos (N6).
- Si la visión de cerca es menor de N6, compruebe si la persona puede ver claramente N6 con gafas de lectura prefabricadas.

MÁS INFORMACIÓN

Manual de cribado visual y ocular. OMS; 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/380579>).

Learning on TAP. OMS; 2024. Capacitación sobre los productos de apoyo (Plataforma TAP). (<https://www.gate-tap.org/es/>).

TABLA OPTOMÉTRICA DE LA OMS PARA LA VISIÓN DE LEJOS
(prueba a 3 metros de distancia)



6

12



TABLA OPTOMÉTRICA DE LA OMS PARA LA VISIÓN DE CERCA
(prueba a 40 cm de distancia)



N6

Evaluación básica Pérdida auditiva

Pregunta de filtro

“¿Tiene dificultades para oír?” (Para las personas que utilizan audífono[s], agregar “*incluso cuando utiliza su[s] audífono[s]*”).

Si la respuesta es afirmativa, vaya directamente al paso 2: evaluación detallada (audiometría diagnóstica). → 9

Prueba de audición

Para una evaluación básica de la audición **se puede utilizar alguna de tres pruebas**. Se necesitan auriculares, excepto para la prueba del susurro. Es importante asegurarse de que los niveles de ruido de fondo sean inferiores a 40 dBA (decibelios ajustados). Esto se logra realizando pruebas con un sonómetro, o bien con el uso de una aplicación validada para teléfonos inteligentes (por ejemplo, NIOSH Sound Level Meter).

MÁS INFORMACIÓN

🔗 **Tamizaje auditivo: consideraciones para su implementación.** OPS; 2021. (https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55387/9789275324912_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

1. Prueba del susurro

Es la opción más sencilla, pero solo debe utilizarse cuando no se cuente con otras pruebas. **Siempre que sea posible, se deben usar las pruebas 2 y 3.**

- Colóquese de pie detrás y a un lado de la persona, más o menos a la distancia de un brazo.

- Pida a la persona que se tape el oído que NO se está examinando, presionando con un dedo sobre el **trago** (el pequeño cartilago puntiagudo situado delante del conducto auditivo externo). Muéstrole cómo.



- Inhale profundo y exhale completamente.

A continuación, susurre cuatro palabras comunes no relacionadas (las palabras deben ser familiares para la persona, por ejemplo, arroz, pescado, bicicleta, jardín, verde, cielo, perro). Diga las palabras de una en una, esperando a que la persona se las repita.

Si la persona repite más de tres palabras y usted tiene la certeza de que le ha oído con claridad, es probable que su audición en ese oído sea normal.

- Colóquese al otro lado de la persona y repita la prueba con el otro oído, usando palabras diferentes.

Es necesaria una evaluación detallada si:

la persona no consigue repetir al menos tres palabras. → 9

2. Audiometría tonal

Detección de tonos puros en ambos oídos (cada oído por separado) a un nivel fijo de dB (35 dBHL [decibelios de nivel de audición]), a tres frecuencias (1 kHz, 2 kHz y 4 kHz). Los resultados se registran como “superada” (la prueba se superó) o “no superada” (se necesita una evaluación adicional).

Es necesaria una evaluación detallada si:

la persona no responde a 35 dBHL en una o más frecuencias en cualquiera de los oídos. → 9

3. Prueba de tripletes de dígitos en ruido

Ambos oídos se examinan juntos mediante una prueba automatizada de dígitos sobre un fondo de ruido para determinar la capacidad de la persona para identificar los dígitos a pesar del ruido de fondo.

- La persona escucha series de tres dígitos (por ejemplo, 4-7-3) presentados con ruido de fondo.
- Los dígitos se mencionan de uno en uno.
- La persona debe repetir los dígitos que oye.
- El resultado se registra como “superada” (se identifican correctamente al menos el 50% de los tripletes de dígitos) o “no superada” (puntuación baja).

🔗 La aplicación **hearWHO** es una aplicación gratuita para teléfonos móviles disponible en inglés, chino, español, ruso, neerlandés y francés (<https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/sensory-functions-disability-and-rehabilitation/hearwho>).

Es necesaria una evaluación detallada si:

la persona no responde a 35 dBHL (se presenta como puntuación baja; por ejemplo, la puntuación de la aplicación hearWHO es inferior a 50). → 9

Evaluación básica Síntomas depresivos

Haga las dos preguntas siguientes:

"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."*

Es necesaria una evaluación detallada si:

la persona responde afirmativamente a **cualquiera** de las dos preguntas. → 10

Tras la evaluación básica para detectar la pérdida de capacidad intrínseca

Explique los resultados y la importancia de una reevaluación periódica.

Para todas las personas mayores:

- reconocer las necesidades de apoyo y brindarlo; → 3.1.2
- brindar asesoramiento sobre salud y estilo de vida; → 3.1.3
- cuando sea posible, medir la presión arterial para diagnosticar la hipertensión y permitir el manejo de los factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares, y derivar al paciente cuando sea necesario. → 3.1.4

Para una persona mayor en quien se detecte una posible pérdida de capacidad intrínseca:

- derivar a la atención primaria para una evaluación detallada (**paso 2**), si aún no se está abordando la pérdida;
- prestar atención de salud comunitaria para la pérdida de capacidad intrínseca, si procede.

3.1.2

Factores clave que repercuten en la salud de las personas mayores

Tras realizar una evaluación básica para detectar la pérdida de capacidad intrínseca, puede utilizarse un segundo elemento de la evaluación básica a fin de reconocer otros factores clave que repercuten en la salud de las personas mayores, como las necesidades de apoyo social, el apoyo a las personas a cargo del cuidado y la incontinencia urinaria. La incontinencia urinaria se trata por separado de los dominios de la capacidad intrínseca porque es una enfermedad (síndrome geriátrico), no una parte de la capacidad intrínseca, pero influye en las pérdidas de capacidad intrínseca y viceversa.

Apoyo social y apoyo a las personas a cargo del cuidado: En la prestación de una atención integrada es crucial comprender las necesidades de apoyo social de las personas mayores y de las personas a cargo de su cuidado, para incorporar las intervenciones adecuadas dentro de un plan de atención personalizada, y prestar dichas intervenciones. En reconocimiento de la importancia de estas cuestiones y del riesgo de que no se les dé prioridad, este manual pone atención al apoyo social y al apoyo a las personas a cargo del cuidado en una fase más temprana, al incluir preguntas sobre estos temas desde el inicio del esquema de atención ICOPE.

Abordar los determinantes sociales de la salud, como la situación socioeconómica, la conectividad social y la vivienda, es fundamental para mejorar los resultados de salud de las personas mayores y optimizar su capacidad funcional. Se recomienda preguntar a todas las personas mayores sobre sus necesidades de apoyo social, independientemente de su capacidad intrínseca. Estas preguntas puede formularlas la persona que haya realizado la evaluación básica, ya sea inmediatamente después de una evaluación básica ICOPE negativa (es decir, en la que no se han detectado pérdidas) O BIEN en aquellos casos en que se hayan detectado posibles pérdidas pero no sea viable realizar una evaluación detallada en seguida. También se pueden plantear durante la evaluación detallada en un establecimiento de atención primaria, como parte de la evaluación más amplia del entorno físico y social.

Dada la diversidad social y cultural, la forma de enunciar las preguntas del **cuadro 3.2** (página 27) sobre el apoyo social y las personas a cargo del cuidado se debe ajustar para que sean pertinentes y adecuadas en el contexto en el que se formulan. Es importante cuidar que todo ajuste o adaptación de estas preguntas no lleve al uso de un lenguaje discriminatorio, incluidos palabras o términos edadistas.

Cuidar a una persona mayor, en particular con pérdidas importantes de la capacidad intrínseca, puede ser física y psicológicamente arduo y afectar la salud y el bienestar de la persona a cargo del cuidado. Es importante detectar las necesidades de las personas a cargo del cuidado durante una evaluación básica o una evaluación detallada, según proceda, e incluir el apoyo para ellas en la elaboración y la ejecución de un plan de atención personalizada. En el **cuadro 3.2** (página 27) se presentan las preguntas que es preciso formular a las personas a cargo del cuidado. → **11** **12**

Incontinencia urinaria: La incontinencia urinaria es un trastorno frecuente que afecta a millones de personas mayores, sobre todo mujeres (11), y deteriora su calidad de vida y su bienestar (12). Dada la elevada frecuencia con que la incontinencia urinaria no se notifica, quizá por la estigmatización que perciben las personas afectadas, y la consiguiente falta de acceso a la atención, se recomienda preguntar al respecto a las personas mayores durante una evaluación básica en la comunidad o una evaluación detallada en un establecimiento de atención primaria cuando se evalúen los dominios pertinentes de la capacidad intrínseca (deterioro cognitivo, pérdida de movilidad, síntomas depresivos). Cabe destacar que llevar a cabo conversaciones delicadas con las personas mayores en los diversos entornos en los que tiene lugar la evaluación básica ICOPE entraña posibles desafíos. → **13**

Cuadro 3.2

Evaluación básica de los factores clave que repercuten en la salud de las personas mayores

	Preguntas o evaluación	Debe considerarse la conveniencia de una evaluación adicional o de preguntas complementarias	Vuelva a preguntar con regularidad
11	Cuidados y apoyo social		
	Entorno doméstico ¿Tiene problemas con su vivienda, por ejemplo, estado de la casa, ubicación, seguridad?	☐ Sí	☐ No
	Situación económica ¿Le faltan con frecuencia recursos para pagar sus gastos de alimentación, vivienda y atención de salud?	☐ Sí	☐ No
	Aislamiento social y soledad ¿Siente soledad con frecuencia?	☐ Sí	☐ No
12	Implicación y participación sociales ¿Tiene dificultades para realizar actividades de ocio y otras actividades importantes para usted?	☐ Sí	☐ No
	Apoyo a las personas a cargo del cuidado (Preguntar en privado a quien cuida a la persona mayor)		
	¿Siente que tiene el apoyo que necesita en su papel de persona a cargo del cuidado?	☐ No	☐ Sí
	¿Confía en su capacidad para prestar cuidados y apoyo?	☐ No	☐ Sí
13	Incontinencia urinaria		
	¿Tiene problemas de control de la vejiga, como pérdidas accidentales de orina?	☐ Sí	☐ No

Nota: La forma de enunciar las preguntas sobre apoyo social, que se muestran como ejemplos, puede ajustarse para que las preguntas sean pertinentes y adecuadas en el contexto local.

Intervenciones a nivel comunitario

Siempre que sea posible, es preciso derivar a las personas mayores en quienes la evaluación básica muestre un deterioro de la capacidad intrínseca a un establecimiento de atención primaria para una evaluación detallada (**paso 2**). El agente comunitario de salud u otra parte interesada capacitada que haya realizado la evaluación básica puede facilitar el acceso a los servicios para esta segunda evaluación. Debe animarse a las personas mayores para que se practiquen evaluaciones básicas periódicas (al menos una vez al año), excepto en el caso de la visión y la audición (cada 1 a 2 años), así como después de un evento agudo o una enfermedad y si cambia su rol social o su situación (cambio de residencia, fallecimiento de la pareja). **La evaluación básica periódica permite detectar tempranamente el deterioro de la capacidad intrínseca e intervenir con prontitud.** También hay que animar a las personas mayores a que establezcan sus propios objetivos para mantenerse sanas.

Además de la derivación a los servicios de salud y de protección social pertinentes, durante el contacto con una persona mayor para una evaluación básica pueden realizarse otras intervenciones a nivel comunitario, con el fin de brindar el mejor asesoramiento y apoyo posibles en este primer punto de contacto.

Los agentes comunitarios de salud y otras partes interesadas capacitadas de la comunidad pueden proporcionar diversos tipos de apoyo y atención personalizados: promoción de la salud, mediante el asesoramiento sobre salud y estilo de vida; detección de factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares, como la hipertensión; y atención de salud en la comunidad, que aborde las pérdidas concretas de capacidad intrínseca y otros factores que repercuten en la salud de las personas mayores.

3.1.3

Promover un estilo de vida saludable

Todas las personas mayores pueden beneficiarse del asesoramiento sobre salud y estilo de vida, independientemente de su nivel de capacidad intrínseca, si son capaces de comprender y aplicar las recomendaciones para modificar su comportamiento. Junto con el asesoramiento, se debe brindar información para promover el autocuidado y sobre cuándo y dónde buscar atención de salud. También se debe preguntar a las personas mayores sobre cualquier enfermedad o afección existente y promover la autogestión.

Es importante recordar que las personas aprenden y responden a la información de distintas maneras. El aprendizaje suele producirse por medio de la combinación de seis vías principales: conversaciones en la comunidad; las artes; materiales impresos; medios de comunicación convencionales; medios digitales; y comunicación e interacción con el personal de salud (13). Por lo tanto, los agentes comunitarios de salud y otras partes interesadas de la comunidad deben considerar diferentes formas de proporcionar información y asesoramiento a las personas mayores. Esto podría incluir conversaciones individuales, debates en grupo y campañas de concientización con el uso de distintos materiales de comunicación. Los grupos de la comunidad, como los clubes de personas mayores, podrían participar en la organización de actos para las personas mayores, por ejemplo, debates entre pares y representaciones teatrales locales con mensajes sobre salud y estilo de vida.

Otros factores que hay que tener en cuenta al asesorar sobre salud y estilo de vida son a quién dirigirse y qué información proporcionar. Las personas rara vez toman decisiones sobre su salud y comportamientos conexos de manera aislada, y es probable que en ellas influyan otras personas, incluidos los miembros de la familia y la comunidad o los líderes religiosos. En algunos casos, las decisiones se tomarán a nivel comunitario. Por lo tanto, es importante llegar a un grupo más amplio de la comunidad de las personas mayores y conseguir su participación. También es más probable que las recomendaciones se entiendan y se sigan si van acompañadas de información sobre cómo hacerlo; por ejemplo, dar información sobre lo que constituye una alimentación saludable junto con consejos sobre dónde comprar alimentos saludables y cómo prepararlos.

El asesoramiento sobre salud y estilo de vida proporcionado a las personas mayores como parte del **paso 1** del esquema de atención ICOPE en la atención primaria debe incluir tanto información general para respaldar la salud y el bienestar como acciones más específicas relacionadas con los dominios de la capacidad intrínseca. En la medida de lo posible, el asesoramiento debe dirigirse y adaptarse a cada persona mayor y a sus necesidades específicas.

Asesoramiento sobre estilo de vida saludable para personas mayores

1. Actividad física regular → 6.1

- Toda actividad física es beneficiosa y cada movimiento cuenta.
- Es bueno empezar con un poco, ir despacio y aumentar gradualmente la actividad física.
- Hay diferentes opciones disponibles, como caminar, montar en bicicleta, realizar tareas domésticas, la jardinería, el baile y el deporte, centrándose en actividades que sean agradables para la persona.
- Es importante evitar el comportamiento sedentario.
- Las percepciones sobre la actividad física pueden cambiar hacia una aceptación y una participación positivas, incluso en relación con el contexto cultural y las actitudes hacia la participación de las mujeres.

2. Alimentación saludable → 7.1

- Las personas mayores deben comer mucha proteína.
- Puede ser útil hacer de las comidas una actividad social al comer con otras personas.
- Sugerir alimentos saludables, asequibles y disponibles localmente; informar sobre cuáles son y dónde se consiguen.
- Las personas mayores deben consumir al menos 400 g (cinco porciones) de verduras y frutas al día e ingerir menos de 5 g (una cucharadita) de sal.
- Son importantes los cereales integrales, las verduras, las frutas y las legumbres (como hidratos de carbono), y los frutos secos o nueces, las semillas, los frijoles (judías, porotos), las aceitunas y el pescado (como grasas saludables).
- Está bien comer cantidades más pequeñas con mayor frecuencia si las comidas copiosas resultan pesadas.
- Una alimentación rica en fibra puede prevenir el estreñimiento.

3. Hidratación → 7.1

- Beber al menos 6–8 tazas (1,6–2,0 l) de líquido al día (a menos que haya restricciones por razones médicas), y más cuando haga mucho calor.
- Reducir el consumo de cafeína, sobre todo en caso de incontinencia urinaria.

4. Salud bucodental → 7.1

- Cepillarse los dientes dos veces al día con un dentífrico que contenga flúor (1000–1500 ppm).

5. Conexión social y participación en la comunidad → 11.1

- Pasar tiempo con los amigos y la familia.
- Ser socialmente activo y participar en la comunidad de un modo que resulte agradable y significativo.

6. Prevención y tratamiento de afecciones y factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares → 3.1.4

- Cumplir con los tratamientos, incluido el uso de medicamentos para controlar enfermedades.
- Evitar el uso de medicamentos y suplementos de venta sin receta sin el asesoramiento del personal de salud.
- Controlar el peso para prevenir la obesidad, lo que incluye limitar las grasas y los azúcares libres.
- Adoptar buenas prácticas de higiene y saneamiento (beber agua potable, higiene de los alimentos, lavado de manos).

... continuación →

- Evitar o reducir el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas:
 - El consumo nocivo de alcohol afecta a la salud física, mental, social, psicológica y cognitiva.
 - Buscar apoyo para evitar el consumo de alcohol.
- Abandonar el consumo de tabaco:
 - Disuadir a los no fumadores de empezar a fumar.
 - Destacar los riesgos asociados al consumo de tabaco, incluido un mayor riesgo de cáncer, afecciones respiratorias, demencia, enfermedades cardiovasculares, enfermedades bucodentales e incontinencia urinaria.
 - Dar información sobre dónde buscar apoyo para dejar de consumir tabaco.
- Ser consciente de los factores de riesgo de deterioro de la visión (diabetes e hipertensión)

7. Vacunación

- Adherirse al calendario de vacunación ordinaria conforme a la regulación local sobre vacunas (14).
- Es importante llevar un registro de las vacunas recibidas.

8. Promover la salud mental → 10.1

- Reducir el estrés cuando sea necesario.
- Tomarse descansos regulares (para las personas a cargo del cuidado).
- Realizar las actividades que disfrute o solía disfrutar.

9. Sueño regular de buena calidad

- Mantener hábitos de sueño saludables, que incluyan acostarse y levantarse a la misma hora.
- Dormir un número adecuado de horas al día.

10. Optimizar la salud cerebral → 5.1

- Llevar a cabo con regularidad actividades de estimulación cognitiva, como leer, jugar, aprender algo nuevo y tocar música.

11. Promover la salud ocular y visual → 8.1

- Acudir a revisiones periódicas de los ojos y la vista.
- Seguir las recomendaciones sobre cómo y cuándo utilizar gafas.
- Limitar la exposición a los rayos ultravioleta utilizando gafas de sol y sombreros.
- Hacer pausas regulares en las actividades que requieren el uso de la visión de cerca (uso de dispositivos electrónicos, lectura, costura).

12. Promover la salud auditiva y la audición → 9.1

- Acudir a revisiones periódicas de la audición.
- Buscar asesoramiento si se sospecha pérdida de la audición.
- Limpiar la **parte externa** de la oreja con un paño suave.
- Seguir las recomendaciones sobre el uso de audífonos (auxiliares auditivos).
- No introducir objetos **en los oídos**.
- No nadar ni lavarse en agua sucia.
- No escuchar sonidos o música fuertes y utilizar tapones en los lugares ruidosos.

Para más información sobre asesoramiento específico en materia de salud y estilo de vida en relación con los dominios de la capacidad intrínseca, consulte los capítulos correspondientes de este manual.

MÁS INFORMACIÓN

 **WHO health topics: alcohol, tobacco.** OMS; 2024
(<https://www.who.int/health-topics/alcohol>;
<https://www.who.int/health-topics/tobacco>).

3.1.4

Tamizaje y prevención de los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son un grupo de afecciones del corazón y los vasos sanguíneos, como la cardiopatía coronaria (p. ej., infarto de miocardio) y las enfermedades cerebrovasculares (p. ej., accidente cerebrovascular, ictus). En el 2021, fueron la principal causa de muerte en todo el mundo (15), y su prevalencia en las personas mayores es elevada (16). Los factores de riesgo de ECV incluyen factores de comportamiento, como el consumo de tabaco, la alimentación poco saludable, el consumo nocivo de alcohol y una actividad física insuficiente, y factores metabólicos, como presión arterial alta (hipertensión), colesterol alto en sangre y azúcar alta en sangre (diabetes).

Dada la elevada prevalencia de ECV en las personas mayores, así como las altas tasas de hipertensión no diagnosticada en algunos entornos (17), el paso 1 del esquema de atención ICOPE brinda una oportunidad importante para concientizar a las personas mayores y, cuando sea posible, detectar los factores de riesgo (recuadro 3.1). El personal de salud puede asesorar y aconsejar individualmente a las personas mayores en las que se reconozcan factores de riesgo del comportamiento, con el fin de alentar un cambio de hábitos. El asesoramiento sobre un estilo de vida saludable en relación con las ECV consiste en orientar y apoyar a una persona mayor para que modifique determinados comportamientos con el fin de reducir el riesgo de ECV y otras afecciones (diabetes, enfermedades pulmonares y cáncer), así como de disminución de la capacidad intrínseca (como el deterioro cognitivo y el deterioro visual).

Una breve intervención de asesoramiento de parte de un trabajador de salud de la comunidad a la persona mayor (y a las personas a cargo de su cuidado, en su caso), durante una evaluación básica, permite detectar posibles problemas, brindar información y motivar y ayudar a la persona a cambiar su comportamiento. La herramienta de las cinco A (averiguar, aconsejar, analizar, ayudar y acompañar) puede utilizarse para reconocer los factores de riesgo y apoyar el cambio de comportamiento.

Los agentes de salud comunitarios podrían plantear las siguientes preguntas u otras similares:

- ¿Ha fumado o consumido algún otro producto del tabaco en los últimos 12 meses?
- ¿Cuántas porciones de fruta y verdura consume a diario?
- ¿Consume alcohol alguna vez?
- En la última semana ¿cuántos días ha realizado actividad física durante 30 minutos o más (por ejemplo, caminar, andar en bicicleta, hacer tareas domésticas o de jardinería, subir escaleras, bailar o practicar algún deporte)?

Recuadro 3.1 Tamizaje para la hipertensión

Además de proporcionar información y apoyo para el cambio de comportamiento, los agentes comunitarios de salud también pueden realizar un tamizaje de la hipertensión. La presión arterial se puede medir en la comunidad, si los agentes comunitarios de salud u otras partes interesadas cuentan con la capacitación y el equipo adecuados y pueden derivar a la persona a la atención primaria para una evaluación y un tratamiento ulteriores. **No es ético realizar el tamizaje para la hipertensión si no hay vías de derivación y no se cuenta con el tratamiento.**

Medir la presión arterial es la única manera de diagnosticar la hipertensión, debido a que la mayoría de las personas con hipertensión no presentan síntomas. Los siguientes pasos son importantes para una medición precisa de la presión arterial:

- utilizar un manguito del tamaño adecuado;
- pedir a la persona que se siente con la espalda apoyada y sin cruzar las piernas, con la vejiga vacía, después de relajarse durante 5 minutos y sin hablar;
- hacer al menos dos lecturas y utilizar la segunda.

En general, se diagnostica hipertensión si, en dos consultas en días diferentes las cifras de presión arterial sistólica son ≥ 140 mmHg o las cifras de presión arterial diastólica son ≥ 90 mmHg. Si se diagnostica hipertensión, la persona debe ser derivada a la atención primaria para una evaluación y tratamiento ulteriores; esto incluye otros factores de riesgo metabólicos (diabetes y colesterol alto). Se debe informar a la persona sobre los riesgos asociados a la hipertensión y la importancia de acudir para una evaluación adicional.

MÁS INFORMACIÓN

 **HEARTS: paquete técnico para el manejo de las enfermedades cardiovasculares en la atención primaria de salud. Hábitos y estilos de vida saludables: asesoramiento para los pacientes.** OPS; 2020 (<https://www.paho.org/es/documentos/heartts-paquete-tecnico-habitos-estilos-vida-saludables-asesoramiento-para-pacientes>).

3.1.5

Atención de salud comunitaria para abordar las pérdidas de capacidad intrínseca

En algunos contextos, cuando en una evaluación básica ICOPE se detecta una posible pérdida de capacidad intrínseca, los trabajadores de salud comunitarios pueden prestar la atención de salud en la comunidad con el apoyo de otras partes interesadas de esta y en colaboración con trabajadores de los establecimientos de salud. Estas intervenciones son importantes en los entornos en los que no sea viable una evaluación detallada en un establecimiento de atención primaria; en los que organizar o acceder a una evaluación completa pueda llevar tiempo; o en los que se crea que la persona mayor quizá opte por no acudir. Entre las intervenciones viables en distintos contextos y niveles de recursos están las siguientes (para obtener información detallada, véase el capítulo correspondiente):

- estimulación cognitiva, ejercicio físico y asesoramiento a familiares y personas a cargo del cuidado en caso de deterioro cognitivo; → [5.2](#)
- programas de ejercicio físico para la movilidad limitada, con atención a los aspectos de seguridad; → [6.2](#)
- alimentación equilibrada, que incluya alimentos ricos en proteínas para corregir la desnutrición; → [7.2](#)
- provisión de gafas de lectura y detección de la hipertensión por el riesgo de deficiencia visual; → [8.2](#)
- asesoramiento sobre comunicación en caso de pérdida de la audición; → [9.2](#)
- manejo del estrés, incluidas técnicas de relajación para los síntomas depresivos y el dolor; → [10.2](#), [6.5.2](#)
- asesoramiento e información sobre los servicios y actividades comunitarios disponibles para la participación y el apoyo social; → [11.1](#)
- asesoramiento e información sobre los servicios comunitarios de apoyo a las personas a cargo del cuidado; → [12.2](#)
- entrenamiento de la vejiga para abordar la incontinencia urinaria. → [13.2](#)

En caso de duda sobre si una intervención puede realizarse de forma segura o cómo realizarla, consulte a un trabajador de salud con los conocimientos necesarios.



3.2 Evaluación detallada en un establecimiento de atención primaria

Realizar una evaluación detallada de las necesidades de atención de salud y apoyo social en un establecimiento de atención primaria es fundamental para poder prestar los servicios y el apoyo adecuados. Un primer paso consiste en comprender mejor la vida de la persona mayor mediante un interrogatorio clínico que abarque la medicación actual; sus valores y prioridades para la vida; la salud y su atención; el contexto social, y preguntas sobre los miembros más importantes de su familia, y acerca de otros parientes y amigos.

Para la evaluación detallada puede ser necesario que un trabajador de salud capacitado, como personal médico o de enfermería, realice visitas o citas programadas. Hay tres elementos clave para una evaluación detallada: analizar y confirmar el deterioro de la capacidad intrínseca; evaluar las enfermedades subyacentes y los factores de riesgo; y evaluar el entorno físico y social de la persona. Estos tres elementos pueden realizarse en cualquier orden (salvo que se indique lo contrario). A partir de los hallazgos de los tres elementos, deben determinarse las posibles intervenciones. En cada esquema de atención específico se ofrece información sobre lo que se debe tener en cuenta en la evaluación y para las intervenciones, todo lo cual debe sustentar un único plan de atención personalizada consolidado.

3.2.1 Evaluar la pérdida de capacidad intrínseca

Es preciso confirmar un posible deterioro de la capacidad intrínseca aplicando las herramientas o pruebas que estén disponibles y validadas localmente. En cada esquema de atención (capítulos 5–10) se presentan ejemplos de dichas herramientas y pruebas.

3.2.2 Evaluar las enfermedades y los factores de riesgo asociados

A medida que las personas envejecen, aumenta la probabilidad de afecciones como enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, diabetes, cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, artrosis, osteoporosis, cataratas y demencia, así como la comorbilidad (coexistencia de dos o más afecciones crónicas).

Mientras que algunos factores de riesgo, como la artrosis, pueden manifestarse con síntomas, otros, como la hipertensión y la diabetes, pueden mantenerse asintomáticos durante años. Por lo tanto, es fundamental su detección temprana en la atención primaria. La OMS ofrece varios documentos de orientación para la detección temprana y la atención de las enfermedades no transmisibles, incluida la atención de las ECV y la demencia basada en el riesgo. Se debe medir la presión arterial en todas las personas adultas durante las visitas ordinarias a los establecimientos de atención primaria, incluso en la primera ocasión y, si las cifras son normales, periódicamente a partir de entonces. Una persona con cifras elevadas de presión arterial requiere un seguimiento inmediato según el protocolo establecido. Para la detección de la diabetes, se recomienda realizar pruebas a las personas que presenten síntomas, como glucosa plasmática en ayunas o glucosa plasmática aleatoria. Además, las personas asintomáticas de 40 años o más con un índice de masa corporal (IMC) superior a 25 deben someterse a la prueba de glucosa plasmática en ayunas.

El sistema inmunitario también tiende a debilitarse con el tiempo, lo que aumenta el riesgo de las personas mayores de contraer determinadas enfermedades infecciosas. Se debe vigilar el estado de vacunación de las personas mayores para reducir las enfermedades prevenibles mediante vacunación.

Para ciertos diagnósticos, como la comorbilidad o la polimedicación (→ 4.2.4), pueden ser necesarias pruebas diagnósticas, equipos y conocimientos especializados que no siempre están disponibles en la atención primaria. Según el entorno, en ocasiones es precisa la derivación a servicios especializados de nivel secundario o terciario.

Si durante esta evaluación se identifica en la familia a otra persona mayor, por ejemplo un cónyuge, también se debe considerar su necesidad de atención integrada, y se le debe ofrecer una evaluación básica ICOPE, según proceda.

3.2.3

Evaluar el entorno físico y social

Se requiere una evaluación detallada del entorno físico (construido) y el entorno social en el hogar, en la comunidad y en la sociedad en general, así como el reconocimiento de cualquier necesidad de atención y apoyo sociales.

El entorno social incluye las condiciones de vida, la seguridad económica, la soledad (relaciones), el acceso a actividades comunitarias y servicios públicos y la ausencia de maltrato, entre otros. Si se detectan necesidades de apoyo, se deben prestar servicios que permitan a las personas mayores hacer las cosas que son importantes para ellas. Una persona mayor puede necesitar apoyo social independientemente de su nivel de capacidad intrínseca.

El personal de salud capacitado puede evaluar la necesidad de una persona mayor de productos de apoyo que se utilicen sobre el cuerpo o directamente por este (por ejemplo, audífonos, bastones, sillas de ruedas). → 4.2.2 Una evaluación del entorno físico del hogar y de sus alrededores, realizada por medio de preguntas a la persona mayor o en visitas domiciliarias, cuando sea posible, permitirá fundamentar las modificaciones necesarias del entorno, incluida la necesidad de productos de apoyo, el riesgo de caídas y cómo hacer del entorno un lugar más seguro y accesible para vivir. → 4.2.5

Si una persona mayor tiene una pérdida importante de la capacidad intrínseca, puede requerir del apoyo social (cuidados personales y ayuda con las actividades cotidianas). Las necesidades de apoyo social pueden determinarse al preguntar a una persona mayor si puede realizar diversas tareas de la vida diaria sin ayuda, y deben tenerse en cuenta las necesidades y preferencias de cuidados en el hogar, en la comunidad y en instituciones y quién podría proporcionar dicho cuidado. Esto permitirá sustentar las necesidades específicas de servicios de cuidados a largo plazo (cuando los haya) y su inclusión en un plan de atención personalizada.

En el esquema de atención del capítulo 11 se presentan una serie de preguntas para evaluar y abordar las necesidades de cuidados y apoyo social en general. Además, en cada esquema de atención se señalan las posibles necesidades de cuidados y apoyo social específicas de cada dominio particular de la capacidad intrínseca y sus afecciones. → 11

También es importante tener en cuenta las posibles necesidades de atención y apoyo de la familia y otras personas que participan en el cuidado y la atención de una persona mayor. Los familiares a cargo del cuidado, sobre todo los que viven con la persona a la que cuidan, pueden tener la sensación de que las exigencias son constantes. Es poco probable que hayan recibido capacitación y, en cambio, es muy posible que no cuenten con ningún apoyo. Esto puede llevar al agotamiento, que repercute en la salud mental y física de la persona a cargo del cuidado y en la calidad de los cuidados que puede prestar. Debe considerarse la necesidad de cuidados de relevo.

En el esquema de atención del capítulo 12 se presenta una serie de preguntas para evaluar y atender las necesidades de las personas a cargo del cuidado. Además, en cada esquema de atención se señala el apoyo concreto que pueden necesitar las personas a cargo del cuidado en relación con los dominios y las afecciones de la capacidad intrínseca. → 12

MÁS INFORMACIÓN

-  **Directriz para el tratamiento farmacológico de la hipertensión en adultos.** OMS; 2021 (<https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240033986>).
-  **HEARTS. Paquete técnico para el manejo de las enfermedades cardiovasculares en la atención primaria de salud. Evidencia: Protocolos de tratamiento clínico basados en la evidencia.** OPS; 2019 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/50832>).
-  **HEARTS. Paquete técnico para el manejo de las enfermedades cardiovasculares en la atención primaria de salud. Riesgo cardiovascular: Manejo de las ECV basado en el riesgo.** OPS; 2024 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/60340>).
-  **Conjunto de intervenciones esenciales de la OMS contra las enfermedades no transmisibles para la atención primaria de salud.** OPS; 2020 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/52998>).
-  **WHO clinical treatment guideline for tobacco cessation in adults.** OMS; 2024 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240096431>).



3.3 Elaborar un plan de atención personalizada

La atención personalizada es un modelo humanístico que se aparta de los métodos convencionales, centrados en las enfermedades, para poner el énfasis en las necesidades, los valores y las preferencias de la persona mayor. El proceso reconoce las habilidades y puntos fuertes de la persona, sus experiencias, las cosas que más le importan y su contexto social. Un plan de atención personalizada orienta todos los aspectos de la atención de salud y el apoyo social, y es fundamental para garantizar la integración de estos servicios y la forma en que la persona mayor accede a ellos. Los resultados de una evaluación detallada de los dominios de la capacidad intrínseca y las posibles intervenciones, como se mencionan en los capítulos 5 a 13, deben reunirse en un plan de atención personalizada consolidado que tenga en cuenta los siguientes puntos:

- Las intervenciones deben acordarse en función de los objetivos de la persona mayor, la pérdida de capacidad intrínseca, las enfermedades y los factores de riesgo, así como las oportunidades para promover un entorno propicio.
- El plan de atención personalizada debe comprender intervenciones prestadas como parte de la atención primaria, con derivaciones a la atención especializada cuando sea necesario. También debe incluir los servicios de apoyo social y adaptarse al entorno en el que se prestarán dichos servicios (hogar, comunidad, institución), según proceda.
- Para la prestación eficaz de una atención integrada es indispensable un seguimiento periódico y sostenido, con reevaluación.
- Es preciso incorporar los servicios comunitarios, que pueden prestar algunas partes interesadas de la comunidad.

3.3.1

Definir y establecer los objetivos centrados en la persona

El punto de partida para elaborar un plan de atención personalizada deben ser los objetivos de la persona mayor, determinados en la conversación con un trabajador de salud, idealmente personal médico o de enfermería, bajo la dirección de un gestor de casos o un coordinador de la atención. El personal médico o de enfermería también puede desempeñar la función de gestor de casos o coordinador de la atención. El personal de salud debe involucrar a la persona mayor (y a la persona o personas a cargo de su cuidado, cuando corresponda) en la toma de decisiones sobre su propia atención, y respetar sus necesidades, valores, preferencias y prioridades. Adoptar este enfoque puede suponer un cambio transformador en la manera en que el personal de salud se relaciona con las personas mayores.

Recuadro 3.2 Equipo multidisciplinario

Un equipo multidisciplinario reúne a las personas que intervienen en la atención de una persona mayor para proporcionar una amplia gama de servicios mediante un enfoque coordinado e integrado. La composición de un equipo multidisciplinario en la atención primaria varía según el entorno, pero puede abarcar personal médico y de enfermería, agentes comunitarios de salud, trabajadores sociales, terapeutas (a cargo de la fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia o terapia del lenguaje, psicoterapia), personas a cargo del cuidado, trabajadores del cuidado, farmacéuticos y voluntarios. En función de la capacidad de los sistemas de salud y de protección social, podría crearse un equipo central compuesto por un pequeño número de trabajadores de salud implicados de forma más directa en la prestación de atención, a los que se irían sumando otros a medida que fuera posible.

La forma en que los miembros trabajan juntos como un equipo es crucial. Entre las cosas que pueden promover un trabajo eficaz están las siguientes: contar con un coordinador de la atención o gestor de casos designado que facilite el trabajo del equipo; efectuar reuniones conjuntas para intercambiar ideas e inquietudes; llevar registros compartidos; e incluir una diversidad de profesiones y disciplinas, que reflejen las necesidades de la persona que recibe la atención integrada.

En el caso un equipo multidisciplinario (**recuadro 3.2**) que brinde apoyo a una persona mayor, el objetivo unificador de optimizar la capacidad intrínseca y la capacidad funcional puede ser útil para lograr la integración de la atención y dar seguimiento a los avances. Los objetivos de una persona mayor, que deben estar en el centro del plan, pueden ir más allá de reducir las repercusiones directas de las enfermedades para abordar también aspectos que le permitan hacer lo que más valora, como envejecer de forma independiente y segura en el propio lugar, mantener su desarrollo personal o ser incluida en su comunidad y contribuir a esta, al tiempo que conserva su autonomía y su salud.

Se puede elaborar un plan de atención personalizada para cualquier persona mayor, incluidas las que presentan varias pérdidas significativas de la capacidad intrínseca que puedan ser irreversibles y las que se enfrentan al final de la vida. En una conversación entre un trabajador de la salud y una persona mayor se debe tener en cuenta toda preocupación que la persona pueda albergar en relación con la muerte y el proceso de morir, y determinar cualquier tratamiento médico o atención que la persona no desee. En el caso de una persona mayor que se enfrente a una enfermedad grave con un pronóstico desfavorable, es necesario prestar especial atención para establecer un objetivo centrado en la persona en el contexto de la trayectoria prevista de la enfermedad.

Un plan de atención personalizada debe contemplar objetivos sujetos a plazos. Además de los objetivos a mediano y largo plazo, se recomienda incluir objetivos a corto plazo que pongan de relieve las mejoras o beneficios más inmediatos, a fin de mantener a la persona motivada y comprometida.

Cómo establecer objetivos centrados en la persona

A continuación se ofrece un ejemplo de cómo un trabajador de salud puede llevar a cabo un ejercicio para establecer objetivos centrados en la persona con una persona mayor, sus familiares y quienes la cuidan, si es el caso. El plan debe basarse en los resultados de una evaluación detallada y en las intervenciones que podrían realizarse en respuesta a esta. El enfoque debe adaptarse al contexto local.

Determinar los objetivos mediante una conversación sobre:

- las cosas que más le importan a la persona mayor en todos los ámbitos de su vida;
- algunos objetivos concretos que la persona mayor tenga en su vida;
- algunos objetivos concretos que tenga para su salud;
- tres objetivos en los que le gustaría centrarse a corto plazo (por ejemplo, los próximos 3 meses) y a largo plazo (por ejemplo, de 6 a 12 meses).

Establecer los objetivos. Estos se pueden adaptar a las necesidades de la persona mayor y a su propia definición de los problemas mediante una conversación sobre:

- en qué aspectos concretos de los objetivos uno, dos o tres le gustaría trabajar a corto y largo plazo;
- qué está haciendo actualmente en relación con el objetivo u objetivos;
- cuál sería una meta ideal, y a la vez viable, con respecto a este objetivo u objetivos.

Priorizar los objetivos. El acuerdo entre una persona mayor y un trabajador de la salud sobre los objetivos prioritarios de la atención demostrará la mejora en los resultados. Se pueden priorizar los objetivos mediante una conversación sobre:

- cuáles son los objetivos en los que la persona está más dispuesta a trabajar a corto y largo plazo, ya sea por sí sola o con el apoyo de un trabajador de salud o de un coordinador de la atención.

Fuente: Javadi et al; 2018. Adaptado del original por Health Tapestry (<http://healthtapestry.ca>).

3.3.2

Elaborar un plan de atención personalizada integrada

Es importante elaborar un plan de atención personalizada integrada que aborde todos los dominios de la capacidad intrínseca en los que se hayan detectado pérdidas, ya que ciertas pérdidas comparten algunos determinantes fisiológicos y de comportamiento subyacentes. Por consiguiente, las intervenciones ejercen efectos beneficiosos en varios dominios.

Por ejemplo, el entrenamiento de fuerza muscular es la intervención clave para prevenir y tratar la pérdida de movilidad y, al mismo tiempo, protege indirectamente contra los síntomas depresivos y el deterioro cognitivo, y ayuda a prevenir las caídas.

En algunas personas con una pérdida importante de la capacidad intrínseca en varios dominios, una evaluación detallada podría indicar que es poco probable que su deterioro se revierta. Esto puede ocurrir, por ejemplo, en presencia de una discapacidad debida a traumatismos o enfermedades (como un accidente cerebrovascular) o a una afección progresiva como la demencia o la enfermedad de Parkinson. En el plan de atención personalizada se deberá tener en cuenta la probable evolución y planificar el seguimiento, que quizá deberá continuar de por vida. El equilibrio entre la modificación de la capacidad intrínseca y el tratamiento de las enfermedades, los cuidados paliativos y la prestación de cuidados y apoyo social, incluido el apoyo a las personas a cargo del cuidado, cambiaría con el tiempo.

Al elaborar un plan de atención personalizada pueden seguirse tres pasos principales:

1. Examinar los hallazgos y comentar las oportunidades para mejorar la capacidad intrínseca, la capacidad funcional, la salud y el bienestar

Durante una conversación para establecer los objetivos, es preciso analizar los resultados de la evaluación detallada y las intervenciones propuestas para las distintas pérdidas de capacidad intrínseca. La priorización de las intervenciones que conformarán el plan de atención puede guiarse por la urgencia de un problema desde una perspectiva clínica; la probabilidad de éxito de la intervención; las repercusiones más amplias que puede tener el abordar un problema particular, incluida la forma en que abordar una pérdida puede influir en la capacidad de abordar otra; y la carga previsible de las intervenciones; y debe tener en cuenta lo que la persona mayor considere más importante para ella.

A fin de determinar las posibles intervenciones, el personal de salud necesitará un conocimiento integral de los servicios y recursos disponibles en los sectores de la salud y de la protección social.

2. Acordar las intervenciones

Este acuerdo debe contar con la conformidad de la persona mayor, basarse en el consentimiento informado y estar en consonancia con sus objetivos, necesidades, preferencias y prioridades; incluir componentes de autocuidado y autogestión; adaptarse al entorno físico y social; y contemplar el apoyo a las personas a cargo del cuidado, cuando se detecten necesidades. Cada posible intervención debe comentarse una a una con la persona mayor. En el **recuadro 3.3** (página 38) figuran ejemplos de posibles componentes de un plan de atención personalizada.

En muchos casos, las intervenciones propuestas requerirán aportaciones de trabajadores de salud de distintos sectores y disciplinas. En condiciones ideales, un gestor de casos o coordinador de la atención coordinará a un equipo multidisciplinario (**recuadro 3.2**, página 35) que participará en la evaluación, elaboración, ejecución y seguimiento de un plan de atención. La colaboración entre la persona mayor, quienes la cuidan y el equipo multidisciplinario es importante para mantener el bienestar de la persona en su lugar de residencia.

3. Concluir y compartir el plan de atención

El trabajador de salud designado como gestor del caso o coordinador de la atención debe asentar en el plan de atención las intervenciones acordadas y compartir el plan con la persona mayor, sus familiares y las personas a cargo de su cuidado (cuando corresponda) y con el equipo multidisciplinario implicado en su atención, con el consentimiento de la propia persona mayor. Si las intervenciones del plan de atención requieren una derivación, la persona mayor debe recibir orientación sobre cómo concertar las citas y cómo los trabajadores de salud pueden brindarle apoyo para el proceso. En el **anexo** se presenta un ejemplo de un plan de atención.

Recuadro 3.3 Posibles componentes de un plan de atención personalizada

- Objetivo(s) basado(s) en las prioridades y preferencias de la persona mayor.
- Autocuidado y autogestión para promover la salud y el bienestar.
- Servicios y apoyo comunitarios. La prescripción social permite poner en contacto a las personas mayores con una serie de servicios no clínicos de la comunidad para mejorar la salud y el bienestar (**recuadro 11.1**, página 124).
- Un conjunto de intervenciones con múltiples componentes para prevenir y atender las pérdidas de capacidad intrínseca. La mayoría de los planes de atención comprenderán intervenciones para mejorar la nutrición y promover el ejercicio multimodal.
- Atención de las enfermedades subyacentes, los síndromes geriátricos (por ejemplo, las caídas o la incontinencia urinaria) y los factores de riesgo, incluidos los de ECV.
- Vacunación periódica, incluida la vacuna contra la COVID-19 y la vacuna anual contra la gripe, así como otras vacunas, en función del esquema de vacunación de cada país.
- Una revisión de la medicación para reconocer los medicamentos inadecuados y los problemas relativos al acceso, la adherencia terapéutica y los aspectos prácticos de la medicación. → **4.2.4**
- Cuando corresponda, el tratamiento de cualquier afección crónica avanzada o potencialmente mortal, incluso mediante cuidados paliativos, para garantizar que las personas mayores puedan seguir viviendo con sentido y dignidad y que se protejan sus derechos. → **4.2.3**
- Los cuidados y el apoyo social, incluidas las adaptaciones del entorno, como las adaptaciones de la vivienda y la provisión y mantenimiento de productos de apoyo; apoyo social con la ayuda de familiares, amigos y servicios comunitarios y de otro tipo; cuidados personales y apoyo en las actividades de la vida diaria, que pueden prestarse a domicilio, en la comunidad y en instituciones (centros de día, viviendas con servicios de apoyo y otros establecimientos de cuidados a largo plazo).
- Apoyo a la persona o personas a cargo del cuidado, basado en una conversación con ellas. Esto podría incluir el asesoramiento sobre cómo prestar determinados tipos de atención y apoyo, sugerencias para el autocuidado, oportunidades para el relevo, apoyo psicosocial, acceso a la ayuda económica y apoyo ante el duelo y la pérdida.
- Derivación a la atención especializada, incluidos servicios de rehabilitación, cuidados paliativos y atención geriátrica, cuando sea necesario y esté disponible, a través de mecanismos locales de derivación.
- Una fecha de seguimiento acordada para asegurarse de que se reconozca todo cambio o pérdida ulterior y que la atención se modifique en consecuencia.



Para alcanzar los objetivos acordados, es fundamental dar seguimiento a la ejecución del plan de atención y reevaluarlo periódicamente con la persona mayor.

3.4 Ejecutar y dar seguimiento al plan de atención personalizada

La colaboración y la coordinación entre los miembros de un equipo multidisciplinario, procedentes de distintos niveles y tipos de servicios de salud y protección social y dirigidos por un coordinador de la atención o un gestor de casos, son indispensables para ejecutar las intervenciones acordadas en un plan de atención personalizada. Este enfoque favorece la detección temprana de complicaciones, incluidos los efectos adversos de las intervenciones, y permite reconocer cualquier problema relacionado con enfermedades y acontecimientos agudos, así como cambios en los roles sociales o en la situación de vida. También permite detectar pérdidas de capacidad intrínseca en dominios nuevos o diferentes. El seguimiento periódico contribuye a evitar urgencias innecesarias y ahorra costos, al permitir una actuación temprana. La supervisión regular también permite un contacto frecuente entre la persona mayor y su personal de salud, lo que contribuye a mantener una relación fructífera.

La frecuencia del seguimiento depende de la intensidad de los cuidados requeridos, de los tipos de intervenciones que se realicen y del contexto social de la persona, y será determinada por el coordinador de la atención o el gestor del caso y acordada con la persona mayor. El coordinador de la atención o el gestor de casos pueden enviar recordatorios de todas las citas, incluidas las programadas para la reevaluación. El seguimiento con las personas mayores puede realizarse de distintas formas, como reuniones en persona, llamadas telefónicas o videollamadas. El trabajador de salud debe determinar el mecanismo más adecuado para cada caso y acordarlo con la persona mayor y con la persona a cargo de su cuidado, cuando corresponda.

Entre otros aspectos, el proceso de supervisión comprende lo siguiente:

- garantizar la ejecución satisfactoria de cada paso y cada intervención del plan de atención;
- indagar de manera proactiva para reconocer los posibles efectos secundarios o consecuencias imprevistas de la intervención;
- repetir la evaluación básica o detallada y tomar nota de cualquier cambio;
- resumir los resultados, los obstáculos y las complicaciones de la aplicación de las intervenciones;
- detectar los cambios y las necesidades nuevas;
- y adaptar el plan de atención según sea necesario.





3.5 Habilidades de comunicación

En todas las etapas del esquema de atención ICOPE en la atención primaria, la comunicación eficaz por parte del personal de salud y las partes interesadas de la comunidad es fundamental para garantizar la prestación satisfactoria de un proceso continuo de atención integrada y centrada en las personas.

Los trabajadores de salud que lleven a cabo una evaluación detallada y elaboren un plan de atención deberán darse tiempo para entablar una relación apropiada con la persona mayor, a fin de generar confianza. Para ello, es necesario un entorno adecuado que propicie que la persona mayor se sienta cómoda para hablar abiertamente de los problemas que pueda tener y de sus preferencias, elecciones y objetivos.

Hay una serie de puntos que los trabajadores de salud y las partes interesadas de la comunidad deben tener en cuenta al comunicarse con una persona mayor. La mayoría son útiles para las conversaciones con todo el mundo, pero deben tenerse especialmente presentes en relación con el edadismo en el sistema de salud y sus repercusiones.

- Cuando conozca inicialmente a una persona mayor, asegúrese de dirigirse a ella de una forma apropiada desde el punto de vista cultural y evite utilizar términos familiares (por ejemplo, “querido” o “querida”). Tras establecer una buena relación, pregunte a la persona cómo desea que se dirijan a ella.
- Sea respetuoso y evite actitudes y palabras o frases edadistas. No hay que dar nada por sentado ni hacer suposiciones sobre una persona mayor, en particular sobre sus capacidades de comunicación, sin someterlas a pruebas (por ejemplo, audición o cognición) (**recuadro 1.1**, página 3).
- Considere el entorno y la necesidad de equilibrar la privacidad y la autonomía de la persona mayor con las aportaciones de la persona o personas a cargo de su cuidado, cuando sea necesario o útil. Solo se debe pedir a una persona a cargo del cuidado u otra persona que hable en nombre de una persona mayor cuando esto se considere necesario debido a una pérdida específica de capacidad intrínseca, como el deterioro cognitivo, y de conformidad con los marcos jurídicos.

Además de prestar atención a la forma en que se dirigen a las personas mayores y las escuchan, los trabajadores de salud deben ser conscientes de las formas no verbales de comunicación, incluido el lenguaje corporal, y de la importancia de observar el comportamiento tanto de la persona mayor como de las personas a cargo de su cuidado o los familiares presentes.

- Considere el entorno desde la perspectiva de la movilidad de la persona y asegúrese de que sea totalmente accesible (por ejemplo, para una silla de ruedas).
- Siéntese a una distancia adecuada de la persona y con una postura abierta.
- Tenga presente cualquier posible incomodidad en relación con el género y, cuando sea apropiado y viable, proponga a un trabajador de salud del mismo género para que se reúna con la persona mayor.
- Antes de empezar, comunique a la persona mayor cuánto tiempo le gustaría hablar con ella y compruebe que esté de acuerdo. Considere la posibilidad de tomar descansos o hacer pausas si es necesario.
- Al hacer preguntas, procure no precipitarse, evite las interrupciones y las distracciones, mantenga el contacto visual y muestre empatía. Cuando proceda, formule preguntas abiertas que animen a la persona a compartir sus experiencias, sentimientos y perspectivas.
- Adapte el enfoque comunicativo y el lenguaje para garantizar la comprensión. En el caso de algunas personas mayores, esto puede significar centrarse en un solo tema a la vez, evitar dar demasiada información de golpe, utilizar palabras y frases cortas y sencillas, hablar despacio y con claridad y evitar la jerga.
- Practique la escucha activa resumiendo de vez en cuando lo que dice la persona mayor, repitiendo algún punto concreto y aclarando en palabras los sentimientos de la persona.
- Cuando se comunique con una persona mayor que tenga pérdida de audición, adopte estrategias de comunicación adecuadas. → **9.2.1**
- Cuando se comunique con una persona mayor con deficiencia visual, asegúrese de que haya buena iluminación, pregunte si la persona utiliza gafas y las trae consigo, asegúrese de que todas las instrucciones y materiales sean claros y estén escritos en letra grande, y considere la posibilidad de grabar las instrucciones o utilizar diagramas, ayudas o dispositivos. → **8.6**
- Asegúrese de que las recomendaciones sean claras y de que la persona mayor (y la persona a cargo de su cuidado, en su caso) las entienda. Entregue notas escritas claramente sobre recomendaciones, prescripciones, horarios futuros y derivaciones.
- Esté atento y observe cualquier señal de advertencia de maltrato, abandono o descuido. → **11.4**

4 Partes interesadas y servicios transversales para el esquema de atención ICOPE en la atención primaria

La aplicación del esquema de atención ICOPE en la atención primaria requiere la participación de una serie de partes interesadas y la colaboración y coordinación entre sectores y servicios. Al planificar la aplicación del modelo ICOPE se debe tener en cuenta una serie de factores, centrados en quién debe participar, qué servicios se necesitarán y cómo podrían prestarse. Estos factores estarán determinados por el contexto local (→ 14.2), incluidos la estructura y el mecanismo de la atención primaria, la disponibilidad de servicios de atención especializada y la presencia y capacidad de las partes interesadas de la comunidad. En algunos casos, el personal de salud de atención primaria tendrá que derivar a los pacientes a especialistas de otros niveles del sistema de salud (secundario, terciario) o del sistema de protección social, cuando los conocimientos o servicios respectivos no estén disponibles en la atención primaria.

Puntos clave

- Para aplicar con éxito el esquema de atención ICOPE en la atención primaria es necesaria la intervención de toda una gama de partes interesadas de los sectores de la salud y la protección social, y de la comunidad.
- La participación significativa de las personas mayores y el empoderamiento de quienes las cuidan son factores clave en todas las etapas del esquema de atención ICOPE.
- Las partes interesadas de la comunidad deben participar de manera significativa y recibir el apoyo adecuado en la prestación de una atención integrada a las personas mayores.
- Cuando sea necesaria la derivación a la atención especializada, es importante la coordinación y la colaboración entre el personal de salud.
- Los servicios transversales y el apoyo en respuesta a las pérdidas en diversos dominios de la capacidad intrínseca se deben prestar de forma holística e integrada.

4.1 Participación de las partes interesadas

4.1.1 Participación significativa de las personas mayores

La participación proactiva de las personas mayores y su apoyo al modelo ICOPE y a la atención integrada en general es fundamental para el éxito del modelo, y puede contribuir a una mayor sensación de empoderamiento y autorrealización. Esta participación puede adoptar dos formas: la participación de las personas mayores en su propia salud y bienestar mediante el esquema de atención ICOPE; y una participación más amplia para apoyar el envejecimiento saludable dentro de sus comunidades, incluso por medio de clubes y asociaciones de personas mayores. Las ciudades y comunidades amigables con las personas mayores contribuyen a su participación significativa. Se presentan algunos ejemplos de la función que pueden desempeñar los clubes o asociaciones de personas mayores en la prestación de una atención integrada. → 4.1.3

Un primer paso fundamental para lograr esta participación es dar prioridad al diseño colaborativo de los servicios y mejorarlos basándose en las opiniones de las personas mayores y en su toma de decisiones compartida como principios clave al momento de adaptar todos los pasos del esquema de atención al contexto local. Hay que tomar medidas para concientizar a las personas mayores a través de los mecanismos locales apropiados y disponibles, destacando la oportunidad que el modelo ICOPE les ofrece de participar de manera destacada en su propia atención y establecer sus preferencias y objetivos. → 3.3.1 Los planes de atención deben incluir componentes de autocuidado y autogestión para empoderar a las personas mayores (recuadro 4.1). Las campañas de información, si están bien diseñadas, también pueden concientizar sobre el edadismo, incluido el edadismo dirigido contra uno mismo, (recuadro 1.1, página 3) y el maltrato de las personas mayores. → 11.4

Recuadro 4.1 Autocuidado y autogestión para las personas mayores

El apoyo para el autocuidado y la autogestión implica proporcionar a las personas mayores y a las personas a cargo de su cuidado la información, las habilidades y las herramientas que necesitan para promover su salud y bienestar, reducir los factores de riesgo, atender sus enfermedades, prevenir complicaciones, lograr el máximo grado de capacidad intrínseca y mantener su capacidad funcional.

Esto no implica que se espere que las personas mayores “se las arreglen solas” o que se les impongan exigencias excesivas o poco razonables. En cambio, reconoce su autonomía y capacidad para dirigir su propia atención, en consulta y colaboración con el personal de salud, su familia y otras personas a cargo del cuidado. Todas las personas mayores deben recibir asesoramiento sobre salud y estilo de vida, independientemente de su nivel de capacidad intrínseca. → 3.1.3

La iniciativa de la OMS Mobile Health for Ageing (mAgeing) (salud mediante telefonía móvil para el envejecimiento, en inglés) puede complementar el trabajo cotidiano de los profesionales, ya que promueve el autocuidado y la autogestión. Al distribuir información sobre salud, asesoramiento y recordatorios a través de los teléfonos móviles, promueve los hábitos saludables y ayuda a las personas mayores a mejorar y conservar su capacidad intrínseca.

MÁS INFORMACIÓN

- 🔗 **Be healthy, be mobile: a handbook on how to implement mAgeing.** OMS; 2018 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241514125>).
- 🔗 **Voice and meaningful engagement in the UN Decade of Healthy Ageing: a discussion paper.** Década del envejecimiento saludable. La Plataforma; 2023 (<https://www.decadeofhealthyageing.org/find-knowledge/resources/publications/detail/voice-and-meaningful-engagement-in-the-un-decade-of-healthy-ageing-a-discussion-paper>).

4.1.2

Empoderar y apoyar a las personas a cargo del cuidado

Las personas a cargo del cuidado, en su mayoría mujeres y niñas, desempeñan una labor fundamental en el cuidado de las personas mayores y en apoyar su adherencia a un plan de atención personalizada, y deben ser empoderadas en esta función. Hay que reconocer las exigencias de la prestación de cuidados y la necesidad de apoyo de las personas que cuidan, en particular en lo que respecta a su capacitación y asesoramiento para que puedan ofrecer cuidados de la mejor calidad posible, y brindar un apoyo adecuado para proteger su salud y bienestar. Las principales áreas de apoyo que beneficiarían a las personas que cuidan son el acceso a servicios de relevo, el apoyo psicológico, el apoyo económico y el apoyo a su propia salud y bienestar. → 12 Esto resulta especialmente importante si la persona que cuida a su vez es una persona mayor, en cuyo caso también debería ofrecérsele una evaluación básica ICOPE.



La OMS define la participación de la comunidad como “un proceso de creación de relaciones que permitan a las partes interesadas trabajar juntas para abordar los problemas relacionados con la salud y lograr un impacto y unos resultados de salud positivos” (18).

4.1.3

Participación de las partes interesadas de la comunidad

En todo el mundo, las partes interesadas de la comunidad desempeñan una función central en el cuidado de las personas mayores, como lo demuestran muchos proyectos piloto de ICOPE (19).

La función de las partes interesadas de la comunidad depende del contexto local: los tipos de organizaciones e infraestructuras existentes y sus áreas de interés y capacidades, incluidos los recursos humanos. Pueden concientizar sobre los derechos y prerrogativas de las personas mayores y apoyar los puntos de vista, experiencias y opiniones de las personas mayores y de quienes las cuidan para que sean escuchados en los procesos de planificación de los programas y la prestación de servicios. También pueden propugnar los cambios necesarios en los sistemas y servicios, incluidos los cambios rápidos en respuesta a la evolución de las necesidades. Las partes interesadas de la comunidad pueden apoyar el establecimiento y la organización de mecanismos para la participación de las personas mayores y de otras partes interesadas de la comunidad. Tienen una función que desempeñar al exigir la rendición de cuentas a los prestadores de servicios y a otros, por ejemplo mediante la intervención directa en el seguimiento y la evaluación. Si las partes interesadas de la comunidad, incluidos los trabajadores de salud comunitarios, participan en la prestación directa de servicios y apoyo a las personas mayores, deben recibir la capacitación, el apoyo, la supervisión y el seguimiento adecuados.

El sistema de salud tiene la responsabilidad de colaborar adecuadamente con sus asociados y apoyarlos, en particular las organizaciones comunitarias y las personas voluntarias y a cargo de los cuidados. Aunque las partes interesadas de la comunidad suelen servir de puente entre las personas mayores y los trabajadores de salud, y pueden subsanar algunas lagunas en la prestación de servicios formales, no debe esperarse que presten servicios que son responsabilidad de los sistemas de salud y de protección social.

Los derechos y el bienestar de los miembros individuales de la comunidad que participen en el cuidado o en una labor remunerada, no remunerada o voluntaria no deben infringirse ni verse afectados negativamente por su participación. Hay que proteger su salud y bienestar. En el **recuadro 4.2** (página 44) se ofrecen recomendaciones sobre autocuidado para los agentes comunitarios de salud y otras partes interesadas de la comunidad.

Según su función, las partes interesadas de la comunidad pueden apoyar cada paso del esquema de atención ICOPE en la atención primaria (capítulos 5–13). Los siguientes son algunos ejemplos de su participación.



Paso 1: Evaluación básica e intervenciones a nivel comunitario

Las instalaciones o espacios comunitarios (por ejemplo, ayuntamientos, centros de apoyo social, oficinas de correos, espacios de reunión religiosos y comunitarios) pueden utilizarse para organizar actos de evaluación básica ICOPE y de concientización sobre el envejecimiento saludable, por ejemplo, para contrarrestar el edadismo y acabar con los estereotipos en torno al “envejecimiento normal” y para ampliar los conocimientos y la comprensión de la salud, los derechos y las prerrogativas en la vejez. Las partes interesadas de la comunidad pueden alentar la participación de las personas mayores. Los trabajadores de salud pueden colaborar con organizaciones de la comunidad para ofrecer la evaluación básica por medio de clubes o asociaciones de personas mayores y organizando visitas a domicilio, en las que se puede detectar a las personas mayores que reúnan los requisitos para una evaluación básica. Durante la evaluación básica, los trabajadores de salud y otras partes interesadas de la comunidad capacitadas para ello pueden brindar diversos tipos de asesoramiento personalizado, apoyo y atención de salud en la propia comunidad. → 3.1.3

Recuadro 4.2 Cómo pueden las partes interesadas de la comunidad practicar el autocuidado

Lo que se debe hacer

- ✓ Establezca límites entre su vida personal y el trabajo.
- ✓ Adopte un horario y organice sus actividades diarias para equilibrar el trabajo, la familia y el tiempo libre.
- ✓ Tome tiempo para comer, beber agua, dormir, descansar, reflexionar y relajarse.
- ✓ Adquiera hábitos saludables, como hacer ejercicio con regularidad, y evite el alcohol, el tabaco y otras sustancias nocivas.
- ✓ Sea consciente de sus emociones e intente reconocer las situaciones que puedan afectar sus sentimientos.
- ✓ Hable con familiares y amigos y pídales apoyo.
- ✓ Haga contacto con sus colegas y encuentren formas de ayudarse mutuamente en el trabajo.
- ✓ Solicite la atención de un profesional de la salud si necesita ayuda.

Lo que no se debe hacer

- ✗ No se obligue a hacer cosas que le hagan sentir mal.
- ✗ No extienda su horario de trabajo de forma habitual.
- ✗ No crea que está solo y que no necesita ayuda.
- ✗ No piense que hablar de la infelicidad es un signo de debilidad.

Fuente: Herramientas del mhGAP para usar en la comunidad: versión de prueba sobre el terreno. Programa Mundial para Superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP). OMS; 2021.

2

Paso 2: Evaluación detallada

Si bien la evaluación detallada se debe llevar a cabo por trabajadores de salud en un establecimiento de atención primaria, las partes interesadas de la comunidad pueden colaborar en el acceso a ella, organizando o proporcionando el transporte para las personas mayores, y también apoyar a los trabajadores de salud en su evaluación del entorno físico y social de la persona mayor. Asimismo, pueden hacer un seguimiento de las personas mayores tras una evaluación básica para asegurarse de que comprendan los resultados de esta y, si corresponde, la importancia de someterse a una evaluación detallada y del seguimiento.

3

Paso 3: Plan de atención personalizada

Los planes de atención deben incluir los cuidados y el apoyo social, que pueden ser prestados por las partes interesadas de la comunidad. Por lo tanto, es útil establecer contacto con ellas durante la elaboración del plan de atención para comprender los servicios que ofrecen. Las partes interesadas de la comunidad también pueden contribuir al mapeo de los servicios y el apoyo disponibles a nivel local, ya sea que los presten organizaciones comunitarias, autoridades gubernamentales locales, empresas locales o entidades con fines de lucro. Esta información puede facilitarse más adelante a los trabajadores de salud, los coordinadores de la atención o los gestores de casos para elaborar el plan de atención personalizada.

4

Paso 4: Ejecución y seguimiento

Hay muchas maneras en que las partes interesadas de la comunidad pueden apoyar este paso del esquema de atención:

- Organizar y gestionar los cuidados y el apoyo social, como centros de día, servicios de atención domiciliaria, “clubes de almuerzo” para alentar las comidas en compañía, servicios de entrega de comidas o alimentos, y servicios de apoyo a las tareas domésticas.

- Organizar actividades de ejercicio en grupo y actos sociales para fomentar la participación y contrarrestar el aislamiento social y la soledad, por ejemplo, y ayudar a las personas mayores a utilizar la tecnología digital para mantenerse en contacto con la familia, los amigos y la comunidad.
- Organizar actos y campañas informativas para apoyar el autocuidado y la autogestión, tanto de las personas mayores como de quienes las cuidan.
- Apoyar el acceso a los establecimientos y servicios de salud mediante la entrega de medicamentos, la organización de transporte y el ofrecimiento de instalaciones y horarios regulares para los servicios de extensión comunitaria, como los campamentos de salud y las campañas de vacunación.
- Establecer y facilitar grupos de apoyo, incluido el apoyo entre pares para personas mayores y las personas a cargo de su cuidado, así como grupos centrados en temas concretos, para fomentar el bienestar psicosocial.
- Colaborar con empresas y organizaciones locales para sensibilizar sobre temas concretos; por ejemplo, ofrecer a las tiendas y cafeterías, los vendedores de mercados y los quioscos sugerencias sobre la mejor forma de interactuar con una persona con deterioro cognitivo, o pedir a los negocios locales que pongan sus baños a disposición de las personas mayores.
- Crear un banco de recursos de información y asesoramiento sobre cómo acceder a otros servicios y ayudas, como apoyo económico, reparto local de comidas y servicios de reparación, limpieza o jardinería para el hogar. Este tipo de apoyo puede ser especialmente importante para las personas a cargo del cuidado, a quienes se les dificulta encontrar tiempo para tales actividades. Acceder a estos servicios ayuda a reducir las exigencias de tiempo de los cuidadores y su consiguiente estrés, y les permite centrarse más en la persona a la que cuidan, al tiempo que se toman algunos descansos.
- Supervisar la aplicación del modelo ICOPE y pedir cuentas a los prestadores de servicios (tanto con fines de lucro como sin ellos) y a los responsables de las políticas por los compromisos que hayan contraído con la prestación de una atención integrada para las personas mayores.

4.1.4

Colaboración y coordinación entre el personal de salud multidisciplinario

La colaboración y la coordinación entre el personal de salud y los trabajadores sociales procedente de distintos niveles y tipos son indispensables para el éxito de la atención integrada para las personas mayores. → **3.4** Aunque los trabajadores de salud de los establecimientos de atención primaria pueden prestar muchos servicios, y en algunos contextos puede haber servicios especializados en la atención primaria, la colaboración es fundamental para asegurarse de que existan vías de derivación que permitan un acceso oportuno a los servicios especializados, incluida la prestación de atención aguda, y al sector del apoyo social.

El coordinador de la atención o el gestor de casos pueden dirigir esta coordinación y colaboración, para las cuales se debe contar con el apoyo de un equipo multidisciplinario (**recuadro 3.2**, página 35). En los casos en que se requieran conocimientos y habilidades más especializados que los que ofrecen los trabajadores de salud capacitados en la atención primaria, pueden ser necesarios profesionales de salud especializados. Esto incluye, entre otros, oftalmólogos, audiólogos, psicólogos, dentistas y profesionales en atención geriátrica (**recuadro 4.3**), servicios de rehabilitación y cuidados paliativos.

Recuadro 4.3 Atención geriátrica

Los especialistas en atención geriátrica, cuando los hay, desempeñan una función importante en la prestación de una atención integrada para las personas mayores, tanto durante episodios agudos como en la atención de las afecciones de larga duración. La atención geriátrica la prestan los geriatras, apoyados por personal de enfermería geriátrica y otros profesionales de la salud. Los geriatras, médicos especialistas en la atención de las personas mayores, tienen conocimientos avanzados para evaluar y tratar las necesidades de salud de las personas mayores y sus consecuencias sociales, incluidos los síndromes geriátricos como las caídas, la incontinencia urinaria, las úlceras por presión y el síndrome de confusión mental (*delirium*), así como para atender la polimedicación. Los geriatras y las enfermeras geriátricas trabajan con las personas mayores para permitir su autonomía; deben ser un elemento fundamental de un equipo multidisciplinario y pueden apoyar a otros miembros del equipo.

4.2

Integración de servicios y sectores

Además de la coordinación y la colaboración entre las distintas partes implicadas en la prestación del esquema de atención ICOPE y de la atención integrada en general, es fundamental la integración entre distintos servicios y sectores. Por ejemplo, las pérdidas en varios dominios de la capacidad intrínseca aumentan el riesgo de caídas de una persona mayor. Por ello, los servicios y el apoyo para la prevención de caídas deben abordar todas las pérdidas y factores de riesgo que tenga una persona mayor. Es probable que se necesiten los siguientes servicios y apoyo en respuesta a las pérdidas y afecciones múltiples.

4.2.1

Servicios de rehabilitación

La rehabilitación es un conjunto de intervenciones diseñadas para optimizar el funcionamiento, aliviar el dolor y reducir la discapacidad. ("Funcionamiento" es un término genérico utilizado en el sector de la rehabilitación para referirse a las funciones corporales, las estructuras corporales, las actividades y la participación). Es eficaz para acortar el tiempo de recuperación, prevenir las complicaciones derivadas de afecciones agudas y crónicas y mejorar la capacidad intrínseca y la capacidad funcional. Las intervenciones para la rehabilitación comprenden técnicas y procedimientos terapéuticos, ejercicios y entrenamiento (por ejemplo, ejercicios de fortalecimiento muscular, entrenamiento cognitivo, ejercicios respiratorios, capacitación para las actividades de la vida diaria, habilidades sociales o habilidades de comunicación), provisión de productos de apoyo y capacitación sobre su uso y modificaciones del entorno. Las intervenciones para la rehabilitación también abordan las habilidades de autogestión, incluida la educación y el asesoramiento sobre las propias afecciones o ejercicios autodirigidos, y la capacitación de las personas a cargo del cuidado y los familiares en técnicas y tareas relacionadas con el cuidado.

Los servicios de rehabilitación suelen estar a cargo de diversos profesionales, como enfermeras y médicos rehabilitadores, psicólogos, terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas. No obstante, el personal de salud de los establecimientos de atención primaria también puede recibir formación para ofrecer un conjunto limitado de intervenciones de rehabilitación. Es importante empoderar a la persona que recibe los servicios de rehabilitación mediante la educación y el asesoramiento, la motivación y el entrenamiento, y brindarle apoyo. Siempre se deben tener en cuenta los aspectos de seguridad para abordar cualquier problema que pueda surgir durante la prestación de las intervenciones de rehabilitación.

Las intervenciones para la rehabilitación pueden ser necesarias a consecuencia de una o varias pérdidas de capacidad intrínseca, en relación con enfermedades y factores de riesgo y para apoyar el entorno físico y social de una persona mayor. En el *Paquete de intervenciones de rehabilitación* de la OMS, se describen las diversas intervenciones para la rehabilitación, con información sobre las necesidades de personal, productos de apoyo, equipos y consumibles. Entre los ejemplos relativos a los dominios de la capacidad intrínseca destacan los siguientes:

- **Deterioro cognitivo:** Las intervenciones de rehabilitación pretenden mejorar la función cognitiva específica y ayudar a las personas a compensar el deterioro cognitivo. Hay varias intervenciones que pueden utilizarse para estimular la memoria con productos de apoyo, como ayudas para la memoria y organizadores de pastillas. La terapia de estimulación cognitiva, la terapia cognitivo-conductual (TCC) y el entrenamiento cognitivo suelen estar a cargo de psicólogos o terapeutas ocupacionales como parte de los servicios de rehabilitación, dependiendo de la capacidad de la atención de salud. → 5
- **Movilidad limitada:** Las intervenciones de rehabilitación comprenden ejercicios guiados y entrenamiento, pero también asesoramiento sobre cómo iniciar y continuar el ejercicio personalizado de una manera independiente y que se adapte a la vida diaria de la persona, y deben comprobar los progresos con respecto a las intervenciones aplicadas. Las intervenciones pueden estar dirigidas a la función articular y muscular, la fuerza muscular y el dolor y la inflamación que acompañan a afecciones musculoesqueléticas como la artrosis, la osteoporosis y la sarcopenia. También pueden incluir una intervención nutricional como un componente esencial para las personas con movilidad limitada. → 6

Los distintos servicios de atención de salud y protección social deben aunarse y prestarse de forma que respondan a las necesidades holísticas de la persona mayor, en lugar de abordar una por una las afecciones o las pérdidas específicas de capacidad intrínseca.

- **Desnutrición debida a dificultades para deglutir (disfagia):** Las intervenciones de rehabilitación comprenden la enseñanza y el entrenamiento en diferentes técnicas y ejercicios, como técnicas posturales; deglución supraglótica; ejercicios de fortalecimiento de los músculos espiratorios para mejorar la succión de los alimentos, la masticación, la manipulación de los alimentos en la boca, la salivación y la deglución; así como asesoramiento para modificar la consistencia de los alimentos. Estas técnicas se practican de forma repetitiva y, si es posible, se realizan de forma autodirigida. → 7
- **Deficiencia visual:** Las intervenciones de rehabilitación incluyen la provisión de productos de apoyo ópticos, no ópticos y electrónicos; asesoramiento para optimizar el entorno de la vivienda; capacitación en materia de orientación y movilidad y en habilidades visuales; y apoyo psicológico. → 8
- **Pérdida auditiva:** Las intervenciones de rehabilitación incluyen la provisión y la capacitación para el uso de dispositivos auditivos y productos de apoyo, así como terapia del habla y el lenguaje para mejorar las capacidades de percepción y fortalecer las habilidades comunicativas y lingüísticas. Las intervenciones también comprenden la capacitación en el uso de la lengua de señas y otros medios de sustitución sensorial, como la lectura de los labios, el uso de la escritura en la palma de la mano y el método tadoma de "lectura labial táctil". Estas intervenciones suelen correr a cargo de audiólogos y logopedas o terapeutas del habla y el lenguaje. → 9

MÁS INFORMACIÓN

 **Paquete de intervenciones de rehabilitación.** OMS; 2023 (<https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240067097>).

 **Módulo 2: afecciones musculoesqueléticas** (<https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240071100>).

 **Módulo 3: afecciones neurológicas** (<https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240071131>).

 **Módulo 6: afecciones sensoriales** (<https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240071223>).

 **Learning on TAP.** OMS; 2025 (<https://www.gate-tap.org/es/>).

4.2.2

Productos de apoyo

Los productos de apoyo (también conocidos como productos de asistencia, auxiliares o dispositivos de asistencia) incluyen andadores (andaderas), productos de apoyo para comer y beber, gafas, organizadores de pastillas, productos para la incontinencia, dispositivos que ayudan a la memoria y audífonos (aparatos auditivos). Pueden servir para mantener o mejorar la capacidad funcional de una persona y, por tanto, su independencia, al abordar las pérdidas de capacidad intrínseca, las enfermedades asociadas y las adaptaciones necesarias del entorno de la persona mayor. También pueden utilizarse para prevenir complicaciones secundarias, como el calzado para diabéticos o los colchones de alivio de la presión, y pueden disminuir las exigencias sobre las personas a cargo del cuidado.

El personal de salud capacitado debe analizar los productos de apoyo pertinentes para determinar lo que se necesita. Hay que tener en cuenta las actitudes estigmatizadoras hacia los productos de apoyo, vinculadas al capacitismo; puede ser necesario superarlas para lograr que las personas mayores utilicen estos productos. Al mismo tiempo, el uso innecesario puede generar dependencia, lo que podría reducir la autonomía.

Para garantizar el uso adecuado de los productos de apoyo es necesario observar los siguientes pasos:

1. Seleccionar el mejor producto para las necesidades de la persona.
2. Adaptar el producto a la persona.
3. Enseñar a la persona (y a las personas a cargo de su cuidado) a utilizar y cuidar su producto de apoyo.
4. Hacer un seguimiento permanente para determinar si las necesidades de la persona no han cambiado y llevar a cabo cualquier tarea de mantenimiento y reparación.

Los productos de apoyo pueden ser provistos por personal del sector de la salud o el sector de la protección social con la capacitación pertinente. Por ejemplo, es probable que un trabajador de salud provea un audífono (aparato auditivo), mientras que los servicios sociales se encargarán de colocar y gestionar los bucles de inducción auditiva. El sistema de salud suele proveer sillas de ruedas, bastones y

andadores (con o sin ruedas), y los servicios sociales pueden organizar e instalar barras y pasamanos en el hogar. Los tipos de productos que proveen los distintos sectores dependerán de los sistemas nacionales. Es importante que tanto la persona mayor como la persona o personas que la cuidan reciban información sobre los productos de apoyo y dónde acceder a ellos en función de su ubicación, así como su uso y su mantenimiento.

El personal de salud de atención primaria puede proveer algunos productos de apoyo sencillos con cierta capacitación adicional. Esto reduce la necesidad de múltiples citas en diferentes servicios especializados. La plataforma de la OMS Capacitación sobre los productos de apoyo (plataforma TAP) ofrece capacitación al personal de salud para conocer y proveer una serie de productos de apoyo sencillos. Se trata de un recurso en línea con módulos organizados en seis ejes temáticos: visión, audición, cognición, comunicación, movilidad y cuidado personal (autocuidado).

En las secciones dedicadas al entorno físico y social de los capítulos 5 a 13 del presente manual se ofrecen ejemplos de productos de apoyo para distintos dominios de la capacidad intrínseca.

4.2.3

Cuidados paliativos

Los cuidados paliativos son una estrategia que mejora la calidad de vida de los pacientes que se enfrentan a problemas relacionados con enfermedades potencialmente mortales y sus familias, y les ayuda a vivir de la forma más independiente y activa posible. Evitan y alivian el sufrimiento mediante la detección temprana, la evaluación correcta y el tratamiento del dolor y otros problemas, ya sean de orden físico, psicosocial o espiritual. También comprenden servicios para ayudar a las familias a hacer frente a la aflicción emocional, social o espiritual durante la enfermedad del paciente y el posterior duelo.

Un equipo multidisciplinario debe brindar los cuidados paliativos en la atención primaria, incluso en el domicilio de las personas mayores y según sus necesidades y preferencias, utilizando un enfoque integrado junto con cualquier tratamiento curativo o de alivio de los síntomas que se brinde. Todos los trabajadores de salud deben tener conocimientos básicos sobre cuidados paliativos para tratar los síntomas, recetar los medicamentos esenciales de los cuidados

paliativos (incluida la morfina y otros opiáceos) e incorporar los cuidados paliativos a un plan de atención personalizada. Los cuidados paliativos especializados, cuando los hay, permiten atender el dolor complejo y otros síntomas, así como el sufrimiento multidimensional.

La planificación anticipada de los cuidados debe formar parte de la práctica habitual. Es importante hablar del tema, designar a un apoderado para asuntos médicos y manifestar las preferencias de la persona sobre la atención futura. Estas conversaciones deben incluir información sobre el lugar preferido para recibir la atención y para morir (por ejemplo, el domicilio, un centro residencial de cuidados a largo plazo); las opciones relacionadas con los tratamientos médicos, incluido el traslado a un hospital y los cuidados de alta intensidad, que pueden mantener la vida pero representan una carga considerable y un sufrimiento potencial; las prácticas espirituales importantes; y las cuestiones prácticas relacionadas con la muerte.

En las personas mayores en quienes se prevé un deterioro notable, sobre todo en la capacidad cognitiva o de comunicación, es indispensable comentar y tomar decisiones en una fase temprana sobre los cuidados al final de la vida. Estas conversaciones deben llevarse a cabo con delicadeza, teniendo en cuenta las percepciones y actitudes individuales y culturales hacia la muerte y el proceso de morir, así como lo que son los cuidados paliativos y los beneficios que aportan.

MÁS INFORMACIÓN

-  **Palliative care: symptom management and end-of-life care.** OMS; 2004 (https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/68535/WHO_CDS_IMAI_2004.4.pdf?sequence=4&isAllowed=y).
-  **WHO guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents.** OMS; 2018 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241550390>).
-  **Integrating palliative care and symptom relief into primary health care.** OMS; 2018 (<https://www.who.int/publications/i/item/integrating-palliative-care-and-symptom-relief-into-primary-health-care>).

4.2.4

Medicación inadecuada y polimedicación

Las personas mayores con múltiples enfermedades son más propensas a presentar cambios en la farmacocinética y la farmacodinámica. Junto con el envejecimiento fisiológico de las vías metabólicas o catabólicas que afecta a los órganos y sistemas, incluidas las funciones renal y hepática, hay un mayor riesgo de reacciones adversas a los medicamentos. Es fundamental asegurarse de que los medicamentos sean los apropiados para que la persona obtenga los mayores beneficios con los menores perjuicios.

Se considera que hay una medicación inadecuada cuando se prescriben uno o varios medicamentos que no son necesarios o que han dejado de serlo por alguna de las siguientes razones:

- no hay una indicación basada en la evidencia, la indicación ha perdido vigencia o la dosis es innecesariamente alta;
- uno o varios medicamentos no logran sus objetivos terapéuticos;
- algún medicamento o la combinación de varios de ellos están causando reacciones adversas o tienen probabilidades de causarlas; y
- el paciente no quiere o no puede tomar uno o varios de los medicamentos según lo previsto.

La polimedicación (llamada también polifarmacia) se define comúnmente como el uso diario de cinco medicamentos o más, que incluyen los medicamentos de venta libre, los de venta con receta y los medicamentos tradicionales y complementarios. Este uso de múltiples fármacos puede acompañarse de reacciones adversas y aumenta el riesgo de consecuencias negativas para la salud, lo que se traduce en pérdidas potencialmente evitables de la capacidad intrínseca y en hospitalizaciones por cuadros agudos.

Las personas mayores que reciben una atención fragmentada o que han sido hospitalizadas recientemente (transición asistencial) y aquellas con multimorbilidad corren un mayor riesgo de polimedicación o medicación inadecuada, lo que pone de manifiesto la importancia de una atención integrada centrada en la persona.

Una revisión de la medicación es una evaluación estructurada de los medicamentos de un paciente con el objetivo de optimizar su uso y mejorar los resultados de salud. Dado que la medicación inadecuada y la polimedicación pueden contribuir a pérdidas en varios dominios de la capacidad intrínseca, la evaluación detallada debe incluir una revisión de los medicamentos. Se pueden reducir los riesgos si se retiran los medicamentos innecesarios e ineficaces, así como los medicamentos que comparten un principio activo, y se sustituyen por otras opciones si es necesario continuar con la medicación (**recuadro 4.4**, página 50).

Las partes interesadas de la comunidad pueden contribuir a abordar la medicación inadecuada y mejorar la adherencia a los tratamientos. Los agentes comunitarios de salud pueden colaborar con los farmacéuticos locales para asegurar el acceso de las personas mayores a los medicamentos de conformidad con la regulación local. También pueden ayudar a las personas mayores a tomar los medicamentos correctamente, y ofrecer educación a nivel comunitario y campañas de concientización sobre el uso seguro de la medicación, incluso para el dolor.

MÁS INFORMACIÓN

 **Medication safety in polypharmacy: technical report.** OMS; 2019 (<https://www.who.int/publications/i/item/medication-safety-in-polypharmacy-technical-report>).

4.2.5

Prevención de caídas

El deterioro en cualquier dominio de la capacidad intrínseca puede aumentar el riesgo de caídas. También influyen el entorno físico y la forma de realizar las tareas o actividades. Por ello, entre las medidas para reducir los riesgos y prevenir las caídas es importante considerar intervenciones que aborden tanto la capacidad intrínseca como los factores del entorno. Con capacitación, el personal de salud puede evaluar el riesgo de caídas. Si no es posible una visita al domicilio, pueden dar instrucciones generales a la persona mayor o quien la cuida sobre cómo reconocer los peligros del hogar y crear un entorno doméstico más seguro.

Recuadro 4.4 Cómo recetar apropiadamente y reducir los errores de medicación

- Obtenga el historial completo de medicación de la persona mayor, incluidos los medicamentos sin receta y los tradicionales, complementarios y herbarios, así como los medicamentos que se hayan retirado por falta de eficacia o efectos secundarios.
- Considere si los medicamentos pueden afectar negativamente la capacidad intrínseca.
- Evite prescribir medicamentos antes de establecer un diagnóstico, excepto en casos de dolor agudo intenso.
- Pruebe primero el tratamiento no farmacológico, cuando proceda.
- Revise la medicación con regularidad, en particular después de cualquier episodio de salud importante o alta hospitalaria (transición del cuidado) y antes de prescribir un nuevo medicamento.
- Vigile los efectos adversos, las interacciones farmacológicas y la toxicidad de los medicamentos.
- Intente utilizar un mismo medicamento para tratar dos o más afecciones (por ejemplo, antidepresivos para mejorar el estado de ánimo y para tratar los trastornos del sueño) y busque oportunidades para reducir los medicamentos.
- Proporcione una tarjeta de medicamentos y ponga a disposición de la persona organizadores de pastillas.
- Enseñe a la persona mayor y a la persona a cargo de su cuidado sobre cada medicamento, incluidos los síntomas de los posibles efectos secundarios y cuándo alertar al personal de salud, así como la importancia de comprobar las fechas de caducidad.
- Si aparecen nuevos síntomas, investigue si pueden ser el resultado de una reacción adversa a un medicamento.
- Si una persona mayor tiene un nivel de alfabetización limitado u otras dificultades con la lectura, utilice imágenes o ayudas visuales para las explicaciones, y tenga en cuenta cualquier pérdida auditiva que pueda afectar la comunicación y la comprensión.

Nota: En caso de duda sobre si se puede suspender un medicamento de forma segura, consulte a un trabajador de salud con conocimientos en la materia (por ejemplo, un farmacéutico o un geriatra).

Esto puede implicar reducir la acumulación de objetos y el desorden; retirar los tapetes sueltos y las superficies o revestimientos resbaladizos; alisar las protuberancias en pisos y escalones; mover los muebles y otros objetos duros para crear una vía amplia y despejada para transitar; mejorar la iluminación y el acceso al cuarto de baño, sobre todo por la noche; y colocar pasamanos en las escaleras y barras de apoyo o asideros en el cuarto de baño. Una rampa en la puerta principal facilitará el acceso a personas en silla de ruedas o con dificultades para subir escalones.

Una evaluación completa del riesgo de caídas comprende lo siguiente:

- Elaborar un historial de caídas que incluya detalles de las actividades que se realizaban en el momento de la caída.
- Una evaluación de:
 - capacidad intrínseca: movilidad, que incluye la función muscular y articular, la marcha, el equilibrio y la flexibilidad; visión; cognición;
 - estado cardiovascular y neurológico;
 - incontinencia urinaria de urgencia o nicturia (despertarse para orinar por la noche);
 - problemas en los pies, incluidas las deformidades de los pies y la neuropatía periférica debida a enfermedades subyacentes como la diabetes y la artrosis;
 - miedo a caerse.
- Una evaluación del entorno físico del hogar y de los alrededores para detectar posibles peligros.
- Revisión de medicamentos, como los psicotrópicos.

Algunas personas necesitarán una evaluación y una atención más exhaustivas para detectar afecciones como síncope (desmayos), epilepsia y trastornos neurodegenerativos como la enfermedad de Parkinson. Para realizar una evaluación completa del riesgo de caídas de una persona y abordarlo hacen falta conocimientos especializados.

El riesgo de caídas puede reducirse con las siguientes medidas:

- Mejorar el equilibrio y la coordinación de la persona mayor mediante ejercicios multimodales, como el taichí.
- Detectar la necesidad de modificaciones en el hogar y adaptar el entorno físico. Las pérdidas específicas de capacidad intrínseca de una persona orientarán las adaptaciones más importantes del entorno.
- Reconocer la necesidad de productos de apoyo, como gafas para las personas con deficiencia visual y calzado adecuado, y derivar a las personas para su evaluación y prescripción. Hay que instar a las personas mayores a que utilicen zapatos cerrados y resistentes en casa, en lugar de calzado “de meter” o sin cordones.

- Revisar la medicación para detectar la que sea inadecuada y retirar los medicamentos innecesarios o perjudiciales.
- En el caso de las personas con deficiencia visual, pueden introducirse cambios específicos en el hogar y en las zonas de tránsito habituales de la persona para que las tareas de la vida diaria y las actividades de ocio sean más seguras y fáciles y para reducir el riesgo de caídas. → **8.6.2**
 - **Mejorar la iluminación:** una buena iluminación es especialmente importante para ver de cerca. Instalar lámparas en pasillos, escaleras, armarios y espacios pequeños y oscuros para proporcionar luz directa. Es mejor la iluminación lateral (que no proyecte sombras).
 - **Reducir el brillo:** una luz más brillante suele ser mejor, pero el resplandor del sol o las luces intensas pueden causar molestias a algunas personas.
 - **Crear contraste:** el contraste nítido entre los objetos, y dentro de ellos, los hace más fáciles de ver, de encontrar o de evitar. Utilizar marcas de alto contraste en los bordes de los escalones (sobre todo para las personas con visión en un solo ojo) y platos de colores para que los alimentos destaquen por contraste. Utilizar pluma negra para escribir. Se puede colorear el asa de los utensilios domésticos y de cocina para hacerlos más visibles y seguros: por ejemplo, envolver el mango de un cuchillo con cinta adhesiva de color brillante o pintarlo.

Los trabajadores de salud pueden brindar asesoramiento sobre aspectos importantes relacionados con la vivienda y las iniciativas amigables con las personas mayores.

Las partes interesadas de la comunidad pueden apoyar los esfuerzos para crear entornos amigables con las personas mayores dentro y fuera del hogar, por ejemplo mediante programas de hogares amigables con las personas mayores o iniciativas para inspeccionar la zona. Esto podría adoptar la forma de una inspección de los espacios verdes, el acceso a bancas y baños públicos y los servicios e instalaciones locales. Ubicar las zonas problemáticas (como los lugares en los que la maleza y la hierba invaden los senderos o los puntos donde los obstáculos, como árboles caídos y rocas, los bloquean, así como las irregularidades en el terreno) puede proporcionar información que las partes interesadas de la comunidad, incluidos los clubes o asociaciones de personas mayores, pueden utilizar para pedir que las autoridades locales hagan reparaciones y garanticen el mantenimiento. Las partes interesadas de la comunidad también pueden colaborar con las autoridades locales para llevar a cabo este trabajo si se les proporciona la capacitación, la remuneración y el apoyo adecuados.

MÁS INFORMACIÓN

- 🔗 **Step safely: strategies for preventing and managing falls across the life-course.** OMS; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/978924002191-4>).
- 🔗 **Integrated care for older people (ICOPE) implementation pilot programme: Findings from the 'ready' phase.** OMS; 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240048355>).
- 🔗 **Global Database of Age-friendly Practices.** OMS; 2024 (<https://extranet.who.int/agefriendlyworld/age-friendly-practices/>).
- 🔗 **La Red Mundial de Ciudades y Comunidades Adaptadas a las Personas Mayores.** OMS; 2024 (<https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-FWC-ALC-18.4>).



5

Cognición

Esquema de atención para el deterioro cognitivo

El deterioro cognitivo se manifiesta de forma diferente en cada persona, y puede incluir una tendencia a los olvidos, pérdida de la atención, dificultades del lenguaje, cambios en el juicio y menor capacidad para resolver problemas. Se asocia a afecciones como la pérdida de audición y a enfermedades no transmisibles como la depresión, la hipertensión, la diabetes y la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Otros factores que aumentan el riesgo de deterioro cognitivo son la falta de ejercicio físico, el aislamiento social y un nivel educativo bajo.

El deterioro cognitivo suele ir acompañado de cambios en el estado de ánimo, el control emocional, el comportamiento o la motivación, y se vuelve más preocupante cuando empieza a interferir con la capacidad de la persona para funcionar eficazmente en su entorno (demencia). Tiene repercusiones físicas, psicológicas, sociales y económicas, no solo para la persona que lo presenta sino también para las personas a cargo de su cuidado, la familia y la sociedad en general. El deterioro cognitivo y la demencia no forman parte del envejecimiento normal, y muchas personas no tendrán deterioro cognitivo ni demencia en la vejez. La prevalencia estimada de la demencia en personas mayores de 60 años en el 2019 varió según la región, desde el 2,9% en Asia sudoriental hasta el 6,5% en Europa. La prevalencia mundial aumenta rápidamente con la edad, desde el 1,1% en personas de 60–64 años hasta el 35,9% en mayores de 90 años (20).



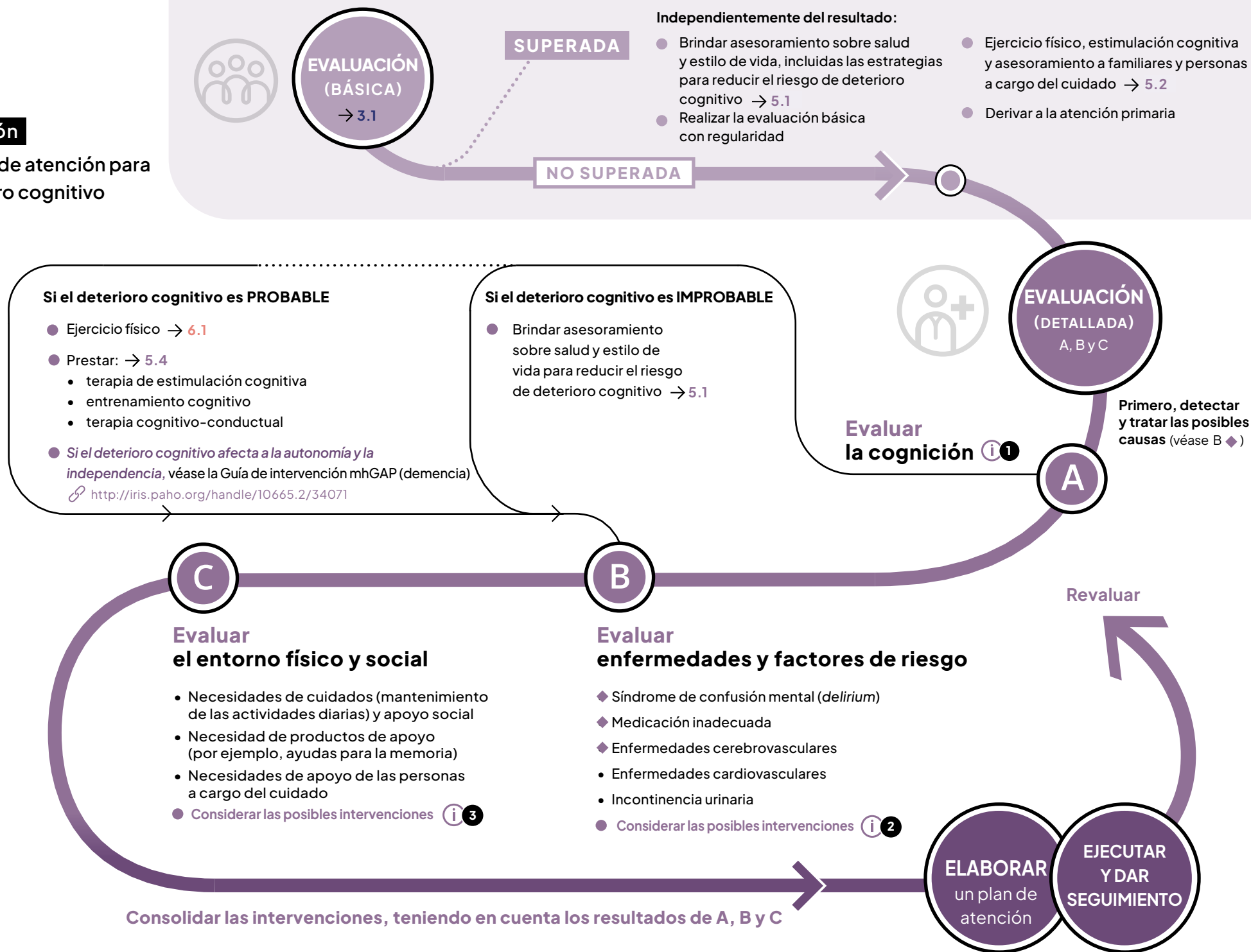
Puntos clave

- Los trabajadores de salud de la comunidad pueden realizar una evaluación básica para detectar el deterioro cognitivo mediante una serie de preguntas.
- Promover un estilo de vida saludable, que incluya ejercicio físico, estimulación cognitiva y participación social, puede optimizar la salud cerebral, incluso en las personas con deterioro cognitivo.
- Las personas a cargo del cuidado de personas con deterioro cognitivo o demencia necesitan asesoramiento sobre la mejor manera de prestar los cuidados adecuados, así como apoyo para su propia salud y bienestar.
- En caso de demencia, se necesita un enfoque más específico, dirigido o personalizado.
- Las partes interesadas de la comunidad pueden concientizar sobre el deterioro cognitivo, haciendo hincapié en que no se debe estigmatizar ni discriminar contra las personas con deterioro cognitivo o demencia y en que se deben proteger sus derechos y su dignidad. También pueden ayudar a las personas con deterioro cognitivo a seguir conectadas socialmente.

5

Cognición

Esquema de atención para el deterioro cognitivo



Necesidad de capacitación y conocimientos especializados

- Atender a las personas con múltiples enfermedades o con confusión mental aguda y con contextos sociales, incluido el aislamiento social, que requieran un enfoque más integral.
- Abordar los comportamientos y los síntomas psicológicos asociados a la demencia, como deambulación errática, apatía (parecer desinteresado), agitación, agresividad, delirios y alucinaciones.
- Brindar terapia cognitivo-conductual (5.4.3).

1 Evaluar la cognición → 5.3

Para la evaluación detallada de la capacidad cognitiva se debe utilizar una herramienta validada localmente. En el **cuadro 5.1** se ofrece una lista de opciones para evaluar la cognición en los centros de atención primaria.

¿Qué es la demencia?

La demencia es un síndrome crónico y progresivo que se origina por alteraciones en el cerebro. Aunque la enfermedad de Alzheimer es la forma más común, la demencia puede estar causada por diversas enfermedades y lesiones cerebrales. La demencia provoca un deterioro de la función cognitiva e interfiere con la memoria y las habilidades necesarias para llevar a cabo actividades de la vida diaria como asearse, vestirse, comer y la higiene personal, así como gestionar las finanzas y los asuntos personales y ocuparse de las tareas domésticas. Otros síntomas comunes son el deterioro del control emocional, el comportamiento social y la motivación.

→ Cuadro 5.1 Ejemplo de herramientas de evaluación cognitiva breve para su uso en la atención primaria

HERRAMIENTA/PRUEBA	VENTAJA	DESVENTAJA	TIEMPO
 Mini-Cog https://mini-cog.com/wp-content/uploads/2022/09/SPANISH-Mini-Cog.pdf	Breve; mínimo sesgo lingüístico, educativo y racial; puede ser una herramienta de tamizaje alternativa	El uso de diferentes listas de palabras puede afectar la puntuación	2–4 min
 Evaluación cognitiva de Montreal (MoCA) https://mocacognition.com/paper/	Permite detectar un deterioro cognitivo leve; disponible en varios idiomas	Sesgo educativo y cultural, pocos datos publicados e implicaciones de capacitación y económicas (derechos de autor)	10–15 min
 Mini examen del estado mental (MMSE) https://www.parinc.com/products/pkey/237	Ampliamente utilizado y estudiado	Sujeto a sesgos culturales y de edad, efectos de techo (umbral demasiado alto) e implicaciones e capacitación y costos (derechos de autor)	7–10 min
 Evaluación de la cognición por el médico general (GPCOG) https://gpcog.com.au/uploads/ckfinder/userfiles/files/Spanish_GPcog_20161024.pdf	Mínimo sesgo cultural y educativo; disponible en varios idiomas	Puede ser difícil realizar la entrevista al informante	5–6 min
 Escala universal de evaluación de la demencia de Rowland (RUDAS) https://www.dementia.org.au/professionals/assessment-and-diagnosis-dementia/rowland-universal-dementia-assessment-scale-rudas	Mínimo sesgo lingüístico, educativo y sociocultural	Pocos datos publicados	10 min

2 Intervenciones relativas a enfermedades y factores de riesgo → 5.5

- Síndrome de confusión mental agudo** → ● Determinar la causa (deshidratación grave, infección, medicación, alteraciones metabólicas o electrolíticas) y tratarla (5.5.1)
- Medicación inadecuada** → ● Revisar la medicación y retirarla o prescribir alternativas (5.5.2)
- Enfermedades cerebrovasculares y cardiovasculares** → ● Abordar las enfermedades y reducir los factores de riesgo (5.5.3, 5.5.4)
- Incontinencia urinaria** → ● Véase el esquema de atención para la incontinencia urinaria → 13

3 Intervenciones relativas al entorno físico y social → 5.6

- Necesidades de cuidados y apoyo social** → ● Permitir la participación social y la capacidad de mantener las actividades diarias (5.6.1)
- ● Brindar cuidados y apoyo personal para las actividades de la vida diaria (11.6)
- ● Detectar y atender el riesgo de caídas en el hogar y sus alrededores (4.2.5)
- Necesidad de productos de apoyo** → ● Orientar sobre ayudas para la memoria (notas, recordatorios y calendarios) (5.6.2)
- Necesidades de apoyo de las personas a cargo del cuidado** → ● Brindar asesoramiento (5.2.3) y capacitación sobre cómo apoyar a una persona mayor con deterioro cognitivo, y apoyo para el bienestar de las personas a cargo del cuidado (12.4)

5.1

Asesoramiento sobre salud y estilo de vida para reducir el riesgo de deterioro cognitivo



Los agentes de salud comunitarios y las partes interesadas de la comunidad pueden asesorar a las personas mayores y a quienes las cuidan sobre comportamientos y estrategias de salud y estilo de vida para reducir el riesgo de deterioro cognitivo, junto con un asesoramiento más general. → 3.1.3 Este asesoramiento sigue siendo pertinente para las personas con deterioro cognitivo, en quienes es posible prevenir una mayor pérdida. También puede ser útil el asesoramiento específico para estas personas.

Para todas las personas mayores, es importante lo siguiente:

- abordar los factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares;
- realizar entrenamiento cognitivo mediante la práctica repetitiva para mejorar la memoria;
- realizar actividades regulares de estimulación cognitiva, a solas, como leer, jugar, aprender algo nuevo y tocar música;
- ser activo socialmente y participar en la comunidad (por ejemplo, interactuar con hijos y nietos, practicar aficiones, escuchar y debatir noticias y temas de actualidad);
- abordar la pérdida de audición y la depresión. → 9 10

Para las personas mayores con (posible) deterioro cognitivo, es importante lo siguiente:

- comprender la naturaleza de su afección y las opciones de tratamiento y apoyo disponibles.

La información se puede transmitir por medio de conversaciones individuales, reuniones y debates en grupo y campañas de concientización. Estas campañas más amplias son importantes para cuestionar las ideas erróneas sobre el deterioro cognitivo, a menudo muy extendidas. Es necesario educar a las comunidades para que comprendan que el deterioro cognitivo no es una “parte normal del envejecimiento” y hacer frente a las creencias culturales nocivas en torno al deterioro cognitivo como “castigo” o “brujería”, así como a la estigmatización y el maltrato que pueden producirse como consecuencia de ello. La estigmatización y la discriminación agravan las repercusiones psicológicas, sociales, emocionales y económicas (importantes de por sí) que acarrea la demencia para las personas que la presentan, quienes las cuidan, sus familias y sus comunidades.

5.2

Atención de salud comunitaria para abordar el deterioro cognitivo



Si se detecta un posible deterioro cognitivo en una persona mayor mediante una evaluación básica ICOPE y no se cuenta de inmediato con una evaluación detallada, los agentes comunitarios de salud y las partes interesadas de la comunidad pueden proporcionar apoyo con ejercicio físico, estimulación cognitiva y asesoramiento para los familiares.

5.2.1

Ejercicio físico

Mantenerse activo físicamente puede reducir el riesgo de deterioro cognitivo o de su avance. Diversos tipos de ejercicio físico, incluido el ejercicio aeróbico de intensidad moderada y los ejercicios de equilibrio y fortalecimiento muscular, como el taichí, tienen efectos positivos sobre la función cognitiva y el funcionamiento cotidiano (21) (22) (23). Las partes interesadas de la comunidad pueden ayudar a las personas mayores a realizar ejercicio físico (30–45 minutos tres o cuatro veces por semana durante más de 12 semanas) mediante la creación y gestión de programas de ejercicio y haciendo que esos programas sean accesibles y asequibles. → 6.1

5.2.2

Estimulación cognitiva

Con capacitación, los agentes comunitarios de salud y otras partes interesadas de la comunidad pueden apoyar a las personas mayores mediante la estimulación cognitiva. Según las circunstancias y la capacidad de las partes interesadas de la comunidad, se pueden organizar sesiones individuales o de grupo de manera más o menos formal, como un grupo de baile en línea, un club de ajedrez o una clase de idiomas. Los grupos son eficaces si sus miembros comparten un objetivo común.

5.2.3

Asesoramiento a familiares y personas a cargo del cuidado

Brindar asesoramiento práctico para la vida diaria a los familiares y las personas a cargo del cuidado puede ser útil para ayudarles a cuidar de una persona mayor con deterioro cognitivo.

- Ayudar a la persona mayor a anotar las citas, poner recordatorios y tener un calendario en la nevera o frigorífico o en la pared con estas citas y con un orden de tareas a lo largo del día.
- Apoyar las necesidades de atención social de la persona mayor con deterioro cognitivo, incluso mediante la elaboración de planes para las actividades de la vida diaria.
- Ofrecer información orientadora, como la fecha, lo que está ocurriendo en la comunidad, los nombres de los visitantes, el clima, noticias de familiares, etc.
- Promover y organizar contactos con amigos y familiares en el hogar y en la comunidad.
- Adaptar la vivienda para reducir el riesgo de caídas y traumatismos. → 4.2.5
- Colocar rótulos en el hogar para ayudar a la persona a orientarse (por ejemplo, para ir al cuarto de baño, al dormitorio, a la puerta de salida al exterior).
- Organizar y participar en actividades sociales (en función de las capacidades de la persona). → 9 10

- Conocer y comprender la naturaleza de la afección de la persona a la que cuidan, así como las opciones de tratamiento y apoyo disponibles.
- Recordar la importancia de cuidar de su propia salud y bienestar. → 12

MÁS INFORMACIÓN



Directrices de la OMS para la reducción de los riesgos de deterioro cognitivo y demencia. OPS; 2020
(<https://iris.paho.org/handle/10665.2/52426>).



Herramientas del mhGAP para usar en la comunidad: versión de prueba sobre el terreno. Programa Mundial para Superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP). OPS; 2021 (https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54972/9789275324639_spa.pdf).



Towards a dementia inclusive society: WHO toolkit for dementia-friendly initiatives. OMS; 2021
(<https://www.who.int/publications/i/item/9789240031531>).

5.3 Evaluar la cognición



La cognición es un proceso asociado al pensamiento que incluye el razonamiento, la memoria, el juicio, la resolución de problemas y la planificación. Un paso importante antes de cualquier prueba diagnóstica de la función cognitiva es detectar y tratar toda causa reversible. (◆). → 5.5

Casi todas las evaluaciones cognitivas estandarizadas que se utilizan para la evaluación básica o el diagnóstico del deterioro cognitivo presuponen un mínimo de instrucción (**cuadro 5.1**, página 55). Si una persona tiene un bajo nivel educativo o es analfabeta, la evaluación cognitiva puede verse limitada (24) (25). Otros factores socioculturales, como el idioma que se va a utilizar y la situación socioeconómica, también pueden afectar la eficacia de una evaluación. Deben tenerse en cuenta dichos factores y, en caso necesario, utilizar una entrevista y el juicio clínico. Para estas personas es muy recomendable asistir a cursos de alfabetización para adultos (si los hay), ya que favorecen la salud cognitiva.

El esquema de atención menciona dos vías diferentes a seguir, en función de los resultados de una evaluación cognitiva detallada. Aun cuando la función cognitiva resulte normal, es preciso evaluar a la persona para detectar enfermedades, factores de riesgo y otros aspectos del entorno físico y social.

Una persona con deterioro cognitivo también debe ser evaluada para buscar si hay dificultades con las actividades básicas de la vida diaria o las actividades instrumentales de la vida diaria. Asimismo, hay que examinar los resultados de la evaluación básica de otros dominios de la capacidad intrínseca relacionados, como la movilidad limitada, la pérdida de audición y los síntomas depresivos, y llevar a cabo una evaluación detallada si fuera necesario. → 6 9 10 Esta información es importante para integrar las intervenciones relacionadas con otras pérdidas de la capacidad intrínseca y las necesidades de atención y apoyo sociales como parte de un plan de atención personalizada. → 11

5.4 Abordar el deterioro cognitivo



Las intervenciones para abordar el deterioro cognitivo siempre deben prestarse como parte de un plan de atención integral personalizada que atienda las afecciones subyacentes (por ejemplo, las enfermedades cardiovasculares), las manifestaciones como el síndrome de confusión mental agudo y los factores de riesgo, junto con intervenciones para otros dominios de la capacidad intrínseca.

Para una persona con demencia, es apropiado un enfoque más específico, dirigido o adaptado. En los casos con múltiples enfermedades asociadas o confusión mental aguda y con síntomas conductuales y psicológicos, como deambulación errática, apatía, agitación, agresividad, delirios y alucinaciones, puede ser necesaria la derivación a especialistas.

Además del ejercicio físico y la estimulación cognitiva, que pueden proporcionarse en la comunidad, existen muchas otras formas de manejar el deterioro cognitivo. Se debe considerar la conveniencia de la terapia de estimulación cognitiva, el entrenamiento cognitivo, la terapia cognitivo-conductual (TCC) y la derivación a servicios de rehabilitación (→ 4.2.1), en consonancia con la guía de intervención mhGAP de la OMS para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias (*Mental Health Gap Action Programme [mhGAP] guideline for mental, neurological and substance use disorders*). Estas intervenciones suelen correr a cargo de psicólogos o terapeutas ocupacionales, pero puede prestarlas un trabajador de salud capacitado y bajo supervisión en un establecimiento de atención primaria. Deben aplicarse los protocolos locales para la derivación a especialistas.

No se recomienda la prescripción de medicamentos contra la demencia para el deterioro cognitivo sin un diagnóstico de demencia. Antes de prescribir estos medicamentos, es necesario capacitar y supervisar al personal de salud a fin de garantizar su competencia en el diagnóstico y el seguimiento.

5.4.1

Terapia de estimulación cognitiva

La terapia de estimulación cognitiva comprende varias técnicas, como la orientación hacia la realidad, la validación y la evocación. El enfoque convencional de grupo hace hincapié en la interacción social mediante la estimulación simultánea de múltiples funciones cognitivas, e implica hasta 14 sesiones temáticas de unos 45 minutos cada una, celebradas dos veces por semana. Por lo común, una sesión comienza con alguna actividad preparatoria que no sea de tipo cognitivo, para luego pasar a las tareas cognitivas dirigidas por un facilitador, como la orientación respecto a la realidad (p. ej., un cartel en el que se indique el lugar, la fecha y la hora). Las sesiones se centran en distintos temas, por ejemplo, la infancia, el uso del dinero, los juegos de palabras, la cocina o la música. Las actividades en general evitan la rememoración de hechos concretos y en cambio plantean preguntas como “¿qué tienen en común (estas palabras o estos objetos)?”

5.4.2

Entrenamiento cognitivo

El entrenamiento cognitivo se refiere a una serie de técnicas que se aplican para poner en acción el pensamiento y la cognición con diversos grados de amplitud y especificidad. Se dirige a funciones cognitivas aisladas (por ejemplo, la memoria) con la práctica individual y repetitiva de tareas cognitivas estandarizadas; por ejemplo, colocar cinco objetos de uso cotidiano (una taza, un bolígrafo, una llave, etc.) sobre una mesa, estudiarlos durante un minuto, cubrirlos con un paño y luego tratar de recordarlos. Para progresar en el ejercicio, se puede utilizar un mayor número de objetos y ampliar el tiempo entre el momento de cubrirlos y el momento de recordarlos. La finalidad es mejorar o mantener los procesos cognitivos o abordar el efecto de su deterioro en la capacidad funcional asociada en la vida diaria.

Es importante indicar a los familiares y las personas a cargo del cuidado que deben ofrecer regularmente a las personas mayores información como el día, la fecha, la hora, el estado del tiempo, los nombres de otras personas, etc., que las ayude a mantenerse orientadas en tiempo y espacio.

Suministrar materiales como periódicos, programas de radio y televisión, álbumes familiares y artículos domésticos a las personas mayores puede promover la comunicación, orientarlas respecto a los acontecimientos de actualidad, estimular los recuerdos y facilitar que compartan y valoren sus experiencias.



5.4.3

Terapia cognitivo-conductual

La terapia cognitivo-conductual (TCC) es un término general que abarca una amplia gama de técnicas psicológicas destinadas a mejorar la función afectiva. La TCC se centra en el proceso del pensamiento más que en su contenido, para ayudar a las personas a aceptar sus pensamientos. Puede tener efectos positivos en el funcionamiento cotidiano y la calidad de vida y reducir los síntomas depresivos concomitantes. → 10.4.2

MÁS INFORMACIÓN



 **Optimizing brain health across the life course: WHO position paper.** OMS; 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240054561>).

 **mhGAP guideline for mental, neurological and substance use disorders (3rd edition).** OMS; 2023 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240084278>).

 **Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0.** OPS; 2017 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/34071>).

5.5

Evaluar y abordar las enfermedades y los factores de riesgo asociados



Al evaluar las enfermedades y los factores de riesgo relacionados con el deterioro cognitivo, se debe empezar por detectar y tratar las posibles causas (◆). Entre las afecciones reversibles y los factores de riesgo más comunes figuran el síndrome de confusión mental agudo (*delirium*), la medicación y las enfermedades cerebrovasculares. En algunos casos, tratar o resolver estas afecciones produce una mejora de la cognición. Si persiste el deterioro cognitivo, será necesaria una nueva evaluación.

Para descubrir una causa reversible de deterioro cognitivo hace falta realizar un estudio diagnóstico completo, que a veces incluye análisis de sangre. Puede ser necesario explorar varias explicaciones posibles de los síntomas para plantear de forma precisa el plan de atención.

5.5.1

Síndrome de confusión mental agudo ◆

El síndrome de confusión mental (*delirium*) es una pérdida aguda y fluctuante de la capacidad para dirigir, cambiar, mantener y centrar la atención. Las personas también se muestran confundidas sobre dónde están y la hora que es. Este cuadro aparece en un lapso breve y suele variar a lo largo del día. Puede ir acompañado de otras alteraciones de la percepción, la memoria, el pensamiento, las emociones y la concentración. En una persona con un deterioro cognitivo importante, incluida la demencia, cualquier cambio repentino de circunstancias, como una mudanza o un duelo, puede precipitar un empeoramiento del síndrome de confusión mental. En la mayoría de las personas, los factores precipitantes habituales son diversos trastornos, en particular las infecciones, la deshidratación, la toma de nuevos medicamentos, las alteraciones metabólicas (como la hipoglucemia, la hiponatremia, el hipotiroidismo o la carencia de vitaminas), los traumatismos, el consumo de sustancias psicoactivas o la abstinencia de sustancias.

5.5.2

Medicación inadecuada ◆

Dos o más medicamentos pueden interactuar y provocar efectos adversos. → 4.2.4 En algunas personas, los posibles efectos nocivos de los medicamentos pueden ser mayores que sus beneficios. En particular, cabe destacar los opiáceos, los antidepresivos y psicotrópicos, las dihidropiridinas, los antihistamínicos y los antimuscarínicos (26).

5.5.3

Enfermedad cerebrovascular ◆

Las enfermedades cerebrovasculares guardan una estrecha relación con el deterioro cognitivo. Si el paciente tiene antecedentes de un accidente cerebrovascular o isquemia cerebral transitoria, lo primordial para detener el deterioro cognitivo será prevenir que se repitan estos episodios.

5.5.4

Enfermedades cardiovasculares y factores de riesgo

Las enfermedades cardiovasculares y los factores de riesgo conexos, como la hipertensión, la diabetes y el colesterol alto, son factores modificables del deterioro cognitivo. El riesgo de presentar enfermedades cardiovasculares se puede reducir si se adopta un estilo de vida saludable. El diagnóstico temprano y el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares son indispensables para prevenir las complicaciones. El tamizaje para la hipertensión puede integrarse en la comunidad mediante la medición de la presión arterial, seguida de una derivación rápida. → 3.1.5, 3.2.2 Se exhorta a detectar la diabetes en fase temprana en un establecimiento de atención primaria, realizando análisis en las personas que presenten síntomas, sobrepeso u obesidad. En el caso de las personas con enfermedades cardiovasculares, debe prestarse apoyo para garantizar la adherencia al tratamiento, que incluye la medicación.

5.5.5

Incontinencia urinaria → 13

La incontinencia urinaria es frecuente en las personas con deterioro cognitivo y debe detectarse y manejarse según proceda.

5.6 Evaluar y manejar el entorno físico y social



5.6.1 Cuidados y apoyo social → 11

Con la capacitación y el apoyo de los trabajadores de salud, los familiares y las personas a cargo del cuidado pueden elaborar planes para las actividades de la vida diaria que maximicen la actividad independiente, mejoren la capacidad funcional, ayuden a adaptarse y a adquirir habilidades y reduzcan al mínimo la necesidad de apoyo.

En el caso de las personas con demencia, puede ser necesario adoptar medidas específicas para apoyar sus actividades diarias a la vez que se vela por su seguridad. Estas medidas deben ser proporcionales a las capacidades de la persona y modificarse a medida que su afección avanza. Por ejemplo, alguien con síntomas más avanzados de demencia no debe conducir y debe evitar el uso del gas para cocinar, cocinar con otra persona presente y llevar consigo una nota con su nombre y dirección por si se pierde.

Las personas a cargo del cuidado también pueden informar a los amigos y vecinos sobre la demencia de la persona, en caso de que se desoriente y la encuentren en la comunidad. En algunos contextos, puede haber servicios de teleasistencia que incluyan botones de emergencia y otros dispositivos para ayudar a las personas mayores con demencia a mantenerse seguras en casa y en el entorno comunitario, a la vez que dan tranquilidad a las personas a cargo de su cuidado.

Las partes interesadas de la comunidad pueden ayudar a crear entornos amigables para las personas mayores e inclusivos para la demencia, desde espacios al aire libre hasta servicios públicos (bibliotecas, cafeterías, etc.) y negocios.



5.6.2 Productos de apoyo, incluidas las ayudas para la memoria

Los productos de apoyo, incluidas las ayudas para la memoria (notas, recordatorios y calendarios), ayudan a las personas con deterioro cognitivo a recordar cosas importantes y a seguir viviendo con cierta independencia. Puede ser útil colocar notas y otros recordatorios por la casa, por ejemplo, una lista o fotografías cerca de la puerta para recordar a la persona lo que debe llevar consigo al salir de casa. También puede ser útil rotular los armarios, para que la persona sepa dónde encontrar las cosas, y etiquetar los objetos especificando su uso. Si se cuenta con un teléfono inteligente, las alertas, las aplicaciones y las funciones de calendario pueden ser ayudas útiles para la memoria. El uso de pastilleros u organizadores ayudará a que la persona recuerde tomar los medicamentos según lo prescrito.

Las notas para recordatorio pueden incluir lo siguiente:

- tareas domésticas;
- medicamentos y cuándo tomarlos;
- listas de compras;
- números de teléfono de amigos cercanos, familiares y servicios de urgencia;
- cómo realizar tareas importantes.

5.6.3 Optimizar el entorno físico para reducir el riesgo de caídas

Para reducir el riesgo de caídas puede ser útil evaluar y modificar el entorno físico. → 4.2.5

5.6.4

Apoyo a las personas a cargo del cuidado → 12

Cuidar de una persona mayor con deterioro cognitivo, incluida la demencia, puede ser abrumador. A medida que avanza el deterioro cognitivo, las personas pueden volverse olvidadizas y necesitar cada vez más ayuda con las tareas de la vida diaria. Es posible que no reconozcan a familiares o amigos y que tengan cambios en el comportamiento que pueden resultar dolorosos y difíciles de abordar para quienes las cuidan. Estas exigencias pueden poner en peligro la salud y el bienestar de las personas a cargo del cuidado.

Es importante que las personas a cargo del cuidado reciban apoyo para su bienestar, e información y capacitación para fortalecer su capacidad de prestar cuidados.

El apoyo puede centrarse en la importancia de realizar actividades diarias regulares, reconocer y modificar los factores de riesgo de caídas en el entorno, registrar detalladamente los incidentes de caídas (→ 4.2.5), conocer los productos de apoyo y saber qué hacer ante un comportamiento desafiante y cómo responder si la persona no se acuerda de quien la cuida.

MÁS INFORMACIÓN

🔗 *iSupport para la demencia. Manual para el entrenamiento y apoyo de cuidadores de personas con demencia.* OMS; 2019 (<https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241515863>).

6

Capacidad locomotora

Esquema de atención para mejorar la movilidad

La salud musculoesquelética se refiere al desempeño del aparato locomotor, que comprende músculos, huesos, articulaciones, nervios y tejido conjuntivo. La capacidad locomotora se define como el estado del aparato locomotor de una persona, que abarca la resistencia, el equilibrio, la fuerza, función y potencia musculares y la función articular, y cómo cambia con el tiempo (27). La movilidad es la interacción de la capacidad locomotora con el entorno de una persona. La movilidad es un factor determinante para mantener la autonomía y la independencia.

El estado nutricional está relacionado estrechamente con la capacidad locomotora. El dolor también afecta a la movilidad, el equilibrio y la coordinación, lo que puede aumentar el riesgo de caídas. Hay estrategias eficaces para mejorar y mantener la capacidad locomotora y la movilidad en las personas mayores.



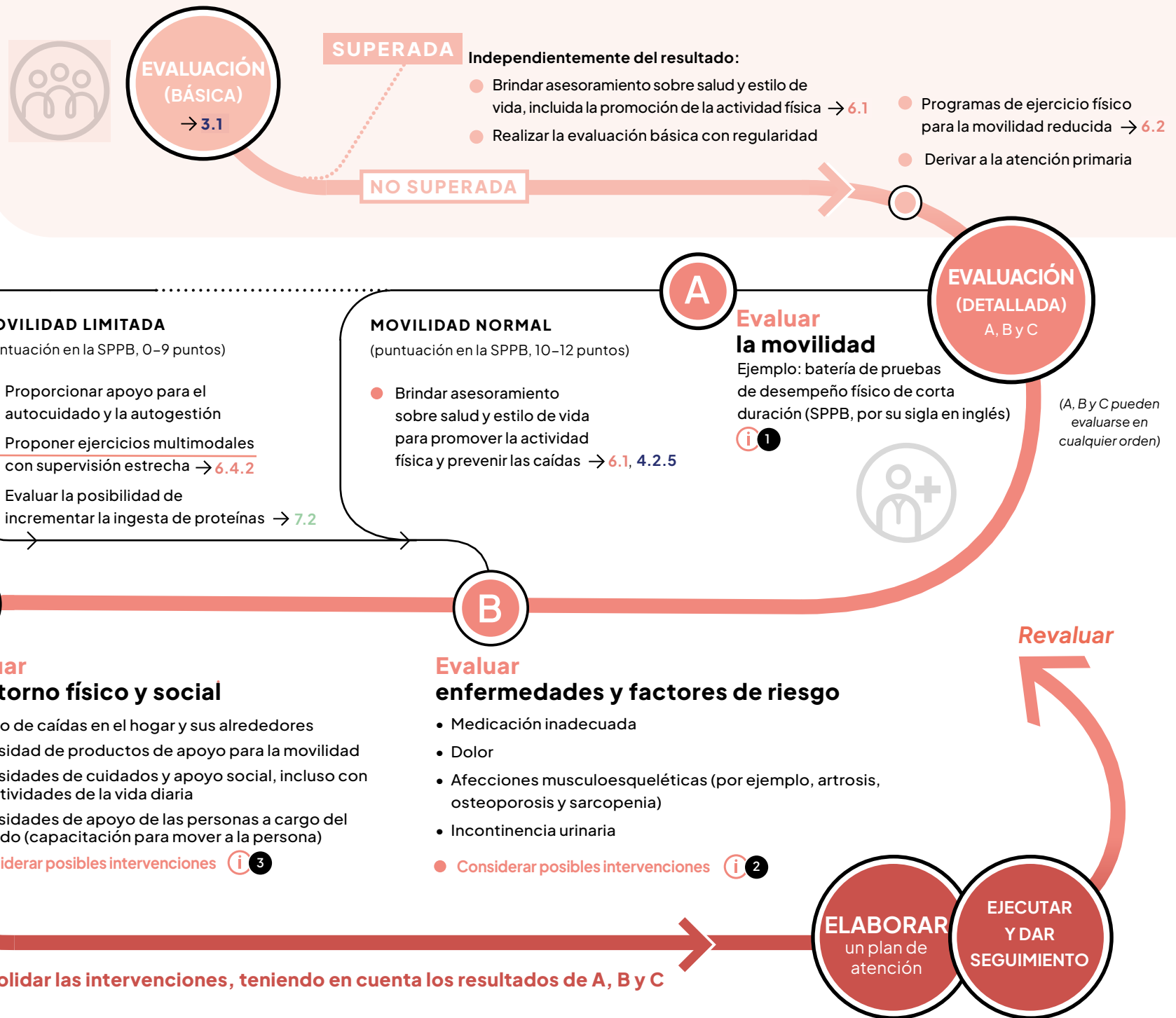
Puntos clave

- Los trabajadores de salud de la comunidad pueden realizar una evaluación básica para detectar la pérdida de movilidad con una sencilla prueba.
- Un programa de ejercicio multimodal, adaptado a las capacidades, preferencias y necesidades individuales, es la estrategia más importante para mejorar o mantener la capacidad locomotora, junto con las intervenciones nutricionales.
- El personal de salud debe evaluar el dolor e incluir intervenciones de tratamiento del dolor en un plan de atención personalizado.
- Los productos de apoyo permiten que las personas mayores conserven la movilidad a pesar de una capacidad locomotora reducida.
- Las adaptaciones en el entorno del hogar y sus alrededores pueden contribuir a la capacidad funcional de las personas mayores con movilidad limitada.
- Las organizaciones comunitarias y las propias personas mayores pueden apoyar la adherencia a la actividad física, incluido el ejercicio, al establecer sus propias actividades y con el apoyo entre pares.

6

Capacidad locomotora

Esquema de atención para mejorar la movilidad



Ejercicio multimodal

Un programa de ejercicio multimodal para personas con movilidad limitada combina distintos tipos de ejercicio, haciendo hincapié en los grupos musculares centrales de la espalda, los muslos, el abdomen y la parte inferior del cuerpo

Necesidad de capacitación y conocimientos especializados

- Rehabilitación para las personas con pérdida importante de la capacidad intrínseca y multimorbilidad (4.2.1)
- Manejo del dolor crónico que limita la actividad (6.5.2)
- Manejo del dolor y del sufrimiento multidimensional asociados a las enfermedades potencialmente mortales (4.2.3)
- Ejercicio personalizado basado en una evaluación de los riesgos para la seguridad (recuadro 6.1)
- Suministro y mantenimiento de productos de apoyo para la movilidad (6.6.2)

1 Evaluar la movilidad → 6.3

Batería de pruebas de desempeño físico de corta duración (SPPB, por su sigla en inglés)

La SPPB mide el desempeño cronometrado de tres tareas, cada una de las cuales se califica de 0 a 4, para una puntuación total desde 0 (la más baja) hasta 12 (la más alta).

Describe cada una de las pruebas y pregunte a la persona si se siente capaz de ejecutarla. En caso negativo, anote la puntuación que corresponda y pase a la siguiente prueba.

- Equilibrio:** consiste en mantenerse de pie durante 10 segundos con los pies en cada una de las tres posiciones. Utilice la suma de las tres puntuaciones. Si la persona no intenta alguna, dé por terminada la prueba de equilibrio.
- Velocidad de marcha:** tiempo que tarda en caminar 4 metros

< 4,82 segundos	4 puntos
4,82–6,20 segundos	3 puntos
6,21–8,70 segundos	2 puntos
> 8,70 segundos	1 punto
No puede hacerlo	0 puntos
- Prueba de la silla:** tiempo que tarda en levantarse de una silla cinco veces

< 11,19 segundos	4 puntos
11,2–13,69 segundos	3 puntos
13,7–16,69 segundos	2 puntos
16,7–59,90 segundos	1 punto
> 60 segundos o no puede hacerlo	0 puntos

Puntuación final de la SPPB: suma de la puntuación de las tres pruebas.

2 Intervenciones relativas a enfermedades y factores de riesgo → 6.5

- Medicación inadecuada** → ● Revisar la medicación y retirarla o prescribir alternativas (6.5.1)
- Dolor** → ● Manejo del dolor, incluso con ejercicio físico e intervenciones psicológicas (6.5.2)
- Afecciones osteomusculares** → ● Tratar las enfermedades (6.5.3)
- Incontinencia urinaria** → ● Véase el esquema de atención para la incontinencia urinaria → 13

3 Intervenciones relativas al entorno físico y social → 6.6

- Riesgo de caídas** → ● Optimizar el entorno físico del hogar y los alrededores (4.2.5)
- Necesidad de productos de apoyo** → ● Suministrar productos de apoyo para la movilidad y asesorar sobre su uso y mantenimiento (6.6.2)
- Necesidades de cuidados y apoyo social** → ● Brindar cuidados y apoyo personal para las actividades de la vida diaria (11.6)
- ● Apoyar el acceso a la atención de salud y la obtención de medicamentos (6.6.3)
- Necesidades de apoyo de las personas a cargo del cuidado** → ● Capacitar sobre la forma de acomodar y mover a una persona mayor con pérdida de movilidad (12.4)

	Pies en paralelo	
	Se mantiene 10 segundos	1 punto
	No se mantiene 10 segundos	0 puntos
	Pies en semitándem	
	Se mantiene 10 segundos	1 punto
	No se mantiene 10 segundos	0 puntos
	Pies en tándem	
	Se mantiene 10 segundos	2 puntos
	Se mantiene 3 a 10 segundos	1 punto
	Se mantiene < 3 segundos	0 puntos
	No lo intenta	0 puntos

Si la persona no intenta alguna, dé por terminada la prueba de equilibrio.

Cómo afecta el dolor a la movilidad → 6.5.2

El dolor es una experiencia sensorial y emocional singular y desagradable que puede limitar las actividades y dificultar la vida diaria. Puede causar molestias, limitar el movimiento y afectar el sueño y la participación social. A su vez, se ve influido por las circunstancias físicas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales de una persona. El dolor también puede repercutir en el estado de ánimo, la motivación, el bienestar general y los síntomas depresivos. El dolor puede ser agudo, pero en las personas mayores suele ser crónico (de más de 3 meses). El dolor intenso asociado con el movimiento puede limitar e incluso impedir la realización de ejercicio. Para abordar el dolor es necesario evaluarlo de manera integral, comprender los objetivos de la persona respecto al tratamiento para el dolor y utilizar métodos farmacológicos y no farmacológicos para lograr un control óptimo.

6.1

Asesoramiento sobre salud y estilo de vida para promover la actividad física



Todo el mundo debería realizar una actividad física regular. Los beneficios están bien demostrados, incluso para las personas mayores y las que tienen dolor. Entre dichos beneficios están prevenir y controlar los factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares; reducir los síntomas depresivos y la ansiedad y mejorar la función cognitiva; promover y mantener la capacidad locomotora y evitar las caídas; y mejorar la salud ósea, lo que previene la osteoporosis (28).

Los agentes comunitarios de salud y otras partes interesadas de la comunidad pueden asesorar sobre la actividad física a todas las personas mayores, incluidas aquellas con una posible pérdida de movilidad. Este asesoramiento se puede brindar junto con el asesoramiento más general sobre salud y estilo de vida. → 3.1.3 El asesoramiento sobre la actividad física debe tener en cuenta la capacidad intrínseca de la persona y su entorno físico y social, así como las percepciones culturales y la aceptabilidad de la actividad física en su contexto. El asesoramiento también debe incluir el hecho de que una actividad demasiado intensa, incluido el trabajo físico, puede no ser beneficiosa.

Para todas las personas mayores y las personas a cargo de su cuidado:

- Todas las personas mayores pueden beneficiarse de la actividad física, independientemente de su nivel de movilidad.
- Cada movimiento cuenta. Cualquier actividad física es mejor que ninguna. Las personas mayores pueden empezar poco a poco, realizando pequeñas cantidades de actividad física, y aumentar gradualmente la frecuencia y la intensidad. Algunas opciones son caminar, montar en bicicleta, hacer jogging, nadar, realizar las tareas domésticas, trabajar en el jardín, bailar y hacer deporte.
- Un comportamiento demasiado sedentario no es saludable. Ponerse en movimiento y sustituir el tiempo sedentario por actividad física de cualquier intensidad aporta beneficios para la salud.

- La actividad física se debe ajustar a la capacidad de la persona.
- También es importante una alimentación saludable. → 7.1

Cada semana:

- Hacer al menos 150 minutos de actividad aeróbica moderada, al menos 75 minutos de actividad aeróbica intensa, o una combinación equivalente de ambas.
- Intentar hacer 300 minutos de actividad moderada o 150 minutos de actividad vigorosa para obtener beneficios sustanciales para la salud.
- Hacer al menos 10 minutos de ejercicio cada vez.
- Realizar actividades de fortalecimiento muscular que impliquen a todos los grupos musculares principales dos días o más.
- Realizar actividad física que mejore el equilibrio tres días o más.
- Realizar actividad física multimodal que combine entrenamiento de equilibrio y de fuerza tres días o más.
- Si no se puede hacer tanto ejercicio como se recomienda, mantenerse tan activo físicamente como sea posible.

Actividad moderada: el corazón late más rápido de lo normal y la persona suda ligeramente. Mantener una conversación es difícil, pero no imposible.

Actividad intensa: el corazón late muy rápido y la persona respira intensamente. Mantener una conversación es casi imposible y es probable que la persona sude profusamente.

Para las personas mayores con posible limitación de la movilidad, a fin de prevenir las caídas:

- Ciertas actividades pueden ayudar a prevenir las caídas, incluidas las actividades de equilibrio como el yoga.
- Adaptar el entorno del hogar mediante la iluminación, el contraste y el uso de colores y la instalación de pasamanos y barras de sujeción.
- Practicar un buen cuidado e higiene de los pies y utilizar calzado adecuado.

La actividad física también es importante para las personas a cargo del cuidado, ya que favorece su salud física y mental, y su resiliencia. Esto puede ser más importante si la capacidad locomotora de una persona mayor disminuye y las personas a cargo de su cuidado tienen que asumir tareas más exigentes físicamente, como ayudarla a moverse, trasladarse y levantar objetos.

6.2

Atención de salud comunitaria para abordar la movilidad limitada



6.2.1

Ejercicio físico

Si en una evaluación básica ICOPE se detecta la posibilidad de que una persona mayor tenga movilidad limitada y no se cuenta con una evaluación detallada de inmediato, los agentes comunitarios de salud y otras partes interesadas de la comunidad pueden brindar asesoramiento más específico y facilitar el acceso a oportunidades de ejercicio físico a nivel comunitario. Esto incluye tanto clases de ejercicio organizadas como grupos y actividades más informales. Las partes interesadas de la comunidad, como los grupos de personas mayores, pueden organizar actividades de ejercicio físico, como marcha rápida en grupo, clases de taichí en algún parque local o clases de yoga en un salón comunitario, y conseguir a personas capacitadas para dirigir los ejercicios. Esto brinda oportunidades para la participación social y el apoyo entre pares, lo que puede animar a las personas mayores a no abandonar el ejercicio físico.

En caso de duda sobre la inocuidad del ejercicio, consulte a un trabajador de salud con conocimientos en la materia (**recuadro 6.1**, página 69).

También pueden ofrecerse actividades intergeneracionales cuando resulte apropiado y deseable para las personas mayores. Las partes interesadas de la comunidad pueden colaborar con las autoridades locales y otros prestadores de servicios (por ejemplo, organizaciones religiosas, gimnasios) para conseguir tiempo dedicado al ejercicio de las personas mayores y mejorar el entorno físico por medio de programas de ciudades y comunidades amigables con las personas mayores.

MÁS INFORMACIÓN



-  **Actividad física.** OMS; 2024 (<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>).
-  **Promoción de la actividad física para las personas mayores: juego de herramientas para la acción.** OMS; 2023 (<https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240076648>).
-  **Directrices de la OMS sobre actividad física y hábitos sedentarios: de un vistazo.** OMS; 2020 (<https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240014886>).

6.3 Evaluar la movilidad



La movilidad se puede evaluar de manera más completa mediante una prueba de desempeño físico. La batería de pruebas de desempeño físico de corta duración (SPPB, por su sigla en inglés) (29) es una de las herramientas más utilizadas y recomendadas. Tiene propiedades de medición superiores y es útil en toda una gama de capacidades. La SPPB consta de una prueba de equilibrio, una prueba de velocidad al caminar y una prueba de levantarse de la silla, cuyas puntuaciones se suman para determinar el desempeño físico de una persona, incluida su capacidad locomotora. Si una persona utiliza uno o varios productos de apoyo, pueden aplicarse pruebas alternativas o modificadas, realizadas con o sin el producto o productos.

En este esquema de atención se menciona dos vías diferentes por seguir, según la puntuación total. Aun cuando la capacidad locomotora resulte normal, es preciso evaluar a la persona para detectar enfermedades, factores de riesgo y otros aspectos del entorno físico y social.

Asimismo, hay que examinar los resultados de la evaluación básica de otros dominios de la capacidad intrínseca relacionados, como la desnutrición, y llevar a cabo una evaluación detallada si fuera necesario. → 7

Debe evaluarse y manejarse la incontinencia urinaria según proceda. → 13

Para más información sobre la SPPB, en qué consiste y cómo se puntúa, consulte la página 65. ⓘ 1

6.4 Abordar la movilidad limitada



Las intervenciones para abordar la movilidad limitada siempre deben prestarse como parte de un plan de atención integral personalizada que aborde las afecciones subyacentes (por ejemplo, las alteraciones musculoesqueléticas) y los factores que contribuyen a la movilidad limitada, como el dolor o los problemas articulares, junto con intervenciones para otros dominios de la capacidad intrínseca.

Además de promover la actividad física, incluido el ejercicio ofrecido en la comunidad, hay muchas otras formas de abordar la movilidad limitada. Se deben considerar los programas de ejercicio multimodal, el aumento de la ingesta de proteínas y la derivación a servicios de rehabilitación.

6.4.1 Apoyo para el autocuidado y la autogestión

El apoyo para el autocuidado y la autogestión de la actividad física aumenta la adherencia y los beneficios y ayuda a abordar el dolor. Las personas cuyas puntuaciones en la SPPB se sitúan entre 10 y 12 (consideradas como movilidad normal) pueden hacer ejercicio por sí solas en casa y en la comunidad, lo mismo que las que tienen una puntuación más baja si se les brinda asesoramiento, apoyo y un seguimiento estrecho.

6.4.2 Ejercicio multimodal

En el caso de las personas con movilidad limitada, un programa de ejercicio multimodal debe adaptarse a la capacidad, las necesidades y las preferencias individuales, y aplicarse bajo supervisión para garantizar la seguridad del ejercicio (**recuadro 6.1**, página 69). Para evitar lesiones, debe darse prioridad al uso de equipos seguros y conocidos y a un calentamiento y enfriamiento cuidadosos. Deben tenerse en cuenta las percepciones culturales y los factores propios de cada género, incluso en relación con la aceptabilidad del ejercicio. El ejercicio multimodal también puede ayudar a reducir el riesgo de caídas. → 4.2.5

Si el dolor limita la movilidad, repartir la actividad física en lapsos cortos y aumentar gradualmente la intensidad contribuye a incrementar la resiliencia y controlar el dolor. Debe considerarse el tratamiento del dolor y proporcionarse según proceda junto con el ejercicio. Para las personas con una pérdida importante de la capacidad locomotora, el entrenamiento con ejercicios en la cama o en una silla puede ser un punto de partida. Para las personas con deterioro cognitivo o demencia, puede ser más adecuado un programa de ejercicios sencillo y menos estructurado.

Recuadro 6.1 Seguridad del ejercicio

Antes de brindar asesoramiento sobre el ejercicio físico o planificar un programa de ejercicios, hay que preguntar a la persona si tiene algún problema de salud que pueda afectar el tipo o la intensidad de la actividad. Si la persona responde afirmativamente a cualquiera de las siguientes preguntas, un profesional de salud deberá elaborar un programa de ejercicios personalizado.

- ¿Ha sentido dolor en el pecho o palpitaciones en el último mes?
- ¿Ha tenido un infarto en los últimos seis meses?
- ¿Se ha desmayado o ha perdido el conocimiento?
- ¿Se ha caído en los últimos 12 meses?
- ¿Se ha roto algún hueso en el último mes?
- ¿Se queda sin aliento al realizar las tareas diarias en el hogar, como vestirse?
- Cuando camina, ¿necesita utilizar objetos para apoyarse, por ejemplo, sujetarse a los muebles o apoyarse en otra persona?
- ¿Tiene alguna enfermedad articular o muscular que limite el ejercicio?
- ¿Le ha aconsejado un trabajador de salud que limite el ejercicio?

Si una persona mayor tiene afecciones crónicas o una pérdida importante de capacidad intrínseca, o si el dolor limita la movilidad, debe consultarse a los profesionales de la salud para que asesoren sobre el tipo y la cantidad de ejercicio.

Un programa de ejercicio multimodal para personas con movilidad reducida debe diseñarse teniendo en cuenta el contexto local y las instalaciones y equipos disponibles. Hay múltiples formas de hacer ejercicio, y se pueden adaptar tipos específicos de entrenamiento. No es necesario disponer de un gimnasio ni de equipamiento especializado. Un programa para personas mayores con movilidad limitada debe incluir lo siguiente:

- **Entrenamiento de fuerza o resistencia**, que requiere que los músculos trabajen con carga, usando pesas o bandas elásticas o el propio peso del cuerpo, como sentadillas, zancadas (desplantes) y ejercicios de ponerse de pie desde la posición sentada. Otros ejemplos son la jardinería pesada y subir escaleras. Si no se tienen pesas de ejercicio, se pueden utilizar objetos domésticos, como latas de comida o bolsas de judías o arroz.
- **Entrenamiento aeróbico o cardiovascular**, como la marcha rápida, el ciclismo o el baile, que acelera la frecuencia cardíaca hasta que la persona se queda ligeramente sin aliento pero puede mantener una conversación; es importante calentar antes y enfriar después del ejercicio aeróbico haciendo estiramientos ligeros y caminando a un ritmo más suave.
- **Entrenamiento de equilibrio**, que pone a prueba el equilibrio y la coordinación e incluye ejercicios estáticos y dinámicos; puede progresar a diferentes superficies y hacerse con los ojos abiertos o cerrados. Algunos ejemplos son mantenerse de pie sobre una pierna a la vez y caminar de talón a punta en línea recta.
- **Entrenamiento de flexibilidad**, que mejora la extensibilidad de los tejidos blandos, como los músculos, y el arco de movilidad articular. Algunos ejemplos son los ejercicios de estiramiento, yoga, taichí y Pilates.

El proyecto Vivifrail ofrece una guía práctica para elaborar un programa de ejercicios personalizado, basado en la capacidad locomotora y el riesgo de caídas (30).

Las intervenciones nutricionales, incluidas las recomendaciones alimentarias como aumentar la ingesta de proteínas, pueden potenciar los beneficios de un programa de ejercicio. → 7

6.5

Evaluar y abordar las enfermedades y los factores de riesgo asociados



6.5.1

Medicación inadecuada

Algunos medicamentos pueden interferir con la capacidad locomotora o mermarla y, sin embargo, se siguen recetando. En algunas personas, los posibles efectos nocivos de estos medicamentos pueden ser mayores que sus beneficios (31). Entre otros están los medicamentos que afectan al sistema nervioso central, incluidos los que tienen efectos anticolinérgicos (por ejemplo, benzodiacepinas, opiáceos y antidepresivos). → 4.2.4

6.5.2

Dolor

El dolor puede dificultar la vida diaria de las personas mayores. Es importante evaluar y manejar el dolor.

Evaluar el dolor

Es útil evaluar la intensidad del dolor como parte de una evaluación centrada en las personas, tanto para ayudar a diseñar un programa de ejercicios como para controlar el dolor. El diagnóstico temprano del dolor (su intensidad y causa) debe hacerse de forma proactiva para facilitar el manejo de la pérdida de capacidad locomotora y de los síntomas depresivos. Existen varias escalas de dolor, como la escala de calificación numérica y el Inventario Breve del Dolor (32). La escala de calificación numérica es una escala de 11 puntos para la autoevaluación del dolor por parte del paciente. Se debe pedir a la persona que califique la intensidad del dolor, el momento en que se manifiesta (por la mañana, mientras duerme por la noche, durante o después del ejercicio) y su duración.

Escala de valoración numérica del dolor
0 = sin dolor

2 = duele un poco

4 = duele un poco más

6 = duele todavía más

8 = duele mucho

10 = el peor dolor imaginable

Manejo del dolor

El objetivo del manejo del dolor (33) es aliviar el dolor hasta un nivel que permita una calidad de vida aceptable. Cuando el dolor sea un obstáculo importante para el movimiento y la actividad, un trabajador de salud con conocimientos especializados en el tratamiento del dolor debe realizar intervenciones para el tratamiento del dolor, incluido el uso de medicamentos bajo vigilancia estrecha, a fin de integrarlas en un plan de atención personalizada consolidado, que también puede incluir la derivación a servicios de rehabilitación o cuidados paliativos. → 4.2.1, 4.2.3

Las partes interesadas de la comunidad, incluidos los grupos de personas mayores, también pueden brindar asesoramiento y apoyo a las personas mayores que viven con dolor, incluso mediante la creación de grupos de apoyo entre pares.

Entre las intervenciones para el dolor están las siguientes:

- autogestión, lo que incluye mantenerse físicamente activo; aplicar calor y frío; cambiar de postura y reducir las posturas inactivas; manejar el estrés, incluso mediante técnicas de relajación; dormir bien; y modificar el pensamiento para centrarse más en los pensamientos positivos;
- ejercicios físicos;
- terapias manuales como masajes, manipulación y movilización articular;
- terapia psicológica, incluida la terapia cognitivo-conductual; → 10.4
- acupuntura;
- productos de apoyo para facilitar la movilidad; y
- medicamentos como los antiinflamatorios no esteroideos, que deben utilizarse con extrema precaución debido al riesgo sustancialmente mayor de efectos adversos gastrointestinales y de insuficiencia renal. Cuando sea absolutamente necesaria, la prescripción requiere una cuidadosa atención a los antecedentes médicos, la revisión de la medicación, un seguimiento estrecho y un tratamiento lo más breve posible.

Dolor relacionado con enfermedades graves

El dolor es uno de los síntomas más frecuentes y problemáticos que presentan los pacientes con enfermedades graves. Se deben proporcionar cuidados paliativos, incluso a quienes tienen enfermedades potencialmente mortales, crónicas o progresivas (por ejemplo, demencia, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia cardíaca), para prevenir y aliviar el sufrimiento mediante la detección temprana, la evaluación correcta y el tratamiento del dolor y otros problemas. Puede ser necesario el alivio del dolor en todas las

Se debe ponderar el beneficio del alivio del dolor con el riesgo de efectos adversos y sobredosis, que pueden provocar depresión respiratoria. Para reducir los riesgos asociados con los opiáceos, es importante realizar un seguimiento regular mediante la detección temprana de los posibles efectos adversos.

fases de una enfermedad, no solo al final de la vida. Se debe valorar a estos pacientes periódicamente, ya que pueden requerir dosis crecientes de analgesia conforme avanza la enfermedad. → 4.2.3

Dolor relacionado con afecciones musculoesqueléticas

Las afecciones musculoesqueléticas que deterioran la capacidad locomotora suelen conllevar dolor crónico. No siempre se encuentra una causa biológica específica del dolor persistente. Por lo tanto, la evaluación holística y la atención personalizada desde una perspectiva biopsicosocial abordan múltiples factores que pueden asociarse al dolor: los factores físicos, como la fuerza muscular, la amplitud de movimiento y la resistencia, y el bienestar psicológico, como el afrontamiento del dolor y los aspectos sociales.

Lumbalgia crónica

Las personas mayores a menudo presentan dolor lumbar crónico o recurrente (de más de 3 meses de duración), además del dolor provocado por otras afecciones musculoesqueléticas. El dolor lumbar crónico provoca altos niveles de discapacidad y un efecto pronunciado en la calidad de vida. Dado que los trabajadores de salud pueden diagnosticar enfermedades o lesiones estructurales subyacentes en las personas mayores (por ejemplo, artrosis, una fractura antigua), su juicio clínico y un enfoque integral son fundamentales para diagnosticar el dolor lumbar primario crónico. En las directrices de la OMS para el tratamiento no quirúrgico de la lumbalgia primaria crónica en adultos en entornos de atención primaria y comunitaria (*WHO guideline for non-surgical management of chronic primary low back pain in adults in primary and community care settings*) se recomiendan diez intervenciones educativas, físicas, psicológicas, farmacéuticas y con múltiples componentes (cuadro 6.1). Además de estas intervenciones, deben tenerse en cuenta los productos de apoyo para la movilidad.

6.5.3 Abordar las afecciones musculoesqueléticas

Las afecciones musculoesqueléticas, como la artrosis, la osteoporosis y la sarcopenia, pueden deteriorar la capacidad locomotora.

La **artrosis** es una enfermedad articular degenerativa que afecta a la articulación y a los tejidos circundantes. Causa dolor, hinchazón y rigidez y puede provocar pérdidas importantes de la capacidad locomotora, reducir la participación social y la calidad de vida, y aumentar el sufrimiento psicológico. Es más frecuente en las rodillas, las caderas, la columna vertebral y las manos.

Cuadro 6.1 Intervenciones recomendadas para la lumbalgia primaria crónica en adultos

Clase de intervención	Intervenciones
Intervenciones educativas	• Educación y asesoramiento estructurados y estandarizados
Intervenciones físicas	• Terapias o programas de ejercicio estructurados • Terapias con microagujas • Terapia de manipulación vertebral • Masaje • Productos de apoyo para la movilidad
Intervenciones psicológicas	• Condicionamiento operante • Terapia cognitivo-conductual
Intervenciones con fármacos	• Antiinflamatorios no esteroideos* • Pimienta de Cayena tópica (pimentón picante, <i>capsicum frutescens</i>)
Intervenciones con múltiples componentes	• Atención biopsicosocial multicomponente

*Esta recomendación no incluye a las personas mayores.

MÁS INFORMACIÓN

WHO guideline for non-surgical management of chronic primary low back pain in adults in primary and community care settings. OMS; 2023 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240081789>).



Directrices de la OMS para el tratamiento no quirúrgico del dolor lumbar primario crónico en adultos en entornos de atención primaria y comunitaria: resumen ejecutivo. OMS; 2024 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240081789>).

La **osteoporosis** se caracteriza por una baja masa ósea y un deterioro estructural del tejido óseo, lo que aumenta la propensión a las fracturas, especialmente de la cadera, la columna vertebral y la muñeca. La osteoporosis es más común en las mujeres, a menudo debido a los cambios hormonales tras la menopausia. El consumo de tabaco y alcohol, el uso prolongado de esteroides, la deficiencia de calcio y vitamina D y el bajo peso son los principales factores de riesgo.

La **sarcopenia** es una afección musculoesquelética progresiva que conlleva la pérdida de masa y fuerza muscular, lo que se asocia a un aumento de los resultados adversos, como las caídas, las limitaciones para las actividades de la vida diaria y la participación social, la pérdida de independencia y la mortalidad. → 7.5.1

6.5.4

Incontinencia urinaria → 13

Hay evidencia que demuestra la relación entre la incontinencia urinaria y la movilidad limitada (34), que puede afectar negativamente el acceso al inodoro. Si se detecta una pérdida de la capacidad locomotora, se debe evaluar y tratar la incontinencia urinaria como corresponda.

6.6

Evaluar y abordar el entorno físico y social

6.6.1

Optimizar el entorno físico para reducir el riesgo de caídas

Para reducir el riesgo de caídas puede ser útil evaluar y modificar el entorno físico. → 4.2.5



6.6.2

Productos de apoyo

Los productos de apoyo para la movilidad pueden mejorar la independencia y seguridad de las personas mayores y permitirles vivir en casa el mayor tiempo posible. Los productos de apoyo para la movilidad incluyen andadores, rampas portátiles, barras de apoyo, tablas de transferencia y sillas de ruedas. → 4.2.2

Los productos de apoyo sirven para:

- ayudar a la persona a sentarse, levantarse o caminar;
- apoyar a la persona para ser más independiente en sus actividades básicas de la vida diaria;
- reducir el riesgo de caídas al caminar;
- proporcionar a las personas que no pueden caminar una forma alternativa para desplazarse;
- ayudar a la persona a acceder a su entorno (el hogar y sus alrededores), incluido el acceso a los servicios de salud y sociales.

6.6.3

Cuidados y apoyo social → 11

Una persona mayor con movilidad limitada puede necesitar ayuda para realizar tareas de la vida diaria como lavarse, vestirse, ir al baño y salir de casa. También puede ser necesario abordar los desafíos del acceso a la atención de salud y la obtención de medicamentos (por ejemplo, ir a la farmacia) relacionados con la movilidad reducida; las personas a cargo del cuidado y las partes interesadas de la comunidad deberán explorar formas alternativas de facilitar el acceso.

6.6.4

Apoyo a cuidadores → 12

Los cuidadores deben recibir formación sobre cómo ayudar a alguien a moverse de manera segura, protegiéndose al mismo tiempo de posibles lesiones.

MÁS INFORMACIÓN

 **Learning on TAP.** OMS; 2025
(<https://www.gate-tap.org/>).

7

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 cada persona. Entre ellos se encuentran el equilibrio energético y el metabolismo, la función neuromuscular y las funciones inmunitarias y de respuesta al estrés del organismo (35). Con el envejecimiento se producen cambios en la composición corporal, ya que la masa grasa sustituye a la masa muscular, y una nutrición inadecuada también influye en la pérdida de masa y fuerza musculares (sarcopenia). El estado nutricional —incluida la hidratación, uno de los factores clave para la vitalidad— afecta significativamente a la salud, la capacidad funcional y la calidad de vida de las personas mayores. La alteración de la función bucodental puede afectar a la capacidad de masticación y de deglución y, por tanto, a la nutrición. En este manual se aborda la nutrición deficiente, centrándose en la desnutrición.



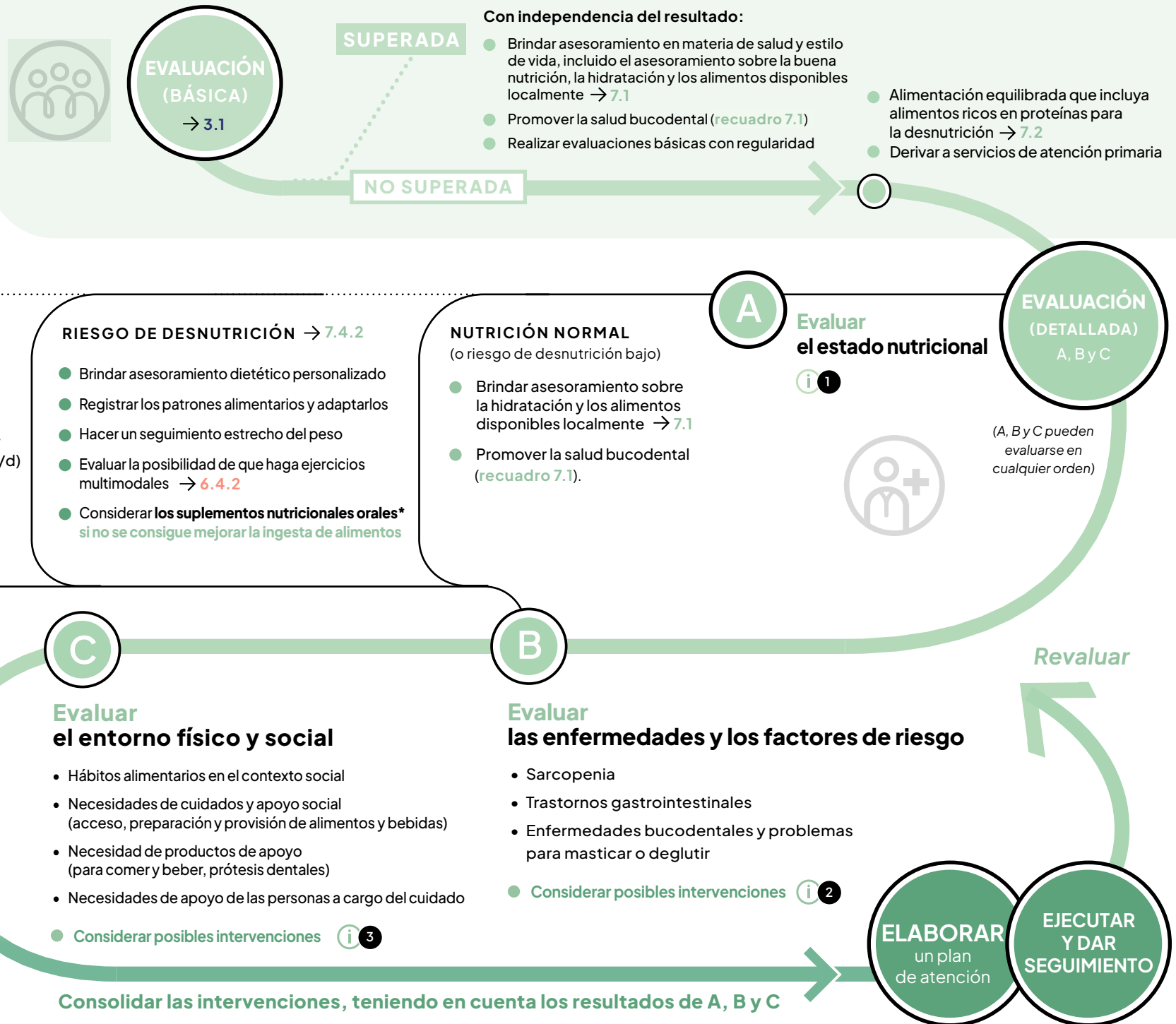
Puntos clave

- Los agentes comunitarios de salud pueden realizar fácilmente una evaluación inicial del estado nutricional. Para hacer una evaluación completa se requieren conocimientos especializados y, por lo general, análisis de sangre.
- Es importante que las personas mayores tengan una alimentación con un alto contenido de proteínas, para lo cual deben consumir alimentos ricos en proteínas disponibles localmente.
- No beber lo suficiente provoca deshidratación. Hay que animar y apoyar a las personas mayores para que beban lo necesario.
- Aunque una alimentación equilibrada, con cantidades adecuadas, generalmente aporta las vitaminas y los minerales que necesitan las personas mayores, es frecuente encontrar carencias de las vitaminas D y B12.
- El sobrepeso y la obesidad son importantes factores de riesgo de enfermedades no transmisibles, y deben prevenirse y controlarse mediante la alimentación y el ejercicio.
- Convertir la alimentación en una actividad social, comiendo juntos en casa o en grupos comunitarios, puede animar a las personas mayores a comer de forma más saludable y evitar el aislamiento.

7

Vitalidad

Esquema de atención para abordar la nutrición deficiente



Necesidad de capacitación y conocimientos especializados

- Tratamiento de los signos y síntomas gastrointestinales (por ejemplo, vómitos, diarrea o dolor abdominal crónicos) (7.5.2)
- Manejo de la nutrición deficiente en presencia de enfermedades que afectan al metabolismo (por ejemplo, cáncer, insuficiencia cardíaca, enfermedades respiratorias, disfunción renal, disfunción hepática, diabetes)
- Asesoramiento nutricional personalizado para las personas con desnutrición
- Enfermedades bucodentales y problemas para masticar o deglutir (7.5.3)

i 1

Evaluar el estado nutricional → 7.3

Hay varias herramientas para determinar el riesgo de desnutrición (estado nutricional normal o riesgo bajo de desnutrición; riesgo medio de desnutrición; y desnutrición o riesgo alto de desnutrición) sin realizar un análisis de sangre. Por ejemplo:

🔗 **Mini nutritional assessment (MNA)**
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0899900798001713>

🔗 **Malnutrition universal screening tool (MUST)**
https://www.bapen.org.uk/pdfs/must/must_full.pdf

🔗 **Seniors in the community risk evaluation for eating and nutrition questionnaire, version II (SCREEN II)**
https://olderadultnutritionscreening.com/screen_tools/

🔗 **Short nutritional assessment questionnaire 65+ (SNAQ65+)**
<https://clinicalnutrition.science/en/nrs/screenings/snaq65-.html>

i 2 Intervenciones relativas a enfermedades y factores de riesgo → 7.5

- Sarcopenia** → ● Considerar la rehabilitación para mejorar la función muscular (7.5.1)
- Trastornos gastrointestinales** → ● Manejar las enfermedades (7.5.2)
- Enfermedades bucodentales y problemas para masticar o deglutir** → ● Tratar las enfermedades bucodentales (7.5.3)
 ● Asesorar acerca de la consistencia y la textura de las bebidas y los alimentos (troceados, picados, en puré) (7.5.3)

i 3 Intervenciones relativas al entorno físico y social → 7.6

- Hábitos alimentarios en el contexto social** → ● Fomentar las comidas familiares y sociales en la comunidad (7.6.1)
- Necesidades de cuidados y apoyo social** → ● Organiza el apoyo para el acceso, la preparación y la provisión de alimentos y bebidas (7.6.2)
- Necesidad de productos de apoyo** → ● Brindar asesoramiento respecto a la posición adecuada y ayuda con la alimentación (11.6)
- Necesidades de apoyo de las personas a cargo del cuidado** → ● Proveer productos de apoyo para comer y beber y prótesis dentales (7.6.3)
 ● Brindar asesoramiento sobre la preparación de los alimentos, la alimentación y la bebida (12.4)

¿Qué es la deshidratación? → 7.3.2

La deshidratación, “una cantidad insuficiente de agua en el cuerpo”, es un trastorno frecuente en las personas mayores (36). Una de cada cuatro personas mayores que viven en la comunidad o en un centro de cuidados a largo plazo presenta deshidratación por ingesta insuficiente (deshidratación por beber demasiado poco) (37). Es importante fomentar y apoyar la ingesta suficiente de agua en función de la capacidad de cada persona y del contexto social.

7.1

Asesoramiento en materia de salud y estilo de vida para fomentar una buena nutrición y salud bucodental



Nuestra cultura influye en nuestra alimentación y nuestra forma de comer, y para muchas personas comer es un acto social. Por ello, las comunidades y las familias, incluidas las personas a cargo del cuidado, pueden desempeñar un papel clave en el apoyo de una alimentación saludable y en la promoción de la salud bucodental. → 3.1.3

Todas las personas mayores, incluidas las que están en riesgo de desnutrición o la presentan, pueden beneficiarse del asesoramiento en materia de alimentación saludable. Al brindar asesoramiento sobre alimentación saludable, incluida la hidratación, es importante tener en cuenta que las personas mayores deben atenderse a cualquier asesoramiento médico que se les haya dado, por ejemplo, la necesidad de restringir ciertos alimentos o bebidas debido a enfermedades y afecciones subyacentes o a la medicación (interacciones entre los fármacos y los alimentos).

Recuerde: Es importante que los familiares y otras personas a cargo del cuidado, así como la persona mayor, reciban este asesoramiento, junto con información sobre dónde pueden adquirirse u obtenerse localmente (tiendas, mercados) alimentos específicos asequibles, con la energía adecuada (por ejemplo, hidratos de carbono, proteínas) y micronutrientes como vitaminas y minerales.

Para todas las personas mayores, es importante lo siguiente:

- Higiene de los alimentos: mantener las manos y las zonas de preparación de alimentos limpias y los alimentos crudos y los cocinados por separado, cocinar bien los alimentos, almacenarlos adecuadamente y utilizar agua potable y limpia.
- Comer lo suficiente: comer cantidades más pequeñas con más frecuencia (5–6 veces al día) si resulta difícil hacer comidas copiosas.
- Las comidas familiares y sociales pueden ser de gran ayuda, sobre todo para las personas mayores que viven solas o están socialmente aisladas.
- Los hidratos de carbono deben proceder principalmente de cereales integrales, verduras, frutas y legumbres, y las grasas de alimentos naturales o mínimamente procesados como frutos secos, semillas, frijoles, aceitunas y pescado azul.
- Hidratación: beber al menos 1,6–2 l (6–8 vasos o tazas) al día, con regularidad a lo largo del día. Entre las bebidas se pueden considerar el agua, el té, el café, jugos de frutas, refrescos y sopas. Otros líquidos procederán de los alimentos. La cantidad de líquido debe aumentarse cuando haga mucho calor o en lugares calurosos.
- Realizar actividad física, lo que permite incorporar proteínas a los músculos y abrir el apetito, y ayuda a prevenir y controlar el sobrepeso y la obesidad. → 6.1
- Exposición segura a la luz solar para que la piel produzca vitamina D. Es posible que la vitamina D de los alimentos no sea suficiente para que las personas mayores mantengan unas concentraciones óptimas.
- Promover la salud bucodental (**recuadro 7.1**, página 77).
- En las personas mayores con sobrepeso u obesidad, limitar la ingesta de energía procedente de grasas totales y azúcares libres y aumentar el consumo de frutas y verduras, legumbres, cereales integrales y frutos secos.
- En el caso de algunas personas mayores, como las que tienen incontinencia urinaria y movilidad limitada, puede ser beneficioso evitar que vayan al baño con frecuencia por la noche. En estos casos, se podría reducir la ingesta de líquidos por la tarde.

En el caso de las personas mayores con (posible) desnutrición:

- Asesorar sobre qué comer y en qué cantidad. Si una persona presenta diabetes o disfunción renal o hepática, debe consultar a un profesional de salud para que le asesore respecto a la alimentación.
- Animar a que lleven en una tabla un registro diario de los alimentos y las bebidas consumidos, tanto en las comidas como entre comidas. Esto puede ayudar a tener una buena alimentación y una hidratación adecuada.

Además de organizar reuniones comunitarias para ofrecer asesoramiento nutricional, las partes interesadas de la comunidad también pueden apoyar una nutrición saludable fomentando la comida como acto social y organizando clubes de almuerzo y otras reuniones comunitarias periódicas en las que se ofrezca una comida. Podrían colaborar con las autoridades locales y otras instancias para seleccionar pequeños terrenos que puedan utilizarse para huertos comunitarios, y las personas mayores y las familias que ya cultivan alimentos podrían organizarse entre sí para intercambiar excedentes a fin de tener una alimentación más variada.

MÁS INFORMACIÓN



Nutrition and food safety, poster.

OMS; 2024 (<https://www.who.int/teams/nutrition-and-food-safety/multisectoral-actions-in-food-systems/five-keys-to-safer-food-poster>).



Alimentación sana. OMS; 2024 (<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>).



Oral health training course for community health workers in Africa. WHO Academy:2025

(https://whoacademy.org/coursewares/course-v1:WHOAcademy-Hosted+H0115EN+2025_Q1?source=edX).



Recuadro 7.1 Promoción de la salud bucodental

La OMS define la salud bucodental como el estado de la boca, los dientes y las estructuras bucofaciales que permite a las personas realizar funciones esenciales como comer, respirar y hablar. Abarca dimensiones psicosociales, como la confianza en sí mismo, el bienestar y la capacidad de socializar y trabajar sin dolor, incomodidad ni vergüenza. Una higiene bucodental deficiente es un factor de riesgo de enfermedades bucodentales, que afectan negativamente a la ingesta de alimentos. Las enfermedades bucodentales también se asocian a factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares, en particular la diabetes mellitus. Las partes interesadas de la comunidad pueden brindar el siguiente asesoramiento:

- Cepillarse los dientes dos veces al día con pasta dentífrica fluorada (1000–1500 ppm) y agua potable después del desayuno y antes de acostarse. Para quienes no tienen dientes, se aconseja cepillar las encías y la lengua con un cepillo de dientes suave dos veces al día, a fin de eliminar los restos de comida y las bacterias.
- Asesorar acerca de la higiene de la prótesis dental, si procede.
- Limitar el consumo de azúcares libres.
- Abandonar el consumo de cualquier forma de tabaco, incluida la masticación de tabaco junto con nueces de areca y hojas de betel.

7.2

Atención de salud en la comunidad para abordar la desnutrición



7.2.1

Alimentación rica en proteínas

Si mediante una evaluación ICOPE básica se determina que una persona mayor puede estar desnutrida, y no se dispone inmediatamente de una evaluación detallada, los agentes comunitarios de salud pueden brindarle apoyo mediante orientación sobre la alimentación rica en proteínas. Estas son necesarias para el crecimiento de células y tejidos y favorecen la contracción y el movimiento muscular, así como las funciones digestiva e inmunitaria. Una dieta rica en proteínas es importante para las personas mayores desnutridas, ya que la capacidad del organismo para absorber proteínas disminuye con la edad.

Para una persona mayor con desnutrición, se recomienda una ingesta de proteínas de 1,0–1,2 g por kilo de peso corporal. Una persona que se está recuperando de una disminución de peso, de alguna enfermedad aguda o de un traumatismo puede necesitar hasta 1,5 g por kilo de peso corporal. También se debe proporcionar orientación sobre el aumento seguro de la actividad física, ya que esto permite que las proteínas se incorporen al músculo y aumenta el apetito.

Entre los alimentos ricos en proteínas (> 20 g por 100 g) se encuentran las legumbres —como cacahuetes, frijoles, lentejas, guisantes y otras legumbres secas—, las semillas, los cereales, los granos, el queso, la carne y el pescado. Los agentes de salud comunitarios pueden utilizar una tabla de composición de los alimentos para determinar cuáles son los alimentos locales con gran contenido de proteínas y micronutrientes (<https://www.fao.org/infoods/infoods/tables-and-databases/faoinfoods-databases/en/>). Aunque algunas legumbres secas tienen un contenido proteínico similar al de las fuentes animales de proteínas, cuando se cocinan no son comparables. Dada la diversidad de la disponibilidad de los diferentes grupos y tipos de alimentos, así como de las prácticas y gustos culturales, elaborar una lista de alimentos locales puede ser útil para que las personas mayores accedan a alimentos locales ricos en proteínas.



7.3

Evaluar el estado nutricional



El estado nutricional y el riesgo de desnutrición deben detectarse mediante una evaluación detallada utilizando herramientas disponibles y validadas localmente.

Véanse ejemplos de herramientas en la página 75.  1

La mayoría de las herramientas de evaluación nutricional (38) buscan obtener los siguientes datos:

- ingesta de alimentos y líquidos;
- pérdida de peso reciente;
- movilidad;
- estrés psicológico o enfermedades agudas en los últimos tiempos;
- problemas mentales;
- situación habitacional.

También registran:

- peso;
- estatura;
- índice de masa corporal (IMC - kg/m^2);
- perímetro braquial y perímetro de la pantorrilla.

Una deficiencia de micronutrientes; vitaminas como la A, la B12 y la D; minerales como el hierro y el calcio, o ácido fólico puede causar enfermedades y trastornos de salud como la anemia y la osteoporosis (39). Mediante un análisis de sangre se pueden detectar carencias específicas de vitaminas y minerales a fin de orientar las intervenciones nutricionales. Estas carencias se pueden tratar mediante suplementos orales o inyecciones de nutrientes específicos.

En este esquema de atención se describen tres caminos diferentes en función del riesgo de desnutrición. En el caso de las personas cuyo estado nutricional se considere normal (bajo riesgo de desnutrición), se debe evaluar la presencia de enfermedades y factores de riesgo, así como el entorno físico y social.

También hay que verificar los resultados de la evaluación básica relativos a otros dominios de la capacidad intrínseca vinculados, como la movilidad limitada y los síntomas depresivos, y se llevará a cabo una evaluación en caso necesario. → 6 10

7.3.1

Composición corporal y envejecimiento

Normalmente, la masa muscular tiende a disminuir a partir de los 60 años. Tanto una alimentación inapropiada como una actividad física inadecuada conllevan a una pérdida de masa muscular y de fuerza. El peso corporal puede disminuir, o puede mantenerse igual, lo que oculta estos posibles cambios perjudiciales.

El uso del IMC en personas mayores tiene limitaciones: por ejemplo, la disminución de la estatura puede deberse a un aplastamiento vertebral y a alteraciones posturales. Una persona mayor con desnutrición puede haber perdido tejido corporal magro crucial y aun así mantener el IMC en el intervalo aceptado, o incluso en la categoría de sobrepeso, debido al aumento de la masa grasa.

Los indicadores antropométricos indirectos de la nutrición deficiente, como el perímetro braquial y el perímetro de la pantorrilla, son herramientas sencillas y prácticas. Los datos disponibles indican que un perímetro braquial de 23,5 - 25,0 cm en el brazo no dominante puede utilizarse para detectar el riesgo de desnutrición en adultos en la comunidad (40) (41) (42).

Un trabajador de salud capacitado puede evaluar la fuerza y función musculares y la desnutrición con una herramienta para medir la fuerza de prensión, como un dinamómetro de mano, de estar disponible. Esta herramienta mide la fuerza con que una persona puede apretarla con una mano. Si la fuerza de prensión es baja, quiere decir que se necesita ejercicio y una alimentación con mayor contenido de proteínas.

7.3.2

Deshidratación

La deshidratación (43) se asocia a resultados adversos en materia de salud —como infección urinaria, insuficiencia renal, estreñimiento, síndrome de confusión mental agudo (*delirium*) y deterioro cognitivo— y tiene múltiples causas y factores determinantes, como la disminución de la sensación de sed y de las reservas de líquidos relacionada con la edad, la diabetes no controlada y la disfunción renal. El deterioro cognitivo, las dificultades para deglutir, la pérdida de movilidad, la incontinencia urinaria y la dificultad para alimentarse también pueden limitar la ingesta de agua de una persona mayor. Una persona mayor con incontinencia urinaria puede elegir activamente limitar la ingesta de líquidos si piensa que esto le ayudará a controlar su incontinencia urinaria. Algunos medicamentos, como los diuréticos y los laxantes, pueden favorecer la pérdida de líquidos; por otra parte, las personas mayores también pueden ser especialmente vulnerables a la fiebre, la diarrea y los vómitos, que provocan deshidratación.

Los trabajadores de salud pueden:

- Buscar síntomas de deshidratación, como sequedad de boca, labios y lengua, ojos hundidos, estreñimiento, micción menos frecuente, taquicardia, cefaleas, debilidad, confusión y mareos, aunque es posible que una persona mayor no presente los signos o síntomas clínicos característicos (44).
- Asesorar a la persona mayor (y a las personas a cargo del cuidado) para que lleven un registro del consumo de líquidos, incluidos el agua, los jugos de fruta y las sopas.
- Determinar una meta individualizada de ingesta diaria de líquidos. Esta debe ser de al menos 1,6 – 2 l (6 – 8 vasos o tazas) cuando no existan condiciones clínicas que requieran adoptar otros criterios y tener en cuenta factores ambientales, como el tiempo caluroso.
- Animar a la persona mayor (y a las personas a cargo de su cuidado) a tener siempre una provisión de líquidos de su agrado preparados de la forma que más le guste, y a utilizar productos que le ayuden a beber (por ejemplo, recipientes ligeros, pajitas y cucharas) cuando sea necesario.
- Hablar con la persona mayor y ayudarla a controlar la incontinencia urinaria, de modo que pueda beber adecuadamente. → 13

7.3.3

Obesidad

La prevalencia de la obesidad en las personas mayores está aumentando en todo el mundo (45). La obesidad se asocia a múltiples enfermedades crónicas, incluidas las ECV y el cáncer, así como a la pérdida de capacidad locomotora y de calidad de vida. En el caso de las personas mayores, los beneficios de la pérdida de peso deben sopesarse frente a los riesgos, como la pérdida de masa muscular, que puede agravar la sarcopenia y aumentar el riesgo de fracturas. Promover un estilo de vida saludable (nutrición, actividad física) es fundamental para mantener la masa muscular y la densidad ósea durante cualquier restricción calórica. → 3.1.3

Los trabajadores de salud de los establecimientos de atención primaria deben:

- Evaluar periódicamente el peso y la estatura de las personas mayores.
- Brindar asesoramiento sobre alimentación y estilo de vida saludables.
- Dar seguimiento a los factores de riesgo de ECV y manejarlos (→ 3.1.4), así como evaluar la presencia de comorbilidades, incluidos los problemas de salud mental.
- Cuando se diagnostica que una persona tiene sobrepeso u obesidad:
 - proporcionar servicios de salud para controlar la obesidad, lo que incluye la intervención dietética, el ejercicio físico y medidas médicas cuando estén indicadas;
 - evaluar para detectar la presencia de diabetes;
 - derivar a un especialista en dietética, de estar disponible.

MÁS INFORMACIÓN

 **Obesidad y sobrepeso.** OMS; 2024
(<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>).

7.4

Abordar la desnutrición



Las intervenciones nutricionales deben proporcionarse siempre como parte de un plan integral de atención personalizada que aborde las enfermedades subyacentes (por ejemplo, enfermedades gastrointestinales o bucodentales, neoplasias malignas) y los factores que contribuyen a que la nutrición sea deficiente, junto con intervenciones que aborden otros ámbitos de la capacidad intrínseca. Entre estos factores figuran las deficiencias sensoriales (disminución de los sentidos del gusto y del olfato), una salud bucodental deficiente, como problemas de masticación y dificultades para deglutir, el aislamiento social, la soledad, los ingresos bajos y las enfermedades crónicas de larga duración. Algunos medicamentos también pueden interferir con el gusto o el olfato o provocar náuseas y vómitos.

Además de una dieta rica en proteínas, existen otras múltiples formas de manejar la desnutrición, como el asesoramiento nutricional con control del peso, el ejercicio multimodal y los suplementos nutricionales orales.

Recuadro 7.2 Suplementos nutricionales orales: puntos clave

- La comida es lo primero. A menos que se necesiten suplementos nutricionales orales con urgencia, primero hay que intentar mejorar la alimentación, si fuera posible, e incrementar la frecuencia de las comidas.
- Los suplementos nutricionales orales se suman a la comida; no deben sustituirla. Una persona que tome suplementos nutricionales orales debe entender que es necesario seguir comiendo tan bien como sea posible.
- Es necesario dar instrucciones sobre cómo mezclar los suplementos nutricionales orales, qué cantidad tomar cada vez y cuándo tomarlos.
- Los suplementos nutricionales orales deben tomarse entre comidas, no durante estas.
- Las personas mayores suelen necesitar apoyo y estímulo continuos (de los familiares, las personas a cargo del cuidado y los trabajadores de salud) para seguir tomando los suplementos nutricionales orales.
- También pueden cansarse del sabor y la textura de un tipo determinado de suplemento nutricional oral. Se pueden utilizar suplementos de diversos sabores, de estar disponibles.
- Hay que vigilar estrechamente el peso y registrarlo periódicamente.
- Lo ideal es dejar de tomar los suplementos nutricionales orales cuando haya pasado el riesgo de nutrición deficiente y cuando la alimentación proporcione una nutrición adecuada.

7.4.1

Riesgo de desnutrición

Para prevenir la desnutrición, los trabajadores de salud pueden brindar asesoramiento dietético personalizado, con un estrecho seguimiento del peso. Deben empezar por registrar los hábitos alimentarios (tipos y cantidades de alimentos, incluidos los líquidos, y frecuencia de ingestión) y después adaptarlos a las preferencias culturales o individuales de la persona a fin de aumentar la ingesta de las proteínas y los nutrientes necesarios. Si una persona mayor es incapaz de aumentar su ingesta de alimentos, incluidas las proteínas, se debe considerar la posibilidad de que tome un suplemento nutricional oral (**recuadro 7.2**).

Cuando se determina que existe riesgo de desnutrición, es importante considerar también el ejercicio multimodal, ya que la nutrición y el ejercicio son factores clave para mantener y mejorar la fuerza y la función musculares. Un aporte calórico adecuado y una ingesta apropiada de proteínas aumentará la eficacia de los programas de ejercicio multimodal. → **6.4.2**

7.4.2

Nutrición deficiente

En los casos de nutrición deficiente, los trabajadores de salud deben brindar de inmediato asesoramiento dietético personalizado (asesoramiento nutricional) y evaluar y manejar los factores implicados. Un trabajador de salud con conocimientos especializados (por ejemplo, un dietista) debe realizar una evaluación detallada del estado nutricional, ofrecer asesoramiento dietético personalizado y prescribir suplementos nutricionales orales, si es necesario y están disponibles.

Los suplementos nutricionales orales pueden proporcionar proteínas adicionales de alta calidad, calorías y cantidades adecuadas de vitaminas y minerales cuando se detecta una deficiencia. Hacen falta conocimientos especializados para elaborar un plan de toma de suplementos nutricionales orales que se adapte a las necesidades y las limitaciones físicas y psicológicas de la persona. La evaluación permite elegir el mejor método de suplementación, ya sea mediante alimentos ricos en nutrientes, suplementos vitamínicos o minerales, o mediante productos comerciales especializados o formulaciones nutricionales no comerciales (46) (47). Los suplementos nutricionales orales únicamente deben recetarse cuando la persona no consuma suficientes calorías o alimentos comunes de alto contenido calórico y nutritivo, o bien cuando los suplementos nutricionales orales sean una estrategia temporal que se suma a los alimentos comunes a fin de aumentar la ingesta calórica. Los agentes de salud comunitarios pueden apoyar a las personas que utilizan suplementos nutricionales orales y darles seguimiento (**recuadro 7.2**).

7.5 Evaluar y abordar las enfermedades y los factores de riesgo asociados



7.5.1 Sarcopenia

La sarcopenia —esto es, la pérdida de masa y fuerza musculares—, que provoca una disminución de la función muscular, puede requerir intervenciones de rehabilitación que incluyan un tratamiento nutricional centrado en la ingesta de proteínas. → [4.2.1](#), [6.5.3](#)

7.5.2 Trastornos gastrointestinales

En la vejez pueden verse afectadas todas las funciones del sistema gastrointestinal, como el movimiento de los alimentos, la secreción de enzimas y hormonas, la digestión y la absorción. Las enfermedades gastrointestinales son una de las causas comunes de la pérdida de peso involuntaria (48). Mediante la exploración física y la anamnesis se pueden detectar afecciones gastrointestinales comunes, como el estreñimiento, la diarrea, las enfermedades inflamatorias intestinales y la úlcera péptica; se debe proporcionar tratamiento para la enfermedad.

7.5.3 Enfermedades bucodentales y problemas para masticar o deglutir

Las enfermedades bucodentales y los problemas de masticación o deglución afectan considerablemente al estado nutricional. Las principales enfermedades bucodentales son la caries dental, la enfermedad periodontal (encías), el edentulismo (pérdida dental total) y el cáncer bucal (49). A menudo se piensa erróneamente que una parte inevitable del envejecimiento es la pérdida de dientes, algo que está socialmente aceptado en muchas culturas. Sin embargo, puede ser psicológicamente traumática, socialmente perjudicial y afectar negativamente a la capacidad intrínseca y a la capacidad funcional. La mayoría de las enfermedades bucodentales pueden prevenirse con el autocuidado ([recuadro 7.1](#), página 77) y con el acceso a servicios de salud bucodental adecuados.

Los trabajadores de salud de los establecimientos de atención primaria pueden detectar las enfermedades y afecciones bucodentales si preguntan sobre:

- la dificultad para comer o masticar alimentos;
- la dificultad para deglutir alimentos o bebidas;
- el número de dientes naturales restantes (la presencia de menos de 20 dientes naturales se correlaciona con peores resultados);
- las caries dentales;
- el sangrado de las encías durante el cepillado;
- la presencia de sequedad de boca;
- la presencia de dolor, inflamación o alguna úlcera que no cicatriza.

Las enfermedades bucodentales pueden ser tratadas en un establecimiento de atención primaria por un trabajador de salud capacitado, conforme a las normas y regulaciones locales, por ejemplo, tratando la caries dental, procediendo a la obturación tras la extracción de una pieza dental cariada y tratando la enfermedad periodontal con solución salina o con un enjuague bucal antiséptico. Sin embargo, la evaluación y el manejo posteriores requieren que se derive a la persona a un profesional de salud con conocimientos especializados (por ejemplo, dentista, auxiliar de odontología, higienista).

Las dificultades para deglutir (disfagia) comprenden los problemas que se producen durante el paso de sólidos o líquidos de la boca al estómago, como al succionar, masticar y morder, manipular la comida en la boca, salivar y deglutir. Entre las complicaciones graves de los problemas de deglución se encuentran la aspiración, la deshidratación o la pérdida de peso. Estas dificultades pueden deberse a una serie de afecciones más frecuentes en las personas mayores, como la disfunción esofágica, el accidente cerebrovascular, la enfermedad de Parkinson y la demencia.

El asesoramiento debe referirse, entre otras cosas, a la importancia de tener en cuenta la consistencia y textura de los alimentos y bebidas para facilitar la deglución y reducir el riesgo de atragantamiento o aspiración.

Para fortalecer los músculos de la deglución y mejorar la coordinación del mecanismo de deglución se puede proporcionar entrenamiento, como ejercicios de masticación, canto y pronunciación rápida de palabras para el mantenimiento de los músculos peribucles. Se pueden dar instrucciones para hacer un masaje de las glándulas salivales a fin de estimular la producción de saliva. Si una persona mayor tiene un problema de deglución importante, hay que derivarla a servicios de rehabilitación, si están disponibles y son accesibles. → 4.2.1

Dentaduras postizas

Las dentaduras postizas son estructuras extraíbles con dientes postizos se colocan sobre las encías para sustituir los dientes que faltan y eliminar los posibles problemas causados por las mellas. Las prótesis dentales pueden ayudar a prevenir problemas de alimentación, la desnutrición subsiguiente y problemas del habla. También pueden mejorar la confianza de la persona en sí misma, al cambiar su aspecto. Los profesionales de la salud con conocimientos especializados, como dentistas y técnicos dentales, pueden tomar medidas de la boca del paciente para hacer las prótesis dentales y pueden ajustarlas. También pueden brindar asesoramiento sobre cómo usarlas, limpiarlas y cuidarlas. Es necesario revisarlas con regularidad, también en cuanto a su ajuste, sobre todo si el peso de la persona está cambiando.

Algunas personas mayores pueden beneficiarse del consumo de alimentos picados finamente, triturados o procesados en forma de puré. En el caso de las personas con disfagia, se recomienda evitar alimentos con texturas mixtas (por ejemplo, sopas que contienen ingredientes sólidos) para reducir el riesgo de aspiración.

7.6 Evaluar y abordar el entorno físico y social



7.6.1 Hábitos alimentarios en el contexto social

Hacer de la comida una actividad social puede tener un efecto positivo, no solo en términos de nutrición y estado de hidratación, sino también desde el punto de vista psicológico, pues ayuda a fomentar el sentido de pertenencia y a prevenir la soledad.

Las personas a cargo del cuidado y las partes interesadas de la comunidad pueden ayudar a superar los obstáculos que afectan a los hábitos alimentarios sociales de las personas mayores organizando comidas en entornos sociales, por ejemplo, proporcionando alimentos en reuniones o actividades y fomentando que las familias coman juntas. Las organizaciones comunitarias pueden propiciar el acceso a opciones alimentarias más saludables (por ejemplo, a través de huertos comunitarios o mercados comunitarios de alimentos).

7.6.2 Cuidados y apoyo social → 11

Los cuidados y el apoyo social de las personas mayores con desnutrición o deshidratación, o con riesgo de presentarlas, pueden abarcar el acceso a comidas preparadas y listas para consumir, la ayuda para cocinar y el suministro de bebidas, incluida la recolección de agua.

Si una persona mayor o la persona a cargo del cuidado tienen dificultades para acceder a los alimentos, las partes interesadas de la comunidad pueden ayudar organizando entregas de comestibles y proporcionando asesoramiento y apoyo financiero. Si una persona mayor tiene dificultades para alimentarse, también se le puede ayudar a colocarse debidamente en la mesa y a alimentarse.

7.6.3

Productos de apoyo

Las ayudas sencillas para comer y beber pueden servir a las personas con debilidad o mala coordinación a comer y beber de forma independiente.

Los agentes comunitarios de salud pueden determinar cuándo pueden ser útiles estos productos de apoyo sencillos. Las prótesis dentales también pueden ser necesarias en caso de pérdida de dientes, para solucionar los problemas de alimentación. Se puede acceder a una capacitación sencilla sobre cómo encontrar y proveer productos de apoyo para comer y beber.

7.6.4

Apoyo a las personas a cargo del cuidado → 12

Las personas a cargo del cuidado deben tener acceso a asesoramiento sobre la importancia de la hidratación y sobre cómo preparar la comida para las personas mayores, incluyendo alimentos más blandos si les resulta difícil masticar o deglutir. También se les debe proporcionar información sobre cómo ayudar a la persona mayor a alimentarse.

Las personas a cargo del cuidado deben recibir información sobre qué esperar al final de la vida. La reducción de la ingesta de comida y bebida es normal en la fase final de una enfermedad grave.

Las personas a cargo del cuidado pueden encontrar esto difícil, ya que la gente suele expresar su cariño a través de la comida.

Se debe proporcionar información y apoyo, incluida la ayuda a las personas a cargo del cuidado, para que encuentren otras formas de demostrar su cariño, como el cuidado bucodental y de la piel.

Tener una alimentación saludable también es importante para la persona a cargo del cuidado, pero esta puede descuidar su propia alimentación, sobre todo si se siente abrumada o estresada por su papel de cuidadora. Si una persona mayor necesita ayuda para alimentarse, la persona a cargo del cuidado puede centrarse en ello en lugar de comer y disfrutar de su propia comida. Compartir las comidas con la familia o los amigos puede ayudar, ya que otras personas estarán disponibles para prestar apoyo.

MÁS INFORMACIÓN

 *Training on eating and drinking aids*. TAP; 2024
(<https://www.gate-tap.org/>).

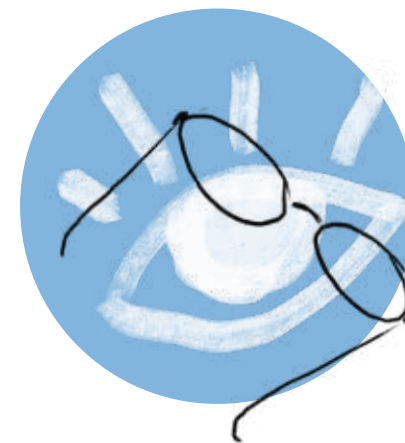
8

Visión

Esquema de atención para abordar las deficiencias visuales

La vista es un elemento fundamental de la capacidad intrínseca, ya que permite a las personas moverse e interactuar con otras y con el entorno. Alrededor del 80% de las deficiencias visuales de lejos y el 67% de las deficiencias visuales de cerca se dan en personas de 50 años o más (50). La hipermetropía (presbicia), las cataratas, el glaucoma y la degeneración macular relacionada con la edad son enfermedades oculares frecuentes en las personas mayores.

Las deficiencias visuales afectan gravemente a la calidad de vida y se asocian a depresión, deterioro cognitivo, ansiedad, aislamiento social y mayor riesgo de caídas. Pueden causar dificultades para moverse con seguridad, mantener relaciones familiares y otras relaciones sociales, mantener la capacidad de trabajar y asegurarse unos ingresos, y de acceder a la información.



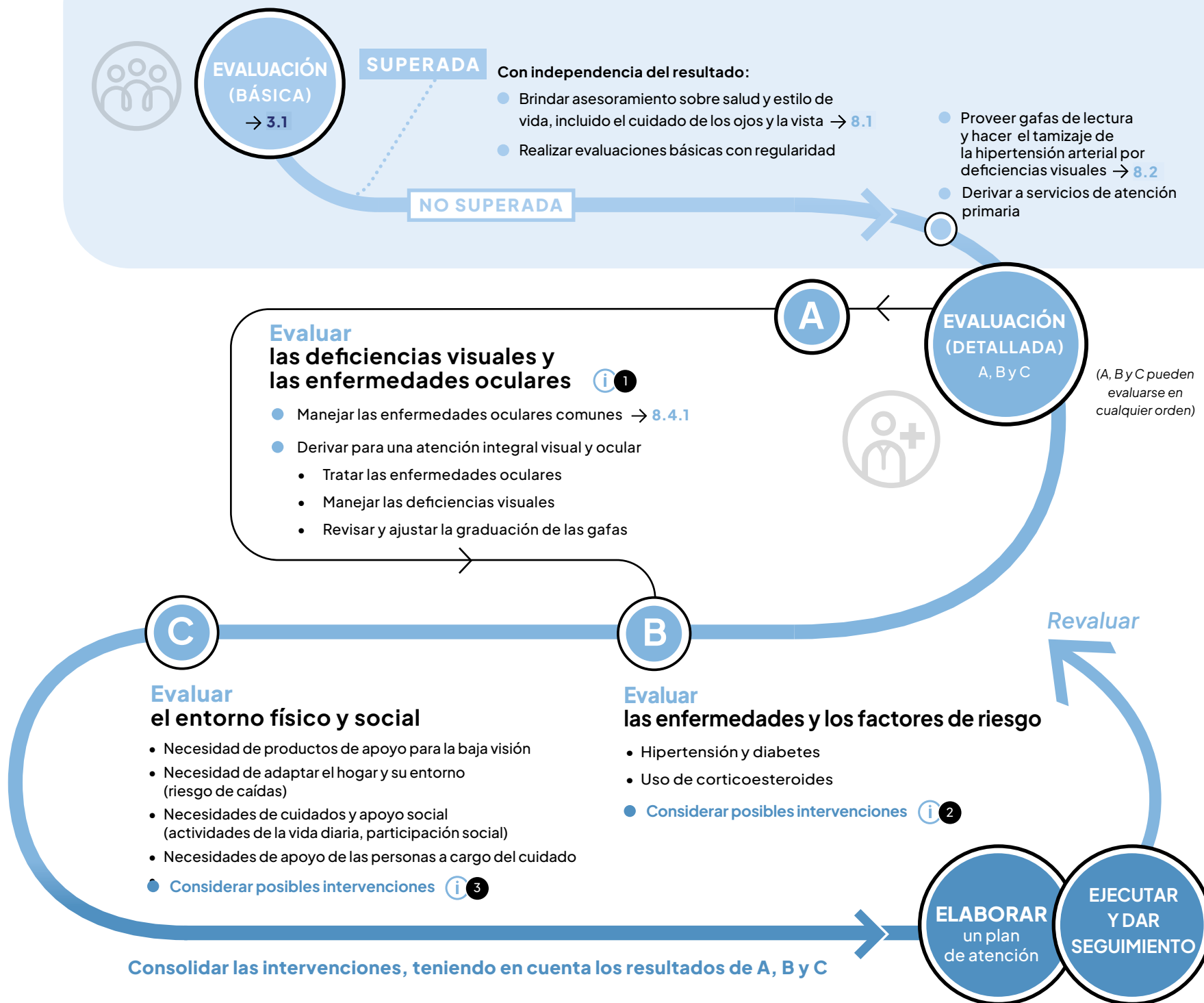
Puntos clave

- Con una simple tabla optométrica, los agentes comunitarios de salud pueden realizar una evaluación básica de las deficiencias visuales.
- La mayoría de los casos de deficiencia visual y ceguera pueden prevenirse mediante la detección temprana y el tratamiento oportuno de las enfermedades oculares.
- Con las gafas se suele corregir la pérdida de visión de cerca o de lejos.
- Los productos de apoyo, como lupas y bastones blancos, pueden ayudar a las personas con deficiencias visuales que no pueden corregirse con gafas.
- Las modificaciones del entorno, como una mejor iluminación, pueden contribuir a mejorar la capacidad funcional de las personas mayores con deficiencias visuales y prevenir las caídas.
- Las partes interesadas de la comunidad pueden apoyar a las personas mayores con deficiencias visuales mediante el mapeo y la auditoría del entorno local y la creación de grupos de apoyo entre pares.

8

Visión

Esquema de atención para abordar las deficiencias visuales



Necesidad de capacitación y conocimientos especializados

- Deficiencia visual repentina o de evolución rápida
- Provisión de gafas para corregir la deficiencia visual de lejos
- Control de las enfermedades de la retina relacionadas con la hipertensión arterial y la diabetes y de otras enfermedades oculares (por ejemplo, glaucoma, cataratas, degeneración macular) (8.5)
- Problemas en la parte exterior del ojo (por ejemplo, secreción importante, como pus; enrojecimiento anormal de la parte blanca del ojo [esclerótica]; opacidad anormal o enrojecimiento de la parte coloreada del ojo [iris]).

i 1

Evaluar las deficiencias visuales y las enfermedades oculares comunes → 8.3

La capacidad de una persona para reconocer o distinguir claramente un objeto o una letra a una distancia determinada (agudeza visual) se mide con una tabla optométrica con la E giratoria. La evaluación de la agudeza visual es una medida clínica importante a la hora de evaluar los defectos de refracción.

Para llevar a cabo esta evaluación, se necesita un espacio con buena iluminación y suficientemente grande como para que la distancia de prueba sea correcta (por ejemplo, 3 m para la visión de lejos y 40 cm para la visión de cerca).

Si la persona ya lleva gafas, la agudeza visual se examina con ellas puestas.

Las enfermedades oculares comunes, como el ojo rojo (ojo inyectado en sangre), las alteraciones de las pestañas, la conjuntivitis y la sequedad ocular, pueden evaluarse más a fondo examinando con una linterna el aspecto de la parte exterior del ojo, los párpados y las pestañas.

i 2

Intervenciones relativas a enfermedades y factores de riesgo → 8.5

- Hipertensión y diabetes** → ● Manejo de los factores de riesgo de ECV (8.5.1)
● Revisión anual de la retina (8.5.1)
- Uso de corticoesteroides** → ● Revisión periódica de la prescripción de corticoesteroides (8.5.2)
● Examen periódico de los ojos y la vista (8.5.2)

i 3

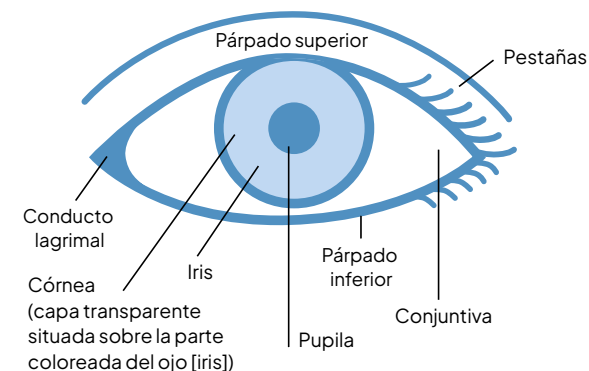
Intervenciones relativas al entorno físico y social → 8.6

- Necesidad de productos de apoyo** → ● Proporcionar productos de apoyo para la baja visión (ópticos y de otro tipo) (8.6.1)
- Necesidad de adaptar el hogar y sus alrededores** → ● Optimizar el entorno físico (hogar y alrededores) para reducir el riesgo de caídas (4.2.5)
● Asesorar respecto al uso de objetos domésticos con letra más grande y legible (8.6.2)
- Necesidades de cuidados y apoyo social** → ● Proporcionar apoyo para las tareas de la vida diaria, oportunidades de participación social (8.6.3)
● Proporcionar apoyo psicosocial (8.6.3)
- Necesidades de apoyo de las personas a cargo del cuidado** → ● Brindar asesoramiento y capacitación, incluida la adaptación de la comunicación (8.6.4)

Defectos de refracción

Los defectos de refracción no corregidos son la causa más común de deficiencia visual en todo el mundo. Los defectos de refracción se producen cuando la forma del ojo impide que la luz se enfoque directamente en la retina, con la consiguiente visión borrosa. Los tipos más comunes de defectos de refracción son la miopía (deficiencia visual de lejos), la hipermetropía (deficiencia visual de cerca), la presbicia (deficiencia visual de cerca relacionada con la edad) y el astigmatismo (visión borrosa a cualquier distancia).

Parte exterior del ojo



8.1 Asesoramiento sobre salud y estilo de vida para fomentar el cuidado de los ojos y la vista



Los agentes comunitarios de salud y otras partes interesadas de la comunidad pueden asesorar a todas las personas mayores, incluidas las que pueden tener deficiencias visuales, para fomentar el cuidado de los ojos y la vista, lo que abarca:

Para todas las personas mayores:

- Abordar conceptos erróneos comunes, como que la deficiencia visual forma parte del proceso normal de envejecimiento.
- Considerar la importancia del manejo de los factores de riesgo de deficiencia visual, como la diabetes, la hipertensión y el uso de corticoesteroides.
- Someterse a revisiones oculares periódicas con un trabajador de salud y pedir asesoramiento en caso de presentar algún problema.
- Hacer descansos regulares cuando se realicen actividades que requieren utilizar la visión de cerca, como el uso de dispositivos electrónicos (teléfonos, tabletas, etc.), la lectura y la costura.
- Limitar la exposición a los rayos ultravioleta, utilizando gafas de sol y sombreros.
- Lavarse las manos con regularidad, evitar frotarse o tocarse los ojos y utilizar únicamente jabón suave para lavarse los párpados.
- Dejar de fumar, ya que el tabaco aumenta el riesgo de enfermedades oculares (por ejemplo, cataratas, degeneración macular).

Para personas mayores con (posibles) deficiencias visuales:

- Cómo optimizar el hogar y sus alrededores para reducir el riesgo de caídas, utilizando la iluminación, el contraste y los colores.
- Seguir el asesoramiento sobre cómo y cuándo utilizar gafas, por ejemplo, si le han dicho que las necesita para leer.

8.2 Atención comunitaria de salud para tratar las deficiencias visuales



8.2.1 Provisión de gafas de lectura

Si mediante una evaluación ICOPE básica se detecta que una persona mayor puede tener problemas de visión y no se dispone inmediatamente de una evaluación detallada (de enfermedades oculares, anomalías externas y problemas de visión), los agentes comunitarios de salud pueden ser de ayuda. Pueden facilitar el acceso a gafas de lectura listas para usar, cuando estén disponibles, para las personas con deficiencias visuales de cerca. A partir de los 50 años, es muy habitual que surjan dificultades para leer o ver de cerca. Las gafas de lectura pueden ser una solución eficaz y rápida para corregir la presbicia (deficiencia visual de cerca), pues hacen que los objetos cercanos parezcan más grandes.

Hay gafas de lectura listas para usar de bajo costo, con distintos aumentos (+1,00, +1,50, +2,00, +2,50, +3,00). Las gafas de lectura pueden prescribirse de varias formas. Un método muy utilizado consiste en considerar la edad de la persona y aplicar el método de prueba y error.

Grupo etario	Potencia de las lentes de las gafas de lectura
De 40 a menos de 50 años	De +1,00 a +2,00 dioptrías
De 50 años o más	De +2,00 a +3,00 dioptrías

Las gafas de lectura deben probarse en una habitación bien iluminada, utilizando una tarjeta o cartilla de agudeza visual de cerca (página 23). La montura debe ajustarse a la persona de forma cómoda y correcta; hay que comprobar que no sea demasiado pequeña ni holgada, y que se ajuste sobre las orejas sin presionar en ambos lados de la cabeza. Cuando unas simples gafas de lectura no resuelven el problema, es aconsejable un examen completo de los ojos y la vista realizado por un profesional de salud con conocimientos especializados (por ejemplo, enfermero oculista, optometrista, oftalmólogo).

Las partes interesadas de la comunidad pueden facilitar información sobre dónde se pueden adquirir, a nivel local, gafas de lectura listas para llevar y sobre cómo se utilizan. Los grupos comunitarios, incluidas las organizaciones de personas mayores, pueden trabajar con los trabajadores de salud para facilitar servicios móviles de extensión que proporcionen y prueben gafas de lectura a las personas mayores.

8.2.2

Detección de la hipertensión

También se pueden examinar los riesgos de enfermedades oculares y deficiencia visual que plantea la hipertensión. Los agentes comunitarios de salud deben medir la tensión arterial, si disponen de la capacitación y el equipo adecuados, para detectar los factores de riesgo de ECV y brindar asesoramiento sobre cómo abordar estos factores de riesgo. → **3.1.4** Si una persona ya ha recibido un diagnóstico de hipertensión y diabetes, debe ser derivada a los servicios de atención primaria para su seguimiento y recomendársele que se someta a una revisión sistemática de la retina.

MÁS INFORMACIÓN

 *Training in provision of reading glasses, magnifiers, and telescopes.* TAP; 2024 (<https://www.gate-tap.org/>).

 *Manual de cribado visual y ocular.* OMS; 2025 (<https://iris.who.int/handle/10665/380579>).



8.3 Evaluar las deficiencias visuales y las enfermedades oculares



Se pueden ofrecer servicios de atención oftalmológica en establecimientos de atención primaria, mediante una supervisión adecuada y la capacitación de los trabajadores de salud disponibles, o mediante la adopción de servicios independientes de atención oftalmológica primaria, ya sea en centros fijos o en unidades móviles.

Los trabajadores de salud de establecimientos de atención primaria pueden llevar a cabo exploraciones oculares y visuales. Pueden medir la capacidad de una persona para reconocer o distinguir claramente un objeto o una letra a una distancia determinada (agudeza visual). También pueden hacer una exploración con una linterna en busca de enfermedades oculares comunes, como ojo rojo, alteraciones de las pestañas, conjuntivitis, sequedad ocular e inflamación de los párpados.

En algunos casos, cuando se necesiten conocimientos especializados, se deberá derivar a la persona mayor a un profesional de salud (por ejemplo, enfermera con formación en oftalmología, optometrista o médico oftalmólogo). Esto supone realizar exploraciones oculares más detalladas, como refracción subjetiva, oftalmoscopia directa y retinografía; proporcionar gafas o lentes de contacto para la deficiencia visual de lejos (miopía); y diagnosticar y tratar enfermedades oculares como las cataratas y la retinopatía debida a la diabetes y la hipertensión.

También hay que verificar los resultados de la evaluación básica relativos a otros dominios de la capacidad intrínseca vinculados, como el deterioro cognitivo y los síntomas depresivos, y se debe realizar una evaluación detallada en caso necesario. → 5 10



Una tabla optométrica con la “E giratoria” se puede aplicar de forma general, mientras que una tabla optométrica LogMAR (EDTRS) requiere conocimientos del alfabeto latino.

Recuadro 8.1 Cataratas

La catarata es la opacidad del cristalino del ojo, que impide ver con claridad y suele estar relacionada con el proceso de envejecimiento. La diabetes y la obesidad son factores de riesgo. Junto con los defectos de refracción, es la principal causa de deficiencia visual y ceguera prevenibles (51). Reducir el consumo de tabaco y la exposición a los rayos ultravioleta puede prevenir o retrasar la aparición de cataratas. La detección temprana y la corrección quirúrgica pueden restaurar la visión y evitar que muchas personas lleguen a perder la vista. La intervención quirúrgica consiste en extraer del ojo el cristalino opacificado e implantar una lente intraocular artificial.

8.4 Abordar las deficiencias visuales y las enfermedades oculares



Las intervenciones para abordar las deficiencias visuales y las enfermedades oculares deben proporcionarse siempre como parte de un plan integral de atención personalizada que aborde las enfermedades subyacentes (por ejemplo, hipertensión, diabetes) y otros factores, junto con intervenciones que aborden otros dominios de la capacidad intrínseca. Además de la provisión de gafas de lectura y la detección de la hipertensión, existen otras muchas formas de abordar las deficiencias visuales.

8.4.1 Manejo de las enfermedades oculares comunes

Los trabajadores de salud pueden proporcionar tratamiento o primeros auxilios en los establecimientos de atención primaria, brindando asesoramiento sobre el seguimiento de las personas que acuden con un ojo rojo o alteraciones de las pestañas, conjuntivitis infecciosa y alérgica, sequedad ocular, inflamación de los párpados (blefaritis), un cuerpo extraño ocular o queratitis (inflamación de la córnea). Si la mejoría es escasa o nula, es necesario derivar a tiempo al paciente a un profesional de salud con conocimientos especializados.

8.4.2 Manejo de los defectos de refracción

El manejo de los defectos de refracción abarca la realización de exploraciones oculares periódicas y el cuidado integral de la visión y los ojos. Los defectos de refracción pueden tratarse eficazmente mediante medidas correctoras como las gafas, las lentes de contacto y la cirugía refractiva. Estos tratamientos son seguros y pueden mejorar significativamente la visión, aumentando la calidad de vida.

8.4.3 Deficiencia visual irreversible y ceguera

En muchas personas con baja visión, es posible que las gafas graduadas no la corrijan lo suficiente. Para estas personas, los productos de apoyo para la baja visión pueden posibilitar la realización de tareas que requieran visión de cerca, como leer un libro o un periódico, contar dinero, leer etiquetas, coser e inspeccionar objetos pequeños o partes de objetos grandes. Hay que derivarlas a servicios de rehabilitación, si están disponibles y son accesibles, para que reciban asesoramiento sobre cómo facilitar su participación en la vida social aprovechando al máximo la visión residual y la provisión de adaptaciones prácticas para abordar las consecuencias sociales, psicológicas y económicas de la deficiencia visual. → 4.2.1

Las partes interesadas de la comunidad pueden ayudar a las personas con baja visión o sin visión a desenvolverse en su comunidad. Esto podría abarcar el acompañar a la persona a caminar o hacer un recorrido por una ruta que le gustaría aprender, por ejemplo, de su casa a la de un familiar. Hacer este recorrido varias veces ayudará a esta persona a acostumbrarse al entorno y a ganar confianza para hacer el trayecto. También podría ser útil elaborar mapas sonoros del entorno local, que describan dónde están las cosas y cómo encontrar determinadas instalaciones y servicios.

MÁS INFORMACIÓN

 **Paquete de intervenciones de atención ocular.** OMS; 2022
(<https://iris.who.int/handle/10665/364216>).



8.5 Evaluar y abordar las enfermedades y los factores de riesgo asociados



8.5.1 Hipertensión y diabetes

La hipertensión y la diabetes son importantes factores de riesgo de enfermedades de la retina y de glaucoma (una de las principales causas de deficiencia visual y ceguera prevenibles). La retinopatía diabética es la complicación microvascular más frecuente de la diabetes. Además de controlar los factores de riesgo de ECV (→3.1.4), se recomienda la revisión sistemática de la retina (esto es, anual o bienal, según el caso) en las personas con hipertensión o diabetes, seguida de tratamiento. Se puede detectar y dar seguimiento a la retinopatía mediante oftalmoscopia realizada por un profesional de salud con conocimientos especializados o mediante pruebas de imagen de la retina con interpretación local o programas basados en la telemedicina con calificación centralizada.

8.5.2 Uso de corticoesteroides

En algunas personas, el tratamiento a largo plazo con corticosteroides puede aumentar la presión intraocular o provocar cataratas. Si no se trata, este aumento de la presión (glaucoma) puede dar lugar a deficiencias visuales y ceguera, al dañar el nervio óptico. Toda persona que reciba tratamiento a largo plazo con corticoesteroides debe someterse periódicamente a un examen completo de los ojos y la vista que incluya la determinación de la presión intraocular. Se debe revisar periódicamente si la prescripción de corticoesteroides, incluida la dosis, es adecuada.

8.6 Evaluar y abordar el entorno físico y social



8.6.1 Productos de apoyo para la baja visión

Para ayudar a las personas mayores con deficiencias visuales a proseguir con su vida cotidiana y sus intereses, se pueden utilizar una serie de productos de apoyo. Se trata de productos de apoyo ópticos, como lupas, telescopios y gafas, y no ópticos, como audiolibros y reproductores, relojes parlantes, bastones blancos, lectores de pantalla y teléfonos móviles adaptados. Hoy en día, muchos teléfonos móviles y programas informáticos tienen funciones de conversión de texto en voz. Los organizadores de píldoras con texto en relieve o braille pueden ser útiles.

8.6.2 Modificación del entorno en el hogar y en sus alrededores

Además de utilizar productos de apoyo para la baja visión, se pueden introducir cambios sencillos en el hogar y en el entorno doméstico para reducir el riesgo de caídas de las personas mayores con deficiencias visuales. →4.2.5 Además de estas modificaciones, se puede recurrir a otros cambios para facilitar las tareas de la vida diaria y las actividades de ocio, como:

- **El uso del tipo de letra más legible:** en materiales impresos y pantallas de computadoras y teléfonos, las tipografías grandes de estilo sans serif o palo seco (como la utilizada en este manual) son más fáciles de leer, ya que resaltan claramente en un fondo de color uniforme.

- **La elección de objetos domésticos con letras grandes y buen contraste:** es habitual encontrar productos que utilizan letras y números más grandes o un buen contraste, por ejemplo, relojes y libros de letra grande. Para el ocio, se pueden comprar o fabricar tableros y piezas de juego grandes, y naipes con letras y símbolos grandes.
- **El uso de productos de apoyo para hablar:** hay que considerar los relojes, termómetros y básculas parlantes.

8.6.3

Cuidados y apoyo social → 11

Las personas mayores con deficiencias visuales pueden necesitar ayuda con las actividades de la vida diaria. Además del apoyo en las actividades de la vida diaria como comer y vestirse, se las puede ayudar a organizar sus pertenencias para que sean fáciles de encontrar y distinguir.

Las personas mayores con deficiencias visuales pueden sentirse infelices, solas o desesperanzadas, y tienen mayor riesgo de presentar depresión, ansiedad, fatiga o aflicción relacionadas con la pérdida (progresiva) de visión. Pueden estar aisladas socialmente, sobre todo si les resulta difícil salir de casa para asistir a reuniones y actos sociales, y pueden beneficiarse del apoyo psicológico.

Las personas a cargo del cuidado y las partes interesadas de la comunidad pueden ayudar organizando actos locales y acompañando a estas personas para que asistan; mapeando el entorno local; y estableciendo grupos de apoyo de pares. También pueden abogar por soluciones para mejorar la legibilidad de las señales en instalaciones privadas y públicas (por ejemplo, en centros de salud, cartas de restaurantes), así como en espacios exteriores (por ejemplo, señales de tráfico y placas de calles).

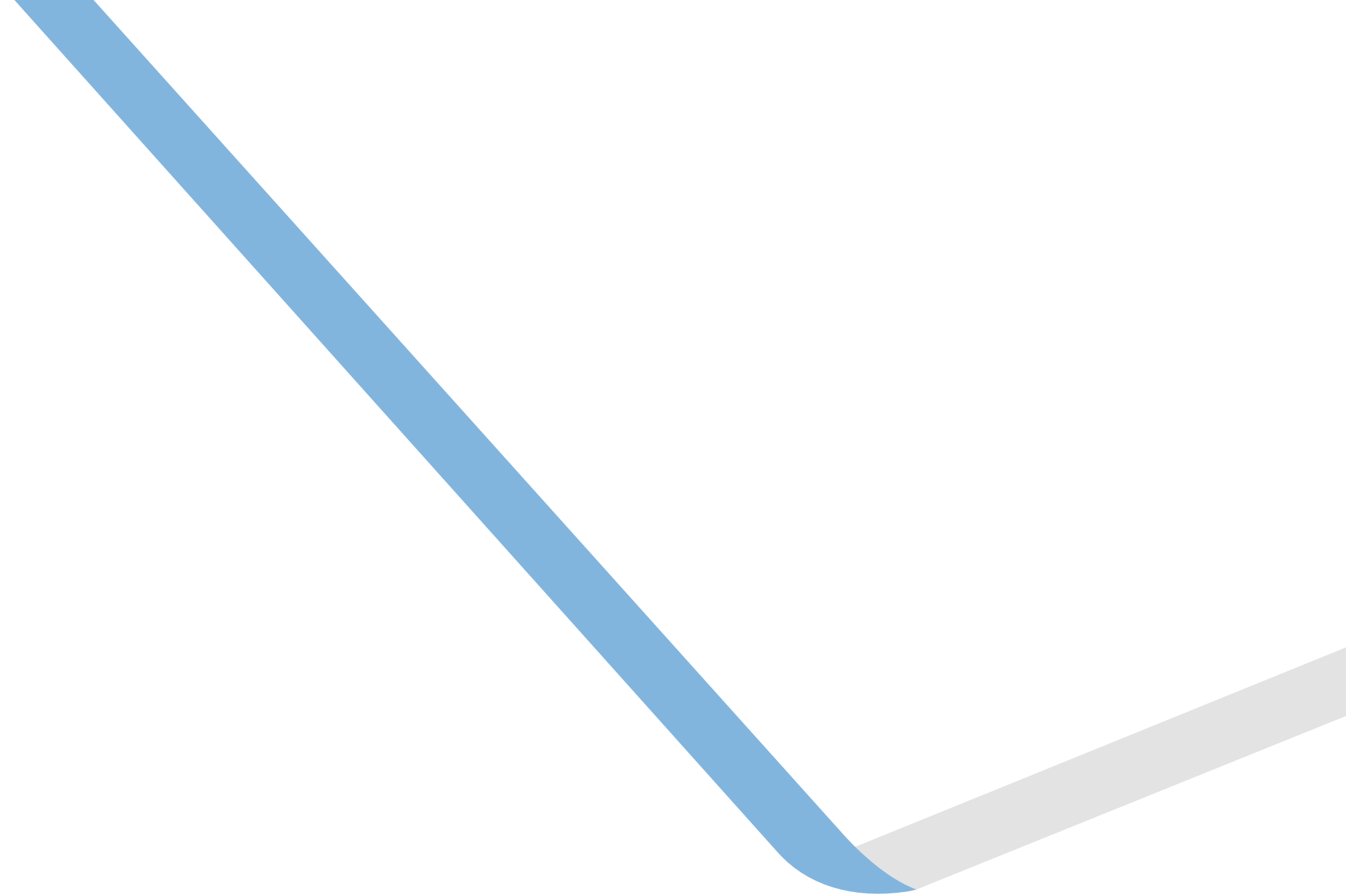
Por ejemplo, guardar juntos en los cajones objetos similares, como cubiertos, y no mezclarlos con destornilladores. La ropa puede organizarse en cajones o armarios como conjuntos coordinados u ordenándola según las ocasiones en las que se utilice.

8.6.4

Apoyo a las personas a cargo del cuidado → 12

La formación para cuidadores de personas mayores con deficiencia visual puede consistir en enseñarles a ayudar a la persona mayor a moverse, desde modificar el entorno del hogar para hacerlo más seguro hasta cómo caminar con alguien con una deficiencia visual. También podría centrarse en cómo adaptar los estilos y métodos de comunicación, a saber:

- Ser paciente: dar a la persona tiempo suficiente para desenvolverse en un entorno, sobre todo si no le resulta familiar.
- Ofrecer a la persona con deficiencia visual ayuda cuando sea necesario, pero respetar su independencia, permitiéndole que haga las cosas por sí misma siempre que sea posible.
- Describir el entorno, por ejemplo, los alrededores, la distribución, los objetos y las personas de una habitación.
- Mantenerse alerta: caminar unos pasos por delante para dar señales y alertar a la persona de posibles peligros, como escalones.
- Evitar hacer suposiciones sobre lo que la persona con deficiencia visual puede o no puede hacer. Permitirle que exprese sus necesidades y preferencias.
- Fomentar el uso de productos de apoyo para ayudar a la persona con deficiencia visual a seguir siendo independiente y a mantenerse conectada.



9

Audición

Esquema de atención para abordar la pérdida auditiva

La pérdida auditiva asociada a la edad es posiblemente la deficiencia sensorial más prevalente en la vejez. La pérdida auditiva dificulta la comunicación y puede provocar aislamiento social. Las limitaciones de otros dominios de la capacidad intrínseca, como el deterioro cognitivo, pueden empeorar estas consecuencias sociales.

La pérdida auditiva se relaciona con muchos otros problemas de salud, como la depresión y la ansiedad, la falta de equilibrio y las caídas. Se ha determinado que la pérdida auditiva es un riesgo de demencia potencialmente modificable (52). Su manejo mediante el uso de productos de apoyo para la audición puede reducir eficazmente este riesgo.



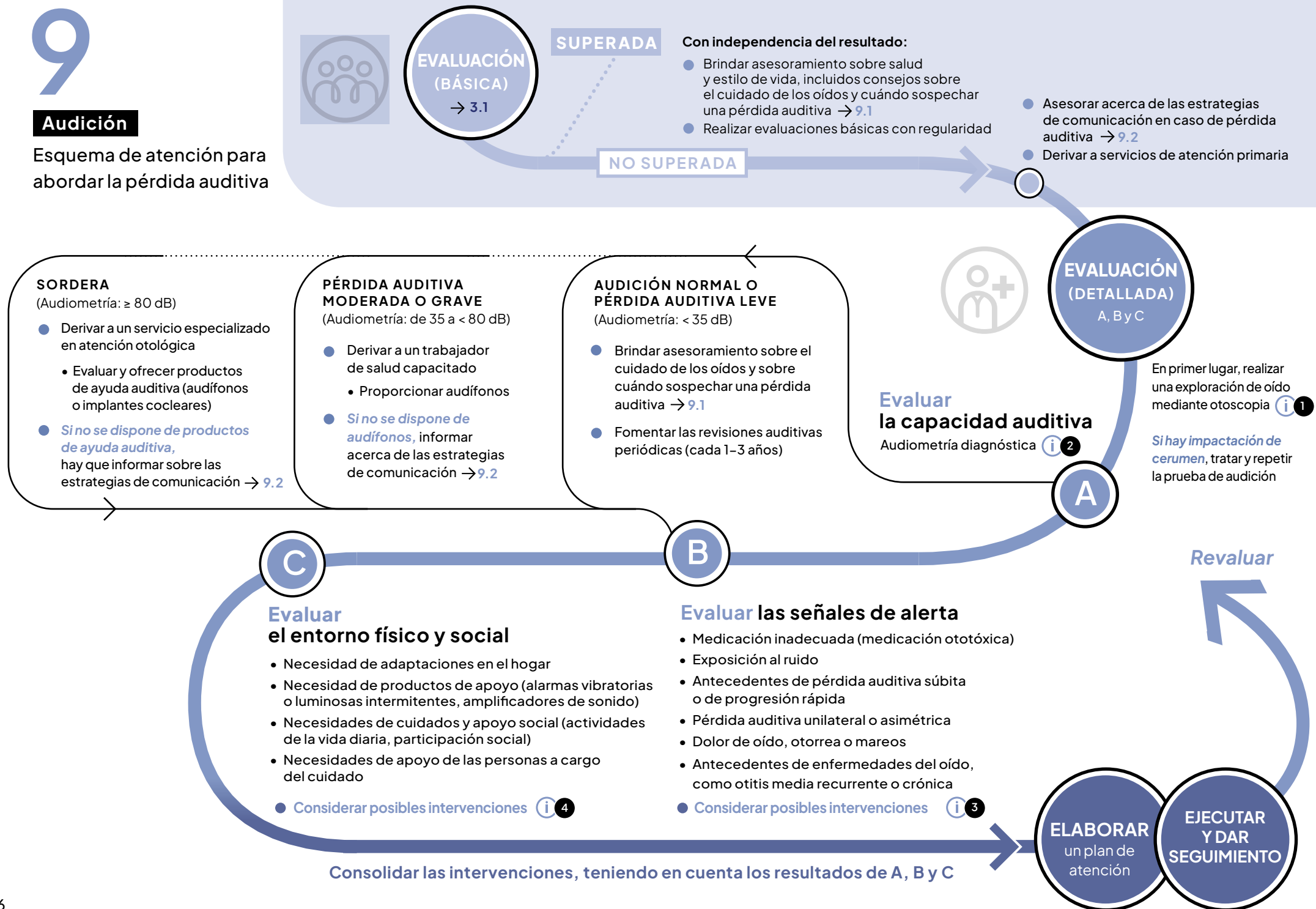
Puntos clave

- Los agentes comunitarios de salud pueden realizar una evaluación básica de la pérdida auditiva con un equipo portátil sencillo o una prueba del susurro.
- Se puede reducir la repercusión de la pérdida auditiva con medidas sencillas en la vivienda y la comunidad, incluida la adopción de estrategias de comunicación.
- Los trabajadores de salud capacitados pueden adaptar los audífonos. Sin embargo, es posible que algunas personas necesiten la orientación de un especialista sobre la adaptación y el uso del audífono para lograr el máximo beneficio.
- Las partes interesadas de la comunidad pueden apoyar a las personas mayores con pérdida auditiva proporcionándoles información y asesoramiento; adaptando los estilos de comunicación durante los actos y las reuniones de la comunidad; y creando grupos de apoyo entre pares.

9

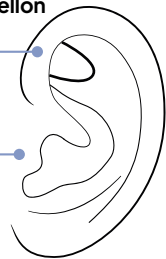
Audición

Esquema de atención para abordar la pérdida auditiva



1 Exploración del oído mediante otoscopia

- Con una mano, tire suavemente del **pabellón auricular** hacia atrás y hacia arriba para enderezar el conducto auditivo.
- Con la otra mano, tire con suavidad del **tragio** hacia adelante, con el dedo, para abrir el conducto auditivo.
- Ilumine el conducto auditivo externo (con el otoscopio, si dispone de él, o pida a un ayudante que le ayude con una linterna), para ayudarle a buscar:
 - cerumen, pus o secreción del oído;
 - inflamación o enrojecimiento;
 - cuerpos extraños en el conducto auditivo.



El cerumen de los oídos puede eliminarse haciendo un lavado de oídos.

La prueba de audición debe repetirse después de eliminar el cerumen.

2 Audiometría diagnóstica → 9.3.2

Es una prueba auditiva no invasiva con la que se mide la capacidad de oír distintos sonidos, tonos o frecuencias. Para hacer esta prueba se necesita una habitación silenciosa y auriculares. Hay dos tipos de prueba: audiometría tonal y audiometría verbal.

Cerumen

El cerumen se produce para limpiar el oído de impurezas; en condiciones normales, el propio oído externo lo expulsa del conducto auditivo. El cerumen impactado puede provocar dolor y pérdida auditiva y afectar al rendimiento de los audífonos. Si una persona mayor no supera la prueba de evaluación de la capacidad auditiva, se debe descartar la impactación de cerumen y tratarla si está presente.

El cerumen puede eliminarse con un lavado de oído con agua limpia a la temperatura corporal (37 °C). Si no es posible extraer el cerumen de manera segura, hay que derivar a un servicio especializado.

Necesidad de capacitación y conocimientos especializados

- Adaptación de los audífonos para pérdidas auditivas moderadas (9.4.3)
- Evaluación y tratamiento de la hipoacusia grave o la sordera y provisión y uso de un dispositivo de ayuda auditiva
- Manejo de problemas subyacentes que provocan la pérdida auditiva o influyen en ella
- En caso de detección de algún signo de alerta (9.5)

3 Intervenciones cuando existen señales de alerta → 9.5

Medicación inadecuada (medicación ototóxica)

- Revisar la medicación y retirarla o prescribir alternativas (9.5.1)

Exposición al ruido

- Asesorar sobre el volumen de escucha seguro y el uso de tapones para los oídos (9.5.2)

Antecedentes de pérdida auditiva súbita o de progresión rápida

Pérdida auditiva unilateral o asimétrica

Dolor de oído, otorrea o mareos

Antecedentes de enfermedades del oído como otitis media recurrente o crónica

- Derivar a un servicio especializado en atención otológica.

4 Intervenciones relativas al entorno físico y social → 9.6

Necesidad de adaptación del hogar

- Organizar el hogar para facilitar la comunicación (9.6.1)

Necesidad de productos de apoyo

- Proporcionar productos de apoyo como teléfonos y timbres que vibren o emitan luces intermitentes o amplificadores de sonido portátiles (9.6.2)

Necesidades de cuidados y apoyo social

- Proporcionar apoyo para las tareas de la vida diaria, oportunidades de participación social (11.6)

Necesidades de apoyo de las personas a cargo del cuidado

- Asesorar a las personas que cuidan acerca de las estrategias de comunicación (9.2)

9.1

Asesoramiento sobre salud y estilo de vida para fomentar el cuidado de los oídos y la audición



Los agentes comunitarios de salud y otras partes interesadas de la comunidad pueden desempeñar un papel en la prestación de cuidados generales del oído y de la audición, así como asesoramiento sobre el estilo de vida, para todas las personas mayores, incluidas las que presentan una pérdida auditiva. La información que pueden dar abarca lo que se debe hacer y lo que se debe evitar para tener unos oídos sanos, la importancia de las revisiones periódicas de la audición, así como las circunstancias en que se debe buscar atención de salud, como cuando se sospeche una pérdida auditiva.

Asesoramiento para todas las personas mayores:

- Limpie únicamente la parte externa de la oreja con un paño suave.
- No introduzca en los oídos objetos, como bastoncillos de algodón, velas auriculares, aceites, líquidos como queroseno, palillos, remedios caseros o dedos sucios.
- No nade en agua sucia ni se lave con ella.
- No comparta auriculares ni tapones para los oídos con otras personas.
- No escuche sonidos o música a un volumen alto, y utilice tapones para los oídos en lugares ruidosos.
- Acuda periódicamente a visitas de revisión de la audición con un trabajador de salud y pida asesoramiento en caso de dolor de oído, otorrea o cualquier dificultad auditiva.

- Acuda a un trabajador de salud **si sospecha una pérdida auditiva**, teniendo en cuenta lo siguiente:
 - a menudo pide a las personas que repitan lo que dicen;
 - sube el volumen de la radio o el televisor;
 - tiene dificultad para seguir conversaciones en lugares ruidosos;
 - tiene dificultad para entender lo que se dice por teléfono;
 - tiene una sensación de zumbido en el oído (acúfenos);
 - tiene problemas para oír sonidos como el timbre de la puerta, la alarma o el teléfono;
 - otras personas le dicen que habla alto.

Las partes interesadas de la comunidad también pueden organizar sesiones de asesoramiento o debates sobre cómo manejar la pérdida auditiva, por ejemplo mediante el uso de audífonos y otros productos de apoyo. También pueden ayudar a abordar la estigmatización asociada al uso de audífonos. Mediante las campañas de sensibilización se puede enseñar a la gente que la pérdida auditiva no es algo de lo que haya que avergonzarse o haya que ocultar. Una de cada 20 personas presenta una pérdida auditiva que requiere tratamiento (53).

9.2

Atención de salud en la comunidad para abordar la pérdida auditiva



9.2.1

Estrategias de comunicación

Si mediante una evaluación ICOPE básica se detecta que una persona mayor puede tener una pérdida auditiva y no se dispone inmediatamente de una audiometría diagnóstica, los agentes comunitarios de salud y las partes interesadas de la comunidad pueden asesorar acerca de las estrategias de comunicación, con independencia de si se dispone o no de audífonos. En el asesoramiento se debe incluir lo siguiente:

- Preste a la persona plena atención, sobre todo si también tiene dificultad para hablar.
- Diríjase a la persona de modo que le vea la cara cuando usted hable y establezca contacto visual para demostrarle que está escuchando activamente y que valora lo que tiene que decir.
- Procure que su cara esté bien iluminada para que la persona con deficiencia auditiva pueda leerle los labios. No exagere ni distorsione los movimientos de los labios.
- Capte la atención de la persona antes de hablarle.
- Reduzca el ruido de fondo o trasládense a un lugar más tranquilo.
- Exprésese con claridad y lentitud. No grite.
- Dé tiempo a la persona para que hable. No la interrumpa ni termine las frases por ella.

- Recuerde que la persona puede necesitar más tiempo para comunicarse. Sea paciente y muestre respeto.
- Utilice señales no verbales, como asentir con la cabeza, para indicar que usted está siguiendo la conversación.
- En conversaciones en grupo, no hay que hablar todos a la vez. Anime a los participantes a hablar de uno en uno.
- No renuncie a hablar con una persona con pérdida auditiva.
- Si esta persona tiene dificultades para hablar, para ayudarle utilice ayudas visuales como dibujos o notas escritas.
- Tenga en cuenta las distintas razones de los problemas de comunicación que no se relacionan con la pérdida auditiva, como el deterioro cognitivo, y esté atento a ellas.

MÁS INFORMACIÓN



[Tips for healthy ears](https://www.who.int/publications/m/item/community-resource-5-tips-for-healthy-ears). OMS; 2023
(<https://www.who.int/publications/m/item/community-resource-5-tips-for-healthy-ears>).

[No dejes que la pérdida auditiva te limite. ¡Cuidado de la audición para todos!](https://www.who.int/es/publications/m/item/community-resource-1a-when-to-suspect-hearing-loss-in-an-adult) OMS; 2023
(<https://www.who.int/es/publications/m/item/community-resource-1a-when-to-suspect-hearing-loss-in-an-adult>).

[Manual básico de cuidado del oído y la audición](https://iris.who.int/handle/10665/331279). OMS; 2020 (<https://iris.who.int/handle/10665/331279>).

[Consejos para los usuarios de audífonos](https://www.who.int/es/publications/m/item/community-resource-4-tips-for-hearing-aid-users). OMS; 2023
(<https://www.who.int/es/publications/m/item/community-resource-4-tips-for-hearing-aid-users>).

9.3

Evaluar los problemas de oído y la capacidad auditiva



Un paso importante antes de cualquier prueba diagnóstica de la capacidad auditiva es localizar y eliminar el cerumen mediante otoscopia.

9.3.1

Otoscopia

La otoscopia es un procedimiento que permite detectar afecciones que causan pérdida auditiva, como el cerumen o las perforaciones del tímpano. Hay muchos tipos de otoscopios. Algunos pueden conectarse a un ordenador o teléfono móvil y grabar imágenes o vídeos de lo que se está observando. Un otoscopio necesita un espéculo, esto es, un accesorio (normalmente de plástico) para mirar dentro del conducto auditivo.

9.3.2

Evaluación detallada de la capacidad auditiva

Una evaluación detallada de la capacidad auditiva puede incluir tres pruebas con equipos: una audiometría diagnóstica para tonos puros; una audiometría verbal; y una timpanometría para la evaluación del oído medio. Estas pruebas pueden ayudar a detectar la necesidad de productos de apoyo para la audición y de apoyo de otro tipo. Para realizar estas pruebas se requiere una capacitación especializada.

- **Audiometría tonal (AT):** Es un estudio de la capacidad de oír diferentes frecuencias puras (tonos). Se emiten sonidos grabados, con una intensidad cada vez mayor, hasta que la persona consigue oírlos, con el fin de determinar el umbral auditivo. Sirve para explorar la conducción aérea y ósea del sonido a fin de evaluar los umbrales auditivos en frecuencias de 125 Hz (muy bajas) a 8000 Hz (muy altas). Esta prueba ayuda a determinar el tipo de la pérdida auditiva y su intensidad.

- **Audiometría verbal:** Las personas mayores se benefician de esta prueba adicional. 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 y si hay alguna asimetría perceptiva; también permite determinar en qué oído conviene colocar un audífono si solo se va a poner uno.
- **Timpanometría:** Mediante esta prueba se verifica la distensibilidad (o movilidad) del tímpano, es decir, su eficacia para transmitir el sonido a la cavidad del oído medio y, por tanto, al oído interno. Esta prueba puede complementar los resultados de la audiometría tonal y la audiometría verbal para determinar el tipo de problema auditivo.

El esquema de atención muestra el manejo de la pérdida auditiva en función de tres categorías: audición normal, pérdida auditiva moderada o grave y sordera. Cuando la capacidad del sistema de salud lo permita, y se considere más adecuado, también se puede detectar la hipoacusia leve (de 20 a < 35 dB) (**cuadro 9.1**, página 101). A las personas cuya capacidad auditiva se considere normal se las debe evaluar también, a fin de detectar señales de alerta y determinar sus entornos físico y social.

Además de las pruebas de audición, también hay que verificar los resultados de la evaluación básica relativos a otros dominios de la capacidad intrínseca vinculados, como el deterioro cognitivo y los síntomas depresivos, y se debe realizar una evaluación detallada en caso necesario. → 5 10

Recuerde que debe examinar siempre ambos oídos, incluso si la persona se queja de uno solo.

Cuadro 9.1
Pérdida auditiva clasificada en función de su intensidad

Categoría	Umbral auditivo (dB) en el oído con mejor audición	Experiencia auditiva en un entorno tranquilo
Audición normal	< 20 dB	Sin ningún problema para escuchar sonidos
Pérdida auditiva leve	De 20 dB a < 35 dB	Sin ningún problema para oír conversaciones en un entorno silencioso
Pérdida auditiva moderada o grave	De 35 dB a < 80 dB	Dificultad para oír conversaciones en un entorno silencioso; en caso de pérdida auditiva grave, incluso si el volumen de las voces es alto
Sordera	≥ 80 dB	Dificultad extrema para escuchar voces con volumen alto

9.4

Abordar la pérdida auditiva



Las personas con pérdida auditiva pueden manifestar sentimientos de vergüenza, ansiedad y pérdida de autoestima, lo que conduce a una menor participación en actividades sociales, al aislamiento social y a la soledad, todo lo cual contribuye a la depresión. → 10

Las intervenciones para abordar la pérdida auditiva se deben proporcionar siempre como parte de un plan integral de atención personalizada que responda a los factores subyacentes, junto con intervenciones que aborden otros dominios de la capacidad intrínseca. Además de apoyar las estrategias de comunicación, hay otras muchas formas de abordar la pérdida auditiva, como la provisión de productos de apoyo para la audición y la derivación a servicios de rehabilitación. → 4.2.1

Se debe proporcionar educación básica y asesoramiento sobre la pérdida auditiva para fomentar y apoyar la aceptación y la adaptación psicológicas. Esto abarca, entre otras cosas, las estrategias de comunicación, las adaptaciones en el entorno, la manera de utilizar audífonos y la tutoría entre pares. Para propiciar la aceptación de la pérdida auditiva y la adaptación a ella, algunas personas mayores, y sus familiares y cuidadores, pueden beneficiarse de intervenciones de asesoramiento que incluyan el aprendizaje para superar las actitudes de estigmatización por parte de otras personas.

9.4.1

Pérdida auditiva moderada o grave

Es importante que las personas mayores con pérdida auditiva moderada o grave reciban información y apoyo para ayudarles a adaptarse a su pérdida auditiva y a sobrellevarla. Las ventajas de los productos de apoyo para la audición, como los audífonos, deben explicarse tanto a la persona con pérdida auditiva como a sus cuidadores, junto con información sobre dónde conseguirlos y cómo utilizarlos. Si esta persona ya tiene un audífono, el trabajador de salud puede brindarle apoyo y alentarla a usarlo.

9.4.2

Sordera

Una persona mayor con pérdida auditiva o sordera graves o que no se beneficie de las intervenciones anteriores necesitará otro enfoque, como la inserción de un implante coclear, de estar disponible. Esto solo se puede decidir consultando a un especialista en atención otológica.

9.4.3

Productos de apoyo para la audición

La mayoría de los productos de apoyo para la audición deben ser provistos por un trabajador de salud capacitado y autorizado, de acuerdo con las normas y regulaciones locales. Si no se dispone de productos de apoyo para la audición, los agentes comunitarios de salud y otras partes interesadas de la comunidad pueden proporcionar información sobre estrategias de comunicación.

Audífonos: Un audífono es un dispositivo electrónico que se lleva en el oído o dentro de él. Ayuda a amplificar los sonidos para que una persona con pérdida auditiva pueda oír mejor la voz y otros sonidos. Suele ser la tecnología más útil y cómoda para las personas mayores con pérdida auditiva. La audiometría por sí sola no sirve para decidir si se necesita un audífono. Antes de proponer el uso de un audífono, hay que evaluar las necesidades generales de la persona.

Es importante explicarle que los audífonos no curan ni tratan la sordera. Se debe brindar asesoramiento sobre su uso y mantenimiento, que incluye la sustitución periódica de la pila y del auricular.

El asesoramiento y la información para el uso de audífonos abarcan lo siguiente:

- Modo de funcionamiento de los audífonos e importancia de utilizarlos regularmente durante las horas de vigilia.
- Cuidado de un audífono, lo que incluye:
 - mantenerlo en un lugar seguro y fresco cuando no se utilice, y alejado del agua y del calor en todo momento;
 - quitárselo al bañarse o ducharse;
 - abrir el compartimiento de las pilas por la noche;

- comprobar que el audífono esté apagado cuando no se utilice;

- limpiar el auricular con un paño seco todos los días.

- Manera de cambiar o recargar las pilas, y dónde obtener pilas asequibles.
- Problemas habituales al utilizar audífonos y cómo solucionarlos.
- Probabilidad de que los audífonos sean eficaces: para controlar las expectativas.

Implantes cocleares: Un implante coclear es un dispositivo médico electrónico para personas con pérdida auditiva grave que no pueden beneficiarse del uso de audífonos. Consta de dos partes, esto es, un procesador externo que capta los sonidos y los transmite a la parte implantable que se coloca quirúrgicamente en el oído. Convierte los sonidos en impulsos eléctricos y los envía a los nervios del oído. Debe realizarse un estudio muy detallado para determinar si el implante coclear es una opción adecuada. Si el implante coclear no es una opción disponible o si no es viable, se debe informar a la persona mayor y a su familia sobre las distintas estrategias de comunicación.

Algunos países cuentan con regulaciones que permiten acceder a audífonos de venta libre sin receta, como los audífonos preprogramados y los autoajustables. Estos audífonos suelen ser adecuados para las personas con pérdida auditiva leve o moderada, sin ningún tipo de señal de alerta. Los audífonos preprogramados ya están programados según los tipos de pérdida auditiva más comunes en las personas mayores. Un trabajador de salud capacitado puede decidir qué audífono preprogramado es el adecuado y adaptarlo.

MÁS INFORMACIÓN

 *Training on hearing assistive products.* TAP; 2024 (<https://www.gate-tap.org/>).

 *Hearing aid service delivery approaches for low and middle income settings.* OMS; 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/376092>).

 *Cuidado del oído y la audición en la atención primaria: manual de capacitación.* OMS; 2023 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/60328>).

9.5

Evaluar y abordar las señales de alerta



Hay una serie de “señales de alerta” en relación con la pérdida auditiva, incluidas las posibles causas y los problemas que deben considerarse que requieren la derivación a un profesional de salud con conocimientos especializados (por ejemplo, un otorrinolaringólogo).

9.5.1

Medicación inadecuada

Ciertos medicamentos pueden dañar el oído interno y provocar, por ejemplo, pérdida auditiva o pérdida de equilibrio (54):

- antibióticos como la estreptomicina y la gentamicina;
- antimaláricos como la quinina y la cloroquina;
- medicamentos inyectables administrados para el tratamiento de la tuberculosis multirresistente;
- diuréticos como la furosemida; y
- antiinflamatorios no esteroideos como la aspirina.

Puede que se requieran conocimientos especializados para llevar a cabo una revisión completa de la medicación y ajustar los medicamentos. Cuando alguno de estos tratamientos ototóxicos sea esencial, es importante evaluar la audición de manera periódica, a fin de detectar la pérdida auditiva en la etapa más temprana y adoptar las medidas adecuadas.

9.5.2

Exposición al ruido

La pérdida auditiva inducida por el ruido puede deberse a diversos entornos y comportamientos en el trabajo, el hogar o las actividades recreativas. El volumen de los sonidos, la duración de la escucha y la frecuencia de exposición a sonidos fuertes afectan a la audición. En el caso de la pérdida auditiva causada por el uso de dispositivos de sonido personales sin las debidas precauciones, existen prácticas sencillas y eficaces, como mantener el volumen dentro de unos niveles de escucha seguros y limitar el tiempo dedicado a actividades ruidosas.

9.5.3

Otras señales de alerta

Entre las afecciones que pueden subyacer a la pérdida auditiva y que requieren un diagnóstico y un tratamiento especializados se encuentran las siguientes:

- antecedentes de pérdida auditiva súbita o de progresión rápida;
- pérdida auditiva unilateral o asimétrica;
- dolor de oído, otorrea o mareos con pérdida auditiva moderada o grave; y
- antecedentes de enfermedades del oído, como otitis media (infección del oído medio) recurrente o crónica.

9.6 Evaluar y abordar el entorno físico y social



9.6.1 Adaptaciones en la vivienda

Las modificaciones del entorno en la vivienda y en sus alrededores pueden ser de ayuda para las personas con pérdida auditiva. Por ejemplo, colocar luces de modo que la persona con deficiencia auditiva pueda ver a otras personas durante las conversaciones, colocar los muebles de manera que las sillas queden una frente a otra para facilitar la comunicación, colocar timbres en distintos lugares de la casa o instalar alarmas luminosas intermitentes.

Las partes interesadas de la comunidad pueden ayudar a encontrar los recursos disponibles a nivel local y proporcionar información y apoyo. Las organizaciones comunitarias que imparten clases para ayudar a las personas mayores a conocer y utilizar la tecnología digital podrían incluir sesiones centradas en cómo utilizar aplicaciones de subtítulos y de conversión de la voz en texto.



9.6.2 Productos de apoyo

Asimismo, otros productos de apoyo para la audición que pueden ayudar a las personas con pérdida auditiva incluyen amplificadores telefónicos, amplificadores de sonido portátiles, dispositivos de mensajería de texto, y aplicaciones y programas informáticos que permiten subtítulos el contenido de audio en diferentes canales de medios de comunicación y convertir la voz en texto. Los bucles de inducción auditiva también pueden ser útiles. Constan de uno o varios cables colocados alrededor de un espacio (por ejemplo, una sala de reuniones o un mostrador de servicio). Los cables envían señales desde un micrófono y un amplificador a determinados tipos de audífonos.

9.6.3

Cuidados y apoyo social → 11

La interacción social regular puede reducir el riesgo de deterioro cognitivo, depresión y otras consecuencias psicológicas y conductuales de la pérdida auditiva. En momentos de especial malestar, las redes de relaciones sociales de apoyo pueden ser de ayuda.

Las partes interesadas de la comunidad y los familiares pueden desempeñar un papel importante si continúan comunicándose con la persona con pérdida auditiva y organizando actividades para que esta siga participando en sus redes de relaciones sociales.

Además de apoyo para permitir la participación social, las personas con pérdida auditiva pueden necesitar otras formas de ayuda en su vida diaria. Por ejemplo, si la comunicación es un problema, puede ser necesario ayudarles a llamar por teléfono o a concertar citas.

9.6.4

Apoyo a las personas a cargo del cuidado → 12

Los cuidadores pueden ayudar a una persona mayor con pérdida auditiva adoptando las estrategias de comunicación ya detalladas. Es posible que las personas que cuidan también necesiten apoyo.

10

Capacidad psicológica

Esquemas de atención para abordar los síntomas depresivos



Las personas con “síntomas depresivos” tienen dos o más síntomas simultáneos de depresión la mayor parte del tiempo durante al menos 2 semanas, pero no cumplen los criterios para el diagnóstico de depresión. Los síntomas depresivos son frecuentes en las personas mayores con enfermedades discapacitantes y de larga duración, y pueden asociarse a un deterioro del resto de dominios de la capacidad intrínseca. También es común que presenten síntomas depresivos las personas que están socialmente aisladas o que son cuidadores con una gran carga de responsabilidades con respecto al cuidado. Estos síntomas pueden afectar a todos los aspectos de la vida, incluidas las relaciones con la familia, los amigos y la comunidad.

Los síntomas depresivos representan una dimensión de las muchas que componen la capacidad psicológica (ansiedad, características de personalidad, afrontamiento y percepción de control de la propia vida).

En este capítulo se brinda orientación sobre la prevención y el manejo de los síntomas depresivos en las personas mayores. Para obtener más información sobre las intervenciones para la depresión (moderada o grave) y la ansiedad, consúltese la guía de intervención mhGAP y las directrices mhGAP.

Puntos clave

- Mediante preguntas, los agentes comunitarios de salud pueden detectar a las personas con síntomas depresivos.
- Empleando intervenciones psicológicas, el trabajador de salud no especializado, pero capacitado y supervisado, puede ayudar a las personas con síntomas depresivos.
- Para una persona con depresión (moderada o grave), se necesita un enfoque más específico, dirigido o adaptado.
- Si se detecta un riesgo inminente de lesiones autoinfligidas o de suicidio, es necesario derivar rápidamente a la persona afectada para que reciba atención especializada.
- Las partes interesadas de la comunidad pueden aumentar la concientización respecto a los síntomas depresivos y su conocimiento para hacer frente a la estigmatización. También pueden ayudar a abordar el aislamiento social.

10

Capacidad psicológica

Esquemas de atención para abordar los síntomas depresivos

Si el riesgo es inminente:

- Derivar de inmediato a profesionales de salud con capacitación y conocimientos especializados
- Movilizar a familiares, amigos, colegas preocupados u otras personas para lograr un seguimiento estrecho
- Poner a la persona afectada en contacto con recursos comunitarios, como servicios telefónicos de salud mental o de prevención del suicidio
- Eliminar el acceso a medios que permitan autoinfligirse lesiones



EVALUACIÓN (BÁSICA)

→ 3.1

SUPERADA

NO SUPERADA

Con independencia del resultado:

- Brindar asesoramiento sobre salud y estilo de vida, incluido el asesoramiento para promover la salud mental → 10.1
- Realizar evaluaciones básicas con regularidad
- Manejar el estrés, incluyendo técnicas de relajación para los síntomas depresivos → 10.2
- Derivar a servicios de atención primaria

DEPRESIÓN (MODERADA O GRAVE)

(≥ 3 síntomas adicionales) → 10.4.4

- Evaluar el riesgo de lesiones autoinfligidas o de suicidio
- Manejar la depresión
Véase la Guía de intervención mhGAP (depresión)
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/34071>

SÍNTOMAS DEPRESIVOS

(0 - 2 síntomas adicionales) → 10.4

- Manejo del estrés → 10.2
- Psicoeducación
- Intervenciones psicológicas estructuradas breves



EVALUACIÓN (DETALLADA)

A, B y C

Evaluar los síntomas depresivos

i 1

En primer lugar, determinar y tratar las posibles causas (véase B ♦)

C

Evaluar el entorno físico y social

- Aislamiento social y soledad
- Necesidades de cuidados y apoyo social (actividades de la vida diaria, participación social)
- Necesidades de apoyo de las personas a cargo del cuidado
- Considerar posibles intervenciones i 3

B

Evaluar las enfermedades y los factores de riesgo

- ♦ Medicación inadecuada
- ♦ Anemia, nutrición deficiente, hipotiroidismo
- ♦ Dolor
- Pérdida importante (duelo) en los últimos seis meses
- Discapacidad debida a enfermedades o traumatismos
- Antecedentes de manía
- Considerar posibles intervenciones i 2

Reevaluar

ELABORAR un plan de atención

EJECUTAR Y DAR SEGUIMIENTO

Consolidar las intervenciones, teniendo en cuenta los resultados de A, B y C

i 1

Evaluar los síntomas depresivos → 10.3

Si una persona refiere **al menos uno de los síntomas fundamentales** (sentimientos de tristeza, melancolía o desesperanza y escaso interés o placer en las actividades), hay que realizar una evaluación adicional.

PREGUNTE: 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 apetito o excesos al comer
- Sentimientos de autoestima baja, de fracaso personal o de haberse fallado o haber decepcionado a su 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 tan notables que se ha movido mucho más de lo habitual
- Pensar que usted estaría mejor muerto/a o pensar en hacerse daño de alguna manera

Si una persona presenta **más de dos síntomas adicionales**, puede tener depresión (moderada o grave). Es importante distinguir los síntomas depresivos de la propia depresión, porque el tratamiento es distinto.

→ **Sugerencias para formular preguntas**

- Reúnase con la persona en un espacio privado, si es posible.
- Muestre empatía y sea sensible.
- Manifieste aún más sensibilidad con los temas difíciles.
- Recuerde a la persona que lo que le cuente será confidencial, a menos que exista riesgo de lesiones autoinfligidas o suicidio.
- No juzgue a las personas por su comportamiento y apariencia.
- Reconozca que es posible que a la persona le haya resultado difícil revelar información.
- Si hay cuidadores presentes, sugiera la posibilidad de hablar con la persona a solas.

Necesidad de capacitación y conocimientos especializados

- Riesgo inminente de lesiones autoinfligidas o de suicidio (10.4.4)
- Tratamiento del trastorno bipolar o de psicosis (delirios, alucinaciones, comportamiento desorganizado, trastornos emocionales) (10.5.4)
- Provisión de intervenciones psicológicas estructuradas breves (10.4.2)
- Tratamiento del dolor crónico, que requiere atención integral (6.5.2)

i 2

Intervenciones relativas a enfermedades y factores de riesgo → 10.5

- | | | | |
|---|---|---|--|
| Medicación inadecuada | → | ● | Revisar la medicación y retirarla o prescribir alternativas (10.5.1) |
| Anemia, nutrición deficiente, hipotiroidismo | → | ● | Manejo de enfermedades (10.5.2) |
| Dolor | → | ● | Evaluar y tratar el dolor (6.5.2) |
| Pérdida importante (duelo) en los últimos seis meses | → | ● | Asesoramiento para procesos de adaptación y duelo culturalmente apropiados |
| Discapacidad debida a enfermedades o traumatismos | → | ● | Asesoramiento para reducir el estrés y fortalecer el apoyo social |
| Antecedentes de manía | → | ● | Véase la <i>Guía de intervención mhGAP</i> (psicosis) |

i 3

Intervenciones relativas al entorno físico y social → 10.6

- | | | | |
|---|---|---|---|
| Aislamiento social y soledad | → | ● | Detección y abordaje de la soledad y el aislamiento social (11.3.3) |
| Necesidad de asistencia y apoyo social | → | ● | Apoyo en las tareas de la vida diaria, incluidas las actividades de la vida diaria (11.6) |
| | → | ● | Fomento de la participación en actividades comunitarias (11.3.4) |
| Necesidad de apoyo del cuidador | → | ● | Provisión de psicoeducación y apoyo psicosocial (12.4) |

10.1

Asesoramiento en materia de salud y de estilo de vida para fomentar la salud mental



Los agentes comunitarios de salud y otras partes interesadas de la comunidad pueden asesorar a todas las personas mayores, incluidas las que presentan síntomas depresivos, sobre el estilo de vida saludable, a fin de promover la salud mental y abordar los síntomas depresivos.

El asesoramiento para todas las personas mayores tiene en cuenta la importancia de:

- la actividad física regular;
- dormir bien, manteniendo hábitos regulares de sueño y vigilia;
- seguir una alimentación saludable y equilibrada;
- mantener la conexión social y ser socialmente activas;
- los beneficios de las técnicas de reducción del estrés;
- evitar el consumo de tabaco y el consumo nocivo de alcohol y de otras sustancias psicoactivas; tanto los trastornos por consumo de alcohol como la depresión pueden aumentar el riesgo de suicidio y afectar la calidad del sueño.

Junto al asesoramiento sobre el estilo de vida saludable, las partes interesadas de la comunidad pueden proporcionar otro tipo de información sobre los síntomas depresivos y otros problemas de salud mental. La sensibilización puede ayudar a las personas mayores y a las personas que las cuidan a estar mejor preparadas para comprender y manejar los síntomas depresivos. Normalizar las enfermedades mentales también puede ser útil para reducir la estigmatización, la discriminación y la exclusión social, y puede ayudar a las personas a ser más abiertas en lo que respecta a sus sentimientos. También es importante educar a la gente en cuanto a que los síntomas depresivos no son una parte normal o inevitable del envejecimiento, sino que, de estar presentes, pueden tratarse o controlarse.

10.2

Atención de salud comunitaria para abordar los síntomas depresivos



10.2.1 Manejo del estrés

Si mediante una evaluación ICOPE básica se determina que una persona mayor puede tener síntomas depresivos y no se dispone inmediatamente de una evaluación detallada, los agentes comunitarios de salud pueden brindar orientación sobre el manejo del estrés. Esta orientación se puede proporcionar en formatos de autoayuda guiada o no guiada. También se puede brindar a las personas a cargo del cuidado. → **12.1**

Hacer ejercicio físico, dormir bien y pasar tiempo de calidad con los seres queridos ayudan a controlar el estrés. Se debe fomentar el ejercicio físico, adaptado a la capacidad locomotora de la persona y a sus preferencias, debido a su efecto positivo en la reducción del estrés, el alivio de los síntomas de ansiedad y tristeza, el aumento de los niveles de energía y la mejora del sueño. → **6.1**

Las técnicas de relajación y la participación en actividades placenteras de interés con amigos o seres queridos también pueden ser beneficiosas. La respiración profunda y las técnicas de estiramiento y relajación muscular son métodos rápidos y eficaces de reducir las consecuencias físicas y psicológicas del estrés. Puede ser útil practicar estas técnicas a diario para ayudar a mantener la resiliencia y para crear un hábito para momentos difíciles en los que sean especialmente necesarias.

MÁS INFORMACIÓN

- 🔗 *Herramientas del mhGAP para usar en la comunidad: versión de prueba sobre el terreno.* OPS; 2021 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/54972>).
- 🔗 *En tiempos de estrés, haz lo que importa. Una guía ilustrada. Versión adaptada para América Latina.* OPS; 2022 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/55829>).



10.3

Evaluar los síntomas depresivos



Un primer paso importante cuando se realiza una evaluación detallada de los síntomas depresivos es determinar y tratar cualquier posible causa reversible que pueda asemejarse a los síntomas depresivos o exacerbarlos (◆). → 10.5

Después de esto, planteando una serie de preguntas, el trabajador de salud puede detectar a las personas con síntomas depresivos y distinguir los síntomas depresivos de la depresión (moderada o grave) en un establecimiento de atención primaria. Si una persona manifiesta al menos uno de los síntomas básicos —sentirse abatida, deprimida o desesperanzada y tener poco interés o placer por hacer cosas— y uno o dos signos adicionales, puede tener síntomas depresivos. Si tiene más de dos síntomas adicionales, es posible que el diagnóstico sea de depresión moderada o grave. Una persona con depresión moderada o grave suele tener dificultades considerables para desenvolverse a diario en situaciones personales, familiares, sociales o de otro tipo.

Además de una evaluación detallada de los síntomas depresivos, también hay que verificar los resultados de la evaluación básica de otros dominios vinculados de la capacidad intrínseca, como el deterioro cognitivo, la deficiencia visual y la pérdida auditiva, y deben realizarse evaluaciones detalladas cuando sea necesario. → 5 8 9

Véase la sección sobre depresión de la guía de intervención mhGAP para obtener más información sobre cómo realizar una evaluación. Pueden utilizarse herramientas para evaluar la depresión, como el *Cuestionario de evaluación de la salud del paciente de 9 ítems (PHQ 9)*.

El trabajador de salud también debe evaluar los factores de estrés psicológico, como el duelo y acontecimientos traumáticos, que pueden explicar los síntomas depresivos.

Se puede encontrar más información en la página 107.  1

10.4

Abordar los síntomas depresivos



Las intervenciones para manejar los síntomas depresivos se deben proporcionar siempre como parte de un plan integral de atención personalizada que responda a los factores subyacentes, junto con intervenciones que aborden otros dominios de la capacidad intrínseca.

Además de la orientación sobre el manejo del estrés, existen otras muchas formas de abordar los síntomas depresivos, como la psicoeducación e intervenciones psicológicas breves estructuradas. Se recomienda aplicar un **enfoque de atención por etapas**, comenzando con una intervención de autoayuda de baja intensidad (manejo del estrés) y seguimiento de los síntomas y la provisión de otras intervenciones, en caso de que no haya mejoría o empeoren los síntomas.

10.4.1

Psicoeducación

El término psicoeducación se refiere a programas educativos destinados a personas mayores con síntomas depresivos y a quienes las cuidan, centrados en mejorar el conocimiento de sus síntomas, incluida la causa probable, el seguimiento de los síntomas y las estrategias de afrontamiento, teniendo en cuenta sus dificultades específicas con las actividades de la vida diaria y la resolución de problemas. Esta información:

- ayuda a mejorar los conocimientos de la persona sobre su enfermedad y permite tomar decisiones informadas acerca del tratamiento;
- mejora la comprensión sobre cómo y por qué puede ser útil el tratamiento, fomentando la adherencia terapéutica y unas expectativas realistas;
- puede aumentar la sensación de control y empoderamiento y reducir la ansiedad;
- brinda esperanza de recuperación;
- puede mejorar los conocimientos de las personas a cargo del cuidado y los familiares, ayudándoles a apoyar mejor a la persona afectada.

Es importante proporcionar la información en pequeñas cantidades, utilizar un lenguaje sencillo y ejemplos relevantes, y comprobar que la persona o el grupo entiende la información proporcionada.

La psicoeducación puede impartirse individualmente o en grupo si se adaptan los componentes terapéuticos para impartirla en un formato psicoeducativo estructurado.

10.4.2 Intervenciones psicológicas estructuradas breves

Las intervenciones psicológicas consisten en el uso informado e intencionado de técnicas clínicas desarrolladas a partir de principios psicológicos para ayudar a las personas a modificar sus habilidades psicológicas (por ejemplo, emocionales, interpersonales, conductuales y cognitivas). Si los síntomas depresivos no mejoran tras proporcionar orientación sobre el manejo del estrés y psicoeducación, se pueden considerar intervenciones psicológicas estructuradas breves, como la terapia de activación conductual, la terapia cognitivo-conductual, la terapia de resolución de problemas y las terapias de tercera generación o “tercera ola”.

Se pueden considerar diferentes formatos para la realización de intervenciones psicológicas (una media de 8–10 sesiones) con personas mayores, incluidos los tratamientos psicológicos individuales o grupales presenciales. Por lo general, estas intervenciones las llevan a cabo profesionales de salud mental, como los psicólogos. Los trabajadores de salud de los establecimientos de atención primaria podrían proporcionarlos si están capacitados y formados en los problemas de salud mental a los que se enfrentan las personas mayores, ya que los beneficios superan a los perjuicios.

Aunque es probable que los tratamientos psicológicos presenciales tengan mejores resultados que la autoayuda no guiada, esta última puede ser adecuada para quienes no tienen acceso a un tratamiento psicológico presencial o no quieren acceder a tales tratamientos.

- **Terapia de activación conductual:** Se centra en la mejora del estado de ánimo mediante la (re)participación en actividades orientadas a tareas y que solían ser placenteras, a pesar del bajo estado de ánimo actual. Puede utilizarse como tratamiento independiente y asimismo es un componente de la terapia cognitivo-conductual.

- **Terapia cognitivo-conductual:** Una persona con síntomas depresivos puede tener pensamientos negativos distorsionados y poco realistas que pueden dar lugar a comportamientos perjudiciales. Puede ser útil la terapia cognitivo-conductual, que combina el pensar de otra manera (por ejemplo, detectando y cuestionando los pensamientos negativos poco realistas) y hacer las cosas de forma diferente (por ejemplo, ayudando a la persona a realizar actividades más gratificantes).
- **Terapia de resolución de problemas:** Una terapia de resolución de problemas implica el uso sistemático de técnicas de detección y resolución de problemas a lo largo de varias sesiones. Ofrece apoyo directo y práctico al dividir los problemas en tareas específicas y manejables y desarrollar estrategias de afrontamiento para problemas concretos.
- **Terapias de tercera generación:** Entre ellas se encuentran las intervenciones basadas en la atención plena (*mindfulness*), la terapia de aceptación y compromiso, la terapia metacognitiva y la terapia dialéctico conductual. El término “intervenciones basadas en la atención plena” se utiliza aquí como término general para las técnicas de atención plena, meditación y yoga, así como para la terapia cognitiva basada en la atención plena y la reducción del estrés basada en la atención plena. La técnica de atención plena (también denominada conciencia plena o *mindfulness*) consiste en prestar atención a lo que ocurre en el momento presente, en vez de dejarse llevar por sucesiones de pensamientos sobre el pasado, el futuro, los deseos, las responsabilidades o los remordimientos.

Las partes interesadas de la comunidad pueden facilitar información sobre los servicios y ayudas disponibles, y contribuir a acabar con la estigmatización en torno a la salud mental. Esto puede ser especialmente eficaz si participan líderes comunitarios de confianza y respetados, incluidos los líderes religiosos. Las organizaciones comunitarias pueden ayudar a detectar a las personas de sus comunidades que quizá presenten síntomas depresivos y necesiten apoyo, así como a las personas a cargo del cuidado, que también pueden presentar síntomas. Pueden ayudar derivando a las personas a los servicios adecuados, creando grupos de apoyo entre pares, organizando actos para fomentar la participación social y ayudando con las tareas de la vida diaria que puedan estar causando estrés.

10.4.3

Deterioro cognitivo → 5

El deterioro cognitivo y la demencia pueden asociarse a síntomas depresivos. Los resultados de una evaluación básica del deterioro cognitivo deben validarse, y en caso necesario se llevará a cabo una evaluación detallada. Las funciones cognitivas que pueden verse afectadas en la depresión son la atención y la memoria, así como funciones ejecutivas. La depresión puede ser una respuesta psicológica cuando la persona cobra conciencia de un deterioro cognitivo leve que todavía no dificulta el funcionamiento en el día a día.

Una persona con demencia suele expresar problemas de humor o de comportamiento, como falta de interés, pérdida de control emocional o dificultades para realizar las actividades laborales, domésticas o sociales habituales. En el caso de las personas con demencia y depresión leve o moderada, se debe considerar la utilización de intervenciones psicológicas, como la terapia cognitivo-conductual, la terapia interpersonal, el asesoramiento estructurado y la terapia de activación conductual (véanse las directrices mhGAP).

10.4.4

Manejo de la depresión moderada o grave

En el caso de las personas con depresión (moderada o grave), se necesita un enfoque más específico, dirigido o adaptado. Esto implica evaluar posibles pensamientos, planes o actos de lesiones autoinfligidas o de suicidio, ofreciendo intervenciones basadas en la evidencia, como antidepresivos e intervenciones psicológicas breves estructuradas.

El hecho de preguntar sobre las lesiones autoinfligidas NO las provoca. A menudo reduce la ansiedad asociada a estos pensamientos o actos y proporciona una sensación de alivio. Sin embargo, es importante establecer una relación con la persona antes de hacerle este tipo de preguntas. Para introducir preguntas sobre el suicidio, hay que saber que cuando las personas están muy alteradas o se sienten desesperanzadas pueden tener pensamientos sobre la muerte o poner fin a su vida, que estos pensamientos no son infrecuentes y que estas personas no deben sentirse avergonzadas.

Tras comprobar si la persona acepta hablar sobre estos temas, se le plantean preguntas como: “En el último mes, ¿ha tenido pensamientos firmes de acabar con su vida o ha elaborado un plan para hacerlo? ¿O ha tomado alguna medida para acabar con su vida en el último año?”.

Si se detecta un riesgo inminente de lesiones autoinfligidas o de suicidio, se debe derivar de inmediato a esta persona a trabajadores de salud con capacitación en salud mental o a servicios de atención especializada, de estar disponibles. Se debe movilizar a familiares, amigos y otros colegas o vecinos para que vigilen a la persona y se debe impedir su acceso a medios para autoinfligirse lesiones. La persona y quienes la cuidan deben estar en contacto con recursos comunitarios, por ejemplo, líneas telefónicas de salud mental o de ayuda frente al suicidio que ofrezcan asesoramiento y apoyo.

La prescripción de antidepresivos requiere conocimientos sobre el tratamiento de problemas de salud mental. El uso exclusivo de medicación antidepresiva para personas con depresión (moderada o grave) únicamente debe considerarse cuando no se disponga de intervenciones psicológicas estructuradas.

MÁS INFORMACIÓN

- 🔗 *Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Programa de acción mundial para superar las brechas en salud mental (mhGAP), versión 2.0.* OPS; 2017 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/34071>).
- 🔗 *Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) guideline for mental, neurological and substance use disorders, [3.ª ed.].* OMS; 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/374250>).
- 🔗 *Psychological interventions implementation manual: integrating evidence based psychological interventions into existing services.* OMS; 2024 (<https://iris.who.int/handle/10665/376208>).



10.5

Evaluar y abordar las enfermedades y los factores de riesgo asociados

Al evaluar las enfermedades y los factores de riesgo de los síntomas depresivos hay que empezar por detectar y tratar las posibles causas (◆). Entre las afecciones y los factores de riesgo más comunes que pueden causar síntomas depresivos figuran la medicación, la anemia, la desnutrición, el hipotiroidismo y el dolor. En algunos casos, el tratamiento de estas afecciones produce una mejoría de los síntomas depresivos. Si persisten los síntomas depresivos, será necesaria una nueva evaluación. Para descubrir las posibles causas de los síntomas depresivos hay que realizar un estudio diagnóstico completo, que a veces incluye análisis de sangre.

10.5.1

Medicación inadecuada ◆

Algunos medicamentos pueden provocar síntomas depresivos. Se trata, entre otros, de medicamentos que actúan principalmente sobre el sistema nervioso central, como los antihistamínicos; los medicamentos psicotrópicos; los relajantes musculares y otros fármacos no psicotrópicos con propiedades anticolinérgicas; y los corticoesteroides. En algunas personas, los posibles efectos nocivos de estos medicamentos pueden superar a sus beneficios. La eliminación de medicamentos innecesarios e ineficaces, y la de medicamentos que comparten un principio activo, reduce la polimedicación. → 4.2.4

10.5.2

Anemia, nutrición deficiente e hipotiroidismo ◆

Diversas enfermedades — como las cardiopatías, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, el cáncer, las enfermedades autoinmunitarias, la anemia, la desnutrición y el hipotiroidismo — afectan a los síntomas depresivos. Es importante controlar estas enfermedades, que pueden asemejarse a los síntomas depresivos o empeorarlos.

La anemia y la nutrición deficiente pueden causar síntomas depresivos debido a la carencia de hierro y de vitaminas como el ácido fólico, la vitamina B6 y la vitamina B12. Los síntomas depresivos también pueden desempeñar un papel en la aparición de anemia. Por ejemplo, la pérdida de apetito y la falta de interés por realizar actividades de la vida diaria (como hacer la compra o cocinar), ambas asociadas a síntomas depresivos pueden reducir la calidad y la cantidad de alimentos ingeridos, lo que puede propiciar la aparición de anemia y la nutrición deficiente. Para mejorar los síntomas depresivos, es fundamental controlar la anemia y mejorar el estado nutricional. → 7

El hipotiroidismo es un trastorno frecuente en las personas mayores, sobre todo en las mujeres. Los signos y síntomas del hipotiroidismo pueden ser inespecíficos, como fatiga y sequedad de piel, y pueden incluir síntomas depresivos. El diagnóstico del hipotiroidismo suele requerir un análisis de sangre y la atención debe estar a cargo de trabajadores de salud con conocimientos especializados.

10.5.3

Dolor ◆

Existe una relación bidireccional entre el dolor y los síntomas depresivos. Las personas que refieren dolor crónico suelen tener síntomas depresivos, y estos pueden presentarse como síntomas físicos, tales como molestias y dolores vagos. Algunas personas entran en un círculo vicioso en que el dolor empeora los síntomas depresivos y la depresión resultante aumenta la sensación de dolor. Es importante abordar el dolor y los síntomas depresivos de forma integral y holística. → 6.5.2

10.5.4

Otras afecciones asociadas

La presencia de las siguientes afecciones asociadas indicaría la necesidad de un enfoque diferente para el tratamiento de los síntomas depresivos.

- **Pérdida importante (duelo) en los últimos seis meses:** El duelo es un proceso normal de pérdida, aflicción y recuperación asociado a la muerte. El duelo tiene efectos tanto mentales como físicos. Las personas se afligen de diferentes maneras, por ejemplo, mostrando emociones intensas o una reacción mesurada. En la mayoría de los casos, el duelo disminuye con el tiempo. Para abordar el duelo es importante conversar y apoyar los procesos de adaptación o duelo culturalmente apropiados. Si los síntomas de una persona implican una dificultad considerable en el funcionamiento cotidiano que dura más de seis meses e implica una preocupación grave o una añoranza intensa de la persona fallecida y un dolor emocional intenso, se debe sospechar un trastorno por duelo. En este caso, se debe consultar a un trabajador de salud con conocimientos especializados.
- **Discapacidad debida a enfermedades o traumatismos:** Las personas con discapacidad por enfermedad o traumatismo tienen estrés; también deben hacer frente a transiciones vitales. Las etapas de adaptación a una nueva forma de discapacidad incluyen el choque emocional, la negación y la adaptación y aceptación. Las personas mayores con nuevas discapacidades corren el riesgo de desarrollar ansiedad y depresión. En la mayoría de los casos, es probable que los síntomas disminuyan con el tiempo, sobre todo si la persona recibe apoyo social y se esfuerza por reducir el estrés.
- **Antecedentes de manía:** Las manías son episodios de exaltación del estado de ánimo y de aumento de la energía y la actividad. Las personas que presentan episodios maníacos se clasifican como personas con trastorno bipolar, caracterizado por la alternancia de episodios maníacos y depresivos. Los antecedentes de manía pueden determinarse comprobando si se han presentado simultáneamente varios síntomas, como la disminución de la necesidad de dormir, un aumento de la locuacidad o el habla rápida y comportamientos impulsivos o temerarios, con una duración de al menos una semana y una gravedad suficiente como para interferir de forma considerable en el trabajo y las actividades sociales o requerir hospitalización o reclusión. El manejo de la manía requiere de profesionales de salud con capacitación en salud mental o atención especializada, de estar disponibles.

10.6

Evaluar y abordar el entorno físico y social



10.6.1

Aislamiento social y soledad

La pérdida de interés por actividades que solían ser interesantes o placenteras es frecuente en las personas con síntomas depresivos y puede llevar al aislamiento social y la soledad. Es importante intentar comprender cualquier factor, incluidas las relaciones personales difíciles, además de los síntomas depresivos, que pueda estar provocando o agravando el aislamiento social y la soledad. Puede ser útil preguntar a la persona mayor si hay actividades que le gustaría probar y en las que querría participar, y ofrecerle apoyo para que pueda hacerlo. → [11.3.3](#)

10.6.2

Cuidados y apoyo social

Una persona mayor con síntomas depresivos puede tener dificultades para desenvolverse en las actividades de la vida diaria y necesitar cuidados y apoyo social. Esto puede empezar por proporcionar ayuda para atender las necesidades básicas, facilitar el acceso a los servicios y conectar con la familia y otras formas de apoyo social.

Es importante detectar y comentar los problemas relevantes que estresan a la persona o afectan a su vida, como, entre otros, problemas familiares y de pareja, vivienda, finanzas, acceso a seguridad y servicios básicos, estigmatización, discriminación y maltrato (malos tratos hacia las personas mayores, incluido el descuido). → [11.4](#)

10.6.3

Apoyo a las personas a cargo del cuidado → 12

Quienes cuidan a personas con síntomas depresivos deben recibir información y asesoramiento, por ejemplo, mediante intervenciones de psicoeducación. La psicoeducación puede asociarse a una amplia gama de efectos positivos, como la reducción de los síntomas depresivos de la persona que cuida, de tenerlos, de la carga de los cuidados y el estrés y la ansiedad, así como mayor bienestar y calidad de vida relacionada con la salud.

Los trabajadores de salud pueden apoyar a las personas a cargo del cuidado:

- Ayudándoles a comprender que los síntomas depresivos son algo común y no son un signo de debilidad o pereza ni pueden controlarse con fuerza de voluntad.
- Promoviendo la franqueza y la comunicación entre las personas a cargo del cuidado y la persona a la que cuidan:
 - escuchando sin juzgar;
 - brindándole apoyo y haciéndole sentir que no está sola y que se la comprende;
 - reconociendo sus sentimientos.
- Proporcionando información sobre los síntomas depresivos y los servicios de salud mental.
- Explicando que las personas con síntomas depresivos tienden a tener pensamientos negativos poco realistas sobre sí mismos y sus vidas, pero que esto probablemente mejorará una vez que sus síntomas mejoren.

- Brindado apoyo a lo que las personas a cargo del cuidado pueden hacer para ayudar a la persona a cumplir el tratamiento (por ejemplo, ayudarla a acudir a las citas).
- Educando a la persona a cargo del cuidado sobre los planes de crisis y qué hacer en situaciones de emergencia, como en casos en los que la persona a la que cuidan presenta pensamientos o comportamientos relacionados con lesiones autoinfligidas o con el suicidio.
- Explicando la importancia de respetar la dignidad y los derechos de la persona con síntomas depresivos.

También es importante reconocer que cuidar a alguien con síntomas depresivos puede ser difícil, y que la persona a cargo del cuidado puede necesitar apoyo para su propia salud y bienestar. El impacto y las necesidades psicosociales de la persona que cuida deben evaluarse para garantizar que se le pueda proporcionar el apoyo adecuado.

11

Cuidados y apoyo social

Esquema de atención para proporcionar cuidados y apoyo social



Todas las personas mayores pueden necesitar cuidados y apoyo social en algún momento para poder llevar una vida plena y digna. Esta necesidad puede surgir independientemente de su capacidad intrínseca y puede cambiar con el tiempo. Las necesidades de cuidados y apoyo social pueden derivarse de cambios en la capacidad intrínseca y la capacidad funcional, como la necesidad de apoyo con las capacidades básicas de la vida diaria y las actividades instrumentales de la vida diaria, pero las necesidades y preferencias de apoyo y la aceptabilidad de la forma en que se presta diferirán tanto individual como socioculturalmente. La prestación de cuidados y apoyo social permite a las personas mayores seguir haciendo las cosas que son importantes para ellas en el lugar que prefieran.

En la mayoría de los casos, la persona más adecuada a la que preguntar acerca de las necesidades de cuidados y apoyo social es la propia persona mayor. Sin embargo, puede haber situaciones en que las preguntas deban dirigirse a otra persona. Si la persona mayor presenta deterioro cognitivo, por ejemplo, es mejor preguntar sobre las actividades básicas de la vida diaria y los asuntos financieros a alguien que la conozca bien, como un familiar o una persona a cargo del cuidado.

Puntos clave

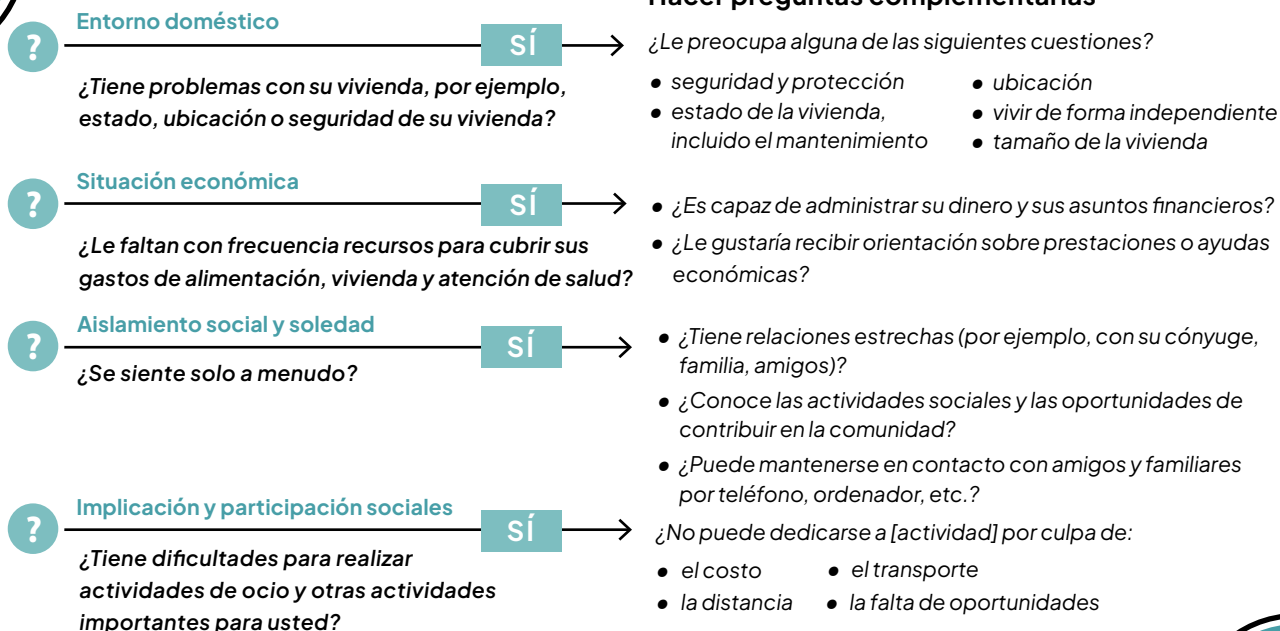
- Los agentes comunitarios de salud y otras partes interesadas de la comunidad pueden hacer preguntas para determinar las necesidades de apoyo social.
- Las intervenciones y el asesoramiento de múltiples sectores, como los servicios sociales, incluidos los servicios de cuidados a largo plazo, financieros, de protección social y jurídicos, son importantes para apoyar a las personas mayores.
- El cuidado personal puede ser necesario para ayudar a las personas mayores con pérdidas significativas de su capacidad intrínseca a realizar tareas cotidianas, como bañarse, vestirse, ir al inodoro y comer.
- Los trabajadores de salud de atención primaria y las partes interesadas de la comunidad deben observar posibles signos de maltrato y abandono o descuido de las personas mayores y tomar medidas al respecto.
- Las partes interesadas de la comunidad son prestadores cruciales de cuidados y apoyo social, y a menudo participan en la organización y gestión de programas de atención domiciliaria y de clubes y actividades comunitarias.

Cuidados y apoyo social

Esquema de atención para proporcionar cuidados y apoyo social

* Estos son ejemplos de algunas preguntas que podrían utilizarse. Sírvase adaptarlas a su contexto.

PREGUNTAR*



Con independencia del resultado:

- Brindar asesoramiento sobre salud y estilo de vida, incluida información sobre oportunidades de participación social → 11.1
- Volver a preguntar con regularidad

Hacer preguntas complementarias

Si la respuesta es **SÍ** a una o más preguntas,
O si hay una pérdida de la capacidad intrínseca, continuar con la evaluación

EVALUAR AyB

B

Si hay una pérdida de capacidad intrínseca

Evaluar

las necesidades de cuidado personal
para las actividades de la vida diaria

(ejemplo: ABVD, AIVD): → 11.5

- Transferencias, por ejemplo, de la cama a la silla
- Higiene personal: ir al inodoro, bañarse, vestirse
- Preparación de las comidas y alimentación
- Uso de la medicación y adherencia al tratamiento
- Capacidad para utilizar el teléfono y utilizar el transporte

A

Evaluar

el riesgo de maltrato

observando el comportamiento y buscando
signos de descuido o maltrato → Cuadro 11.1

En caso de sospecha de maltrato **i 2**

En caso de amenaza inmediata para la vida
o la integridad física,

derivar a un especialista, a un centro de protección
de adultos, a un centro de acogida temporal o a las
fuerzas del orden

Reevaluar

ABVD y AIVD

Las actividades básicas de la vida diaria (ABVD)
son las habilidades básicas necesarias para cuidar de
sí mismo de forma independiente en la vida diaria:
bañarse, vestirse, ir al baño, pasar de un lugar a otro,
mantener la continencia y alimentarse.

Las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)
son actividades más complejas que facilitan la vida
independiente: capacidad para utilizar el teléfono, para
las compras, la preparación de alimentos, las labores
domésticas, el lavado de la ropa, el transporte, el uso
de medicamentos y la administración del dinero.

Necesidad de capacitación y conocimientos especializados

En los cuidados y el apoyo social intervienen, además del sector de la salud, otros muchos sectores, como los de la vivienda, la economía, el transporte y las fuerzas de seguridad, que pueden prestar servicios de:

- adaptación o reparación significativas de la vivienda y acceso a estos servicios, o para asesoramiento jurídico en relación con litigios sobre la vivienda, como la seguridad y el costo (11.3.1);
- apoyo financiero y prestación de asesoramiento financiero, incluido los derechos y el cumplimiento de las condiciones para recibir pagos de protección social (pensiones, subsidios, subvenciones) (11.3.2);
- evaluación de la necesidad de delegar la toma de decisiones financieras y de salud y de garantizar la protección jurídica (11.3.2);
- asesoramiento sobre oportunidades de empleo, educación y voluntariado, grupos de apoyo y derechos (11.3.3);
- evaluación del riesgo de maltrato y prestación de protección y cumplimiento de la ley (11.4);
- evaluación del cumplimiento de los requisitos para recibir servicios formales de dependencia y prestación de estos (11.6);
- evaluación de la necesidad de productos de apoyo, garantía de acceso y asesoramiento sobre su uso y mantenimiento (4.2.2).

1 Apoyo social → 11.3

Entorno doméstico → 11.3.1

- Considerar la adaptación del hogar
- Plantear un alojamiento alternativo
- Considerar la derivación a programas de protección social o vivienda comunitaria, o a redes de apoyo.

Situación económica → 11.3.2

- Considerar la derivación a los servicios sociales para acceder a la protección social (pensiones, subvenciones, prestaciones)
- Plantearse la derivación para la prestación de asesoramiento financiero
- Brindar asesoramiento sobre la delegación de la toma de decisiones financieras con protección contra el maltrato financiero, en caso necesario

Aislamiento social y soledad → 11.3.3

- Brindar apoyo para abordar las relaciones personales difíciles
- Proporcionar una lista de oportunidades de actividades sociales, voluntariado, empleo y educación en la comunidad
- Ofrecer asesoramiento y apoyo sobre el uso de la tecnología digital para mantener el contacto con amigos y familiares

Implicación y participación sociales → 11.3.4

- Hablar acerca de los intereses y preferencias personales
- Entregar una lista de los servicios comunitarios locales, como establecimientos y clubes recreativos, programas de educación para adultos, servicios de voluntariado y de orientación laboral
- Asesorar sobre servicios de apoyo a la participación, por ejemplo, transporte subvencionado, actividades gratuitas y descuentos para personas mayores
- Brindar apoyo para mantener el contacto con organizaciones e instituciones de confianza, incluidos redes y líderes religiosos o espirituales

2 Maltrato de las personas mayores → 11.4

- Derivar a los servicios sociales para una evaluación adicional
- Ofrecer un seguimiento estrecho de la situación, por ejemplo, mediante visitas de un agente comunitario de salud o un trabajador social, y animando a acudir a un centro de salud u otro servicio para recibir apoyo
- Plantear la derivación a servicios psicosociales, como servicios de asesoramiento
- En caso de amenaza inmediata para la vida o la integridad física, derivar a las fuerzas del orden y proporcionar refugio temporal, cuando sea posible

3 Cuidados personales y apoyo con las actividades de la vida diaria → 11.6

- Modificar el entorno doméstico para mejorar la movilidad y prevenir las caídas (4.2.5)
- Considerar el uso de productos de apoyo (por ejemplo, sillas de ducha, productos de apoyo para vestirse, cubiertos, platos y tazas modificados, pastilleros) con información sobre el acceso y el mantenimiento (4.2.2)
- Evaluar la necesidad de servicios de rehabilitación y garantizar el acceso, de estar disponibles (4.2.1)
- Evaluar el apoyo del cónyuge, la familia u otras personas a cargo del cuidado y detectar las necesidades de la persona que cuida.
- Revisar la necesidad de recibir la ayuda de trabajadores del cuidado (12.3)
- Vinculación con servicios disponibles a nivel local, como atención domiciliaria, centros de día o centros residenciales de atención a largo plazo, si están disponibles y son culturalmente aceptables.

11.1

Brindar asesoramiento sobre apoyo social y oportunidades de participación



- Si las respuestas de una persona mayor a las preguntas iniciales sobre el apoyo social indican que puede necesitar apoyo de otras personas, un agente comunitario de salud u otra parte interesada de la comunidad puede brindar asesoramiento y orientación a la espera a una evaluación detallada o si no se puede realizar tal evaluación. Esta orientación puede referirse a:
 - modificaciones sencillas que podrían hacerse en el entorno doméstico, como eliminar aquello que suponga un riesgo de tropiezo; → **4.2.5**
 - asesoramiento básico sobre el apoyo económico disponible, como derechos de protección social u organizaciones que apoyan actividades generadoras de ingresos;
 - fomento de la comunicación y el contacto con amigos, familiares y vecinos;
 - sugerencias sobre cómo participar en la comunidad, por ejemplo, uniéndose a un club de personas mayores;
 - información y recursos a nivel comunitario para las personas con posible necesidad de apoyo y cuidados personales en las actividades de la vida diaria.

11.2

Evaluar las necesidades de apoyo social



El apoyo social debe incluirse como parte de un plan de atención personalizada. El apoyo puede centrarse en facilitar la participación de la persona mayor en la vida comunitaria y social para reducir el aislamiento social y la soledad, y en abordar factores clave de su vida, como el entorno doméstico y la situación económica. La detección de la necesidad de apoyo social puede darse en diversas circunstancias, como durante una evaluación básica en la comunidad o como parte de una evaluación detallada en un establecimiento de atención primaria. También hay que tener en cuenta el riesgo de maltrato, ya que algunas personas mayores pueden correr mayor riesgo que otras (**cuadro 11.1**, página 122).

Una persona mayor con una pérdida significativa de la capacidad intrínseca también se beneficiaría de una evaluación completa de las necesidades de cuidados y apoyo social para indicar si ha llegado al punto de no poder seguir cuidando de sí misma sin la ayuda de otros. Esta evaluación incluye las cuatro preguntas iniciales, seguidas de una valoración del riesgo de maltrato y de su necesidad de apoyo y cuidados personales en las actividades de la vida diaria.

Las cuestiones que se abordan mediante estas preguntas y evaluaciones, así como los desafíos específicos a los que pueden enfrentarse las personas mayores, dependen mucho del contexto. Las preguntas que figuran en el esquema de cuidados y apoyo social sirven de ejemplo y deben adaptarse al contexto.

11.3

Abordar las necesidades de apoyo social



Para llevar adelante intervenciones dirigidas a abordar estos desafíos, será necesario que diversos actores y sectores trabajen juntos, incluyendo servicios sociales, de vivienda, de salud laboral, de asesoramiento sobre prestaciones (cuando existan) y actores humanitarios para responder a situaciones de emergencia y catástrofe que puedan provocar desplazamientos.

El apoyo social incluye el apoyo en el entorno doméstico, la seguridad financiera, la soledad, la implicación y la participación sociales, incluido el acceso a las instalaciones comunitarias y a los servicios públicos. Los trabajadores de salud deben conocer las oportunidades, los servicios y el apoyo locales, incluidos los grupos comunitarios que suelen ser prestadores de servicios clave. → 4.1.3 También deben facilitar los vínculos con personas con conocimientos especializados, incluida la protección social, el empleo, la educación y los servicios voluntarios, los servicios de transporte y los líderes religiosos. Los programas de ciudades y comunidades amigables con las personas mayores son una buena fuente de este tipo de información.

11.3.1

Entorno doméstico

El lugar donde vive una persona mayor puede afectar a su salud, bienestar, independencia y participación social, sobre todo si existen dificultades relacionadas con el tamaño, el acceso, el estado, la ubicación, la seguridad y la protección de la vivienda.

Es posible mitigar algunos problemas relativos al entorno de la vivienda introduciendo nuevas medidas de seguridad, ofreciendo un teléfono al que llamar en caso de urgencia y realizando adaptaciones para conseguir un entorno más seguro que permita mantener una vida independiente. → 4.2.5 Es posible que haya prestaciones económicas para ayudar con los gastos de alojamiento, así como para reparaciones y mantenimiento. Si estas medidas no son de ayuda, debe considerarse el traslado a un alojamiento más adecuado, si es posible.

11.3.2

Situación económica

La situación económica de una persona está estrechamente relacionada con la salud, la independencia y el bienestar en la vejez. Pueden surgir problemas, como tener muy poco dinero para cubrir las necesidades básicas o participar plenamente en la sociedad, y la preocupación por quedarse sin dinero. A las personas mayores también puede preocuparles el volverse incapaces de gestionar sus finanzas.

Los problemas económicos, incluida la incapacidad de hacer frente a las necesidades básicas, pueden mitigarse mediante asesoramiento independiente sobre planificación y gestión financiera, y sobre el derecho y la posibilidad de acogerse a la protección social disponible, incluidas las pensiones, las prestaciones por discapacidad y los subsidios para las personas a cargo del cuidado. Puede ser necesario el asesoramiento de personas con conocimientos especializados en estos ámbitos, como los servicios de asesoramiento sobre prestaciones, los servicios de empleo, las organizaciones que prestan apoyo con actividades generadoras de ingresos y los trabajadores sociales. 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, sobre todo en el caso de las personas con deterioro cognitivo.

Si las personas a cargo del cuidado brindan apoyo económico a las personas mayores o incurren en gastos debido a su papel de cuidadores, también deben recibir información y asesoramiento, entre otras cosas sobre cómo pueden cambiar los costos de los cuidados a medida que disminuye la capacidad funcional de la persona mayor y aumenta su necesidad de atención y apoyo.

11.3.3 Aislamiento social y soledad

El aislamiento social y la soledad son comunes en las personas mayores; algunas carecen de redes de relaciones sociales y hasta un tercio de ellas afirman sentirse solas (55). La soledad es subjetiva y se mide preguntando a las personas cómo se sienten. Tanto el aislamiento social como la soledad se asocian a una mayor probabilidad de mortalidad evitable y de enfermedades y afecciones mentales como ECV, accidente cerebrovascular, ansiedad, depresión y demencia. Es importante que se tengan en cuenta estas afecciones y que los resultados de una evaluación básica de los ámbitos pertinentes de la capacidad intrínseca se validen mediante una evaluación detallada cuando sea necesario, si se determina que la soledad puede ser un problema. → 5 9 10

Si una persona mayor revela que se siente sola o que tiene pocas conexiones sociales, hay preguntas de seguimiento que permiten detectar la necesidad de apoyo y las intervenciones adecuadas. La soledad suele estar estigmatizada, y la razón por la que alguien se siente solo puede estar vinculada con unas relaciones personales difíciles. Estar solo (o vivir solo) no es lo mismo que sentirse solo: una persona mayor puede sentirse sola aun estando rodeada de otras personas si la calidad de las relaciones es deficiente.

Puede ser útil preguntar a una persona mayor que se sienta sola si un mayor contacto social con familiares y amigos, o conocer a otras personas con intereses similares, le ayudaría a reducir su sentimiento de soledad, así como saber si conoce las actividades sociales locales. Estas conversaciones deben servir de base para las intervenciones que se incluyan en el plan de atención.

Se debe fomentar el uso de recursos comunitarios como clubes, grupos religiosos, centros de día y servicios deportivos, recreativos o educativos. También pueden realizar trabajos de voluntariado o remunerados. Las conexiones sociales también pueden potenciarse mediante oportunidades de relacionarse con personas de distintas generaciones. Tener una mascota también alivia la soledad de muchas personas mayores (56). Las partes interesadas de la comunidad pueden prestar su apoyo organizando actos y facilitando el acceso de las personas mayores para reducir el aislamiento social. → 4.1.3

Es importante tratar los temas con delicadeza, teniendo en cuenta que la manera de formular las preguntas y el entorno pueden influir en las respuestas. Se debe asegurar a la persona mayor que la conversación es confidencial, para ayudarla a superar cualquier temor a revelar la naturaleza de las relaciones personales.

11.3.4 Implicación y participación sociales

Cada persona mayor es única y tendrá diferentes prioridades, valores y actividades que le gusten. Es importante averiguar qué es aquello que disfrutan las personas mayores y les resulta significativo, para lo cual hay que conocer su vida, sus prioridades y preferencias, por ejemplo, sus aficiones, actividades de ocio, trabajo, aprendizaje y espirituales. Esta información debe guiar la elaboración del plan de atención personalizada en relación con la implicación y la participación sociales.

Pueden formularse preguntas complementarias para detectar los obstáculos para la participación social, como el costo, la accesibilidad (distancia y transporte) y la oportunidad. Los trabajadores de salud deben conocer las oportunidades locales de implicación y participación, comentar si pueden ser de interés para la persona mayor y apoyarla para que participe. Algunos de estos servicios pueden estar subvencionados para que disfruten de ellos las personas mayores y las personas con ingresos bajos.

11.4

Maltrato de las personas mayores



Aproximadamente una de cada seis personas mayores reciben algún tipo de maltrato (57), lo que representa una proporción superior a la estimada anteriormente (58). El maltrato puede adoptar muchas formas, como descuido, maltrato psicológico, físico, sexual y financiero (incluidos los derechos de propiedad y herencia). Cualquiera puede ser víctima del maltrato, pero hay una serie de factores de riesgo que aumentan la vulnerabilidad de las personas mayores, en particular el deterioro cognitivo, la mala salud mental o física y la discapacidad. Otros factores son el aislamiento social, los antecedentes de maltrato, la violencia o los conflictos familiares, el origen étnico y los ingresos bajos o la pobreza. La violencia contra las mujeres continúa en la vejez, aunque no suele reconocerse ni abordarse adecuadamente. En el 2018, la prevalencia de violencia física o de pareja a lo largo de la vida alcanzó el 23% en las mujeres de 60 años o más (59).

Teniendo en cuenta estos factores de riesgo, se debe evaluar a las personas mayores con pérdida de capacidad intrínseca para detectar signos de maltrato. Debido a los vínculos entre el maltrato a las personas mayores y el aislamiento social y los bajos ingresos, también hay que llevar a cabo una evaluación en el caso de cualquier persona mayor con problemas con el entorno doméstico, la situación económica, el aislamiento social y la soledad o la participación social. Se debe prestar especial atención a la evaluación de los signos de maltrato de las personas mayores con deterioro cognitivo, ya que los cambios de comportamiento pueden estar relacionados con su afección más que con un posible maltrato.

Para detectar una situación de maltrato, se debe usar información observacional basada en el comportamiento de la persona mayor y de sus familiares o quienes la cuidan, o en signos de lesiones físicas (**cuadro 11.1**, página 122).

Durante cualquier interacción, el agente comunitario de salud debe buscar signos de desesperación, miedo y falta de contacto visual, y fijarse en el aspecto físico y la higiene de la persona mayor, como el estado de las uñas, la piel y su aseo personal. → **3.5**

Además, durante la exploración física en un establecimiento de atención primaria, el trabajador de salud debe buscar signos físicos de maltrato. Si se observan traumatismos, el trabajador de salud debe fijarse en el estado de cicatrización, el tamaño de los hematomas y la compatibilidad de la lesión con la causa señalada. La detección de deshidratación, nutrición deficiente, incumplimiento de la medicación o de las citas de atención de salud aumenta la sospecha de descuido.

Ante el más mínimo indicio de maltrato, será necesaria una evaluación y un manejo más exhaustivos. El trabajador de salud debe informar a la persona mayor de sus preocupaciones y de que pedirá ayuda especializada, por ejemplo, a trabajadores sociales o a servicios policiales. También debe dejar constancia de sus preocupaciones y de las medidas adoptadas, y seguir de cerca la situación en espera de la derivación. Si un trabajador de salud detecta una amenaza inmediata para la vida o la seguridad física, debe derivar a la persona a un especialista para que la evalúe y tome medidas (por ejemplo, refugio temporal), a un servicio de protección de adultos o a las fuerzas del orden. También se debe considerar la derivación a servicios psicosociales, incluido el asesoramiento, de estar disponibles.

MÁS INFORMACIÓN

 **Maltrato de las personas mayores: datos y cifras.** OMS; 2022. (<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/abuse-of-older-people>).

Cuadro 11.1
Indicios observacionales de posible maltrato

Comportamiento de la persona mayor	Comportamiento de la persona a cargo del cuidado	Maltrato físico	Descuido
• Parece temeroso u hostil hacia la persona a cargo de su cuidado. • No quiere responder a las preguntas, o antes de responder mira con ansiedad a la persona a cargo del cuidado o al familiar. • Su comportamiento cambia cuando la persona a cargo del cuidado entra o sale de la habitación. • Habla de la persona que le cuida diciendo que tiene un “carácter fuerte”, que suele estar “cansada” o que tiene “mal genio”; o que se irrita, se enoja, o pierde la paciencia o los nervios con mucha facilidad. • Muestra un respeto exagerado o una deferencia extrema hacia la persona a cargo de su cuidado, o se muestra muy inquieta o indiferente en su presencia.	• Pone trabas o impide que el trabajador de salud y la persona mayor hablen en privado, o sigue encontrando razones para interrumpir el flujo de la evaluación. • Interrumpe o insiste en responder a las preguntas que se plantean a la persona mayor. • Proporciona una versión de los hechos contradictoria con la de la persona mayor. • Busca excusas para impedir que los trabajadores de salud o trabajadores sociales visiten a la persona mayor para prestarle cuidados en su domicilio. • Manifiesta una gran insatisfacción debido a la obligación de cuidar de la persona mayor. • Intenta convencer al trabajador de salud de que la persona mayor está “loca” o enajenada, o de que no sabe lo dice porque se confunde, cuando no es cierto. • Se muestra poco participativa, distraída, abrumada, frustrada, hostil, enfadada, cansada o impaciente durante la entrevista. • Hay indicios de que la persona a cargo del cuidado (o la persona mayor) tiene problemas de consumo de alcohol o de sustancias psicoactivas.	• Traumatismos (cortes, quemaduras, hematomas y arañazos) que probablemente no se hayan producido de forma accidental • Traumatismos que no coinciden con la explicación dada • Traumatismos y heridas en zonas ocultas o protegidas (como las axilas) • Hematomas con forma de dedos por un manejo brusco (a menudo en la zona superior de los brazos) • Múltiples traumatismos en diferentes fases de curación, incluidos traumatismos no tratados • Uso excesivo o insuficiente de medicamentos • Visitas recurrentes a un centro de salud, en particular a un servicio de urgencias, por traumatismos similares	• Nutrición deficiente, deshidratación y úlceras por presión • Mala higiene corporal y bucodental • Ropa sucia, muy desgastada, productos absorbentes o ropa interior absorbente para la incontinencia sin cambiar • Incumplimiento de la medicación, inasistencia a las citas o inobservancia de las indicaciones del trabajador de salud • Demora entre el inicio de la enfermedad o el momento del traumatismo y la búsqueda de atención médica

11.5 Evaluar las necesidades de apoyo social

(Apoyo y cuidados personales)



Las necesidades específicas de una persona en cuanto al apoyo y los cuidados personales dependerán de la manera en que se compense su pérdida de capacidad intrínseca para optimizar su capacidad funcional (es decir, para satisfacer sus necesidades básicas; aprender, desarrollarse y tomar decisiones; mantener la movilidad; entablar y mantener relaciones; y contribuir), junto con sus preferencias, decisiones y metas.

Se puede realizar una evaluación detallada para determinar las necesidades conociendo las capacidades de la persona mayor en relación con las actividades básicas de la vida diaria y las actividades instrumentales de la vida diaria. Entre los cuestionarios de uso frecuente que miden la función se encuentran el Índice de Katz de independencia en las actividades de la vida diaria y la Escala instrumental de Lawton de actividades de la vida diaria. Diversos factores, como el sexo, la cultura y las normas sociales, influyen en las limitaciones de las actividades instrumentales de la vida diaria.

La evaluación y la prestación de cuidados personales deben incluir, entre otros, los siguientes aspectos:

- **Transferencia:** abarca una serie de actividades, como pasar de la cama a la silla. La movilidad limitada aumenta el riesgo de caídas y la necesidad de cuidados personales con estas actividades.
- **Higiene personal:** usar el inodoro, bañarse, vestirse: capacidad para ir al inodoro y utilizarlo, lavarse, vestirse y asearse, lo que incluye cepillarse los dientes, peinarse y cortarse las uñas. Puede ser particularmente relevante en el caso de las personas mayores con movilidad limitada o deterioro cognitivo.
- **Preparación de las comidas y alimentación:** la movilidad limitada, el deterioro cognitivo y los problemas de visión pueden afectar a la capacidad para hacer la compra, preparar las comidas y alimentarse de forma independiente; también puede ser a la vez resultado y factor de desnutrición.

- **Uso de la medicación:** la capacidad de cumplir el tratamiento prescrito para las enfermedades, incluida la medicación y los productos de apoyo (por ejemplo, audífonos), es fundamental para las personas mayores con multimorbilidad. Para usar los medicamentos de forma segura, hay que acordarse de tomarlos según lo prescrito: el medicamento correcto, en la dosis correcta y en el momento correcto. La eficacia de la medicación también puede verse afectada por problemas de preparación de las comidas y de alimentación. Cumplir el tratamiento puede ser difícil para las personas con deterioro cognitivo o deficiencia visual.
- **Capacidad para utilizar un teléfono y utilizar el transporte:** esto puede afectar a la utilización de los servicios de salud y de protección social, debido a las dificultades para concertar citas, ya sea por teléfono, en línea o en persona; para entender la correspondencia con los trabajadores de salud sobre citas próximas o pasadas; y para ir a los centros y volver de ellos. Esto puede resultar difícil a las personas mayores con movilidad limitada, pérdida auditiva, deficiencia visual o deterioro cognitivo.

Las personas mayores con síntomas depresivos pueden tener dificultades para realizar cualquiera de estas tareas. Esto puede estar relacionado con la falta de interés por estas actividades, más que con su capacidad física.

MÁS INFORMACIÓN

 *Long term care for older people: package for universal health coverage.* OMS; 2024 (<https://iris.who.int/handle/10665/376585>).

11.6

Abordar las necesidades de apoyo social



Muchas personas mayores no quieren depender de otras para realizar las tareas cotidianas, por lo que se les debe brindar apoyo y capacitación para que consigan hacer todo lo que puedan. Por ejemplo, una persona mayor que necesite ayuda para bañarse puede seguir siendo capaz de lavarse algunas partes del cuerpo, y hay que alentarle a que lo haga. Del mismo modo, es posible que una persona no pueda agacharse para ponerse los zapatos pero sí pueda ponerse el resto de la ropa. Los cuidadores deben recibir información y asesoramiento sobre cómo proporcionar

Recuadro 11.1 Prescripción social

La prescripción social es una forma de poner en contacto a las personas con una serie de servicios comunitarios no clínicos a fin de mejorar su salud y bienestar, y puede utilizarse como forma de abordar las necesidades de cuidados y apoyo social. Puede adoptar diversas formas y adaptarse a diferentes comunidades y contextos. Por ejemplo, los trabajadores de salud de los centros de atención primaria derivan a una persona mayor a un “gestor de caso” o “coordinador del cuidado” que trabaja con la persona mayor para determinar sus necesidades de cuidados y apoyo social, y elabora un plan personalizado. El gestor de caso o el coordinador del cuidado también realizan un seguimiento periódico de la persona mayor. La prescripción social puede incluirse como parte de un plan de atención personalizada. → 3.3

Un paso importante en la prescripción social es el mapeo de los servicios locales, asociaciones y organizaciones de la comunidad para informar sobre posibles derivaciones. En este mapeo se deben incluir servicios de protección social, jurídicos, financieros, de apoyo a la vivienda y de seguridad alimentaria; servicios de protección social, incluidos los de salud mental y ayuda a las personas con discapacidad; apoyo a las víctimas de maltrato; actividades sociales; servicios laborales; actividades de aprendizaje y educación permanentes; servicios de atención de salud y promoción de la salud, incluida la actividad física y la nutrición; en las zonas urbanas, oportunidades para pasar tiempo al aire libre; actividades relacionadas con la cultura; y oportunidades de voluntariado.

Con la supervisión y el apoyo adecuados por parte de los trabajadores de salud, un miembro de una organización de la sociedad civil puede actuar como gestor de caso o coordinador del cuidado, en estrecha colaboración con trabajadores de salud multidisciplinarios. Las partes interesadas de la comunidad también suelen ser las más indicadas para trazar mapas de los servicios disponibles.

cuidados personales, pero también sobre la importancia de que la persona mayor mantenga el mayor grado de independencia posible. Cuando una persona a cargo del cuidado está cansada y desbordada, puede parecer preferible realizar las tareas lo más pronto posible, de modo que los trabajadores de salud, incluidos los trabajadores del cuidado, deben explicar los beneficios de dedicar tiempo a la persona mayor, animándola a hacer lo que pueda.

Las personas mayores que presentan una pérdida significativa de la capacidad intrínseca y dificultades con las actividades básicas de la vida diaria y las actividades instrumentales de la vida diaria pueden beneficiarse de servicios de rehabilitación (→ 4.2.1), suministro de productos de apoyo (→ 4.2.2) o adaptaciones del entorno para optimizar la capacidad funcional. Acceder a este tipo de apoyo puede ayudar a las personas mayores con las tareas cotidianas y también reducir las exigencias hacia quienes las cuidan.

Además de los cuidados personales prestados por una persona a cargo del cuidado en el domicilio de una persona mayor, también deben buscarse otros servicios y apoyo en función de las necesidades. Esto incluye la atención domiciliaria, los servicios de centros de día y otros tipos de atención y apoyo en establecimientos, en la medida en que estén disponibles y sean culturalmente aceptables. Las partes interesadas de la comunidad pueden proporcionar información y asesoramiento y poner en contacto a las personas mayores y a quienes las cuidan con los servicios formales de cuidados a largo plazo. También pueden contribuir al bienestar psicosocial de las personas a cargo del cuidado, al facilitar el relevo y el apoyo entre pares. → 12

La prescripción social puede ser un mecanismo a través del cual se brindan cuidados y apoyo social para garantizar la prestación de servicios mediante relaciones formalizadas con las partes interesadas de la comunidad (recuadro 11.1).

MÁS INFORMACIÓN

 **A toolkit on how to implement social prescribing.** OMS; 2022
(<https://iris.who.int/handle/10665/354456>).

 **Prescripción social.** WHO Academy 2025
(https://whoacademy.org/coursewares/course-v1:WHOAcademy-Hosted+H0116EN+2025_Q1?from=discovery&source=edX).



12

Apoyo a las personas a cargo del cuidado

Esquema de atención para apoyar a las personas a cargo del cuidado



Las exigencias y el estrés de cuidar a personas mayores con pérdidas importantes de capacidad intrínseca y funcional pueden afectar a la salud y al bienestar de quienes las cuidan. El papel que desempeñan las personas a cargo del cuidado rara vez se reconoce, valora o apoya adecuadamente, lo que agrava los desafíos asociados a la prestación de cuidados. Ser responsable del cuidado de una persona también puede suponer una reducción de las oportunidades de realizar un trabajo remunerado, sobre todo en el caso de las mujeres. Hay que determinar las necesidades de las personas a cargo del cuidado e incluir intervenciones de apoyo en un plan de atención personalizada.

Puntos clave

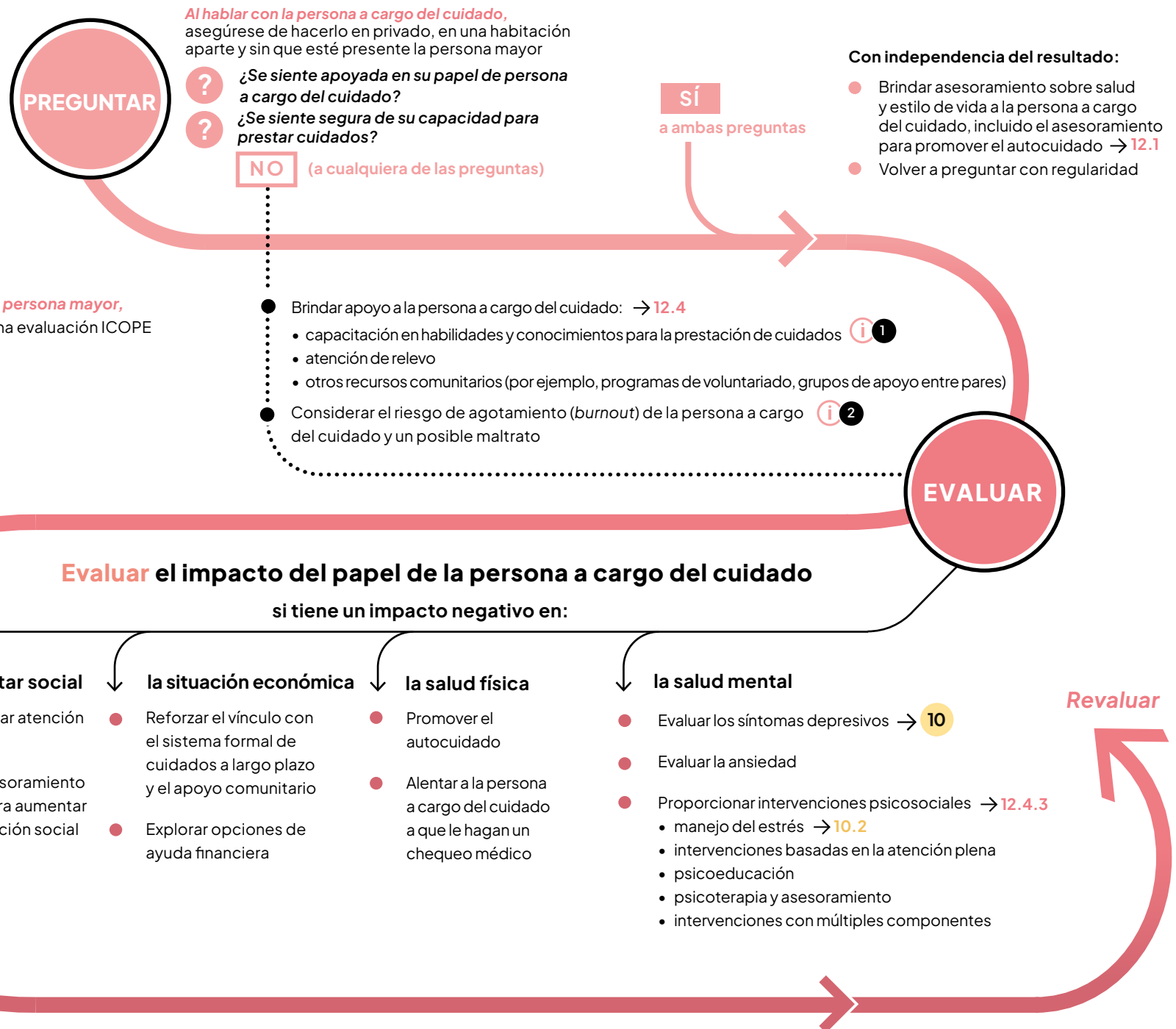
- Los agentes comunitarios de salud pueden determinar las necesidades de las personas a cargo del cuidado y las formas de apoyar su salud y bienestar.
- Una serie de intervenciones —asesoramiento, capacitación, servicio de relevo, apoyo económico e intervenciones psicológicas— pueden ayudar a las personas a cargo del cuidado a mantener una relación satisfactoria y saludable y a prestar una atención de calidad, manteniendo al mismo tiempo su propia salud y bienestar.
- En los casos en que la persona a cargo del cuidado también sea una persona mayor, se recomienda evaluar su propia salud, incluida su capacidad intrínseca.
- Los trabajadores de salud, incluidos los agentes comunitarios de salud, deben conocer los signos de maltrato que deben buscar durante la evaluación de una persona mayor o de quien la cuida.
- El papel de la persona a cargo del cuidado debe ser reconocido, valorado y apoyado, y hay que esforzarse por redistribuir el trabajo de cuidados. Las partes interesadas de la comunidad pueden abogar por este reconocimiento a la vez que proporcionan capacitación continua, incluida la capacitación de actualización, y brindan apoyo a las personas a cargo del cuidado.

12

Apoyo a las personas a cargo del cuidado

Esquema de atención para apoyar a las personas a cargo del cuidado

Si la persona a cargo del cuidado es una persona mayor, hay que asesorarla para que le realicen una evaluación ICOPE básica y obtenga apoyo





Necesidad de capacitación y asesoramiento para las personas a cargo del cuidado → 12.4.1

Las personas a cargo del cuidado deben recibir capacitación y asesoramiento específicos que les permitan prestar una atención de buena calidad. Además de cómo detectar el deterioro de los signos de funcionamiento, la organización de la medicación, el saber orientarse al utilizar los servicios y sistemas de salud y de protección social, así como la gestión de sus propias necesidades, el tipo de capacitación e información dependerá de la pérdida de capacidad intrínseca de la persona a la que cuidan.

- **Deterioro cognitivo:** la importancia de mantener una rutina diaria, cómo utilizar ayudas para la memoria, qué hacer ante un comportamiento desafiante y cómo responder cuando o si la persona a la que cuidan no se acuerda de ellas.
- **Movilidad limitada:** cómo ayudar a la persona a moverse con seguridad, protegiéndose al mismo tiempo de posibles traumatismos, cómo acceder a los productos de apoyo y utilizarlos.
- **Desnutrición:** cómo acceder y utilizar (o ayudar a la persona mayor a utilizar) productos de apoyo, en particular para la alimentación, los tipos y la cantidad de alimentos y líquidos necesarios y la mejor forma de prepararlos.
- **Deficiencia visual:** cómo ayudar a la persona a desplazarse, modificar el entorno doméstico para hacerlo más seguro, cómo caminar con alguien con problemas de visión y ayudarle a mapear su entorno, cómo adaptar los estilos y métodos de comunicación y cómo utilizar productos de apoyo.
- **Pérdida auditiva:** cómo comunicarse mejor con la persona con deficiencia auditiva, cómo utilizar y mantener los audífonos y los productos de apoyo.
- **Síntomas depresivos:** cómo comunicarse abiertamente con la persona mayor, qué hacer si se sospecha un riesgo inmediato de lesiones autoinfligidas, cómo prevenir el aislamiento social.
- **Incontinencia urinaria:** cómo ayudar con el cuidado personal, el uso de protectores y productos absorbentes para la incontinencia, el fomento de la micción programada y la limpieza y eliminación segura de la ropa sucia, la ropa de cama y los productos absorbentes para la incontinencia.



Riesgo de maltrato

La relación recíproca entre la persona dependiente y quien la cuida puede ser compleja. Las personas a cargo del cuidado que están sanas y son felices son capaces de prestar un apoyo extraordinario; sin embargo, a veces la relación de cuidado puede ser más difícil, incluso no ser deseada por una o ambas partes implicadas. Sin el apoyo adecuado, las personas a cargo del cuidado pueden sentirse abrumadas y sentir agotamiento (burnout). Esto aumenta el riesgo de maltrato de la persona a la que se cuida.

El maltrato puede adoptar la forma de descuido, maltrato económico o material o maltrato físico, emocional o sexual. El descuido puede ser intencionado o producirse por falta de habilidades o conocimientos sobre cómo prestar cuidados o por falta de apoyo o supervisión externos.

Las personas a cargo del cuidado también pueden ser víctimas del maltrato, incluso por parte de la persona a la que cuidan. Este maltrato puede adoptar las mismas formas que las detalladas anteriormente y producirse por motivos similares. Quien cuida a una persona con demencia puede enfrentarse a riesgos particulares debido a los comportamientos problemáticos asociados a la demencia en algunas personas.

Es posible que ni la persona mayor ni la persona a cargo de su cuidado revelen una situación de maltrato a un trabajador de salud. Por lo tanto, es importante la información observacional basada en el comportamiento de la persona mayor, sus cuidadores o familiares, así como tomar nota de cualquier signo de maltrato físico (cuadro 11.1).

Si se sospecha que hay una situación de maltrato, es necesario realizar una evaluación más detallada, siguiendo las vías de derivación locales, de haberlas, y se debe recurrir a los servicios pertinentes y disponibles. En muchos casos, para abordar una situación de maltrato puede ser más eficaz la prestación de apoyo adicional a las personas a cargo del cuidado que las medidas punitivas. Los trabajadores de salud deben buscar asesoramiento jurídico.

Necesidad de capacitación y conocimientos especializados

- Apoyo a una persona a cargo del cuidado que presente depresión o ansiedad
- La propia persona a cargo del cuidado tiene una pérdida significativa de la capacidad intrínseca o múltiples enfermedades
- Riesgo inminente de lesiones autoinfligidas o suicidio de la persona a cargo del cuidado (10.4.4)
- Sospecha de una situación de maltrato (11.4)
- Provisión de intervenciones psicológicas estructuradas breves (10.4.2)
- Apoyo financiero y prestación de asesoramiento financiero, incluidos el cumplimiento de los requisitos y los derechos relacionados con la prestación de cuidados (11.3.2)

Factores que aumentan la probabilidad de maltrato:

Receptor de cuidados con

- dependencia importante de los cuidados
- síntomas conductuales y psicológicos de demencia
- ingresos bajos o pobreza

Factores que aumentan la probabilidad de incurrir en maltrato:

Persona a cargo del cuidado con

- problemas de salud mental
- abuso y dependencia de sustancias psicoactivas
- estrés y agotamiento (burnout)
- dependencia económica de la persona a la que cuida

Otros factores que pueden aumentar la probabilidad de una situación de maltrato son los antecedentes de violencia familiar o de pareja y una mala relación de larga duración.

12.1

Asesoramiento sobre salud y estilo de vida para promover el bienestar de la persona a cargo del cuidado



Prestar cuidados puede ser agotador y estresante, sobre todo para los cuidadores que son familiares de la persona a la que cuidan y conviven con ella, lo que repercute en la salud y el bienestar de las personas a cargo del cuidado. Los agentes comunitarios de salud y otras partes interesadas de la comunidad pueden ofrecer asesoramiento para apoyar el bienestar de las personas a cargo del cuidado, a saber:

- Reanudar (o continuar) actividades que antes disfrutaban.
- Mantener hábitos de sueño regulares.
- Mantener el mayor grado posible de actividad física.
- Tener una alimentación saludable y equilibrada y comer bien con regularidad.
- Pasar tiempo con los amigos y la familia.
- Participar en actividades comunitarias y en otras actividades sociales.
- Hacer pausas con regularidad.

12.2

Atención de salud comunitaria para fomentar el bienestar de las personas a cargo del cuidado



Las personas a cargo del cuidado pueden prestar cuidados con regularidad (incluidos los cuidados diarios), ocasional o sistemáticamente, o participar en la organización de la prestación de cuidados por parte de otras personas. En los países que cuentan con políticas al respecto, las personas a cargo del cuidado pueden recibir prestaciones sociales como permisos retribuidos y transferencias de dinero por los cuidados. En función de las necesidades de la persona a cargo del cuidado, se debe considerar la posibilidad de ofrecerle distintos tipos de apoyo, tanto para su bienestar como para permitirle que preste una atención de calidad.

Las organizaciones comunitarias pueden desempeñar un papel en la detección de las personas a cargo del cuidado que puedan necesitar apoyo. Pueden crear grupos de apoyo entre pares y habilitar espacios, como salones comunitarios, para que las personas a cargo del cuidado se reúnan y compartan sus experiencias. Pueden organizar viajes o cafés por la mañana para dar a las personas a cargo del cuidado la oportunidad de dedicarse tiempo a sí mismas, hacer algo agradable y compartir sus experiencias, sentimientos y conocimientos con otras personas.

También deben facilitarse los recursos disponibles e información sobre dónde y cómo buscar apoyo en la comunidad (por ejemplo, la provisión de cuidados de relevo en casa o a través de un centro de día, si está disponible y es culturalmente aceptable). Las organizaciones que dirigen o gestionan programas de cuidados a domicilio, ya sea con trabajadores del cuidado remunerados o con voluntarios, pueden proporcionar información y asesoramiento y, cuando sea posible, atender a una persona mayor, dando un respiro al familiar que la cuida.

Si se detecta que una persona a cargo del cuidado está afectada negativamente por su papel, y no se dispone inmediatamente de una evaluación detallada, los agentes comunitarios de salud pueden tomar medidas para prestarle apoyo. Además del asesoramiento sobre salud y estilo de vida, pueden brindar orientación acerca de la reducción del estrés, la relajación (→10.2) y algunas técnicas sencillas de atención plena.

12.3

Evaluar las necesidades de las personas a cargo del cuidado



Estas evaluaciones deben hacerse de forma sistemática, ya que la necesidad de apoyo de la persona a cargo del cuidado puede cambiar con el tiempo, y puede ser necesario introducir diferentes mecanismos de apoyo en función de su situación cambiante.

Es importante que se evalúen las necesidades de apoyo de las personas a cargo del cuidado, incluida su salud y bienestar, las repercusiones sociales y económicas de la prestación de cuidados y su confianza en el desempeño de su función de prestación de cuidados.

12.3.1

Preguntar a la persona a cargo del cuidado

Lo mejor es hablar de las necesidades de la persona a cargo del cuidado sin que la persona a la que cuida esté presente, para reducir la vergüenza o las dudas que pueda tener a la hora de hablar abiertamente. Esto puede hacerse al mismo tiempo que la evaluación con la persona mayor, pero en una sala o espacio separado, o puede requerir una cita aparte. Los relatos de la persona mayor y de quien la cuida pueden diferir por diversos motivos, entre ellos los problemas de memoria de la persona mayor, si tiene deterioro cognitivo, por lo que deben tenerse en cuenta los resultados de las evaluaciones básicas y detalladas de la persona mayor.

En el esquema de apoyo de la persona a cargo del cuidado se presentan dos ejemplos de preguntas para determinar cómo se siente esa persona y el apoyo que recibe en el presente o que puede necesitar. Una respuesta a cualquiera de estas dos preguntas que indique que la persona que presta los cuidados tiene dificultades o se enfrenta a desafíos debe conllevar el ofrecimiento de apoyo práctico, incluida la capacitación, los servicios de relevo y la puesta en contacto con recursos comunitarios. También se debe realizar una evaluación detallada de la persona que cuida sobre el impacto de su papel, que abarque su salud psicológica y física, y su bienestar social y económico. Las respuestas de una conversación sobre el bienestar psicológico pueden indicar la necesidad de una evaluación detallada de los síntomas depresivos y la ansiedad, para lo cual se debe organizar una reunión aparte con la persona que cuida.

En el caso de las personas para las que la prestación de cuidados está teniendo un impacto financiero negativo, deben proporcionarse ejemplos de cómo acceder a apoyo y asesoramiento financieros.

Al hablar con la persona que presta los cuidados, el trabajador de salud debe detectar cualquier signo de agotamiento, enfado, frustración o falta de respeto. Si la persona a cargo del cuidado parece estresada o agotada, se debe prestar atención a cualquier signo indicativo de que maltrata o descuida a la persona a su cargo. → 11.4
Los trabajadores de salud también deben ser conscientes de los posibles signos indicativos de que la persona que presta los cuidados puede estar siendo maltratada por la persona a la que cuida. Es muy posible que la persona a cargo del cuidado no revele estas situaciones, por lo que es importante que el trabajador de salud observe lo que puede estar ocurriendo (i 2, página 127).

12.3.2

Evaluación de la depresión y la ansiedad

La prestación de cuidados se asocia a peores resultados de salud mental de las personas a cargo del cuidado en comparación con la población general, siendo especialmente frecuentes la depresión y la ansiedad. Además, puede agravarse en el plano afectivo por la pérdida de la antigua relación entre la persona a cargo del cuidado y la persona mayor, sobre todo si la persona que cuida es el cónyuge. Es importante que los trabajadores de salud reconozcan que el cuidado de otras personas puede ser extremadamente frustrante y estresante. Los trabajadores de salud deben considerar si la persona a cargo del cuidado necesita una evaluación para detectar la depresión o la ansiedad y si necesita algún tipo de atención o apoyo. → 10

12.4

Apoyar a las personas a cargo del cuidado



Es posible que se necesite una serie de apoyos, como ayuda y apoyo directos de trabajadores del cuidado remunerados y organizaciones, productos de apoyo y modificaciones del hogar para facilitar la prestación de cuidados, sobre todo si la persona que presta los cuidados vive con la persona a la que cuida, apoyo psicosocial para abordar la ansiedad o la depresión, y asistencia de relevo. También es importante facilitar información y capacitación a las personas que cuidan.

Los trabajadores de salud y las partes interesadas de la comunidad pueden crear una red para compartir los recursos disponibles para la capacitación de las personas a cargo del cuidado y donde acceder al apoyo psicosocial y de otro tipo. Los grupos de apoyo entre pares para personas a cargo del cuidado pueden incluirse o combinarse con otras intervenciones como parte de intervenciones con múltiples componentes para apoyar a las personas que cuidan. Los productos de apoyo digitales pueden ser útiles para ayudar a las personas a cargo del cuidado en su función, tanto permitiendo que quienes reciben los cuidados sigan haciendo cosas por sí mismas como proporcionándoles herramientas para mejorar la calidad de los cuidados que pueden prestar (**recuadro 12.1**).

Recuadro 12.1 Productos de apoyo digitales

Los productos de apoyo digitales innovadores, como la televigilancia y los robots de apoyo, pueden aumentar la capacidad funcional de las personas mayores, mejorando su calidad de vida y la de quienes los cuidan, aumentando su capacidad de elección, seguridad, independencia y sensación de control, y permitiendo que envejecen sin tener que abandonar el hogar. El uso de estos productos debe basarse en las necesidades y preferencias de las personas mayores y de quienes las cuidan, así como en la disponibilidad de recursos y en una capacitación adecuada.

12.4.1

Capacitación

Los trabajadores del cuidado, con apoyo y supervisión a través del sistema de salud y de protección social o de una organización prestadora de servicios, deben apoyar a las personas a cargo del cuidado con capacitación y asesoramiento. Para conocer las necesidades de capacitación del cuidador, los trabajadores de salud, incluidos los trabajadores del cuidado, pueden preguntar sobre las tareas de cuidado necesarias en función de la pérdida de capacidad intrínseca y funcional de la persona mayor a la que se cuida y con qué frecuencia se realizan estas tareas. También pueden observar aspectos de la atención que podrían mejorarse mediante capacitación, asesoramiento y apoyo práctico. El apoyo debe reflejar las preferencias de la persona a cargo del cuidado y hacer hincapié en optimizar la calidad de los cuidados que presta y en su bienestar.

Los temas de capacitación para personas a cargo del cuidado podrían incluir, entre otros, el cuidado de personas mayores que necesitan apoyo; detección de los signos de deterioro del funcionamiento; prevención de las caídas y respuesta a las mismas; manejo seguro de los medicamentos; tratamiento del dolor; cómo orientarse al utilizar los servicios y sistemas de salud y de protección social; comunicación eficaz con la persona atendida; y manejo de sus propias necesidades. El tipo de capacitación que debe recibir un cuidador estará determinado por las necesidades de atención de la persona a la que presta apoyo. Se sugieren temas de capacitación específicos relacionados con la pérdida de capacidad intrínseca y la incontinencia urinaria (**i**1, página 127). Deben ofrecerse oportunidades de capacitación y educación a los cuidadores que estén interesados en adquirir competencias más formales, lo que podría traducirse en oportunidades laborales futuras.

iSupport de la OMS es un programa de capacitación y habilidades de autoayuda para quienes cuidan a personas con demencia; su objetivo es prevenir o disminuir los problemas de salud mental y física asociados al cuidado y mejorar la calidad de vida de quienes cuidan a personas con demencia.

12.4.2 Atención de relevo

Se entiende por atención de relevo el alivio temporal de las tareas de cuidado mediante la prestación de cuidados sustitutivos en forma de cuidados a domicilio, atención diurna o ingreso temporal de la persona cuidada en un centro de cuidados. El relevo de la persona a cargo del cuidado puede contribuir a preservar una relación saludable y sostenible; si se organizan y gestionan adecuadamente, los periodos en que la persona que recibe los cuidados no es atendida por quien la cuida habitualmente no deberían tener un efecto negativo.

Cuando el cuidado se ha vuelto demasiado exigente, debe considerarse la posibilidad de recurrir a la atención de relevo. El trabajador de salud debe averiguar si otra persona puede supervisar y cuidar temporalmente a la persona mayor y propiciar que esto ocurra. Puede tratarse de otro miembro de la familia, una persona que habite en la misma vivienda o un asistente social capacitado ya sea profesional o voluntario, en el hogar o en un centro de cuidados.

La posibilidad de que una persona mayor acuda a un centro de día o reciba atención diurna en casa puede aliviar a la persona principal a cargo del cuidado, que puede así descansar o realizar otras actividades. Los cuidados de día son un tipo de servicio comunitario que ofrece cuidados personales (baño, alimentación, afeitado, micción y defecación, etc.), programas de actividades recreativas y sociales, así como comidas y transporte, varias horas al día durante algunos días por semana. En este tipo de cuidados también se puede brindar apoyo a las personas a cargo del cuidado, como visitas a domicilio, actividades familiares, grupos de apoyo y capacitación.

MÁS INFORMACIÓN

 **Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) guideline for mental, neurological and substance use disorders, [3.^a ed.].** OMS; 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/374250>).

En algunos contextos, es posible que la atención diurna no se considere apropiada o culturalmente aceptable, y puede que no se ajuste a las preferencias de la persona mayor. En este caso, otros tipos de atención y apoyo en la comunidad pueden ofrecer oportunidades similares de relevo, como los clubes de almuerzo, las reuniones y otras actividades sociales con personas mayores.

12.4.3 Intervenciones psicológicas



Los trabajadores de salud pueden abordar el estrés psicológico de la persona a cargo del cuidado con intervenciones psicosociales, como intervenciones basadas en la atención plena, intervenciones con múltiples componentes, psicoeducación y psicoterapia y asesoramiento. Esto puede ser especialmente útil cuando los cuidados que se prestan son complejos y numerosos, y cuando la persona a cargo del cuidado soporta una gran presión. Se pueden utilizar diferentes modos de prestación de las intervenciones psicosociales: intervenciones presenciales o intervenciones digitales o a distancia, que han demostrado ser eficaces. Las intervenciones en grupo son probablemente las más eficaces.

Entre las intervenciones psicosociales se encuentran las siguientes:

- **Intervenciones basadas en la atención plena**, como la atención plena, la meditación, técnicas de yoga, la terapia cognitiva basada en la atención plena y la reducción del estrés basada en la atención plena.
- **La psicoeducación**, que comprende programas educativos que proporcionan información estandarizada y se centran en aumentar los conocimientos de las personas a cargo del cuidado acerca de las afecciones comunes en la vejez y en desarrollar habilidades específicas para afrontar los desafíos que plantea la prestación de cuidados. → 10.4.1
- **Psicoterapia y asesoramiento**, centrados en intervenciones que implican la aplicación de formas específicas de terapia o asesoramiento individual o de grupo, como la terapia conductual, la terapia cognitiva, la terapia cognitivo-conductual convencional y las orientaciones teóricas más recientes, como los programas de aceptación y compromiso. Suelen estar a cargo de profesionales de salud con conocimientos especializados, como psicólogos o terapeutas, y hacen especial hincapié en el desarrollo y la utilización de la relación terapéutica como parte del proceso de tratamiento.
- **Intervenciones con múltiples componentes**, que utilizan diversos enfoques, como el asesoramiento, los grupos de apoyo y los servicios de respiro proporcionados en el mismo programa sin que predomine ninguno.

12.4.4

Intervenciones para promover la salud física y el bienestar social

Hay que advertir a las personas a cargo del cuidado de que también deben cuidar su propia salud, por ejemplo mediante revisiones médicas periódicas, incluida la evaluación de su capacidad intrínseca si son mayores. También deben recibir asesoramiento y apoyo para hacer frente a la soledad y al aislamiento y mantener o aumentar su implicación y participación social. → 11.3.3, 11.3.4

12.4.5

Apoyo financiero

Si la prestación de cuidados repercute negativamente en la economía de la persona a cargo del cuidado, el profesional de salud debe asesorarla y ponerla en contacto con las fuentes de información y apoyo disponibles, incluido el asesoramiento financiero y el apoyo disponible a través de los sistemas formales de cuidados a largo plazo. La propia persona a cargo del cuidado también puede acceder a ayudas económicas a través de esquemas de protección social, incluidas las prestaciones y pensiones no contributivas para cuidadores. Los empleadores pueden ofrecer a las personas a cargo del cuidado permisos y acuerdos de trabajo flexibles.

MÁS INFORMACIÓN

🔗 *Long term care for older people: package for universal health coverage (Anexo 6)*. OMS; 2024 (<https://iris.who.int/handle/10665/376585>).

🔗 *iSupport para la demencia: Manual de capacitación y apoyo para quienes cuidan a personas con demencia*. OMS; 2019 (<https://iris.who.int/handle/10665/324794>).

13

Incontinencia urinaria

Esquema de atención para manejar la incontinencia urinaria

La incontinencia urinaria es un trastorno común que afecta a muchas personas mayores y es más frecuente en las mujeres que en los hombres (17), pero no es una consecuencia natural o inevitable del envejecimiento. No se reconoce ni se notifica lo suficiente. Esto podría deberse a una serie de factores, como la estigmatización y el hecho de que las personas mayores piensen que es normal que ocurra a una edad avanzada. Se asocia a depresión, pérdida de movilidad, deterioro cognitivo y comorbilidades como infección urinaria, obesidad, accidente cerebrovascular y diabetes. Tiene un impacto importante en la calidad de vida y el bienestar. La incontinencia urinaria puede afectar la autoestima y la confianza de una persona mayor a la hora de salir, y posteriormente a su participación social, lo que puede provocar aislamiento y soledad (60).



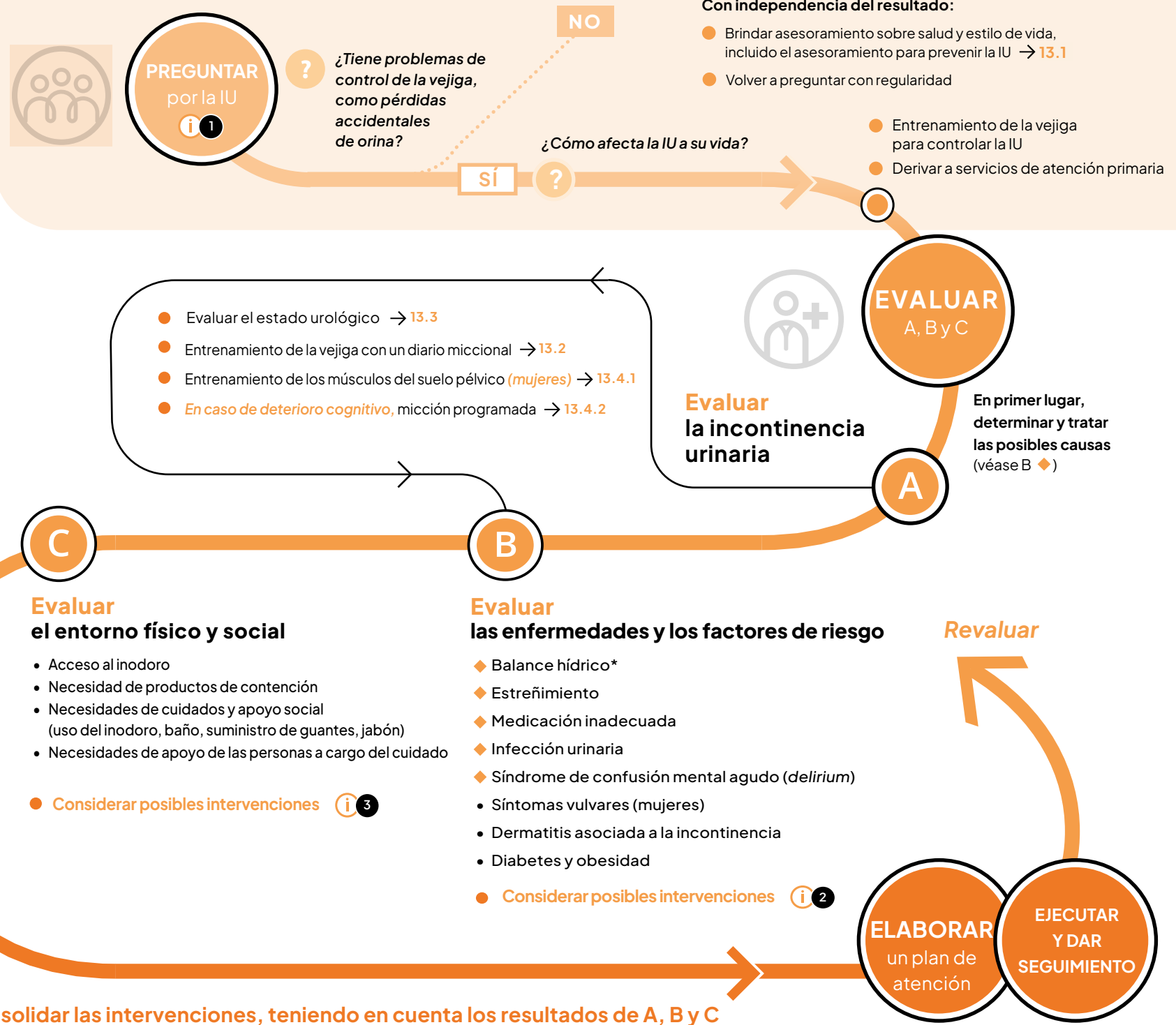
Puntos clave

- Los trabajadores de salud deben ser proactivos a la hora de hablar de la incontinencia urinaria, pero tienen que ser conscientes de cómo plantear las preguntas, debido a lo delicado del tema y a que las personas se sienten avergonzadas y reacias a que se realice una evaluación.
- Para controlar la incontinencia urinaria, se pueden utilizar estrategias e intervenciones conductuales eficaces, como el entrenamiento de los músculos del suelo pélvico.
- Al adoptar un enfoque frente a la incontinencia urinaria que abarque toda la vida, se pueden detectar en etapas tempranas de la vida factores de riesgo, como la obesidad, que pueden abordarse para evitar la aparición de incontinencia urinaria.
- Los productos de apoyo como las sillas con inodoro, los orinales y los productos de contención ayudan a controlar la incontinencia urinaria y mejoran la calidad de vida.
- Las partes interesadas de la comunidad pueden concienciar respecto a que la incontinencia urinaria no es una parte “normal” del envejecimiento y apoyar a las personas mayores con incontinencia urinaria mediante la creación de grupos de apoyo entre pares.

13

Incontinencia urinaria

Esquema de atención para abordar la incontinencia urinaria (IU)



* Balance hídrico

Hay que tener en cuenta la importancia de que el balance hídrico sea adecuado, ya que la restricción de la ingesta de líquidos podría aumentar el riesgo de infección urinaria y deshidratación. → 7.3.2



Preguntas sobre la incontinencia urinaria

La incontinencia urinaria puede ser un tema delicado, y las personas pueden avergonzarse de plantear por iniciativa propia estos problemas o de responder a las preguntas al respecto cuando se las plantean. Es preferible que sea un trabajador de salud del mismo sexo que la persona mayor quien dirija la conversación.

Cuando se converse acerca de la incontinencia urinaria es necesario:

- encontrar un lugar privado para hablar;
- dedicar tiempo a generar confianza;
- escuchar activamente y evitar el uso de un lenguaje que parezca indicar que se está juzgando a la persona;
- si es necesario, utilizar un lenguaje sencillo (por ejemplo, expresiones como «orinarse encima»).

En esta conversación también se debe abordar el impacto negativo de la incontinencia urinaria en la vida de la persona, para motivar y fomentar una evaluación más exhaustiva e informar sobre posibles intervenciones. Es importante señalar que muchas personas mayores consideran que la incontinencia urinaria es normal, y esta opinión puede influir en la percepción de su impacto.

Pregunte a la persona mayor si la incontinencia urinaria está afectando a sus comportamientos y actividades diarias, como:

- salir;
- relacionarse con amigos, familiares y la comunidad;
- aficiones y participación social;
- actividad física, incluido el ejercicio;
- ingesta de líquidos;
- tipo de ropa que prefieren llevar;
- vida sexual;
- estado psicológico: vergüenza, ansiedad, confianza;
- necesidad de productos de apoyo, entre ellos productos para la incontinencia, como productos absorbentes.

Necesidad de capacitación y conocimientos especializados

- Evaluación completa y tratamiento de una posible afección urológica (13.3), indicada por:
 - vejiga palpable
 - masa pélvica
 - macrohematuria (la sangre es visible a simple vista en la orina)
 - infección urinaria sintomática recurrente
 - próstata grande (hombres)
 - prolapso (descenso del útero, del cuello uterino o de las paredes vaginales) (mujeres)
 - sospecha de fístula (mujeres)
- Incontinencia urinaria con antecedentes de irradiación y cirugía pélvicas
- En caso de que las intervenciones para controlar la incontinencia urinaria no funcionen en el plazo de tres a seis meses (13.4)



Intervenciones relativas a enfermedades y factores de riesgo → 13.5

- Balance hídrico** → Fomentar el balance hídrico normal y probar a restringir la cafeína (13.5.1)
- Estreñimiento** → Tratar el estreñimiento mediante dietas ricas en fibra y actividad física (13.5.2)
- Medicación inadecuada** → Revisar la medicación y retirarla o prescribir alternativas (13.5.3)
- Infección urinaria** → Tratar la infección urinaria si es **sintomática** (13.5.4)
- Síndrome de confusión mental agudo (delirium)** → Detectar la causa y tratarla (5.5.1)
- Síntomas vulvares (mujeres)** → Prescribir humectantes vaginales tópicos (13.5.6)
- Dermatitis asociada a la incontinencia** → Higiene de la piel y tratamiento de la infección secundaria (13.5.7)
- Diabetes y obesidad** → Manejo de enfermedades y factores de riesgo de ECV (13.5.8)



Intervenciones relativas al entorno físico y social → 13.6

- Acceso al inodoro** →
 - Modificaciones en el hogar para facilitar el acceso (13.6.1)
 - Considerar productos de apoyo (por ejemplo, asiento de inodoro elevado, bacín, silla) (13.6.1)
- Necesidad de productos de contención** → Apoyar el acceso a productos de contención (13.6.2)
- Necesidades de cuidados y apoyo social** →
 - Proporcionar ayuda para ir al inodoro, bañarse, vestirse y productos de higiene y sanitarios (guantes, toallitas, jabón) (13.6.3)
 - Proporcionar apoyo psicosocial (13.6.3)
- Necesidades de apoyo de las personas a cargo del cuidado** → Impartir capacitación sobre la micción programada y el uso adecuado de productos para la incontinencia (13.6.4)

13.1

Asesoramiento sobre salud y estilo de vida para prevenir la incontinencia urinaria



La incontinencia urinaria sigue siendo un tema estigmatizado y a menudo tabú, lo que puede hacer que las personas no busquen ayuda ni reciban los servicios que necesitan. Las partes interesadas de la comunidad pueden ofrecer asesoramiento sobre salud y estilo de vida a todas las personas mayores, incluidas las que tienen incontinencia urinaria, para reducir los riesgos y manejar la incontinencia urinaria, destacando la importancia de:

- Mantener buenos hábitos de consumo de líquidos, es decir, beber al menos 1,6–2 l (6–8 vasos o tazas) al día, a menos que lo contraindique un profesional de la salud debido a enfermedades subyacentes (por ejemplo, enfermedades cardíacas o renales). Beber menos líquidos puede reducir la capacidad de la vejiga y empeorar la incontinencia urinaria, además de provocar deshidratación. → 7.3.2
- Disminuir el consumo de cafeína y alcohol, sobre todo por la noche, ya que pueden aumentar la necesidad de orinar. El café, el té o las bebidas gaseosas con cafeína pueden sustituirse por versiones bajas en cafeína.
- Llevar una alimentación saludable que incluya fibra para reducir el riesgo de estreñimiento, que puede empeorar la incontinencia urinaria, ya que el esfuerzo para defecar puede debilitar el suelo pélvico.
- Controlar el peso: la obesidad puede debilitar los músculos del suelo pélvico. → 7.3.3
- Hacer ejercicio físico puede ayudar a fortalecer los músculos, lo que puede ser de ayuda en caso de incontinencia urinaria. Debe buscarse asesoramiento individual sobre los tipos de ejercicio más adecuados.
- Dejar de fumar, ya que el tabaco debilita la vejiga y la tos sobrecarga los músculos del suelo pélvico.

Las campañas de concientización también pueden ser útiles para abordar la estigmatización asociada a la incontinencia urinaria y alentar a las personas afectadas a buscar atención de salud.

13.2

Atención de salud en la comunidad para abordar la incontinencia urinaria



13.2.1

Entrenamiento de la vejiga

Si se considera que una persona mayor puede tener incontinencia urinaria y no se dispone inmediatamente de una evaluación detallada, los agentes comunitarios de salud pueden ayudar a esa persona mayor y a quien la cuida mediante el entrenamiento de la vejiga. Llevar un diario miccional sirve para hacer un seguimiento de las pautas de micción de la persona e informar sobre las intervenciones adecuadas y el cambio comportamental. Esto puede ayudar a reforzar el aprendizaje de nuevos hábitos. Un programa miccional progresivo puede ser eficaz, sobre todo para las personas con incontinencia urinaria de urgencia, ya que consiste en vaciar la vejiga cada 2 horas y aumentar gradualmente el tiempo entre micciones, en combinación con técnicas de distracción, como sentarse en una superficie dura o realizar una actividad que requiera concentración. Es importante no ser prescriptivo y reconocer los límites y las capacidades de la persona. El entrenamiento de la vejiga mediante un diario miccional debe aplicarse durante al menos seis semanas.

Diario miccional

Fecha y hora	Ingesta de líquidos		Orina		Pérdidas de orina		
	Tipo	Cantidad (ml)	Volumen (ml o P/M/G*)	Urgencia de la necesidad de orinar (1–5)	Volumen (P/M/G)	Actividad realizada	Cambio de producto absorbente

* Si no es posible medir o estimar el volumen en mililitros (ml), debe registrarse como pequeño, mediano o grande (P/M/G).

13.3

Evaluar la incontinencia urinaria y las afecciones urológicas



La incontinencia urinaria es la pérdida involuntaria de orina. Se presenta asociada no solo a disfunciones de las vías urinarias bajas, sino también a pérdida de movilidad, deterioro cognitivo y otras enfermedades. Un paso importante, antes de una evaluación detallada de la incontinencia urinaria, es detectar y tratar cualquier causa reversible (◆). → 13.5

Una posible incontinencia urinaria puede detectarse preguntando por pérdidas de orina, con urgencia repentina o causadas al toser o levantar peso. Se debe recabar información sobre la gravedad y la cantidad de orina perdida, la frecuencia de los episodios de incontinencia y la duración del problema. Hay distintos tipos de incontinencia urinaria (recuadro 13.1); sin embargo, diagnosticar el tipo de incontinencia urinaria no es esencial en atención primaria para poder realizar intervenciones.

Recuadro 13.1 Tipos de incontinencia urinaria

- **Incontinencia urinaria de urgencia:** incontinencia urinaria precedida inmediatamente por la sensación de necesidad imperiosa de orinar. Es la más frecuente en las personas mayores.
- **Incontinencia urinaria de esfuerzo:** incontinencia urinaria que se produce al aumentar bruscamente la presión intraabdominal (por ejemplo, al toser o levantar peso), debido a la debilidad del suelo pélvico o del esfínter uretral. Se asocia a la obesidad y, en las mujeres, a los antecedentes de parto vaginal.
- **Incontinencia mixta:** combinación de incontinencia urinaria de esfuerzo y de urgencia.
- **Incontinencia por rebosamiento:** incontinencia urinaria por llenado excesivo de la vejiga debido a una alteración de la función contráctil de la vejiga o a una obstrucción de la salida de la vejiga. Este tipo de incontinencia es frecuente en los hombres.
- **Incontinencia asociada a la discapacidad:** debida a deterioro cognitivo, movilidad limitada o comorbilidades.

La evaluación de las afecciones urológicas debe llevarla a cabo un trabajador de salud capacitado e incluir las exploraciones que se enumeran a continuación. En la mayoría de los casos, la evaluación urológica no es necesaria durante la evaluación inicial, pero se deben detectar y tratar las causas reversibles.

- Exploración abdominal para detectar una vejiga palpable.
- Tacto rectal para detectar una masa pélvica, una próstata grande (en el caso de los hombres, aproximadamente del tamaño de una pelota de ping pong, es decir, mayor de 40 cc) y una impactación fecal (estreñimiento).
- Análisis de orina para detectar la hematuria y la infección urinaria. Hay que tener en cuenta la limitación de las tiras reactivas de orina, ya que no diferencian entre la hemoglobina y la mioglobina. Se recomienda la microscopia (de estar disponible) para confirmar la hematuria.
- En las mujeres, exploración de los genitales externos para comprobar si hay prolapso (descenso del útero, el cuello uterino o las paredes vaginales) o alguna fístula (comunicación patológica entre la vagina y la vejiga), sospechada por la presencia de flujo vaginal anormal, pérdidas continuas de orina u olor de la orina.

También hay que verificar los resultados de la evaluación básica relativos a otros dominios de la capacidad intrínseca vinculados, como el deterioro cognitivo, la movilidad limitada y los síntomas depresivos, y se debe realizar una evaluación detallada en caso necesario. → 5 6 10

13.4 Abordar la incontinencia urinaria

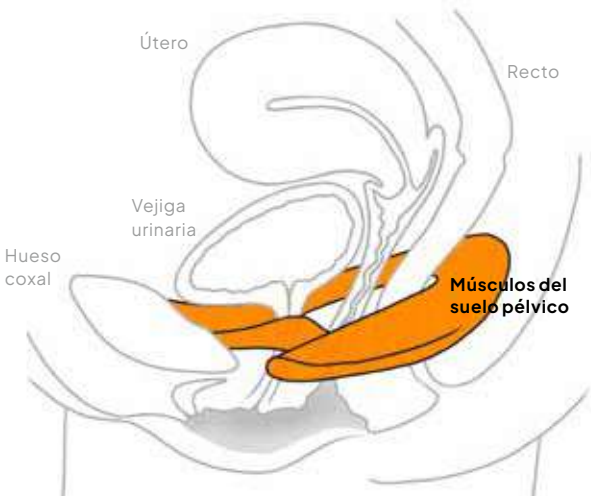


Las intervenciones para abordar la incontinencia urinaria deben proporcionarse siempre como parte de un plan integral de atención personalizada que responda a los factores subyacentes, junto con intervenciones que aborden otros dominios de la capacidad intrínseca. Además del entrenamiento de la vejiga, existen múltiples formas de tratar la incontinencia urinaria, como el entrenamiento de los músculos del suelo pélvico en las mujeres y la micción programada en las personas con deterioro cognitivo.

13.4.1 Entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico

El entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico puede recomendarse a las mujeres mayores con incontinencia urinaria. Dado que los servicios de salud suelen ofrecer este servicio como parte de la atención posnatal, los trabajadores de salud, si cuentan con la capacitación y los recursos adecuados, deben estar en condiciones de proporcionar información y apoyo a las mujeres mayores (recuadro 13.2). Se recomienda realizar diariamente tres series de diez contracciones, con una relajación adecuada entre las contracciones. Para mejorar la función del suelo pélvico, estos ejercicios deben realizarse regularmente durante al menos tres meses.

Figura 13.1 Músculos del suelo pélvico



Los músculos del suelo pélvico abarcan la parte inferior de la pelvis y sostienen los órganos pélvicos (la vejiga y el intestino, y el útero en las mujeres) (figura 13.1).

Recuadro 13.2 Cómo ejercitar los músculos del suelo pélvico

Los trabajadores de salud pueden informar a las mujeres mayores sobre los ejercicios para el suelo pélvico. Es importante que las mujeres mayores aprendan a hacer los ejercicios de la forma adecuada y que comprueben periódicamente que siguen haciéndolos correctamente. Los trabajadores de salud pueden ayudar a las mujeres mayores a entender los ejercicios utilizando diagramas, dibujos y modelos y compartiendo las siguientes sugerencias:

- En posición erguida, la mujer debe sentarse cómodamente, con los pies y las rodillas bien separados. Si se prefiere, también pueden tumbarse completamente, con las piernas ligeramente separadas. Debe recordar que ha de seguir respirando y mantener relajados los músculos del abdomen, las piernas y las nalgas.
- Debe imaginar que está intentando evitar la expulsión de gases del intestino y, al mismo tiempo, que se le escape la orina de la vejiga. Debe tener una sensación de elevación y tensión alrededor de la vagina y del ano.
- Es posible que al principio las mujeres no puedan contraer y relajar adecuadamente el suelo pélvico. Esto puede requerir práctica, pero la mayoría de ellas aprenden a hacerlo si se les da tiempo para intentarlo.

13.4.2

Micción programada

Estas medidas pueden suponer un reto si la persona mayor tiene demencia o una capacidad limitada para colaborar o si se necesitan más de dos personas para las transferencias.

Las personas con deterioro cognitivo necesitarán apoyo específico para la incontinencia urinaria, que debe abarcar la micción programada para aumentar el uso del inodoro y reducir el número de episodios de incontinencia urinaria. La persona a cargo del cuidado debe sugerir a la persona mayor que vaya al inodoro cada 2 horas a lo largo del día y ayudarlo a hacerlo. Se puede intentar reforzar el comportamiento positivo de ir al inodoro con frecuencia pasando tiempo en el inodoro, manteniendo una conversación y sin apurar a la persona mayor. La persona que la cuida debe preguntarle si está mojada, para animarla a que se dé cuenta y actúe en consecuencia. Si la persona mayor no puede informar por sí misma de forma fiable, quien la cuida debe comprobar la humedad durante las visitas al inodoro y anotar cada control de humedad en un diario miccional para elaborar un patrón de micción que pueda ayudar a anticiparse a los episodios de incontinencia.

El efecto de cada una de las intervenciones anteriores debe controlarse durante un período de tres a seis meses. Si no se observa mejoría, la persona mayor debe ser derivada a un servicio de atención especializada.

13.5

Evaluar y abordar las enfermedades y los factores de riesgo asociados



Al evaluar las enfermedades y los factores de riesgo de incontinencia urinaria hay que empezar por detectar y tratar las posibles causas, como el desequilibrio hídrico, el estreñimiento, la medicación, las infecciones urinarias y un síndrome de confusión mental agudo (*delirium*). La detección de las causas reversibles de la incontinencia urinaria implica un estudio diagnóstico completo en un establecimiento de atención primaria. Puede ser necesario analizar varias causas posibles de los síntomas para plantear un enfoque adecuado para un plan de atención.

13.5.1

Balance hídrico ♦

La ingesta excesiva de líquidos puede ser un factor de riesgo de incontinencia urinaria. Se debe comprobar el balance hídrico para determinar la posible causa del exceso de diuresis. Ciertos alimentos y bebidas, como las que contienen cafeína, pueden actuar como diuréticos, aumentando el volumen de orina producida. Se debe fomentar el balance hídrico normal y explicar los riesgos de restringir la ingesta de líquidos (mayor riesgo de infecciones urinarias, deshidratación). Se puede probar una reducción de la cafeína durante seis semanas. → 7.3.2

13.5.2

Estreñimiento ♦

Las deposiciones infrecuentes o la dificultad para defecar, debido al tránsito intestinal lento, pueden ser una causa o un factor que contribuya a la incontinencia urinaria. La impactación fecal puede detectarse por los síntomas, los diarios de deposiciones y la evaluación física (por ejemplo, tacto rectal). Una alimentación rica en fibra, la ingesta adecuada de líquidos, la actividad física habitual y la defecación a la misma hora todos los días (por ejemplo, después del desayuno) pueden ayudar a controlar el estreñimiento.

13.5.3

Medicación inadecuada ◆

Debe realizarse una revisión de la medicación para detectar cualquier medicamento que pueda provocar incontinencia urinaria.

Medicamentos que pueden provocar incontinencia urinaria:

- diuréticos;
- antagonistas de los receptores adrenérgicos;
- inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA);
- antagonistas del calcio;
- medicamentos psicotrópicos (clozapina, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, benzodiacepinas, litio);
- medicamentos antiparkinsonianos;
- antihistamínicos.

Tras una revisión, se pueden retirar medicamentos o prescribir alternativas si un trabajador de salud lo considera oportuno.

13.5.4

Infección urinaria ◆

La infección urinaria aguda debe sospecharse basándose en un análisis de orina. Puede provocar signos y síntomas como necesidad urgente o frecuente de orinar, sensación de escozor al orinar y presencia de sangre en la orina. Las infecciones urinarias pueden manifestarse frecuentemente por un cuadro de delirio o confusión sin que haya fiebre. El tratamiento de la bacteriuria únicamente está indicado cuando hay sintomatología o cuando hay indicios de que puede ser la causa de la incontinencia urinaria. Las infecciones urinarias sintomáticas recurrentes (dos o más infecciones en seis meses o tres o más infecciones por año) requieren la derivación a un servicio de atención especializada.

13.5.5

Síndrome de confusión mental agudo (*delirium*) ◆

El síndrome de confusión mental agudo es una pérdida súbita y fluctuante de la capacidad de dirigir, cambiar, mantener y centrar la atención, y puede ser causa de incontinencia urinaria. Es posible que una persona con un síndrome de confusión mental agudo no sea consciente de que su vejiga está llena o de la necesidad de orinar. → 5.5.1

13.5.6

Síntomas vulvares (mujeres)

Entre los síntomas vulvares se encuentran las molestias (por ejemplo, picor, sequedad o escozor, dolor) alrededor de la parte externa de los genitales femeninos como parte del síndrome genitourinario de la menopausia. Tienen un profundo impacto negativo en la calidad de vida. Se debe informar a las mujeres de estos problemas y tratarlos, por ejemplo con humectantes vaginales tópicos y estrógenos, si son apropiados, están disponibles y resultan accesibles.

13.5.7

Dermatitis asociada a la incontinencia

Hay que llevar a cabo un examen de los genitales externos para evaluar una posible inflamación de la piel debida al contacto prolongado con la orina. El uso prolongado de productos de contención, como ropa interior o compresas para la incontinencia, puede provocar dermatitis e infecciones. La dermatitis asociada a la incontinencia aparece inicialmente como un eritema que tiene un aspecto diferente según el tono de piel: en pieles claras va del rosa al rojo, y en pieles más oscuras la piel puede ser más pálida, más oscura, morada, de tono rojo oscuro o amarilla.

La zona afectada suele tener bordes mal definidos y puede ser irregular o continua, abarcando una gran superficie. En la dermatitis asociada a la incontinencia avanzada se observan zonas de erosión cutánea superficial dolorosas. Si se detecta una dermatitis, hay que recomendar una limpieza suave y la protección de la piel con productos tópicos adecuados, como cremas o películas de barrera; el tratamiento de cualquier infección secundaria; y el uso de productos de contención adecuados.

13.5.8

Diabetes y obesidad

La diabetes se asocia a incontinencia urinaria debido a la diuresis excesiva y a alteraciones de la función muscular de la vejiga. Se ha demostrado que la obesidad es un importante factor de riesgo de incontinencia urinaria; en concreto, la mayor prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres mayores se correlaciona linealmente con un IMC mayor (61). A medida que aumenta la presión intraabdominal con la obesidad, el aumento de la presión de la vejiga debilita el suelo pélvico. Para el manejo de la ECV y los factores de riesgo, se debe seguir una alimentación saludable y realizar actividad física, incluido el ejercicio, además de tomar la medicación. En el caso de las personas mayores, hay que sopesar los posibles beneficios de la pérdida de peso frente a los riesgos, como la reducción simultánea de la masa muscular. → 7.3.1

13.6 Evaluar y abordar el entorno físico y social



13.6.1 Acceso al inodoro

Se debe evaluar el acceso de la persona mayor al inodoro, lo que incluye la distancia dentro del hogar hasta el inodoro y, en el caso de las personas con inodoros compartidos fuera del hogar, la distancia, el terreno, la seguridad y la protección. También hay que tener en cuenta la facilidad de uso del propio inodoro, incluido su tipo (para sentarse o ponerse en cuclillas), la necesidad de barras de sujeción y el espacio disponible para que maniobren las personas que utilizan productos de apoyo a la movilidad. Las sillas con inodoro y los orinales pueden ser útiles si la distancia al inodoro no es razonable o si la persona no puede utilizar el inodoro. La iluminación adicional en el servicio, las bandas de contraste para indicar si hay escalones y un marcador de color en la palanca de la cisterna podrían ser útiles para las personas con deficiencias visuales. La ropa fácil de desabrochar o quitar también puede ser recomendable.

También puede ser útil evaluar el acceso a los baños o aseos en la comunidad local. La falta de acceso puede dificultar la capacidad o la voluntad de una persona mayor de salir y participar en actividades, lo que conduce al aislamiento social y la soledad.

Las partes interesadas de la comunidad pueden facilitar mapas de la ubicación de los aseos públicos y hablar con las tiendas, cafeterías y otros negocios locales para preguntarles si sus aseos podrían ponerse a disposición de las personas mayores.



13.6.2 Productos de contención

Si el tratamiento de la incontinencia urinaria no es posible o no funciona, el uso de productos de contención puede ayudar a mejorar la calidad de vida. Entre los productos de contención absorbentes se encuentran la ropa interior y las compresas para la incontinencia; los distintos productos deben utilizarse en diferentes momentos y para distintas actividades. Por ejemplo, se puede utilizar un producto más pequeño durante el día y uno más grande por la noche. Los productos de contención pueden ser reutilizables o desechables. Los productos reutilizables deben lavarse y secarse con cuidado. Estos productos pueden ser prohibitivamente caros, pero en algunos contextos pueden estar subvencionados a través de diversos mecanismos.

Las partes interesadas de la comunidad pueden apoyar el acceso a los productos de contención colaborando con las autoridades locales y los trabajadores de salud para que los productos estén disponibles (y sean asequibles) y exigiéndoles que cumplan sus compromisos.

Deben evitarse las sondas urinarias permanentes, ya que provocan infecciones y otros daños, como la acumulación de sangre o residuos en la sonda que podrían obstruir el sistema de drenaje.

MÁS INFORMACIÓN

 *Training on self care assistive products and absorbent (containment) products.* TAP; 2024 (<https://www.gate-tap.org/>).

13.6.3

Cuidados y apoyo social → 11

Las necesidades de cuidados y apoyo social pueden incluir ayuda para ir al inodoro, bañarse y vestirse. Si una persona con incontinencia urinaria que utiliza productos de contención necesita ayuda de un cuidador para utilizar el inodoro y vestirse, hay que tener en cuenta la facilidad de uso de los productos de contención, incluida la posibilidad de cambiarse sin quitarse la ropa exterior. Los centros de día y otros centros de cuidados a largo plazo de la comunidad deben garantizar que haya un espacio adecuado para que las personas mayores reciban ayuda para ir al servicio y cambiarse.

Las personas mayores con incontinencia urinaria podrían beneficiarse del apoyo psicosocial, incluido el apoyo entre pares. Las partes interesadas de la comunidad pueden establecer grupos de apoyo para dar a las personas mayores la oportunidad de compartir sus experiencias y buscar asesoramiento de otras que se encuentren en una situación similar. Esto podría ayudar a capacitar a las personas mayores con incontinencia urinaria para hablar y pedir ayuda.

13.6.4

Apoyo para las personas a cargo del cuidado → 12

Cuidar a una persona con incontinencia urinaria puede ser difícil desde el punto de vista físico y psicológico. Las personas a cargo del cuidado, incluidos los familiares que pasan todo el día en casa con la persona mayor, deben recibir capacitación sobre la mejor forma de prestar cuidados, incluida la manera de ayudar de forma segura a la persona mayor a caminar y a sentarse y levantarse del inodoro; cómo ayudar en el cuidado personal, incluida la limpieza y el cuidado de la piel para evitar infecciones; cómo usar adecuadamente los productos absorbentes para la incontinencia y otros productos para evitar la dependencia de estos productos si no son necesarios; cómo alentar a la persona a que siga bebiendo y no restrinja su ingesta de líquidos; cómo fomentar la micción programada; y cómo limpiar y desechar de forma segura la ropa sucia, la ropa de cama y los productos absorbentes para la incontinencia.

También es importante brindar apoyo y asesoramiento a las personas a cargo del cuidado sobre cómo afrontar cualquier sentimiento de vergüenza o ansiedad asociado a la prestación de cuidados personales. A las personas a cargo del cuidado puede resultarles difícil tratar temas relacionados con la incontinencia urinaria con la persona a la que cuidan, y es posible que se sientan incómodas al prestar cuidados personales. Deben recibir asesoramiento e información sobre cómo abordar conversaciones delicadas y cómo prestar cuidados personales de forma que se fomente la dignidad y la autonomía.



14 Consideraciones sobre la aplicación del modelo ICOPE

La atención integrada para las personas mayores puede contribuir a la transformación de los sistemas y servicios de salud y de protección social para ofrecer a las personas mayores una atención integrada y centrada en las personas a fin de optimizar su capacidad funcional. El esquema de atención global ICOPE en el marco de un enfoque de atención primaria de salud (APS) puede apoyar la determinación de las necesidades de la población mayor y la prestación de servicios a este grupo (**figura 1.1**, página 5). Por lo tanto, la aplicación del modelo ICOPE debe alinearse estrechamente con los esfuerzos para fortalecer la APS, utilizando los mecanismos de la APS descritos en el *Marco operacional para la atención primaria de salud* de la OMS y el UNICEF.

El modelo ICOPE se ha puesto a prueba en muchos países de todo el mundo con distintos niveles de ingresos y diferentes estructuras y capacidades en sus sistemas de salud y de protección social. La experiencia adquirida en estos proyectos piloto pone de relieve consideraciones clave para su aplicación por parte de los gestores de proyectos y sistemas.

Puntos clave

- Antes de implantar un esquema de atención ICOPE se recomienda una evaluación de la preparación a nivel de servicio y de sistema.
- La adaptación y el desarrollo de esquemas de atención locales comienzan con el mapeo de los recursos disponibles y la detección de los puntos de entrada y las oportunidades para aplicar el enfoque ICOPE.
- La participación de las personas mayores y de las personas a cargo de su cuidado es clave para la implantación satisfactoria y sostenible de la atención integrada.
- La optimización de la capacidad intrínseca y funcional de las personas mayores empieza en la comunidad. Los sistemas de salud y de protección social deben apoyar y posibilitar la prestación de servicios a nivel comunitario mediante el refuerzo de la atención primaria y el compromiso con las partes interesadas de la comunidad.
- Los trabajadores de salud deben recibir capacitación, apoyo y una remuneración adecuada para estar en condiciones de prestar una atención integrada, centrada en las personas, en el contexto de la práctica habitual.
- El modelo ICOPE exige la integración de la atención de salud y la protección social, incluidos los cuidados a largo plazo. La atención puede ser prestada por múltiples sectores y en diferentes entornos. La coordinación y la colaboración efectivas entre sectores, entornos y servicios son cruciales.

14.1

Adaptar el modelo ICOPE a los contextos locales

Antes de implantar el modelo ICOPE a gran escala, los países deben realizar una evaluación de la preparación para prestar una atención integrada que sirva de base para adaptar este enfoque al contexto local. El marco de aplicación del modelo ICOPE de la OMS proporciona una tarjeta de puntuación para orientar la evaluación de la capacidad general de los servicios y sistemas de salud y de protección social para prestar una atención integrada en la atención primaria, y también sirve de base para los planes de acción de implementación en función de la preparación para la aplicación (de ninguna a mínima, inicio, mantenimiento). La puntuación puede poner de relieve las áreas de oportunidad y utilizarse para dar seguimiento al progreso continuo de la aplicación.

Se trata de un paso importante, ya que todos los sistemas de salud y de protección social son diferentes, con distintos enfoques de prestación de servicios, estructuras y regulaciones de personal, vías de derivación y capacidad de los recursos. Es posible empezar a aplicar el modelo ICOPE poniendo a prueba y adaptando el enfoque en un entorno comunitario o clínico, con la participación de las partes interesadas locales pertinentes.

Para fundamentar la adaptación local o nacional, debe realizarse un ejercicio de mapeo exhaustivo (**recuadro 14.1**, página 145) con la participación de personas mayores, personas a cargo del cuidado, trabajadores de salud y del cuidado de distintos entornos, autoridades de salud pública y partes interesadas de la comunidad. El proceso de mapeo puede utilizarse para conseguir apoyo y colaboración para el enfoque.

El modelo ICOPE debe adaptarse para lograr que el esquema de atención pueda aplicarse eficazmente en los servicios y entornos existentes de un modo culturalmente apropiado y sostenible.

La información recopilada a través de un ejercicio de mapeo debería servir de base para el desarrollo de esquemas de atención específicos para el contexto local. Este ejercicio debe centrarse en trabajar con la práctica habitual existente y en utilizar herramientas de evaluación básicas y exhaustivas ya disponibles y validadas que aborden la capacidad intrínseca y la capacidad funcional, así como en desarrollar la capacidad de la fuerza laboral y los incentivos y fortalecer los servicios cuando sea necesario. Los esquemas de atención adaptados deben traducirse a los idiomas pertinentes y ponerse a prueba para comprobar su viabilidad y aceptabilidad.

Los trabajadores de salud pueden realizar ejercicios similares para descubrir los recursos disponibles en su propio entorno de atención de salud, crear un equipo multidisciplinario y un mecanismo de colaboración entre los distintos servicios de atención de salud y protección social, y determinar los puntos de entrada para integrar el esquema de atención ICOPE en la práctica clínica habitual. Este proceso puede informar sobre dónde, cómo y con quién se debe empezar a poner a prueba el enfoque. La primera fase de un proyecto piloto debe consistir en evaluar la viabilidad de la implantación del modelo ICOPE y determinar los obstáculos y los factores que facilitan su aplicación.



Recuadro 14.1 Elementos de un mapeo exhaustivo para informar sobre la adaptación del modelo ICOPE

Personas mayores y personas a cargo del cuidado:

- análisis de la situación de la salud y el bienestar de las personas mayores a partir de entrevistas con informantes clave y una encuesta (poblacional o en establecimientos);
- formación básica en materia de salud de las personas mayores y las personas a cargo de su cuidado;
- determinación de los lugares donde se encuentran las personas mayores que necesitan atención o cuidados, incluidas las que no pueden acceder a los centros de salud, cuya participación deberá tener lugar en el hogar o en la comunidad.

Modelos de atención: un modelo de atención es una conceptualización de la forma en que deben prestarse los servicios, incluidos los procesos de atención, la organización de los prestadores y la gestión de los servicios. Se apoya en el mapeo de:

- disponibilidad, accesibilidad (costo, distancia, transporte, adecuación a la edad), aceptabilidad y calidad de los servicios para las personas mayores en los distintos niveles del sistema de salud;
- esquemas de atención (primer punto de contacto habitual y regular, mecanismos de derivación);
- puntos de entrada para la aplicación del modelo ICOPE en el ámbito de la prestación de servicios existente (por ejemplo, a través de consultorios de enfermedades no transmisibles o servicios móviles de extensión);
- infraestructura disponible (pruebas diagnósticas, mecanismos de recopilación e intercambio de datos de salud y de protección social, espacio para la evaluación);
- herramientas de tamizaje y evaluación de las deficiencias de la capacidad intrínseca;
- medicamentos esenciales, vacunas y productos de salud, incluidos los productos de apoyo;
- disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad de los servicios de protección social, incluidos los cuidados a largo plazo, y de los servicios comunitarios de apoyo social.

Asociaciones:

- compromiso formalizado entre los sectores de la atención de salud y de la protección social en diferentes entornos y las partes interesadas de la comunidad;
- claridad de funciones y responsabilidades;
- reconocimiento, capacitación y apoyo a las partes interesadas de la comunidad.

Coordinación:

- mecanismos de colaboración entre servicios y trabajadores del sistema de salud y de la protección social;
- formas de trabajar que permitan un enfoque de equipo multidisciplinario;
- estructura y capacidad de los servicios y trabajadores de cuidados a largo plazo;
- utilización del apoyo social, como la prescripción social;
- asociaciones existentes con otros sectores, como los de transporte, educación, empleo, justicia y fuerzas del orden.

Recursos humanos:

- quiénes son los trabajadores de salud de atención primaria, incluidos los agentes comunitarios de salud, qué capacidad tienen (tiempo, conocimientos, competencias, remuneración) y cuál es la composición de los equipos multidisciplinarios (de haberlos ya);
- la capacitación que se recibe en el presente y los conocimientos necesarios que no se están impartiendo;
- funciones y responsabilidades de los distintos trabajadores de salud en los entornos de atención de salud (primaria, secundaria y terciaria) y en los entornos de protección social, incluidos los establecimientos de cuidados a largo plazo;
- otros recursos humanos, incluidos voluntarios y partes interesadas de la comunidad.

Recursos financieros:

- presupuesto disponible actualmente que podría utilizarse para promover para las personas mayores una atención de calidad centrada en las personas;
- costos de la prestación de atención integrada y brechas presupuestarias.

Nota: Los elementos del mapeo exhaustivo como base para la adaptación del modelo ICOPE pueden llevarse a cabo en cualquier orden.

Recuadro 14.2 Resumen de las medidas que se indican en el marco de aplicación del modelo ICOPE

Medidas relativas a los sistemas (nivel macro)

- ✓ **Fortalecer la gobernanza y los sistemas de la rendición de cuentas**
Involucrar a las partes interesadas en el desarrollo de políticas y servicios; elaborar políticas y regulaciones para fomentar la atención integrada y la respuesta al maltrato de las personas mayores; 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 la autogestión de los pacientes.

Medidas relativas a los servicios (nivel meso)

- ✓ **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 las personas a cargo del cuidado.
- ✓ **Fomentar la coordinación de los servicios prestados por equipos multidisciplinarios**
Detectar a las personas mayores que necesitan atención en la comunidad, realizar evaluaciones integrales y elaborar planes de atención exhaustivos; establecer redes de trabajadores de salud y de trabajo social.
- ✓ **Orientar los servicios a la atención comunitaria**
Prestar una atención eficaz y aceptable, centrada en la capacidad funcional, a través de agentes comunitarios de salud y servicios comunitarios sustentados por una infraestructura adecuada amigable con las personas mayores.

14.2
Consideraciones relativas a la aplicación

Tras la evaluación del grado de preparación y la adaptación del modelo ICOPE, hay una serie de consideraciones adicionales para su aplicación. El *Marco operacional para la atención primaria de salud* de la OMS y el UNICEF proporciona mecanismos interdependientes e interrelacionados (estratégicos y operativos) para guiar los esfuerzos de los países por fortalecer los sistemas de salud orientados a la APS.

El marco de aplicación del modelo ICOPE establece 19 acciones, que complementan los mecanismos de la APS, para apoyar a los Estados Miembros, centradas en los niveles del sistema (macro) y de los servicios (meso) (**recuadro 14.2**). Los componentes del nivel macro tienen por objeto apoyar a los responsables de las políticas y los planificadores a nivel de sistemas, así como a los financiadores y a los encargados de tomar las decisiones, mientras que las acciones de nivel meso se dirigen a los gerentes de servicios y programas y a los responsables de tomar las decisiones. En consonancia con los mecanismos operacionales de la APS —como los modelos de atención, el personal de APS, la tecnología digital y el seguimiento y la evaluación—, las siguientes consideraciones de aplicación, extraídas del marco de aplicación y del aprendizaje adquirido a través de los programas piloto del modelo ICOPE, tienen por objeto apoyar la aplicación a nivel de servicios.

14.2.1
Integración de los servicios de salud, dando prioridad a la atención primaria

La mayoría de los sistemas de salud del mundo están diseñados para tratar y curar enfermedades, con frecuencia mediante servicios verticales. A pesar de los esfuerzos por fortalecer la APS, a menudo no se cuenta con los recursos necesarios para prestar una atención integrada y centrada en las personas, que requiere un enfoque más horizontal y global, que posibilite la flexibilidad y el trabajo multidisciplinario. Por lo tanto, es necesario dar prioridad a los servicios de atención primaria como punto de contacto inicial y habitual y como primer componente de la APS, con la prestación de una atención integrada continua como objetivo clave, para permitir la prestación de una atención de calidad que incluya la aplicación del esquema de atención ICOPE. Para ello se pueden incluir las intervenciones del modelo ICOPE en un paquete de servicios esenciales en atención primaria.

Se debe tener en cuenta el nivel de coordinación entre los sistemas de salud, incluida la idoneidad y adecuación a la antigüedad de las infraestructuras y la disponibilidad de herramientas y tecnologías apropiadas (medicamentos, vacunas, productos de salud y de apoyo, etc.), con miras a garantizar mecanismos eficaces de derivación tanto dentro del servicio de salud (incluyendo la atención especializada de los niveles secundario y terciario), como entre los servicios de salud y de protección social, así como a crear o fortalecer sistemas de recopilación e intercambio de datos.

14.2.2

Recursos humanos y financieros

Es muy probable que se necesiten inversiones adicionales para apoyar la aplicación del modelo ICOPE, sobre todo en relación con los recursos humanos, a fin de garantizar un enfoque más eficaz y eficiente, que se adapte mejor a las necesidades actuales y futuras de la población. El desarrollo de las capacidades de los trabajadores de salud multidisciplinarios suele implicar la provisión de capacitación basada en competencias en todos los niveles, especialmente en atención primaria, para aumentar el conocimiento del modelo ICOPE y cómo puede aplicarse.

En muchos contextos, los agentes comunitarios de salud desempeñan un papel cada vez más importante en la prestación de servicios de salud, pero pueden carecer de capacitación y apoyo, y a menudo trabajan de forma voluntaria o no remunerada, todo lo cual afecta a la sostenibilidad (por ejemplo, contratación, retención). Es importante ofrecer seguridad en el empleo, supervisión de apoyo e itinerarios de desarrollo profesional. Podrían ser necesarias configuraciones alternativas del personal, en función del entorno y de la disponibilidad de recursos, para responder a la evolución de la población y de las necesidades en materia de salud. El reparto de tareas entre los trabajadores de salud puede favorecer la prestación de una atención integrada y también puede requerir un ajuste de las regulaciones, el reconocimiento de nuevas funciones y una remuneración específica.

La creación de incentivos para la salud pública y de recompensas para los trabajadores de salud por la atención integrada, los mecanismos de financiamiento y el seguimiento de los resultados pueden fomentar la transición hacia una atención de calidad para las personas mayores. Las autoridades responsables de desarrollar la capacitación y los planes de estudio, y de otorgar las acreditaciones, así como las sociedades profesionales nacionales y locales, pueden desempeñar un papel importante.

Los equipos multidisciplinarios que optimizan la combinación de competencias de los trabajadores de salud deberían posibilitar la prestación de un proceso continuo de atención integrada centrada en las personas.

14.2.3

Coordinación entre los sectores de atención de salud y de protección social

Se necesitan estructuras y mecanismos a nivel de servicio que permitan la derivación entre la atención de salud y la protección social y la colaboración entre trabajadores de salud y trabajadores sociales, facilitada por un coordinador de atención, como parte de un equipo multidisciplinario. Esta coordinación debe incluir los servicios de cuidados a largo plazo y la integración de los sistemas de información y garantía de calidad.

En el documento de la OMS *Long term care for older people: package for universal health coverage* se ofrece una lista de intervenciones de atención a largo plazo que los países deben considerar, priorizar y proporcionar. En algunos países, el mecanismo de evaluación del cumplimiento de los requisitos para los servicios de dependencia y la prestación de cuidados está organizado por diferentes sectores. Sean cuales sean las disposiciones locales, los principios de un enfoque integrado centrado en las personas son los mismos, aunque puede ser necesario personal diferente (en la comunidad o en entornos residenciales) y competencias especializadas. Los sectores de la atención de salud y de la protección social estarán en mejores condiciones para adoptar y poner en práctica el modelo ICOPE si las políticas nacionales respaldan un enfoque integrado de la atención de salud y el apoyo social. Estas políticas deben tener en cuenta cómo se prestan los servicios de atención de salud y de apoyo social, y quién los presta, examinando particularmente el papel del sector privado en la prestación de servicios de cuidados a largo plazo, así como la necesidad de fortalecer las alianzas entre los sectores público y privado.

14.2.4

Tecnología digital

El uso de la tecnología digital como posible factor facilitador se ha puesto de manifiesto en las experiencias piloto del modelo ICOPE, en las que se ha demostrado que su uso mejora la eficiencia y la eficacia de la atención integrada.

Las herramientas digitales pueden ayudar al trabajador de salud a acceder a la capacitación (ciberaprendizaje), a realizar las evaluaciones básicas y detalladas del esquema de atención ICOPE y a dar seguimiento y analizar los resultados de las intervenciones. Las tecnologías digitales también pueden posibilitar y mejorar la comunicación con las personas mayores y las personas a cargo de su cuidado, por ejemplo a través de la telemedicina y de herramientas de salud para telefonía móvil y utilizando el video y otros medios en línea para concienciar sobre la atención integrada y ofrecer asesoramiento sobre salud y estilo de vida. La tecnología digital puede utilizarse para apoyar la capacidad funcional, reducir la necesidad de cuidados y ayudar en su función a las personas a cargo del cuidado (**recuadro 12.1**, página 130).

Hay que acabar con los supuestos edadistas de que las personas mayores no pueden o no quieren utilizar la tecnología digital.

En el contexto de la APS, los países tendrán que evaluar las brechas, determinar las prioridades, establecer los valores de referencia y las metas, y dar seguimiento a los avances y resultados hacia la cobertura universal de salud en todos sus sistemas de salud y de protección social.

Los avances en las tecnologías de la información y la comunicación (historias clínicas electrónicas) también facilitan el intercambio de datos en tiempo real entre los trabajadores de salud, incluidos los agentes comunitarios de salud y los trabajadores sociales, y respaldan la consolidación de datos para dar seguimiento y mejorar la orientación de los esfuerzos de salud pública.

A la hora de considerar el uso de la tecnología digital, hay que tener en cuenta posibles desafíos, como los conocimientos informáticos básicos de las personas mayores y las desigualdades en el acceso a la tecnología, la interoperabilidad, la integridad, la gobernanza de los datos, la ciberseguridad y la usabilidad.

14.2.5
Seguimiento y evaluación

El seguimiento, la evaluación y la revisión de los progresos y resultados en materia de salud son esenciales para asegurarse de que las acciones y decisiones prioritarias se apliquen según lo previsto en función de los objetivos y metas acordados para las personas mayores. Como parte de este proceso más amplio de seguimiento y evaluación, debe incluirse un seguimiento y una evaluación sólidos del modelo ICOPE, que se centren en el estado de salud (capacidad intrínseca y capacidad funcional) de las personas mayores y de los grupos de población de edad avanzada. Es crucial desarrollar la capacidad de recopilar, analizar y utilizar datos para la toma de decisiones a nivel local. Los datos fiables sobre el nivel de servicio recopilados a través de indicadores estandarizados ayudan a comprender la eficacia del modelo ICOPE y a establecer prioridades y realizar modificaciones en la prestación de servicios, lo que contribuye a garantizar la rendición de cuentas, también con respecto a las personas mayores y a quienes las cuidan.

Las partes interesadas de la comunidad pueden desempeñar un papel en la rendición de cuentas, entre otras cosas: haciendo que los sistemas de salud rindan cuentas de las necesidades de las poblaciones de edad avanzada; y contribuyendo a la rendición de cuentas en la gobernanza, planificación, prestación y evaluación de la atención de salud.

La elaboración de un enfoque para el seguimiento del modelo ICOPE en el marco del mecanismo de seguimiento y evaluación de la APS también puede llevarse adelante como parte de un seguimiento y una evaluación más amplios del envejecimiento saludable, guiados por el marco y los indicadores de la OMS para medir el progreso y el impacto de la Década del Envejecimiento Saludable (2021 - 2030) de las Naciones Unidas.

MÁS INFORMACIÓN

-  **Evidence, policy, impact: WHO guide for evidence informed decision making.** OMS; 2021 (<https://iris.who.int/handle/10665/350994>).
-  **Atención integrada para personas mayores (ICOPE). Marco de aplicación: orientación para los sistemas y servicios.** OMS; 2020 (<https://iris.who.int/handle/10665/337374>).
-  **Long term care for older people: package for universal health coverage.** OMS; 2024 (<https://iris.who.int/handle/10665/376585>).
-  **Marco operacional para la atención primaria de salud: transformar la visión en acción.** OMS y UNICEF; 2021 (<https://iris.who.int/handle/10665/351718>).
-  **Directrices de la OMS sobre política sanitaria y apoyo al sistema para optimizar los programas de agentes de salud comunitarios.** OMS; 2019 (<https://iris.who.int/handle/10665/326553>).

Referencias¹

1. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: OMS; 2015 (<https://iris.who.int/handle/10665/186466>).
2. Naciones Unidas. World Population Prospects 2024: probabilistic population projections. Nueva York: Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales; 2024 (<https://population.un.org/wpp/>).
3. Naciones Unidas. World Population Prospects 2024: summary of results. Nueva York: Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales; 2024 (<https://desapublications.un.org/publications/world-population-prospects-2024-summary-results>).
4. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento. Washington, D.C.: OPS; 2021 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/55871>).
5. Organización Mundial de la Salud. 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. Manual. Ginebra: OMS; 2019 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/51973>).
6. Organización Mundial de la Salud. Global strategy and action plan on ageing and health. Ginebra: OMS; 2017 (<https://iris.who.int/handle/10665/329960>).
7. Organización Mundial de la Salud. Long term care for older people: package for universal health coverage. Ginebra: OMS; 2024 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240086555>).
8. Organización Mundial de la Salud. Cobertura sanitaria universal (CSU). Datos y cifras [Internet]. Ginebra: OMS; 2023 ([https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))).
9. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global burden of disease 2021: findings from the GBD 2021 Study. Seattle: IHME; 2024 (https://www.healthdata.org/sites/default/files/2024-05/GBD_2021_Booklet_FINAL_2024.05.16.pdf).
10. Naciones Unidas. World Population Prospects 2024: demographic indicators by region, subregion and country, annually for 1950–2100. Nueva York: Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales; 2024 (<https://population.un.org/wpp/>).
11. Batmani S, Jalali R, Mohammadi M, Bokaei S. Prevalence and factors related to urinary incontinence in older adults women worldwide: a comprehensive systematic review and meta-analysis of observational studies. BMC Geriatr. 2021;21(1):212 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33781236/>).
12. Todhunter Brown A, Hazelton C, Campbell P, Elders A, Hagen S, McClurg D. Conservative interventions for treating urinary incontinence in women: an overview of cochrane systematic reviews. Cochrane Database Syst Rev. 2022;9(9):CD012337 (<https://doi.org/10.1002/14651858.CD012337.pub2>).
13. Organización Mundial de la Salud. Health literacy development for the prevention and control of noncommunicable diseases: volume 2: A Globally Relevant Perspective. Ginebra: OMS; 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240055353>).
14. Organización Mundial de la Salud. Table 1: summary of who position papers recommendations for routine immunization [Internet]. Ginebra: OMS; 2024 (<https://www.who.int/publications/m/item/table1-summary-of-who-position-papers-recommendations-for-routine-immunization>).
15. Organización Mundial de la Salud. Global Health Observatory: Global Health Estimates: life expectancy and leading causes of death and disability [Internet]. Ginebra: OMS; 2024 (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates>).
16. Qu C, Liao S, Zhang J, Cao H, Zhang H, Zhang N et al. Burden of cardiovascular disease among elderly: based on the global burden of disease study 2019. Eur Heart J. 2024;10(2):143–53 (<https://doi.org/10.1093/ehjqcco/qcad033>).
17. NCD Risk Factor Collaboration (NCD RiskC). Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population representative studies with 104 million participants. Lancet. 2021;398:957–80 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34450083/>).
18. Organización Mundial de la Salud. Community engagement: a health promotion guide for universal health coverage in the hands of the people. Ginebra: OMS; 2020 (<https://iris.who.int/handle/10665/334379>).
19. Organización Mundial de la Salud. Integrated Care for Older People (ICOPE) Implementation pilot programme: findings from the 'ready' phase. Ginebra: OMS; 2022 (<https://iris.who.int/handle/10665/353553>).
20. Organización Mundial de la Salud. Global status report on the public health response to dementia. Ginebra: OMS; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240033245>).
21. Rampengan DDCH, Gunawan FA, Rampengan JAH, Ramadhan RN, Iqhrammullah M, Yufika A. Effectiveness of Tai Chi as a non invasive intervention for mild cognitive impairment in the elderly: a comprehensive review and meta-analysis. Narra J. 2024;4(1):e724 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38798853/>).
22. Li Z, Guo H, Liu X. What Exercise Strategies are best for people with cognitive impairment and dementia? a systematic review and meta-analysis. Arch Gerontol Geriatr. 2024;124:105450 (<https://doi.org/10.1016/j.archger.2024.105450>).
23. Liu X, Liu L, Liu C. Summary of the effect of an exercise intervention on elderly with mild cognitive impairment:

¹ Consultadas el 2 de diciembre del 2024.

- a systematic review and meta-analysis. *Medicine*. 2024;103(24):e38025 (<https://doi.org/10.1097/MD.00000000000038025>).
24. Tavares Júnior JWL, Caetano de Souza AC, Sousa Alves G, De Carvalho Bonfadini J, Ibiapina Siqueira Neto J, Braga Neto P. Cognitive assessment tools for screening older adults with low levels of education: a critical review. *Front Psychiatry*. 2019;10(878) (<https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00878>).
 25. Pellicer Espinosa I, Díaz Orueta U. Cognitive screening instruments for older adults with low educational and literacy levels: a systematic review. *J Appl Gerontol*. 2022;41(4):1222–31 (<https://doi.org/10.1177/07334648211056230>).
 26. Reisinger M, Reininghaus EZ, De Biasi J, Fellendorf FT, Schoberer D. Delirium associated medication in people at risk: a systematic update review, meta analyses, and GRADE profiles. *Acta Psychiatr Scand*. 2023;147(1):16–42 (<https://doi.org/10.1111/acps.13505>).
 27. Veronese N, Honvo G, Amuthavalli Thiyagarajan J, Rizzoli R, Cooper C, Bruyère O, et al. Attributes and definitions of locomotor capacity in older people: World Health Organisation (WHO) locomotor capacity working group meeting report. *Aging Clin Exp Res*. 2022;34(3):481–3 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35133612/>).
 28. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la actividad física para las personas mayores: juego de herramientas para la acción. Ginebra: OMS; 2023 (<https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240076648>).
 29. National Institute of Aging. Short physical performance battery (SPPB) [Internet]. Bethesda, Maryland: NIA; 2023 (<https://www.nia.nih.gov/research/labs/leps/short-physical-performance-battery-sppb>).
 30. Vivifrail. Materiales para el profesional responsable de la prescripción de un programa de ejercicio físico [Internet]. s.l.: Universidad de Navarra; 2024 (<https://vivifrail.com/es/documentacion/>).
 31. 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 (<https://doi.org/10.1111/jgs.13702>).
 32. Chiarotto A, Maxwell LJ, Ostelo RW, Boers M, Tugwell P, Terwee CB. Measurement properties of visual analogue scale, numeric rating scale, and pain severity subscale of the brief pain inventory in patients with low back pain: a systematic review. *J Pain*. 2019;20(3):245–63 (<https://doi.org/10.1016/j.jpain.2018.07.009>).
 33. painHEALTH. Pain management [Internet]. East Perth: Departamento de Salud, Australia Occidental; 2024 (<https://pain.health.csse.uwa.edu.au/painmanagement/>).
 34. Sanses TV, Kudish B, Guralnik JM. The relationship between urinary incontinence, mobility limitations, and disability in older women. *Curr Geriatr Rep*. 2017;6(2):74–80 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33214994/>).
 35. Bautmans I, Knoop V, Amuthavalli Thiyagarajan JA, Maier AB, Beard JR, Freiburger E et al. WHO working definition of vitality capacity for healthy longevity monitoring. Personal view. *Lancet Healthy Longev*. 2022;3(11):E789–96 ([https://www.thelancet.com/journals/lanhl/article/PIIS2666-7568\(22\)00200-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanhl/article/PIIS2666-7568(22)00200-8/fulltext)).
 36. Volkert D, Beck AM, Cederholm T, Cruz Jentoft A, Goisser S, Hooper L et al. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clin Nutr*. 2019;38(1):10–47 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30005900/>).
 37. Parkinson E, Hooper L, Fynn J, Wilsher SH, Oladosu T, Poland F et al. Low intake dehydration prevalence in non hospitalised older adults: systematic review and meta analysis. *Clin Nutr*. 2023;42(8):1510–20 (<https://doi.org/10.1016/j.clnu.2023.06.010>).
 38. De van der Schueren MAE, Jager Wittenaar H. Malnutrition risk screening: new insights in a new era. Opinion paper. *Clin Nutr*. 2022;41(10):P2163–68 (<https://doi.org/10.1016/j.clnu.2022.08.007>).
 39. Norman K, Haß U, Pirlich M. Malnutrition in older adults – recent advances and remaining challenges. *Nutrients*. 2021;13(8):2764 (<https://doi.org/10.3390/nu13082764>).
 40. Tang AM, Chung M, Dong KR, Bahwere P, Bose K, Chakraborty R et al. Determining a global mid upper arm circumference cut off to assess underweight in adults (men and non pregnant women). *Public Health Nutr*. 2020;23(17):3104–13 (<https://doi.org/10.1017/S1368980020000397>).
 41. Goswami AK, Kalaivani M, Gupta SK, Nongkynrih B, Pandav CS. Usefulness of mid upper arm circumference in assessment of nutritional status of elderly persons in urban India. *Int J Med Public Health*. 2018;8(1):34–7 (<https://pdfs.semanticscholar.org/0ceb/7bca7a43da3b664d85cf396446d112cedc3d.pdf>).
 42. Dawed A, Mekonnen TS, Genetu M, Tadesse SE, Dewau R, Muche A et al. Comparing the validity of anthropometric measurements in identifying malnutrition status of older age people in Borena district, North Central Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC Geriatr*. 2022;22(1):776 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36192694/>).
 43. Organización Mundial de la Salud. CIE-11: Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.ª Revisión [Internet]. Ginebra: OMS; 2024 (<https://icd.who.int/es>).
 44. Hooper L, Abdelhamid A, Attreed NJ, Campbell WW, Channell AM, Chassagne P et al. Clinical symptoms, signs and tests for identification of impending and current water loss dehydration in older people. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;4:CD009647 (<https://doi.org/10.1002/14651858.CD009647.pub2>).
 45. Malenfant JH, Batsis JA. Obesity in the geriatric population – a global health perspective. *J Glob Health Rep*. 2019;3:e2019045 (<https://doi.org/10.29392/joghr.3.e2019045>).

46. Van Wijngaarden JP, Wojzischke J, Van den Berg C, Cetinyurek Yavuz A, Diekmann R, Luiking YC et al. Effects of nutritional interventions on nutritional and functional outcomes in geriatric rehabilitation patients: a systematic review and meta-analysis. *J Am Med Dir Assoc*. 2020;21(9):1207–15.e9 (<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.04.012>).
47. Khor PY, Vearing RM, Charlton KE. The effectiveness of nutrition interventions in improving frailty and its associated constructs related to malnutrition and functional decline among community dwelling older adults: a systematic review. *J Hum Nutr Diet*. 2022;35(3):566–82 (<https://doi.org/10.1111/jhn.12943>).
48. Gaddey HL, Holder KK. Unintentional weight loss in older adults. *Am Fam Physician*. 2021;104(1):34–40 (<https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2021/0700/p34.html>).
49. Organización Mundial de la Salud. Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030. Ginebra: OMS; 2022 (<https://iris.who.int/handle/10665/364538>).
50. Organización Mundial de la Salud. Manual de cribado visual y ocular. Ginebra: OMS; 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/380579>).
51. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la visión. Ginebra: OMS; 2019 (<https://iris.who.int/handle/10665/331423>).
52. Dawes P, Völter C. Do hearing loss interventions prevent dementia? *Z Gerontol Geriatr*. 2023;56(4):261–8 (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10289956/>).
53. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la audición. Ginebra: OMS; 2021 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/55067>).
54. Rizk HG, Lee JA, Liu YF, Endriukaitis L, Isaac JL, Bullington WM. Drug induced ototoxicity: a comprehensive review and reference guide. *Pharmacotherapy*. 2020;40(12):1265–75 (<https://doi.org/10.1002/phar.2478>).
55. Organización Mundial de la Salud. Social isolation and loneliness among older people: advocacy brief. Ginebra: OMS; 2021 (<https://iris.who.int/handle/10665/343206>).
56. Organización Mundial de la Salud. WHO Evidence and gap maps for the UN Decade of Healthy Ageing [Internet]. Ginebra: OMS; 2024 (<https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing/evidence-gap-map/>).
57. Rosen T, Stern ME, Elman A, Mulcare MR. Identifying and Initiating intervention for elder abuse and neglect in the emergency department. *Clin Geriatr Med*. 2018;34(3):435–51 (<https://doi.org/10.1016/j.cger.2018.04.007>).
58. 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):e147–56 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28104184/>).
59. Organización Mundial de la Salud. Violence against women prevalence estimates, 2018: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non partner sexual violence against women. Ginebra: OMS; 2021 (<https://iris.who.int/handle/10665/341338>).
60. Yip SO, Dick MA, McPencow AM, Martin DK, Ciarleglio MM, Erekson EA. The association between urinary and fecal incontinence and social isolation in older women. *Am J Obstet Gynecol*. 2013;208(2):146.e17 (<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2012.11.010>).
61. Chen X, Jiang S, Yao Y. Association between obesity and urinary incontinence in older adults from multiple nationwide longitudinal cohorts. *Commun Med*. 2023;3(142) (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37821658/>).

Bibliografía

Asociación Internacional de Uroginegología. Ejercicios de piso pélvico [Internet]. Wormerveer: IUGA; s.f. (<https://www.urogyne.net/leaflets/pelvic-floor-exercises-spanish.pdf>).

Continence Product Advisor. Continence Product Advice [Internet]. s.l.: ICI; 2024 (<https://www.continenceproductadvisor.org>).

De Looze C, Feeney J, Seeher KM, Amuthavalli Thiyagarajan JA, Diaz T, Kenny RA. Assessing cognitive function in longitudinal studies of ageing worldwide: some practical considerations. *Age Ageing*. 2023;52(4):iv13–25 (https://academic.oup.com/ageing/article/52/Supplement_4/iv13/7292018).

Dementia & Alzheimer's Australia Ltd. Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS) [Internet]. Griffith, ACT: Dementia & Alzheimer's Australia Ltd.; 2004 (<https://www.dementia.org.au/professionals/assessment-and-diagnosis-dementia/rowland-universal-dementia-assessment-scale-rudas>).

Department of Health and Social Security. Improving care for people with long term conditions: personalised care planning, an 'at a glance' guide for healthcare professionals. Londres: Gobierno del Reino Unido [Internet]. 2010 (<https://www.gov.uk/government/publications/improving-care-for-people-with-long-term-conditions-at-a-glance-information-sheets-for-healthcare-professionals>).

Dutta C, Pasha K, Paul S, Abbas MS, Nassar ST, Tasha T et al. Urinary tract infection induced delirium in elderly patients: a systematic review. *Cureus*. 2022;14(12):e32321 (<https://doi.org/10.7759/cureus.32321>).

Eammons Bell S, Johnson C, Roth G. Prevalence, incidence and survival of heart failure: a systematic review. *Heart*. 2022;108(17):1351–60 (<https://heart.bmj.com/content/108/17/1351>).

Elwyn G, Laitner S, Coulter A, Walker E, Watson P, Thomson R. Implementing shared decision making in the NHS. *BMJ*. 2010;341:c5146 (<https://doi.org/10.1136/bmj.c5146>).

Forman DE, Maurer MS, Boyd C, Brindis R, Salive ME, McFarland Horne F et al. Multimorbidity in older adults with cardiovascular disease. *J Am Coll Cardiol*. 2018;71(19):2149–61 (<https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.03.022>).

General Practitioner Assessment of Cognition. Dementia Collaborative Research Centre – Assessment and Better Care. s.l.: GPCOG [Internet]. 2016 (<https://gpcog.com.au/index/downloads>).

Hopkins S, Gajagowni S, Qadeer Y, Wang Z, Virani SS, Meurman JH et al. Oral health and cardiovascular disease. Review. *Am J Med*. 2024;137(4):304–7 (<http://doi.org/10.1016/j.amjmed.2023.11.022>).

Huang W, Zhu W, Chen H, Li F, Huang J, Zhou Y et al. Longitudinal association between depressive symptoms and cognitive decline among middle aged and elderly population. *J Affect Disord*. 2022;303:18–23 (<https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.01.107>).

Jeyasingam N, McLean L, Mitchell L, Wand APF. Attitudes to ageing amongst health care professionals: a qualitative systematic review. *Eur Geriatr Med*. 2023;14(5):889–908 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37553540/>).

Katz S. Assessing self maintenance: activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. *J Am Geriatr Soc*. 1983;31(12):721–7 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6418786/>).

Kawahara T, Ito H, Yao M, Uemura H. Impact of smoking habit on overactive bladder symptoms and incontinence in women. *Int J Urol*. 2020;27(12):1078–86 (<https://doi.org/10.1111/iju.14357>).

Kwok M, McGeorge S, Mayer-Coverdale J, Graves B, Paterson DL, Harris PNA et al. Guideline of guidelines: management of recurrent urinary tract infections in women. *BJU Int*. 2022;130(Suppl 3):11–22 (<https://doi.org/10.1111/bju.15756>).

Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969;9(3):179–86 (https://doi.org/10.1093/geront/9.3_Part_1.179).

Lloyd Sherlock P, Beard J, Minicuci N, Ebrahim S, Chatterji S. Hypertension among older adults in low and middle income countries: prevalence, awareness and control. *Int J Epidemiol*. 2014;43(1):116–28 (<https://doi.org/10.1093/ije/dyt215>).

Mini-Cog®, Mini-Cog® Quick screening for early dementia detection [Internet]. s.l.: Mini-Cog®; 2024 (<https://mini.cog.com/download-the-mini-cog-instrument/>).

MoCA Test Inc. MoCA Cognition test [Internet]. Québec: MoCA Test Inc.; 2024 (<https://mocacognition.com/paper/>).

Muchna A, Najafi B, Wendel CS, Schwenk M, Armstrong DG, Mohler J. Foot problems in older adults: Associations with incident falls, frailty syndrome, and sensor derived gait, balance, and physical activity measures. *JAPMA*. 2018;108(2) (<https://japmaonline.org/view/journals/apms/108/2/15-186.xml>).

Musa IR, Omar SM, Adam I. Mid-upper arm circumference as a substitute for body mass index in the assessment of nutritional status among adults in eastern Sudan. *BMC Public Health*. 2022;22:2056 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36357916/>).

Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible [Internet]. Nueva York: Naciones Unidas; 2024 (<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/>).

National Institute of Aging. What's on your plate? Smart food choices for healthy aging. Bethesda: Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos; 2022 (<https://pennmemorycenter.org/wp-content/uploads/2022/02/whats-on-your-plate-508.pdf>).

Older adult nutrition screening. Seniors in the community: Risk evaluation for eating and nutrition questionnaire (SCREEN)®. [Internet]. s.l.: Older Adult Nutrition Screening; 2024 (<https://olderadultrnutritionscreening.com/screen-tools/>).

Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. Red Internacional de Sistemas de Datos sobre la Alimentación. Bases de datos de FAO/ INFOODS de composición de los alimentos [Internet]. Roma: FAO; 2024 (<https://www.fao.org/infoods/infoods/tablas-y-bases-de-datos/es/>).

Organización Mundial de la Salud. Advocacy brief: social isolation and loneliness [Internet]. OMS; 2024 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/343206/9789240030749-eng.pdf?sequence=1>).

-----. Agenda de Inmunización 2030. Una estrategia mundial para no dejar a nadie atrás. Ginebra: OMS; 2020 (<https://www.who.int/es/publications/m/item/immunization-agenda-2030-a-global-strategy-to-leave-no-one-behind>).

-----. Ciudades globales amigables con los mayores: una guía. Ginebra: OMS; 2007 (<https://iris.who.int/handle/10665/43805>).

-----. Derechos Humanos [Internet]. Ginebra: OMS; 2023 (<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>).

-----. Quick guide to avoid ageism in communication. Ginebra: OMS; 2021 (<https://www.who.int/publications/m/item/quick-guide-to-avoid-ageism-in-communication>).

-----. Trastornos musculoesqueléticos [Internet]. Ginebra: OMS; 2021 (<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions>).

-----. WHO Clinical Consortium on Healthy Ageing 2023 meeting report, 5–7 December 2023. Ginebra: OMS; 2024 (<https://iris.who.int/handle/10665/378710>).

-----. World Osteoporosis Day. Simple ways to prevent osteoporosis [Internet]. Manila: Región del Pacífico Occidental de la OMS; 2019 (<https://www.who.int/westernpacific/articles/item/simple-ways-to-prevent-osteoporosis>).

Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Declaración de Astaná: Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud: Astaná, Kazajistán, 25 y 26 de octubre del 2018. Ginebra: OMS; 2019 (<https://iris.who.int/handle/10665/328128>).

PAR Inc. MMSE®: Mini-Mental State Examination [Internet]. Lutz, FL: PAR; 2024 (<https://www.parinc.com/products/MMSE>).

Perini G, Cotta Ramusino M, Sinforiani E, Bernini S, Petrachi R, Costa A. Cognitive impairment in depression: recent advances

and novel treatments. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2019;15:1249–58 (<https://www.dovepress.com/cognitive-impairment-in-depression-recent-advances-and-novel-treatment-peer-reviewed-fulltext-article-NDT>).

The British Association for Parenteral and Enteral Nutrition. Malnutrition Universal Screening Tool [Internet]. Letchworth Garden City: BAPEN; 2003 (https://www.bapen.org.uk/pdfs/must/must_full.pdf).

Ungar A, Cherubini A, Fratiglioni L, De La Fuente Núñez V, Fried L, Krasovitsky MS et al. Carta of Florence against ageism. No place for ageism in health care. *Eur Geriatr Med*. 2024;15(2):285–90 (<https://link.springer.com/article/10.1007/s41999-024-00938-7>).

Vellas B, Guigoz Y, Garry PJ, Nourhashemi F, Bennahum D, Lauque S et al. The mini nutritional assessment (MNA) and its use in grading the nutritional state of elderly patients. *Nutrition*. 1999;15(2):116–22 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9990575/>).

Wijnhovena H, Schilpa J, van Bokhorst de van der Schuerenb M, de Vet H, Kruizengaa H, Deeg D et al. Development and validation of criteria for determining undernutrition in community dwelling older men and women: The Short Nutritional Assessment Questionnaire 65+. *Clin Nutr*. 2012;31(3):351–8 (<https://doi.org/10.1016/j.clnu.2011.10.013>).

Yan F, Xiao LD, Zhou K, Li Z, Tang S. Perceptions and help seeking behaviours among community dwelling older people with urinary incontinence: a systematic integrative review. *J Adv Nurs*. 2022;78(6):1574–87 (<https://doi.org/10.1111/jan.15183>).

Anexo: Ejemplo de plan de atención simplificado

Se presenta un ejemplo de un sencillo plan de cuidados resumido que el gestor de casos o el coordinador de la atención puede compartir con la persona mayor. No se pretende recoger un historial médico completo ni que sirva como historial médico.

Fecha: DD/MM/YY **Lugar:** consultorio de atención primaria xxx

Información personal

Fecha de nacimiento (edad): (75) **Sexo:** Masculino **ID:** XXX

Metas centradas en las personas

(A corto plazo) Me gustaría asistir al partido de fútbol del colegio de mi nieta el mes que viene y, para ello, me gustaría poder ir andando al colegio.

(A largo plazo) Me gustaría estar en condiciones de seguir yendo a la iglesia a pie durante el próximo año. Esto es cada vez más difícil.

Resumen de la evaluación

Capacidad intrínseca

- Movilidad limitada con dolor de rodilla
- Pérdida auditiva moderada sin señales de alerta

Enfermedades y factores de riesgo

- Hipertensión e hiperlipidemia controladas
- Artrosis de las rodillas

Entornos físico y social

Vive con su mujer en un tercer piso sin ascensor. Su hijo, su nuera y sus nietos viven en la localidad y lo visitan semanalmente.

Participa con regularidad en actividades comunitarias —acude a reuniones de grupos religiosos y se reúne con sus amigos a tomar café—, pero su movilidad limitada ha empezado a reducir su participación recientemente y a veces le cuesta seguir las conversaciones si el entorno es ruidoso.

Intervenciones propuestas y acordadas

Intervenciones propuestas	La persona mayor está de acuerdo	Medidas
Programa de ejercicio multimodal con derivación al servicio de rehabilitación	Sí	Se está redactando una carta de derivación para concertar una cita con el servicio de rehabilitación
Derivación al especialista en atención otológica	Sí	Se está redactando una carta de derivación para concertar una cita con el especialista en atención otológica
Evaluación y tratamiento del dolor	No	Rechazó la derivación para evaluación del dolor. Se le indica que anote cuándo siente dolor y la intensidad del dolor (de 0 a 10).
Manejo continuo de enfermedades (hipertensión e hiperlipidemia)	Sí	Seguir controlando la tensión arterial en casa Tomar los medicamentos según lo prescrito y hacerse el próximo análisis de sangre en dos meses
Asesoramiento dietético para aumentar la ingesta de proteínas	No	Declaró que no quería aumentar el consumo de proteínas. Se le recomienda que intente comer alimentos ricos en proteínas disponibles localmente.
Evaluación del riesgo de caídas en el hogar	No	Se le asesora acerca de cómo hacer que el hogar y sus alrededores sean seguros
Evaluación de las necesidades de la persona a cargo del cuidado (su esposa)	Sí	Se está programando una evaluación con la persona a cargo del cuidado (esposa)
Productos de apoyo para la movilidad	Sí	Carta de derivación para concertar una cita con el servicio de rehabilitación

Nombre del evaluador: xxx

Fecha recomendada para la próxima cita: DD/MM/AA

El *Manual de atención integrada para las personas mayores: Guía sobre la evaluación y los esquemas de atención centrados en la persona en la atención primaria de salud*, segunda edición, proporciona un marco global y una guía que los profesionales de la salud pueden utilizar para fundamentar la prestación de atención integrada para personas mayores (ICOPE, por sus siglas en inglés) en el contexto de la atención primaria. Su objetivo es presentar directrices flexibles que permitan garantizar la viabilidad de su implementación en diferentes países, contextos y entornos, incluidos aquellos con escasa disponibilidad de recursos. Esta segunda edición incorpora los aprendizajes derivados de la aplicación de la ICOPE en diversos lugares del mundo, así como las directrices nuevas o actualizadas que han sido propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS). El Manual ha sido desarrollado en colaboración con expertos en materia de envejecimiento saludable y atención a las personas mayores a través del Consorcio Clínico sobre el Envejecimiento Saludable de la OMS, así como con colegas de diversas unidades técnicas y regiones de la organización. Con este fin, antes de implementar la ICOPE en atención primaria, los gestores de programas y sistemas deben realizar una evaluación de su preparación para la prestación, a fin de fundamentar una adaptación del enfoque. Esto es importante, ya que existen disparidades significativas en relación con las necesidades de las poblaciones mayores, los sistemas de salud y asistencia social, las estructuras de prestación de servicios y las capacidades disponibles en los países. Los principales destinatarios de estas páginas son quienes se desempeñan en el campo de la atención primaria de salud, incluyendo profesionales de medicina, farmacia, nutrición y fisioterapia; profesionales y personal auxiliar de enfermería; trabajadores comunitarios de la salud; trabajadores sociales, y cuidadores.

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
Región de las Américas

www.paho.org

