

Guía de Atención Integrada para las **PERSONAS MAYORES**

Edición 2023

MINISTERIO
DE SALUD

NEUQUÉN
PROVINCIA

JUNTOS
PODEMOS
MÁS

GOBIERNO DE LA PROVINCIA DEL NEUQUÉN

Gobernador

Cr. Omar Gutiérrez

Vicegobernador

Cr. Marcos Koopmann

Ministra de Salud

Dra. Andrea Peve

Subsecretario de Salud

Dr. Alejandro Ramella

Subsecretaria de Administración Sanitaria

Daniela Romano

Director Provincial de APS

Dr. Matías Neira

Directora de Adultos y Adultos Mayores

Lic. Andrea Hryniuk

Emisor

Ministerio de Salud de la provincia del Neuquén

Ámbito de aplicación

Provincia del Neuquén

Coordinación de la Guía

Enf. Cristina Agüero

Referente provincial de personas mayores

A cargo de la Dir. de Adultos y Adultos Mayores durante el período 2020-2022

AUTORAS

Carlina Mirella Benegas

Lic. en Servicio Social, especialista en Gerontología Comunitaria e Institucional. Jubilada del sistema público de salud de Neuquén, fue jefa del Servicio Social del Hospital Bouquet Roldán; capacitadora en cursos de cuidadores y auxiliares gerontológicos en distintas instituciones de la comunidad; docente en la carrera de Servicio Social de la Fac. de Cs. Sc. de la UNCo; ex integrante del Comité de Bioética Asistencial de la Zona Metropolitana; capacitadora de equipos de Salud en la implementación de la VGI. Actualmente es capacitadora en la formación de “Personas Mayores Promotoras de Salud Comunitaria”.

María Inés Galíndez

Lic. en Terapia Ocupacional. Jubilada, se desempeñó en el Servicio de Rehabilitación del Hospital Bouquet Roldán y como directora del área de Adultos Mayores del Ministerio de Ciudadanía. Ex integrante del Comité de Bioética Asistenciales de Zona Metropolitana, capacitó a equipos de Salud en la implementación de la VGI y fue capacitadora en la formación de auxiliares gerontológicos. Actualmente es capacitadora en el curso de formación “Personas Mayores Promotoras de Salud Comunitaria”.

Susana De Rose

Médica general, con orientación en rehabilitación, se desempeñó en el Servicio de Rehabilitación del Hospital Bouquet Roldán y fue referente zonal del Programa Provincial de Rehabilitación Basada en la Comunidad, de Zona Sanitaria III. Jubilada del Sistema Integrado de Atención Domiciliaria (SIAD), fue capacitadora en la formación de Auxiliares Gerontológicos y en la implementación de la VGI. Formó parte del Comité de Bioética Asistenciales de Zona Metropolitana. Actualmente es capacitadora en el curso de formación “Personas Mayores Promotoras de Salud Comunitaria”.

Cristina del Rosario Agüero

Enfermera. Fue coordinadora en la formación de auxiliares gerontológicos, jefa de consultorios externos del Hospital Horacio Heller y supervisora de Residencias Privadas para Personas Mayores. A cargo de la Dirección de Adultos y Adultos Mayores, dependiente de la Dirección Provincial de APS del Ministerio de Salud del Neuquén, durante el período 2020-2022. Desde entonces y hasta la actualidad, referente provincial de Personas Mayores de la Dirección Provincial de APS. Actualmente, integra el equipo de capacitación en el curso de formación “Personas Mayores Promotoras de Salud Comunitaria”.

COLABORACIÓN

Dra. Dalila Ferrari; Dra. Marité Zambelli; Lic. Anabela Gutiérrez; Dra. Romina Luján; Lic. Paula Jimena Marine; Lic. Mariana Yanet León; Lic. Andrea Hryniuk; Dr. Ernesto Ruiz; Od. Graciela Perotti; Aux. de Enf. Luján Acuña; Prof. Gonzalo Arias, Daniela Maidana. Hacemos extensivo nuestro agradecimiento a todas aquellas personas que colaboraron en forma indirecta con este documento.

Este documento es una publicación original del Ministerio de Salud de la provincia del Neuquén. Cabe aclarar que la estructura de 5 pasos para la atención integrada ha sido adaptada para nuestra provincia de una obra de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y las opiniones expresadas en esta adaptación son responsabilidad exclusiva del organismo emisor de la Guía.

INDICE

PRÓLOGO	7
INTRODUCCIÓN	8
ATENCIÓN INTEGRADA PARA PERSONAS MAYORES	11
DESTINATARIOS	12
OBJETIVO GENERAL	12
OBJETIVO ESPECÍFICO	12
ESQUEMA DE ATENCIÓN CENTRADO EN LA PERSONA	13
Paso 1. Detectar la alteración de la capacidad intrínseca	13
Paso 2. Realizar una evaluación centrada en la persona, en la atención primaria	15
Entender la vida de la persona mayor	15
Abordar la sexualidad	15
Los principios de la bioética	16
Enfoque de interculturalidad	16
Una mirada gerontológica con perspectiva de género y de diversidad sexual	16
Evaluar y abordar las enfermedades subyacentes	17
Evaluar el entorno físico y social, así como la necesidad de apoyo social	18
Evaluación de las áreas que componen la capacidad intrínseca	18
Área cognitiva	18
Área de movimiento	30
Nutrición y salud bucal	49
Área Sensorial	55
Área emocional	61
Apoyo a las personas que cuidan	70
Paso 3. Construir un plan de atención personalizado	73
Etapas para el plan de atención personalizada	74
Paso 4. Favorecer la derivación y el seguimiento del plan de atención con los servicios gerontológicos especializados vinculados	75
Paso 5. Involucrar a las comunidades y apoyar a las personas cuidadoras	75
ANEXOS	77
Las personas mayores y el cambio climático	78
Ayudas técnicas	82
Estrategias generales para quien cuida a personas con demencia	88
Síndromes geriátricos	95

PLANILLAS	107
Planilla Manejo de factores riesgo	108
Planilla Evaluación cognitiva	112
Planilla Evaluación de nutrición	113
Planilla Evaluación emocional	115
Planilla Evaluación social	116
Planilla Evaluación y plan de atención centrado en la persona mayor	118
Planilla GPCOG	124
Planilla de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria	126
BIBLIOGRAFÍA	127

PRÓLOGO

La presente publicación es el resultado de un trabajo interdisciplinario y metódico de actualización para mejorar la atención de salud de las personas mayores en el primer nivel de atención de la provincia del Neuquén, instrumentado en una serie de acciones que compromete a la comunidad en su conjunto y sostenido con la base de la Atención Primaria de la Salud (APS) como estrategia transformadora de nuestro sistema.

Agradecemos a quienes hicieron posible la realización de esta Guía, en pos de garantizar el derecho a la salud integral en la vejez y el acompañamiento en todos sus aspectos, así como a la Dirección de Adultos y Adultos Mayores del Ministerio de Salud de la Nación por brindarnos el acceso a la capacitación en el manejo de *ICOPE Atención Integrada para Personas Mayores*, instrumento que nos permitió sentar las bases para la actualización de dicha herramienta, que presentamos en esta Guía. En ella reforzamos una nueva conceptualización de salud, así como introducimos un enfoque intersectorial y participativo, bajo el imperativo de reorientar y reestructurar los servicios de salud, generando un compromiso político que permita llevar a la práctica esta nueva apreciación de salud, promoviendo la participación en promoción y prevención, así como los determinantes políticos, económicos y sociales, siempre con el desafío de continuar generando cambios a medida que se requieran, según la dinámica evolución de los distintos aspectos de la **mirada centrada en la persona mayor**.

La Guía que hoy presentamos nos acerca a un consenso en cuanto a los modos de trabajo en la atención, nos acompaña como equipos de Salud en nuestro desempeño, e insta a las personas ingresantes del sistema, tanto aquellas que se encuentran en formación como a las ya formadas, a trabajar en red. Se propone a través de esta Guía, con el conocimiento de las distintas instituciones y sus actores, tanto en el ámbito público como privado, crear canales de comunicación que permitan conocer quién es el otro/a y, por sobre todo, qué es lo que las personas mayores, junto con sus familias, necesitan para obtener calidad en la atención de salud. Reconocemos el trabajo transdisciplinario de esta propuesta en APS, orientada a las personas mayores.

Por último proponemos, desde la perspectiva de la mejora continua, que se realice una revisión anual de la Guía y que esa revisión esté a cargo de los y las integrantes de los diferentes equipos de salud que tendrán el desafío de su implementación en el territorio.

INTRODUCCIÓN

La propuesta de redactar la *Guía de atención integrada para las personas mayores* surge de la reivindicación y el reconocimiento del trabajo realizado desde la Atención Primaria de la Salud con este grupo etario, así como de las dificultades que se encuentran en la unificación de criterios para el abordaje de su atención. Esto se vio articulado con la propuesta surgida desde la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el marco de la “Década del Envejecimiento Saludable”, a través del **Instrumento ICOPE, herramienta puesta a disposición de los equipos de salud de todo el mundo para su reversión y adaptación**. Así pues, en la presente Guía se ha valorado generar una relectura de dicho Instrumento, con la mirada puesta en nuestro contexto provincial y adecuado a las particularidades sanitarias del territorio neuquino.

El **Plan Provincial de Salud 2019-2023** postula como lema “*La promoción de la salud, eje de todas las acciones*” y allí se explicita que, desde la perspectiva de la salud colectiva y los determinantes sociales de la salud, el sistema provincial se enfrenta a nuevas complejidades que son evidentes en los cambios demográficos de las últimas décadas. Estos cambios dan cuenta de transformaciones en la estructura, la dinámica y la composición de la población, sobre un fondo de problemáticas territoriales igual de complejo. Este, probablemente, sea el mayor desafío que enfrenta el sistema de salud: repensar las acciones que fueron exitosas en el pasado para esta realidad social compleja que exige, por su propia dinámica, más variables en las respuestas. El envejecimiento de la población requiere pensar en nuevos esquemas de atención que sean acordes a los valores, preferencias y prioridades que las personas mayores le den a su salud.

Esos cambios demográficos, detectados también en nuestra provincia, demandaron en los últimos años la necesidad de un abordaje específico y desde el Ministerio de Salud del Neuquén se trabajó en la implementación de acciones concretas asociadas a las distintas temáticas y a la mirada integral sobre la salud de las personas mayores. Es posible enumerar, entre otras acciones: acompañamiento continuo en las necesidades de las personas mayores; capacitación a cuidadores formales e informales; elaboración de la Libreta de Salud del Adulto Mayor —herramienta de seguimiento de salud en las personas mayores—; elaboración de la planilla de Valoración Gerontológica Integral (VGI) y la posterior capacitación a equipos de salud sobre su uso; participación activa en la propuesta de formación de auxiliares gerontológicos ante el Consejo de Educación —cumpliéndose este anhelo a través del CEMOE Marcelino Champagnat, de la ciudad de Neuquén—, capacitación que hoy es brindada en otros centros de formación profesional y con los cuales se mantiene una articulación permanente. Así también se llevó a cabo una participación activa en el Foro Interinstitucional en Defensa de los Derechos de los Adultos Mayores; el proyecto de Ley de Promoción de los Derechos de las Personas Mayores; los congresos de gerontología en Jujuy, Neuquén y Mendoza; el Consejo Provincial de Adultos Mayores (CPAM); el Consejo Municipal de Personas Mayores de la ciudad de Neuquén y otros organismos relacionados a las personas mayores; la capacitación y el acompañamiento permanente a hogares provinciales

de personas mayores, dependientes del Ministerio de Desarrollo Social; y la fiscalización de Residencias y Casas Hogares. En este sentido, también se impulsó a los equipos de salud a realizar la especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional y se promovió la capacitación continua en temáticas relacionada a la vejez.

Así mismo, en el contexto de la pandemia por Covid 19, desde el Ministerio de Salud provincial se realizó, con equipos interdisciplinarios, la fiscalización y el seguimiento a Residencias y Casas Hogares de toda la provincia. Por Resolución Ministerial 739/20, se estableció la creación de un Sistema Integrado de Intervención Psico-Socio-Sanitario, conformado por equipos de profesionales de los Ministerios de Salud y Desarrollo Social, con el objetivo de llevar a cabo un monitoreo del trabajo realizado dentro de las residencias y, en caso de ser necesario, realizar la reubicación de las personas mayores cuya salud se encontrara en riesgo, o que sus derechos fundamentales fueran vulnerados. En ese contexto se generaron dos dispositivos, uno, para dar respuesta en el marco de la citada Resolución y otro, para recibir a las personas residentes en instituciones, que requerían una atención más compleja. En el mismo marco, se realizó la capacitación continua al personal de Residencias y Casas Hogares, por parte de los equipos de salud locales, con el fin de brindar adecuadas estrategias de vigilancia y control integral y la supervisión de su consecuente implementación. Así mismo, La Dirección de Adultos y Adultos Mayores y la Dirección de Fiscalización del Ministerio de Salud formaron parte de la comisión de trabajo de la Ley N°3320, ley que designa al Ministerio de Desarrollo Social como órgano de aplicación de la fiscalización de Residencias y Centros de Día para personas mayores, hecho que se concreta a fines del año 2022.

En paralelo a esto, se articuló con el Consejo Provincial de Adultos Mayores del Ministerio de Desarrollo Social la realización de una diplomatura sobre la temática gerontológica, destinada al personal de estas instituciones. Además, desde el mes de octubre de 2021 hasta la actualidad, se brindan capacitaciones a equipos de Salud para el abordaje integral a personas mayores en el marco de la “Década del Envejecimiento Saludable”.

Durante este 2023, por otra parte, se concreta desde la Dirección de Adultos y Adultos Mayores de este Ministerio, el curso de formación **“Promotores Comunitarios de Salud de Personas Mayores”**, para toda la provincia, dirigido a personas mayores de 60 años que, de manera voluntaria, realizan promoción de la salud entre sus pares. Referentes territoriales que tienen la competencia de generar participación y organización comunitaria y que pueden intervenir en el diseño e implementación de políticas públicas, las y los promotores realizan acciones de prevención, promoción y gestión barrial de la salud, así como de participación comunitaria en salud.

El ya mencionado envejecimiento mundial de la población, sumado al cambio epidemiológico, con mayor prevalencia de enfermedades crónicas, aumentan el nivel de dependencia de las personas mayores y la necesidad de cuidados por parte de familiares y acompañantes. Esto requiere pensar en nuevos esquemas de atención que no solo involucren acciones destinadas a atender la salud desde la

mirada de la enfermedad, sino también acciones de promoción de la salud como forma de prolongar la vida autónoma, independiente y activa, con las iniciativas de los equipos locales de salud. Dichos equipos deberán trabajar en conjunto con los y las Promotores Comunitarios de Salud de Personas Mayores, cuya función principal es auspiciar de nexo entre las personas mayores de su barrio o área y las diferentes organizaciones comunitarias locales; con el fin de promover acciones de envejecimiento activo y saludable y colaborar en resolver situaciones de vulnerabilidad o necesidad de las personas mayores de su comunidad.

Las acciones y programas del Ministerio de Salud provincial, con un enfoque transversal, buscan incidir en la promoción del cuidado de la salud y en la adopción de hábitos que contribuyan a mejorar la calidad de vida de la población neuquina, desde la infancia hasta las personas mayores. Se trata de hacer hincapié en la salud ambiental, en la alimentación saludable y en la actividad física, mediante una estrategia integral que involucra al bienestar mental como componente fundamental dentro del concepto de salud. En ese sentido, las personas mayores conforman un grupo poblacional considerado frágil o vulnerable frente al impacto del cambio climático en la salud. Es por ello que el abordaje debe hacerse de forma integral, relacionando el proceso mismo del envejecimiento con todas las amenazas que existen en el entorno con respecto al cambio climático y que pueden generar daños en su salud. En este sentido, se destaca el rol fundamental de la Atención Primaria de la Salud para prevenir el impacto del cambio climático en esta población vulnerable, dado que es posible fomentar el desarrollo de aptitudes personales, así como aumentar la confianza y la motivación para ayudar a las personas a tomar mejores decisiones sobre su propia salud. *(Ver Anexo **Las personas mayores y el cambio climático**).*

ATENCIÓN INTEGRADA PARA PERSONAS MAYORES

El enfoque de la Atención Integrada para Personas Mayores (AIPM) ha sido elaborado por la Organización Mundial de la Salud en relación con el rápido envejecimiento de las poblaciones en todo el mundo. Según estimaciones demográficas, de 2015 a 2050, se prevé que la proporción de la población mundial de 60 años y más se habrá casi duplicado. Esta transición demográfica tendrá repercusiones en casi todos los aspectos de la sociedad y demandará nuevos y complejos desafíos para los sistemas de atención sanitaria y social.

La AIPM es un enfoque de base comunitaria que ayuda a reorientar los servicios de salud y establecer sistemas de cuidados a largo plazo. Se funda en el principio de que la habilidad funcional puede potenciarse al máximo, cuando los servicios y sistemas integran la atención sanitaria y social de las personas mayores, de manera tal que responda a las necesidades que les son propias, es decir, “centrada en la persona”. La integración no significa que se deban fusionar las estructuras, sino más bien que una amplia red de servicios puedan trabajar juntos, de modo coordinado dentro de un sistema.

Principios rectores del enfoque de la AIPM son que las personas mayores tienen derecho a la mejor salud posible y que deben tener igualdad de oportunidades para acceder a los determinantes del envejecimiento saludable, independientemente de su posición social o económica, de su lugar de nacimiento o de residencia y de otros factores sociales. La atención debe prestarse por igual a todas las personas, sin discriminación por razones de sexo, edad y origen étnico. Los sistemas de atención sanitaria y social deben dar respuesta a las necesidades y objetivos propios de las personas mayores, que pueden variar a lo largo del tiempo y deben abordar los determinantes sociales de la salud. Cada uno de estos principios está basado en la *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores*, del año 2015, ratificada por nuestro país el 23 de octubre de 2017.

El nuevo paradigma es la **atención centrada en la persona** y se fundamenta en la noción de que las personas mayores son más que el conjunto de sus trastornos o enfermedades. Todas las personas, sea cual sea su edad, tienen experiencias, necesidades y preferencias particulares. La atención centrada en la persona aborda las necesidades de salud y de apoyo social en lugar de centrarse en trastornos o síntomas aislados. Este enfoque también tiene en cuenta el contexto de la vida cotidiana de la persona, incluida la repercusión de su salud, las necesidades de sus entornos y sobre la comunidad. Dentro de este paradigma, el desafío es también incluir la perspectiva de género transversalmente, de modo que permita manifestar la forma en que los cambios demográficos, culturales, económicos, sociales y políticos afectan distintamente a mujeres, varones y comunidad LGTBIQ+. Por esta razón, nos referimos a “vejece” y no a “vejez” ya que consideramos que el proceso de envejecimiento se da de manera diferencial entre las personas. Es decir, el envejecimiento está condicionado por el género, la orientación sexual, lo social, la etnia, la condición de migrantes, etc.

En adhesión a la “Década del Envejecimiento Saludable” y en consonancia con los lineamientos del Plan Provincial de Salud 2019-2023, se encuadra el trabajo de la presente **Guía de atención integrada para la persona mayor** dentro del Eje Estratégico 4, “Adultos y Calidad de Vida”.

DESTINATARIOS

La presente Guía está dirigida a todos los integrantes de los equipos de Atención Primaria de la Salud de la provincia del Neuquén, a la comunidad y a otros sectores interesados en la temática de las personas mayores, instando a que se constituya, además, en material bibliográfico para los equipos de salud especializados cuando se requiera la evaluación de la persona mayor, debido a alteraciones en sus capacidades intrínsecas y funcionales y para la planificación de su plan de atención de salud.

Este instrumento, junto a la propuesta de la década del envejecimiento activo y saludable, brinda una gran oportunidad a los equipos de salud de sensibilizar sobre los derechos y las necesidades que poseen las personas mayores como prioridades de abordaje a fin de combatir los estereotipos, los prejuicios y la discriminación en todas sus formas, incluyendo la percepción por la edad, proponiendo a su vez el desafío de generar nuevas formas de pensar sobre cómo las personas mayores pueden generar un impacto positivo sobre sus propias vidas y sobre la de los demás.

OBJETIVO GENERAL

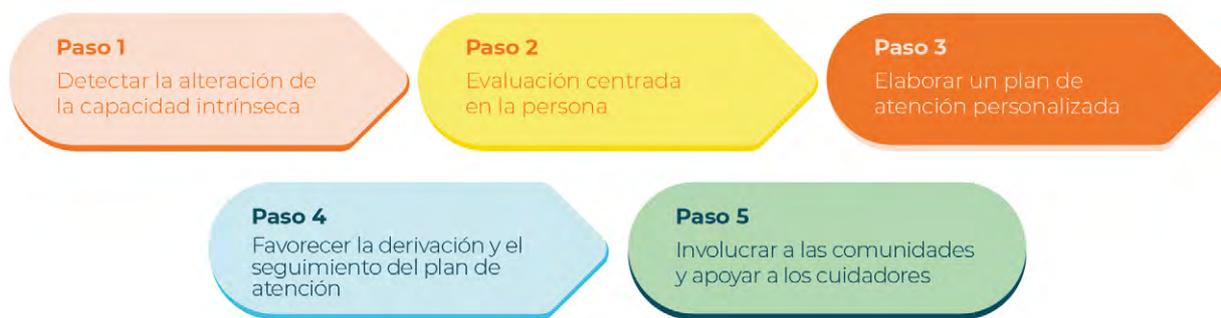
Contribuir a que el equipo de salud de atención primaria cuente con una estrategia de atención integral para las personas mayores.

OBJETIVO ESPECÍFICO

Brindar una herramienta para detectar precozmente una alteración de las capacidades de las personas mayores.

ESQUEMA DE ATENCIÓN CENTRADO EN LA PERSONA

Como metodología se utiliza un esquema de atención centrado en la persona, de cinco pasos, con el fin de cubrir las necesidades de salud y apoyo social de las personas mayores con un enfoque de atención integrada, en la atención primaria de la salud.



Cuadro 1. 5 Pasos

Paso 1. Detectar la alteración de la capacidad intrínseca

Esta Guía ofrece un instrumento a los trabajadores de salud para detectar, en la comunidad o en el domicilio, a las personas mayores que puedan o no tener alguna alteración de la capacidad intrínseca, teniendo en cuenta que la evaluación que se realice será dinámica en el tiempo.

Las personas mayores que presenten alguna alteración de los factores de riesgo (*Ver Anexo **Manejo inicial sobre factores de riesgo en personas mayores***) deben pasar a una evaluación por cada **área de las capacidades intrínsecas**, entendiéndose por estas a la combinación de todas las capacidades físicas, sociales y mentales con las que cuenta una persona.

Las áreas que se consideran son:

- Cognitiva
- De movimiento
- Nutrición
- Sensorial: visual y auditiva
- Emocional

ÁREAS	INDAGAR	EVALUAR TODAS LAS ALTERACIONES DETECTADAS
CAPACIDAD COGNITIVA	<p>1-Recordar 3 palabras, por ejemplo, “flor”, “puerta”, “arroz”</p> <p>2-Orientación en tiempo y espacio: ¿Cuál es la fecha completa de hoy? ¿En dónde estamos?</p> <p>3-¿Recuerda las tres palabras?</p>	<p>Responde incorrectamente a las dos preguntas o no sabe <input type="checkbox"/></p> <p>No recuerda las tres palabras <input type="checkbox"/></p>
CAPACIDAD DE MOVIMIENTO	<p>Prueba de la silla: debe levantarse de la silla 5 veces sin ayudarse con sus brazos</p> <p>¿Se levantó 5 veces de la silla en 14 segundos?</p>	<p>NO <input type="checkbox"/></p>
NUTRICIÓN	<p>¿Ha notado cambios en su peso corporal en los últimos 3 meses?</p> <p>¿Ha sufrido pérdida de apetito?</p>	<p>SÍ <input type="checkbox"/></p> <p>SÍ <input type="checkbox"/></p>
CAPACIDAD VISUAL	<p>¿Tiene algún problema de la vista?</p> <p>¿Le cuesta ver de lejos o leer?</p>	<p>SÍ <input type="checkbox"/></p>
CAPACIDAD AUDITIVA	<p>¿Tiene dificultad para escuchar o comprender conversaciones?</p>	<p>SÍ <input type="checkbox"/></p>
CAPACIDAD EMOCIONAL	<p>En las últimas dos semanas, ¿se ha sentido triste o deprimido/a?</p> <p>En las últimas dos semanas, ¿ha perdido el interés por las cosas que le agradan?</p> <p>¿Con frecuencia se siente ansioso/a o angustiado/a?</p>	<p>SÍ <input type="checkbox"/></p>
ÁREA SOCIAL	<p>¿Le cuesta cubrir sus gastos?</p> <p>¿Se siente solo/a?</p> <p>¿Tiene dificultad para dedicarse a actividades de su interés que son importantes para usted?</p>	<p>SÍ <input type="checkbox"/></p>

Cuadro 2. Capacidad Intrínseca

Por otro lado, se define a la **capacidad funcional** como los aspectos relacionados con la salud que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella misma. En las persona mayor esta capacidad es definida como el conjunto de habilidades físicas, mentales y sociales que le permiten la realización de las actividades que exige su medio y/o entorno. La capacidad funcional se compone de la **capacidad intrínseca de la persona, su red social y las interacciones entre la persona y el entorno**. Las personas que presenten alteración de alguna de las áreas de la capacidad intrínseca deberán continuar con el PASO 2. Si **No** se observa una alteración de la capacidad intrínseca:

- Proponer hábitos saludables o realizar los controles habituales.
- Promover un estilo de vida saludable. (Ofrecer lectura de consulta: **Autocuidado de la Persona Mayor en la década del envejecimiento saludable**, disponible para su descarga en <https://bancos.salud.gob.ar/>)

Paso 2.

Realizar una evaluación centrada en la persona, en la atención primaria

ENTENDER LA VIDA DE LA PERSONA MAYOR

La evaluación centrada en la persona mayor no comienza solo con un examen clínico, sino con una consideración general de la vida de la persona que incluye sus valores, cultura, prioridades y preferencias en lo referido a su salud.

ABORDAR LA SEXUALIDAD

La sexualidad se expresa durante toda la vida, desde el nacimiento hasta la muerte. El contacto con la intimidad y la sexualidad de las personas mayores culturalmente suele estar prohibido o negado. Los prejuicios existentes en nuestra cultura hacia las personas mayores producen una distorsión de la imagen que tenemos sobre su vida sexual. Si bien estos preconceptos vienen siendo deconstruidos en los últimos años, aún sigue siendo mal vista la expresión de la sexualidad en esta etapa de la vida.

Sin embargo, el amor y la sexualidad pueden brindar a la persona mayor un fuerte sentido de sí misma y de valoración personal; así como proteger contra la ansiedad, por el placer brinda a la persona el ser tocada y querida. Los investigadores consideran que el amor y la sexualidad pueden representar la oportunidad de expresar pasión, afecto o admiración; y que pueden ser una afirmación del propio cuerpo como lugar de goce. En síntesis, el amor y la sexualidad constituyen una afirmación de la vida.

LOS PRINCIPIOS DE LA BIOÉTICA

Entender a la persona mayor siempre desde el respeto a su autonomía y su derecho a decidir libremente, provista de información, en el marco de su propia cultura; respetar su voluntad respecto a la toma de decisiones en lo relativo a su salud, ofreciendo siempre el acompañamiento necesario; para ello, el equipo de salud cuenta con herramientas tales como las directivas anticipadas y el consentimiento informado, entre otras.

ENFOQUE DE INTERCULTURALIDAD

Desarrollar “salud intercultural” como resultado del reconocimiento a la diversidad biológica, cultural y social de las personas mayores, entendiendo a esta como el conjunto de acciones y políticas que tienden a incorporar la cultura de la persona mayor en el proceso de atención de salud; permitiendo así comprender y respetar sus expectativas, su percepción de salud y de enfermedad, su evaluación y los resultados de la acción terapéutica y el despliegue de diversas conductas frente a la alteración de sus capacidades intrínsecas y funcionales.

UNA MIRADA GERONTOLÓGICA CON PERSPECTIVA DE GÉNERO Y DE DIVERSIDAD SEXUAL

Las mujeres mayores son las que tienen mayor necesidad de cuidados en la vejez debido a una expectativa de vida más alta. A medida que aumenta la edad aparecen otros niveles de fragilidad y dependencia. A esto se añade el hecho de que muchas mujeres llegan a la vejez acumulando roles y actividades múltiples, tanto en el hogar como en el mercado de trabajo, a lo largo de la vida y, por otro lado, tienen riesgo de depender económicamente de otras personas y encontrarse en situaciones de mayor pobreza. El desafío al incluir la perspectiva de género transversalmente permite manifestar la forma en que los cambios demográficos, culturales, económicos, sociales y políticos afectan de manera distinta a mujeres, varones y personas trans.

Por esta razón nos referimos a “vejeces” y no “vejez”, ya que se considera que el proceso de envejecimiento se da de manera diferencial entre las personas. Es decir, el envejecimiento está condicionado de acuerdo al género, la orientación sexual, la clase social, la cultura, la condición de migrantes, etc. Según organizaciones de Diversidad Sexual, las personas de la comunidad trans tienen una esperanza de vida de aproximadamente 40 años, lo que marca un proceso de envejecimiento y una vejez más desventajosa que para el resto de las personas. Es importante remarcar que las personas de este colectivo, cuando llegan a la vejez, suelen presentar mayores niveles de fragilidad, dependencia y/o discapacidad, lo que constituye una potencial mayor demanda de cuidados. Por otro lado, en general, se encuentran en situaciones de aislamiento y exclusión donde las redes sociales se hallan debilitadas o limitadas a los vínculos de amistad ya que muchas veces se sufre discriminación desde el propio núcleo familiar.

Una de las cuestiones a tener en cuenta al momento de comunicarse y tratar a una

persona mayor, es que podemos encontrarnos frente a una persona con orientación sexual no heterosexual o con una identidad de género no binaria, de manera que una primera cuestión de importancia a considerar es **No** asumir que la persona que atendemos es heterosexual.

En ocasiones, las personas mayores no heterosexuales pueden sentirse inhibidas a hablar de su orientación sexual, de modo que, además, resulta fundamental no preguntar, sino mostrarse abierto y sin prejuicios a los fines de que la persona se sienta cómoda y con la libertad de expresar la orientación sexual e identidad de género libremente y sin miedos.

En nuestro país, la Ley N°26.743, de Identidad de Género, establece la obligatoriedad de “reconocer la identidad de género y el libre desarrollo de la persona en virtud de la misma”, promoviendo el trato digno hacia todas las personas, respetando el género autopercebido y estableciendo a la identidad de género como un derecho humano.

Es muy importante tener en cuenta que la identidad de género autopercebida (varón, mujer, travesti, transexual, trans o transgénero) es decir, el género con el cual se identifica una persona, así como su orientación sexual -homosexual, bisexual, pansexual, asexual- constituyen aspectos fundamentales en la vida de cualquier persona, y por lo tanto, es fundamental considerarla al momento de brindar atención.

EVALUAR Y ABORDAR LAS ENFERMEDADES SUBYACENTES

Es importante evaluar en profundidad la presencia de condiciones asociadas a la alteración de la capacidad intrínseca en el envejecimiento. Estas se analizarán en el apartado “Evaluación de las áreas que componen la capacidad intrínseca” (pág. 22).

En este sentido, debe investigarse:

a) La presencia de posibles enfermedades crónicas

El diagnóstico de las enfermedades subyacentes —enfermedad de Alzheimer, depresión, artrosis, osteoporosis, cataratas, diabetes e hipertensión— es imprescindible en la evaluación centrada en la persona y puede requerir de pruebas complejas que no siempre están disponibles en la atención primaria, en cuyo caso la persona deberá ser derivada a un nivel de mayor complejidad.

b) Detección precoz de los síndromes geriátricos

En las personas mayores encontramos con frecuencia problemas de salud difíciles de encuadrar en el marco de una clásica enfermedad. Este tipo de presentación clínica ha llevado a la definición de los **síndromes geriátricos**, que se originan por la conjunción de varias enfermedades altamente prevalentes y que pueden expresarse por síntomas diferentes de las enfermedades que los producen. (Ver Anexo **Síndromes geriátricos**). Bernard Isaacs los definió como los “Gigantes de la Geriatria” y son:

- Inestabilidad y caídas
- Incontinencia
- Inmovilidad
- Incompetencia intelectual, o deterioro cognitivo

A lo que agregamos

- Polimedicación o polifarmacia

EVALUAR EL ENTORNO FÍSICO Y SOCIAL, ASÍ COMO LA NECESIDAD DE APOYO SOCIAL

Es preciso valorar el entorno físico y social y definir las necesidades de apoyo social para las personas con disminución de la capacidad intrínseca. Se trata de una parte esencial de la evaluación centrada en la persona mayor en la atención primaria. Las necesidades de apoyo social pueden detectarse preguntándole a la persona mayor si es capaz de realizar por su cuenta diversas tareas cotidianas. (Ver “Apoyo social”, pág. 58).

EVALUACIÓN DE LAS ÁREAS QUE COMPONEN LA CAPACIDAD INTRÍNSECA

Una vez que se realizó la detección de una o más alteraciones de las áreas que componen la capacidad intrínseca, se deberá realizar la evaluación correspondiente.

ÁREA COGNITIVA

Se denominan funciones cognitivas a aquellos procesos mentales que permiten llevar a cabo cualquier tarea. Son los que hacen posible que las personas tengan un papel activo en los procesos de recepción, selección, transformación, almacenamiento, elaboración y recuperación de la información, y así desenvolverse en el mundo que las rodea. Las funciones cognitivas más importantes son la atención, la orientación, la memoria, las gnosias, las funciones ejecutivas, las praxias, el lenguaje, la cognición social y las habilidades visoespaciales.

A lo largo del día, utilizamos las funciones cognitivas continuamente. Nuestro cerebro las utiliza para preparar la comida, manejar o trabajar, activándose en mayor o menor medida distintas partes de los hemisferios cerebrales. Las funciones cerebrales superiores como el razonamiento, la memoria o la atención son fundamentales para tener una vida plena e independiente.

La disminución de capacidades cognitivas obedece al proceso normal de envejecimiento. La manera en que se envejece y cómo se vive ese proceso, así como la salud y la capacidad funcional que se tienen, dependen tanto de la estructura genética como del ambiente que nos ha rodeado durante toda nuestra vida. Además, existen otros factores que pueden alterar las capacidades cognitivas tales como enfermedades neurodegenerativas, trastornos del neurodesarrollo, discapacidades intelectuales o enfermedades mentales.

Es importante tener en cuenta que estos problemas no deben ser concebidos

como naturales en el proceso del envejecimiento, ya que no toda persona mayor presenta una demencia, pero hay que tener presente que un grupo importante de la población, a medida que su edad avanza, presentará signos de deterioro y, por lo tanto, necesitará cuidados específicos.

Se ha demostrado que el deterioro se puede frenar y los déficits son más leves si se mantiene una vida activa y saludable, en entornos estimulantes, y si se continúan trabajando las capacidades mediante prácticas y ejercicios de estimulación cognitiva.

La función cognitiva puede verse afectada además por pérdidas en otras áreas de la capacidad intrínseca, en particular de la audición, la visión y el estado de ánimo, de modo que también deben abordarse si se desea conseguir resultados favorables. Las personas que sufren deterioro cognitivo no siempre presentan las mismas disminuciones en otras áreas.

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

ENFERMEDADES QUE CURSAN CON SÍNTOMAS COGNITIVOS

Evaluar y abordar las enfermedades asociadas es un paso importante antes del diagnóstico del deterioro cognitivo, para determinar la presencia de algunos trastornos comunes que pueden provocar un deterioro cognitivo transitorio. En estos casos, los síntomas cognitivos deberían desaparecer con un tratamiento adecuado. Algunos trastornos comunes que pueden provocar un deterioro cognitivo transitorio son la deshidratación, la nutrición deficiente, las infecciones y la polimedicación. En estos casos, los síntomas cognitivos deberían desaparecer con un tratamiento adecuado.

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

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

➤ **Polimedicación.** Si se administran más de 3 o 5 medicamentos, estos pueden interactuar entre sí provocando efectos secundarios adversos. Los sedantes e hipnóticos son los medicamentos que más se asocian con trastornos cognitivos en las personas mayores.

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

EVALUAR Y ATENDER LAS ENFERMEDADES ASOCIADAS

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

Para prevenir la progresión del deterioro cognitivo es preciso evaluar y abordar las enfermedades cardiovasculares y los factores de riesgo: plantear a la persona que debe dejar de fumar, tratar la hipertensión y la diabetes, dar consejos sobre alimentación para controlar el peso.

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

DETECCIÓN DE LA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD COGNITIVA

En el inicio haremos la siguiente prueba:

1. Recordar tres palabras: le pedimos a la persona que recuerde tres palabras que le diremos. Las palabras tienen que ser fáciles y concretas, tales como “flor”, “puerta”, “arroz”.
2. Orientación espaciotemporal: a continuación, le preguntamos: “¿Cuál es la fecha completa de hoy?” y “¿Dónde está usted ahora mismo?” (en la casa, en el consultorio, etc.)
3. Recordar las tres palabras: ahora le pediremos a la persona que repita las tres palabras que le dijimos en el punto 1.

Si la persona no responde correctamente a una de las dos preguntas de orientación espacio-temporal, o bien no recuerda las tres palabras, es probable que tenga algún deterioro cognitivo y hará falta proceder a una evaluación adicional.

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

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

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

TEST PARA EVALUAR LA FUNCIONALIDAD

Como ya hemos mencionado, la valoración funcional es un pilar importante en la evaluación de las personas mayores. Es, además, una parte esencial de la práctica clínica y se ha ido consolidando como uno de los principales objetivos de la evaluación diagnóstica de las demencias. Los tests funcionales permiten determinar con objetividad el funcionamiento en la vida cotidiana de los adultos con demencia.

Shapira (2005, citado en Ibañez et al., 2020) define tres niveles de estudios funcionales: básico, que incluyen aquellas actividades orientadas al cuidado del propio cuerpo llamadas **Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)** y que son: baño, vestido, aseo, uso del baño, deambulación y continencia; instrumental, con las llamadas **Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)**, que considera las actividades destinadas a la interacción con el medio tales como: manejo de dinero, uso del teléfono, realización de compras, administración de la medicación, y avanzadas, que comprende funciones sociales específicas para cada persona y representa el nivel de mayor independencia.

Existe clara evidencia de que, a medida que progresa la enfermedad, las alteraciones en las actividades de la vida diaria se ven afectadas, primero, las más demandantes cognitivamente (AIVD) y luego las más básicas, en estadios avanzados de la enfermedad (ABVD). Todas estas habilidades y competencias que le permiten a la persona vivir de forma autónoma e independiente se deterioran acorde al progreso de la enfermedad, incidiendo en cada individuo y su grupo familiar de un modo único y particular.

La evaluación funcional fue definida por Solomon (1998) como el proceso por el cual el profesional de la salud interpreta la capacidad de la persona para desempeñarse en la vida cotidiana, identifica las dificultades que lo limitan y, apoyándose en esta información, desarrolla un plan de acción destinado a que la persona mantenga y/o recupere la autonomía.

Existen numerosos instrumentos para evaluar las limitaciones funcionales, útiles para determinar el impacto de los trastornos cognitivos en las actividades básicas de la vida diaria. Entre las escalas de evaluación, contamos con las *Escalas de actividades básicas de la vida diaria*, de Katz y el *Índice de Barthel*. También existen escalas de actividades instrumentales de la vida diaria, como la Escala de *Lawton & Brody*, el Cuestionario de Actividad Funcional de Pfeffer (FAQ) y el *Cuestionario de Actividades de la Vida Diaria-Tecnología* (Technology-Activities of Daily Living Questionnaire [T-ADLQ]).

FUNCIONAL ABVD. Katz
Actividades Básicas de la Vida Diaria.

Lavado

- 0 No recibe ayuda (entrada y salida de la bañera por sí mismo, si esta es de forma habitual de bañarse)
- 0 Recibe ayuda en la limpieza de sólo una parte de su cuerpo (por ejemplo espalda y piernas)
- 1 Recibe ayuda para tomar la ropa o más de una parte de su cuerpo o ayuda a entrar y salir de la bañera

Vestido

- 0 Toma la ropa y se viste completamente sin ayuda
- 0 Sin ayuda excepto para atarse los zapatos
- 1 Recibe ayuda para tomar la ropa o ponérsela, o permanece parcialmente vestido

Uso del baño

- 0 Va al baño, se limpia y se ajusta la ropa sin ayuda (puede usar bastón, andador o silla de ruedas)
- 1 Recibe ayuda para ir al baño, limpiarse, ajustarse la ropa o en el uso nocturno del orinal
- 1 No va al baño

Movilización

- 0 Entra y sale de la cama, se sienta y se levanta sin ayuda (puede usar bastón o andador)
- 1 Entra y sale de la cama, se sienta y se levanta de la silla con ayuda
- 1 No se levanta de la cama

Continencia

- 0 Controla completamente ambos esfínteres
- 1 Incontinencia ocasional
- 1 Necesita supervisión. Usa sonda vesical

Alimentación

- 0 Sin ayuda
- 0 Ayuda sólo para cortar la carne o untar el pan
- 1 Recibe ayuda para comer o es alimentado parcial o completamente usando sondas o fluidos intravenosos

TOTAL

Funcional ABVD: >1 Dependiente

OBSERVACIONES

FUNCIONAL AIVD. L&B.
Actividades Instrumentales de la Vida Diaria

Capacidad para usar el teléfono

- Utiliza el teléfono por iniciativa propia, o contesta pero no marca 1
- No utiliza el teléfono 0

Compras

- Realiza independientemente las compras necesarias 1
- Realiza independientemente pequeñas compras o es totalmente incapaz de comprar 0

Preparación de la comida

- Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente 1
- Prepara adecuadamente las comidas, si se le proporcionan los ingredientes o necesita que le preparen y sirvan las comidas 0

Cuidado de la casa

- Mantiene solo la casa o con ayuda ocasional para trabajos pesados o ayuda en todas las labores de la casa 1
- No participa en ninguna labor de la casa 0

Lavado de ropa

- Lava por sí solo toda su ropa o parte de ellas 1
- Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otra persona 0

Uso de medios de transporte

- Viaja solo en el transporte públicos o conduce en su propio coche o en transporte público, cuando va acompañado de otra persona 1
- Utiliza el taxi o el automóvil, pero sólo con ayuda de otros o no viaja en absoluto 0

Responsabilidad respecto a su medicación

- Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correctas 1
- Toma su medicación si la dosis está previamente preparada o no es capaz de administrar su medicación 0

Manejo de asuntos económicos

- Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo o realiza compras diarias pero necesita ayuda en las grandes compras y bancos 1
- Incapaz de manejar dinero 0

TOTAL

Funcional AIVD: <7 Semidependiente

OBSERVACIONES

TOTAL CRITERIOS DE INTERCONSULTA

	Criterios de interconsulta	Total
Funcional ABVD	> 1 Dependiente	
Funcional AIVD	< 7 Semidependiente	

Fuente: Planilla de Valoración Geriátrica Integral (VGI), Ministerio de Salud de la Provincia del Neuquén.

Cuadro 3. Planilla de Actividades Básicas e Instrumentales

La planilla de actividades básicas de la vida diaria y actividades instrumentales de la vida diaria se encuentran disponibles para su impresión en la sección Anexos, (ver Anexo **Planilla de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria**).

EVALUACIÓN CON TESTS COGNITIVOS, NEUROPSIQUIÁTRICOS Y FUNCIONALES

El diagnóstico de las demencias se basa fundamentalmente en la evaluación clínica, las neuroimágenes (estructurales y funcionales) y la evaluación con tests cognitivos, neuropsiquiátricos y funcionales (Meiran, 1996, citado en Ibañez, A. et al, 2020). Estos tests son un pilar esencial para detectar y objetivar la presencia de deterioro cognitivo. Idealmente, deben evaluar tres dimensiones del trastorno demencial: i) el estado cognitivo mediante tests cognitivos, ii) los síntomas neuropsiquiátricos y iii) la funcionalidad o capacidad de realizar las actividades de la vida diaria. Los criterios internacionales de demencia establecen que la presencia de deterioro cognitivo debe ser documentada por medio de una evaluación breve del estado mental o detección cognitiva y confirmada por una evaluación neuropsicológica abarcadora, de corresponder (Allegri, 1995).

Test breves (tests de detección o pruebas cognitivas breves [PCB])

Una detección cognitiva es una evaluación acotada, que permite obtener una imagen general de las funciones cognitivas de una persona en un período corto. Asimismo, debe tener como objetivo distinguir entre los cambios cognitivos presentes en el proceso de envejecimiento normal y la declinación cognitiva característica de la demencia tipo Alzheimer y otras demencias. Para que una detección cognitiva sea útil, debe ser breve y a la vez sensible, además de ser fácil de realizar y no necesitar de un gran entrenamiento para hacerlo (Marenco, Manes y Roca, 2018, citado en Ibañez, A. et al, 2020).

En el campo de la demencia, las detecciones cognitivas son fundamentales para el diagnóstico y, también, para determinar la severidad y evaluar la progresión. Un buen test de detección no debiera, en el mejor de los casos, requerir de gran cantidad de materiales para su utilización. Una buena detección cognitiva debiera no variar demasiado con respecto al sexo, la edad y los años de educación. Así, un mismo test, o puntaje de corte, sería suficiente para evaluar a todas las poblaciones. En la actualidad, la mayoría de los test propuestos se encuentran afectados por el nivel educativo de la persona mayor (mejor *performance* o puntos de corte más elevados en personas con mayor nivel educativo) pero esta no deja de ser una característica a tener en cuenta en la selección de una herramienta adecuada de detección.

Por último, y no por ello menos importante, las evaluaciones de detección debieran seguir los principios de toda evaluación neuropsicológica definida como una herramienta que es estandarizada, cuantificable, replicable, sensible y válida en la población específica en la que se quiere utilizar (Marenco, Manes y Roca, 2018, citado en Ibañez, A. et al, 2020).

En el campo de la demencia, la evaluación neuropsicológica ha mostrado ser de utilidad para: a) el diagnóstico precoz; b) la identificación del tipo de perfil del deterioro cognitivo; c) la determinación de la severidad; d) la evaluación de la

progresión, y e) la valoración de la eficacia de las drogas y tratamientos utilizados en las personas (Dastoor y Mohr, 1996).

Las herramientas de detección cognitiva comúnmente utilizadas incluyen: el *Mini-Mental State Examination* (MMSE) y el *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA). El MMSE le otorga un gran peso a la orientación, la memoria, lo viso-espacial y el lenguaje, y, en consecuencia, puede ser sensible a los déficits cognitivos encontrados en la demencia tipo Alzheimer.

El MoCA es una batería breve más compleja que evalúa una gama más amplia de funciones cognitivas, especialmente las funciones ejecutivas, proporcionando así una mayor sensibilidad para detectar el deterioro leve y otros tipos de demencia, no solo la enfermedad de Alzheimer.

Cabe destacar que ambos test poseen una gran influencia educativa y lingüística. Podemos decir que, en su conjunto, se recomienda el uso de pruebas de detección en personas con queja cognitiva, así como también en personas mayores asintomáticas.

El deterioro neurocognitivo no solo se determina a través de la historia y los antecedentes de la persona y su examen físico, sino que se debe confirmar por medio de pruebas cognitivas estandarizadas breves, que frecuentemente deben complementarse con una evaluación neuropsicológica.

Evaluación neuropsicológica: definición y motivos de derivación

La evaluación neuropsicológica explora las funciones cognitivas con el fin de obtener información acerca de la integridad estructural y funcional del cerebro, además de puntuar la severidad del daño cognitivo, la asociación con síntomas neuropsiquiátricos, y su repercusión en las actividades de la vida diaria. De esta manera, sirve para identificar deterioros como el deterioro cognitivo leve o ayudar en el diagnóstico de enfermedades neurodegenerativas como el Alzheimer, el Parkinson, los accidentes cerebrovasculares y la epilepsia, entre otros (Zuchella et al., 2018). La evaluación neuropsicológica permite también precisar el tipo y patrón del trastorno cognitivo, lo que contribuye al diagnóstico diferencial de las demencias (Musa et al., 2019).

La evaluación neuropsicológica contribuye al diagnóstico diferencial de las personas que consultan por queja cognitiva. Permite detectar la presencia de un trastorno cognitivo y caracterizar su patrón o las funciones cognitivas más afectadas, y obtener información acerca del pronóstico de la persona. Asimismo, se utiliza también para poder monitorear el declive cognitivo; evaluar la regresión cognitiva y comportamental en enfermedades reversibles; para la prescripción médica; para la medición de la respuesta a ciertos medicamentos; para definir la línea base para tratamientos de rehabilitación cognitiva y como instrumento médico legal.

Pruebas de evaluación de la función cognitiva en atención primaria

***Mini-Mental State Examination* (MMSE)**

Descripción y objetivos. El MMSE es un test de detección global desarrollado por Folstein en el año 1975 (Folstein et al., 1975). Este instrumento evalúa la eficiencia cognitiva global mediante la exploración de distintos dominios cognitivos. El test consta de un total de 30 puntos y evalúa los siguientes dominios cognitivos:

- Orientación (temporal y espacial)
- Memoria de fijación y memoria de recuerdo diferido
- Atención y concentración
- Lenguaje
- Habilidades visoconstructivas

Este instrumento es el más conocido y utilizado para evaluar las capacidades cognitivas. Entre sus ventajas encontramos que ha sido estudiado en diferentes poblaciones y con diferentes objetivos, específicamente para: i) evaluar la presencia de demencia; ii) determinar su severidad, y iii) evaluar la progresión en el tiempo y su respuesta a los tratamientos. Sin embargo, presenta también varias desventajas: no se puede administrar en poblaciones analfabetas y el nivel cultural y educativo lo influyen en gran medida. Además, su validez de contenido es baja, ya que no evalúa las funciones ejecutivas ni la memoria semántica (Villarejo y Puertas-Martin, 2011). Su administración lleva aproximadamente 10 minutos y puede ser aplicado por todo personal de salud debidamente entrenado (profesionales de la medicina, psicología, fonoaudiología, enfermería, terapia ocupacional).

Montreal Cognitive Assessment (MoCA)

Descripción y objetivos. El MoCA (Nasreddine et al., 2005, citado en Ibañez, A. et al, 2020) es una evaluación breve de las capacidades cognitivas. Se desarrolló principalmente para la detección de personas con deterioro cognitivo leve (DCL) o demencias en etapas leves.

Este instrumento es significativamente más sensible que el MMSE para diferenciar entre el DCL amnésico (DCL-a) y la demencia. Sin embargo, uno de sus inconvenientes es el alto sesgo educativo, por lo que, tanto en su versión original como en las versiones validadas en otros contextos (González et al., 2018, citado en Ibañez, A. et al, 2020), se adicionan puntos extras según el nivel de escolaridad.

El MoCA evalúa los siguientes dominios cognitivos:

- Funciones ejecutivas
- Atención y concentración
- Capacidad de abstracción
- Memoria
- Lenguaje
- Capacidades visoconstructivas
- Cálculo
- Orientación

Su administración toma aproximadamente 10 minutos y puede ser aplicado por todo personal de salud debidamente entrenado (profesionales de la medicina, psicología, fonoaudiología, enfermería, terapia ocupacional). (Ver Anexo **Evaluación cognitiva**)

Evaluación de la función cognitiva para médicos generalistas (GPCOG).

Nombre del paciente: _____

Fecha: _____

GPCOG

ETAPA 1 – EXAMEN DEL PACIENTE

Cada pregunta debe hacerse una sola vez, a no ser que se especifique lo contrario.

Nombre y dirección para hacer una prueba de recuperación de memoria

Le voy a dar un nombre y una dirección. Después de decirlo, quiero que lo repita. Recuerde este nombre y dirección porque se lo volveré a preguntar en algunos minutos: Juan Díaz, calle Mayor 42, Soria. (Permitir hasta 4 ensayos, pero no puntuar todavía.)

Orientación en tiempo

1. ¿Qué fecha es? (respuesta exacta)

Correcto Incorrecto

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Dibujar un reloj (emplear un círculo en el reverse de esta página)

2. Por favor marque/dibuje todos los números que indican las horas de un reloj. (espaciado correcto)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

3. Por favor marque/ dibuje las agujas/manecillas que indican las 11 y las 10.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Información

4. ¿Puede usted decirme alguna noticia reciente? (Reciente = de la última semana. Ante una respuesta inespecífica, como "guerra", "mucho lluvia", pedir mas información. Solamente las respuestas específicas son correctas.)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Memoria

5. ¿Cuál es el nombre y la dirección que le pedí que recordará?

Juan

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Díaz

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Mayor (calle)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

42

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Soria

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Añadir las respuestas correctas:

Resultado:

de los 9

- 9 No hay deterioro cognitivo observable**
No es necesario conducir investigaciones o estudios estándares
- 5 – 8 Mas información es necesaria**
Proceda con la etapa 2: entrevistar al familiar o cuidador
- 0 – 4 Se indica deterioro cognitivo**
Conduzca investigaciones o estudios está

Nombre del paciente: _____

Fecha: _____

GPCOG

ETAPA 2 – ENTREVISTA AL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombre del informador: _____

Relación con el paciente: _____

Haga las siguientes preguntas:

Comparado a hace 5–10 años,

	SI	NO	No sabe	N/A
1. ¿Tiene el paciente más dificultades para recordar hechos recientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. ¿Tiene el paciente más dificultades para recordar conversaciones que han tenido lugar en los días previos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Cuando habla ¿tiene el paciente más dificultades para encontrar la palabra adecuada, o se equivoca con las palabras mas a menudo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. ¿Es el paciente menos capaz de manejar el dinero y los asuntos económicos (p.ej. pagar los recibos, hacer un presupuesto)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Es el paciente menos capaz de manejar su medicación de forma independiente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Necesita el paciente más asistencia para desplazarse (en transporte público o privado)? (Si el paciente experimenta dificultades debido a problemas físicos p.ej. un problema en la pierna, marque 'NO'.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Añadir las respuestas 'NO', 'No sabe' o 'N/A (no aplicable)':

Resultado: de los 6

4 – 6 No hay deterioro cognitivo observable
No es necesario conducir investigaciones

0 – 3 Se indica deterioro cognitivo
Conduzca investigaciones o estudios está

Al ser referido a un especialista, cita los dos resultados de cada etapa del GPCOG:

ETAPA 1 Examen del paciente: __ / 9

ETAPA 2 Entrevista al informador: __ / 6 o N/A

© University of New South Wales as represented by the Dementia Collaborative Research Centre – Assessment and Better Care; Brodaty et al, JAGS 2002; 50:530-534

(La planilla GPCOG se encuentra disponible para imprimir: ver Anexo **Planilla GPCOG**).

Neuroimágenes. Tomografía computada (TC) y resonancia magnética cerebral (RMN)

Las neuroimágenes tienen dos objetivos fundamentales:

- Descartar causas no degenerativas (hidrocefalia, tumores, etc.).
- Diagnosticar la presencia de atrofia hipocámpal en la enfermedad de Alzheimer; atrofia frontal en la demencia frontotemporal; variante conductual y periinsular en demencia frontotemporal son de apoyo para el diagnóstico.

Respecto de cuándo escoger un examen u otro, no hay evidencia significativa de que la RMN sea superior a la TC de encéfalo para detectar un componente vascular, aunque podría ser de mayor utilidad la RMN para otros tipos de demencia (por ej., en sospecha de demencia reversible). En general, se prefiere el uso de TC de encéfalo sin contraste como estudio estructural de primera línea.

DEMENCIA O ALTERACIÓN NEUROCOGNITIVA SEVERA

Si el deterioro cognitivo afecta la capacidad de la persona mayor para desenvolverse eficazmente dentro de su entorno, puede ser necesaria una evaluación especializada para diagnosticar la demencia o enfermedad de Alzheimer (la causa más frecuente de demencia).

El término “demencia” se define como un síndrome clínico adquirido, causado por una disfunción cerebral reversible o irreversible. Se caracteriza principalmente por un deterioro de las funciones neurocognitivas, frecuentemente asociado a trastornos psicológicos y de la conducta y, en ocasiones, a trastornos motores, que lleva a un trastorno de la funcionalidad o dificultad para realizar las actividades de la vida diaria (Slachevsky, 2019; Méndez y Cummings, 2003). Se plantea el diagnóstico de demencia cuando se afecta la funcionalidad del individuo, es decir, cuando la persona se vuelve incapaz de desenvolverse independientemente en la vida diaria. El progresivo aumento de la esperanza de vida trae como consecuencia un mayor número de personas de edad avanzada con dependencia, como consecuencia de las demencias. Por ello, es necesario profundizar los conocimientos para prevenir, diagnosticar y tratar esta patología. Para indicar un buen tratamiento, se debe primero realizar un buen diagnóstico y conocer en profundidad la temática.

La enfermedad de Alzheimer es la causa más común de demencia y de deterioros cognitivos en las personas mayores, pero no es la única y, por ello, se debe considerar a todo el espectro de las enfermedades neurodegenerativas que afectan a las personas mayores. Al respecto, se evidencia que el 58% de los cuidadores familiares creen que los síntomas forman parte de un deterioro normal y, por lo tanto, no realizan una consulta al servicio de salud con la consecuente falta de oportunidades para un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

La atención de estas patologías debe ser a través de un abordaje interdisciplinario y no solo desde el enfoque médico. Es fundamental brindar un trato digno y humanizado, tanto para quien presenta esta enfermedad como para su familia. La alta prevalencia y el impacto que la demencia genera en la familia, la persona que la padece y la comunidad es un reto para la salud pública.

La demencia es una de las mayores causas de discapacidad en la vejez y es la causa

principal de dependencia. Esta es una enfermedad que impacta fuertemente en quien la padece, tanto en el ámbito psicológico, médico, familiar y económico, afectando profundamente su calidad de vida. La demencia es un síndrome clínico y no una enfermedad específica. Múltiples enfermedades cerebrales, algunas de ellas reversibles, pueden causar demencia (Trimble, 1996). Uno de los mayores avances en el estudio de la demencia ha sido la identificación de diferentes tipos clínicos, junto a la identificación de los mecanismos etiopatogénicos causantes del síndrome demencial.

La persona afectada por este síndrome experimenta un deterioro cognitivo significativo desde su nivel de funcionamiento previo, que es distinto de la discapacidad intelectual. Este deterioro puede afectar diferentes funciones superiores, las cuales se asocian con disfunción de distintas redes neuronales: atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidades perceptuales y motoras y cognición social.

El deterioro cognitivo interfiere con la capacidad de desarrollar de manera independiente las actividades de la vida diaria. Usualmente, en los estadios iniciales de la demencia se afectan las actividades más complejas como el trabajo, las actividades sociales y/o las relaciones interpersonales. En estadios tardíos de la demencia, se comprometen actividades de menor complejidad, como las de autocuidado. La persona con demencia requerirá del apoyo de terceros en sus actividades habituales y será incapaz de llevar una vida independiente.

Evaluar y abordar el entorno físico y social

Es probable que la persona con demencia tenga importantes necesidades de apoyo si el deterioro cognitivo afecta su autonomía e independencia. Los integrantes del equipo de Salud pueden ayudar a los cuidadores a armar un plan de actividades cotidianas que potencie al máximo la independencia, mejore la funcionalidad, ayude a adaptar y desarrollar aptitudes, y reduzca la necesidad de ayuda.

Cuidar de personas que presentan un deterioro cognitivo grave es una labor sumamente exigente, por lo que el estrés puede poner en riesgo la salud de las personas cuidadores. Será necesario entonces evaluar la necesidad de apoyo y elaborar un plan integral incluyendo a la persona que cuida.

- Ofrecer orientación para preservar la autonomía si el deterioro la afecta.
- Evaluar la carga o presión que soporta el cuidador/a.
- Prestar estrategias y apoyo para las actividades cotidianas.
- Procurar estimular a las personas mayores con actividades cognitivas y de evocación, estimulando los sentidos y el contacto con otras personas.

ESTIMULACIÓN COGNITIVA

La estimulación cognitiva puede desacelerar el deterioro de los procesos cognitivos. Se deberá estimular a las personas mayores con actividades cognitivas de evocación, lenguaje, razonamiento y cálculo, estímulo de los sentidos y el contacto con otras personas. La estimulación cognitiva puede ofrecerse de manera individual o grupal. Para algunas personas es mejor trabajar en grupo, ya que el contacto social puede ayudarlas. Los grupos también pueden ser apropiados y eficaces si los integrantes comparten una finalidad común.

El trabajo grupal habitualmente comprende un máximo de 14 sesiones temáticas, de unos 45 minutos cada una, dos veces a la semana. Una persona que oficia como facilitadora dirige las sesiones, que normalmente comienzan con alguna actividad preparatoria (que no será de tipo cognitivo) para luego pasar a las tareas cognitivas, tales como la orientación espacial y temporal (por ejemplo, un cartel en el que se indique el lugar, la fecha y la hora). En cada una de las sesiones se tratará un tema concreto, como la niñez, el manejo del dinero o los ejercicios de “caras” o “escenas”. Estas actividades, en general, evitan la rememoración de hechos concretos y plantean preguntas como “¿Qué tienen en común estas palabras/estos objetos?” ¿Quién puede dirigir la estimulación cognitiva? Para diseñar y administrar, a una persona con un deterioro significativo, una intervención personalizada, puede ser necesario realizar una evaluación y planificación más detalladas, tareas que exigen conocimientos especializados. Por consiguiente, los protocolos locales deben incluir criterios de derivación a especialistas en neuropsicología para la terapia de estimulación cognitiva.

Los familiares y las personas cuidadoras pueden desempeñar una función destacada en la estimulación cognitiva. Es importante indicarles que deben recordar regularmente a las personas mayores datos como el día, la fecha, la hora, el clima que hace, los nombres de las personas, etc., dado que esta información las ayuda a permanecer orientadas en tiempo y espacio.

Además, suministrarles materiales como periódicos, radio y televisión, álbumes familiares y elementos domésticos puede promover la comunicación, orientarlos respecto a los acontecimientos de actualidad, estimular los recuerdos y facilitar que la persona comparta y valore sus experiencias.

Los familiares y las personas cuidadoras pueden hacer lo siguiente:

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

ÁREA DE MOVIMIENTO

La capacidad locomotora es la capacidad física de desplazarse de un lugar a otro. La movilidad es un factor determinante fundamental en el envejecimiento activo y saludable, a fin de mantener la autonomía y la independencia.

Una buena movilidad en las personas mayores contribuye a mantenerlas saludables ya que previene enfermedades como la osteoporosis, la pérdida del equilibrio, la disminución de la fuerza y el tono muscular; o accidentes, como las caídas y sus

consecuencias, las fracturas; así como también permite realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria de forma independiente. Muchas personas mayores y sus familias aceptan la pérdida de capacidad locomotora y el dolor asociado como hechos inevitables, pero no lo son.

DETECTAR LA ALTERACIÓN DE LA MOVILIDAD

Cualquier miembro del equipo de Salud puede realizar pruebas sencillas para detectar la pérdida de movilidad.

Prueba de la silla

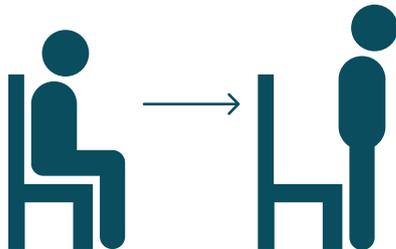
Instrucciones

Preguntar a la persona: “¿Cree que puede ponerse de pie cinco veces, desde una silla, sin ayudarse con los brazos?”

A continuación, le mostraremos a la persona cómo se hace la prueba. Si la comprendió, le daremos las siguientes instrucciones:

- > “Siéntese hasta la mitad de la silla”
- > “Cruce los brazos sobre el pecho y manténgalos ahí”
- > “Póngase de pie hasta estar totalmente derecha y luego vuelva a sentarse”
- > “Repítalo cinco veces, lo más rápido que pueda, sin detenerse”

Quien administra la prueba, con un cronómetro deberá tomar el tiempo que tarda la persona mayor en realizarla.



Si consigue levantarse **cinco veces en 14 segundos**, la prueba es **normal**.

En este caso se sugiere fomentar y reforzar hábitos saludables y reforzar conceptos generales sobre salud o atención habitual.



Si **NO consigue levantarse cinco veces en 14 segundos** es necesario evaluar la movilidad con **baterías de prueba de desempeño físico de corta duración (SPPB)** que permiten detectar si la movilidad se encuentra limitada.

En las SPPB se cronometra la realización de tres ejercicios (movilidad, velocidad de la marcha y prueba de la silla), a cada uno de los cuales se le da un puntaje de 0 a 4 puntos y se calcula la puntuación general de entre 0 (peor resultado) y 12 (mejor resultado).

Para la realización de estos ejercicios, primero se describirá a la persona mayor cada uno de ellos y se le preguntará si se siente capaz de hacerlos. En cada ejercicio, si no los puede realizar, anotaremos la puntuación que corresponda y pasaremos al ejercicio siguiente.

EVALUAR LA MOVILIDAD

Equilibrio

Consiste en que la persona mayor se mantenga de pie durante 10 segundos en cada una de las siguientes tres posturas (luego, se suman las puntuaciones de las tres):

Pies en paralelo: pararse con los pies uno al lado del otro

Instrucciones para la persona mayor

- “Intente pararse con los pies juntos uno al lado del otro, durante unos 10 segundos”.
- “Puede usar los brazos, doblar las rodillas o mover el cuerpo para mantener el equilibrio, pero trate de no mover los pies. Intente mantener esta posición hasta que se le diga que se detenga”.



Instrucciones para quien administra la prueba

- Colóquese al lado de la persona mayor para ayudarlo a poner los pies juntos uno al lado del otro.
- De suficiente apoyo, tomando del brazo a la persona mayor, para evitar que pierda el equilibrio.
- Cuando la persona mayor tenga los pies juntos, pregúntele: “¿Está listo/a?”.
- Suelte a la persona mayor y comience a cronometrar al decirle: “Listo, empezamos”.
- Después de 10 segundos, o cuando la persona mayor se salga de la posición o tome su brazo, detenga el cronómetro y diga: “Deténgase”.
- Si la persona mayor no pudo mantener la posición durante 10 segundos, registre el resultado.

Puntuación de la prueba:

Se mantiene 10 segundos	1 PUNTO
No se mantiene 10 segundos	0 PUNTO
No lo intenta	0 PUNTO

* Nota: si no lo intenta, terminar la prueba de equilibrio.

Posición de pie con los pies en semi tándem

Instrucciones para la persona mayor

- “Intente pararse con el lado del talón de un pie tocando el dedo gordo del otro pie durante unos 10 segundos. Puede poner cualquiera de los pies delante, lo que sea más cómodo para usted”.
- “Puede usar los brazos, doblar las rodillas o mover el cuerpo para mantener el equilibrio, pero trate de no mover los pies. Intente mantener esta posición hasta que se le diga que se detenga”.



Instrucciones para quien administra la prueba

- Colóquese al lado de la persona mayor para ayudarla a adoptar la posición de semi tándem.
- Preste suficiente apoyo, tomando del brazo a la persona mayor, para evitar que esta pierda el equilibrio.
- Cuando la persona mayor tenga sus pies juntos en semi tándem, pregúntele: “¿Está listo/a?”.
- Suelte a la persona mayor y comience a cronometrar al decirle: “Listo, empezamos”.
- Después de 10 segundos, o cuando la persona mayor se salga de la posición o tome su brazo, detenga el cronómetro y diga: “Deténgase”.
- Si la persona mayor no pudo mantener la posición durante 10 segundos, registre el resultado.

Puntuación de la prueba:

Se mantiene 10 segundos	1 PUNTO
No se mantiene 10 segundos	0 PUNTO
No lo intenta	0 PUNTO

✳ *Nota: si no lo intenta, terminar la prueba de equilibrio.*

Posición de pie con los pies en tándem completo

Instrucciones para la persona mayor

- “Intente pararse con el talón de un pie delante y tocar los dedos del otro pie durante unos 10 segundos. Puede poner cualquiera de los pies delante, lo que sea más cómodo para usted”.
- “Puede usar los brazos, doblar las rodillas o mover el



cuerpo para mantener el equilibrio, pero trate de no mover los pies. Intente mantener esta posición hasta que se le diga que se detenga”.

Instrucciones para quien administra la prueba

- Colóquese al lado de la persona mayor para ayudarlo a colocarse en la posición tándem completo.
- De suficiente apoyo tomando del brazo a la persona mayor para evitar que pierda el equilibrio.
- Cuando la persona mayor tenga sus pies juntos en tándem completo, pregúntele: “¿Está listo/a?”
- Suelte la persona mayor y comience a cronometrar al decirle: “Listo, empezamos.”
- Después de 10 segundos o cuando la persona mayor se salga de la posición o tome su brazo, detenga el cronómetro y diga: “Deténgase”.

Puntuación de la prueba

Se mantiene 10 segundos	2 PUNTOS
Se mantiene 3 - 9.99 seg	1 PUNTO
Se mantiene < 3 segundos	0 PUNTO
No lo intenta	0 PUNTO

Velocidad de la marcha

Consiste en evaluar el tiempo que la persona mayor tarda en recorrer 4 metros.

✳ *Aclaración: si la persona usa bastón u otro elemento auxiliar para caminar y siente que lo necesita para caminar una distancia corta, entonces puede usarlo.*

Prueba 1

Instrucciones para la persona mayor

- “Este es el trayecto que hay que caminar. Camine hasta el otro extremo del trayecto que estará marcado con una cinta, a su velocidad habitual, como si estuviera caminando por la calle para ir a hacer una compra”.
- “Camine hasta el final del trayecto, pasando la cinta antes de detenerse”.

Instrucciones para quien administra la prueba

- Pida a la persona mayor que se pare con ambos pies tocando la línea de salida.
- Cuando quiera que inicie, le dirá: “Listo, empezamos”.
- Presione el botón para activar el cronómetro cuando la persona mayor comience a caminar.

- Camine detrás y a un lado de la persona mayor.
- Detenga el cronómetro cuando uno de los pies de la persona mayor haya cruzado completamente la línea final.

Prueba 2

Instrucciones para la persona mayor

- “Ahora repita la prueba. Recuerde caminar a su ritmo habitual y llegar un poco más allá del otro extremo del trayecto”

Instrucciones para quien administra la prueba

- Asegúrese de que la persona mayor se pare con ambos pies tocando la línea de salida.
- Cuando quiera que inicie, le dirá: “Listo, empezamos”.
- Presione el botón para activar el cronómetro cuando la persona mayor comience a caminar.
- Camine detrás y a un lado de la persona mayor.
- Detenga el cronómetro cuando uno de los pies de la persona mayor haya cruzado completamente la línea final.

Puntuación de la prueba

Tarda < 4.82 segundos	4 PUNTOS
Tarda entre 4.82 - 6.20 seg	3 PUNTOS
Tarda entre 6.20 - 8.70 seg	2 PUNTOS
Tarda > 8.70 segundos	1 PUNTO
Incapaz de realizar el ejercicio	0 PUNTO

Prueba de la silla

Consiste en evaluar el tiempo que la persona mayor tarda en levantarse de la silla 5 veces.

Instrucciones para la persona mayor

- “Levántese derecha, cinco veces, lo más rápido que pueda, sin detenerse cada vez que lo hace”.
- “Cada vez que se levante, siéntese y luego levántese de nuevo”.
- “Mantenga sus brazos cruzados sobre el pecho. Le estaré tomando el tiempo con un cronómetro”.

Instrucciones para quien administra la prueba

- Cuando la persona mayor este sentada correctamente, dígame: “¿Listo?, Levántese”, y empiece a tomar el tiempo.
 - Cuento en voz alta, cada vez que la persona mayor se levanta de la silla, hasta contar 5 levantamientos.
 - Detenga el cronómetro cuando la persona mayor se haya levantado por quinta vez.
 - Si la persona mayor se detiene y parece estar fatigada antes de completar los 5 levantamientos de la silla, confírmelo preguntándole: “¿Puede continuar?”. Si responde “Si”, continúe tomando el tiempo; si responde “No”, deténgase y reinicie el cronómetro.
- También detenga el cronómetro:
- Si la persona mayor usa sus brazos.
 - Si se cansa mucho o presenta dificultad para respirar al estar levantándose repetidamente de la silla.
 - Después de 1 minuto, si la persona mayor no ha completado los 5 levantamientos.
 - Si le preocupa la seguridad de la persona mayor.

Puntuación de la prueba

Tarda < 11.19 segundos	4 PUNTOS
Tarda entre 11.2 - 13.69 seg	3 PUNTOS
Tarda entre 13.7 - 16.69 seg	2 PUNTOS
Tarda entre 16.7 - 59.9 seg	1 PUNTO
Tarda > 60 segundos	0 PUNTO
Incapaz de realizar el ejercicio	0 PUNTO

La suma de las puntuaciones de las 3 pruebas arroja el Puntaje Total de la SPPB. Si el Puntaje Total de las SPPB es de 10-12 puntos **la movilidad es normal.**

En este caso, se sugiere brindar recomendaciones para mejorar y preservar la movilidad, tales como las que se presentan a continuación.

RECOMENDACIONES SOBRE ACTIVIDAD FÍSICA EN PERSONAS MAYORES

El objetivo de la actividad física es preservar la salud, mantener la capacidad funcional, evitar el sedentarismo, prevenir las enfermedades cardiovasculares, la obesidad, la diabetes, el deterioro cognitivo, así como retrasar la aparición de la dependencia e incluso disminuir el riesgo de caídas.

Bajo la consigna *Cuanta más actividad física, mejor*, se recomienda caminar 30 minutos todos los días de la semana, sumando a esto 2 días de actividad de fortalecimiento muscular que aumenten la fuerza, para poder evitar caídas y contribuir a la independencia de la persona mayor.

La edad no es una contraindicación para realizar actividad física, pero se debe realizar previamente una evaluación médica en el centro de atención primaria más cercano al domicilio de la persona.

La actividad física debe ser una actividad de disfrute y no debe provocar dolor, su finalidad es mejorar la calidad de vida, la funcionalidad, la cognición, los aspectos psicológicos y sociales y, además, preparar a la persona mayor para enfrentar mejor enfermedades o situaciones clínicas.

Seguridad en el ejercicio físico

Antes de dar consejos sobre el ejercicio físico o planificar un programa de ejercicios es necesario preguntar a la persona mayor si tiene algún problema de salud que puede alterar el momento o la intensidad de la actividad. A modo de ejemplo:

¿Le duele el pecho estando en reposo?

¿Ha tenido un infarto en los últimos 6 meses?

¿Se ha desmayado o ha perdido la conciencia?

¿Se ha caído en los últimos 6 meses?

¿Se ha fracturado algún hueso en el último mes?

¿Se queda sin aliento al realizar las tareas cotidianas en la casa, como vestirse?

¿Padece alguna enfermedad articular o muscular que condicione el ejercicio?

¿Le ha dicho algún profesional de la salud que limite el ejercicio físico?

Si la persona responde afirmativamente a algunas de las preguntas, se deberá planificar un programa de ejercicios adaptados.

Precauciones y sugerencias para cada vez que se realice actividad física

- Usar zapatos resistentes con refuerzo en los tobillos.
- Beber agua, antes y después de hacer ejercicios.
- Usar ropa holgada.
- Evitar hacer ejercicios a temperaturas extremas o húmedas.
- Hacer ejercicios en compañía de otras personas, si es posible.
- Si la persona está preocupada por su seguridad, considerar caminar bajo techo, por ejemplo, en un centro comercial
- Recordar la técnica respiratoria: durante los ejercicios de esfuerzo, sacar el aire durante el esfuerzo y tomar aire durante la fase de recuperación. Se descansará 1 a 2 minutos entre cada serie.

- Dejar de hacer ejercicios inmediatamente si tiene alguno de los siguientes síntomas: dolor en el pecho o pecho apretado, falta de aire, mareos, palpitaciones.

Cómo comenzar la actividad física

Si la persona mayor no practica regularmente ejercicios, considere el siguiente programa:

- Intentar caminar 10 minutos todos los días durante una semana a un paso que le permita mantener una conversación.
- Luego, aumentar 5 minutos a la semana hasta lograr caminar 30 minutos o más por día.

Distintos tipos de actividades

- Nadar o hacer ejercicios aeróbicos en el agua durante 20 minutos.
- Subir y bajar escaleras durante 15 minutos.
- Practicar Tai Chi. Esta es una forma de ejercicio que ha demostrado ser parte efectiva de un programa de ejercicios para personas mayores, ya que aumenta la flexibilidad, el equilibrio, la postura y la fuerza. Es particularmente útil para personas mayores con artrosis, trastornos de la marcha o del equilibrio o que han sufrido caídas.
- Bailar.
- Practicar la jardinería.
- Si se moviliza en silla de ruedas, pasear durante 30 a 40 minutos.

PROGRAMA DE EJERCICIOS MULTIMODALES

Es importante recomendar ejercicios multimodales, adaptados a las capacidades y necesidades individuales, que se pueden realizar en casa y en la comunidad. Para esto, se debe confeccionar un programa que se adapte a la capacidad y las necesidades individuales.

Un programa de ejercicios multimodales puede incluir:

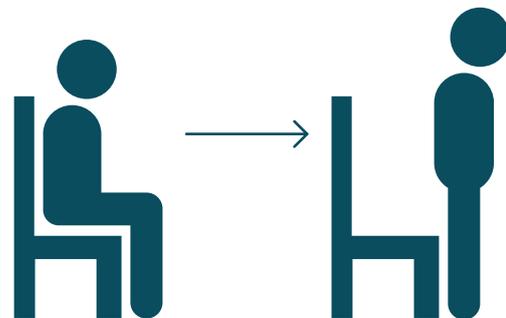
- Entrenamiento de fuerza o resistencia, en el que se ejercitan los músculos con cargas y pesas, bandas de resistencia o ejercicios funcionales como sentadillas, zancadas y ponerse de pie desde la posición sentada.
- Entrenamiento aeróbico o cardiovascular, como la marcha rápida o la bicicleta, a una velocidad que le permita mantener una conversación.
- Entrenamiento propioceptivo: refuerza el equilibrio con ejercicios estáticos y dinámicos; puede incrementarse el nivel de dificultad con diferentes superficies o al abrir o cerrar los ojos; algunos ejemplos son: pararse sobre un solo pie o caminar en una línea recta colocando un pie justo delante del otro al avanzar.
- Entrenamiento de flexibilidad que mejora la elasticidad de los tejidos blandos, como los músculos y la amplitud de movimiento de las articulaciones, como por ejemplo los estiramientos, el yoga, el Tai Chi y Pilates.
- Fomentar la autogestión para reforzar el cumplimiento del programa de ejercicio y sus beneficios.



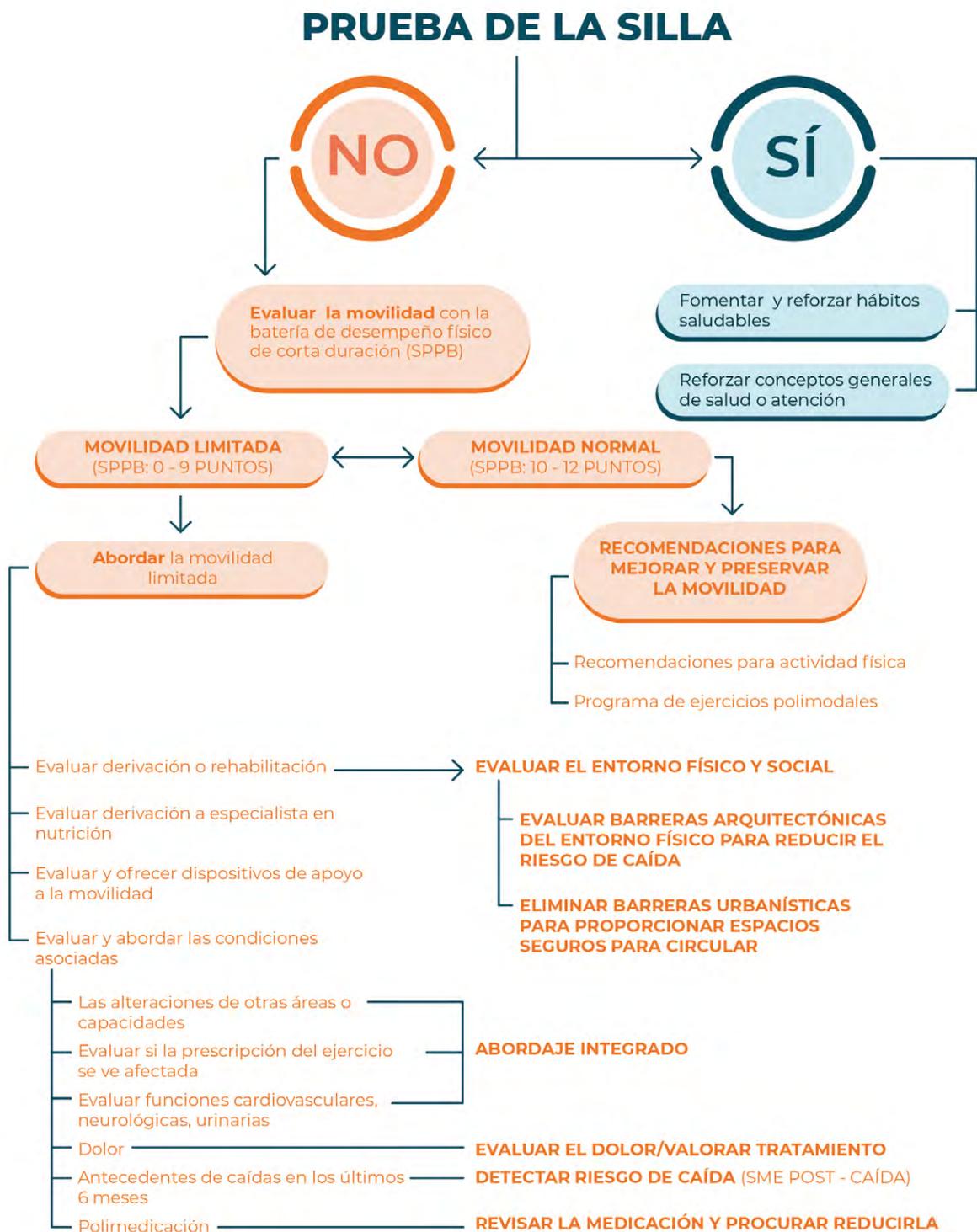
Si el puntaje del **SPPB** es de 0-9 puntos **la movilidad es limitada** y se requiere abordarla.

- Evaluar la **derivación a rehabilitación**, la cual debe tener un enfoque interdisciplinario, con la finalidad de rehabilitar para una vida independiente.
 1. Para elaborar un programa de ejercicios multimodales con supervisión que contemplen ejercicios multimodales en forma regular, adaptado a las capacidades y necesidades individuales con supervisión estrecha a cargo de personal especializado.
 2. Abordaje de problemas de salud como las lesiones causadas por caídas, afecciones crónicas, como por ejemplo los problemas de equilibrio, las secuelas de ACV, problemas de deglución, amputaciones, enfermedades respiratorias como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfermedades reumáticas.
- Evaluar la **derivación a un/a especialista en nutrición** para determinar la necesidad de aumentar la ingesta de proteínas, entre otras intervenciones nutricionales, que pueden potenciar los beneficios del programa de ejercicios.
- Evaluar y ofrecer **dispositivos de apoyo a la movilidad** (*Ver Anexo **Ayudas técnicas***)
- Evaluar y abordar las **condiciones asociadas**: detectar las alteraciones de las otras áreas, como las funciones cognitivas, sensoriales, la nutrición y la capacidad emocional. Si se detecta alguna alteración de estas áreas, se deberá realizar un abordaje integrado de las mismas.
- Evaluar si la **prescripción del ejercicio físico se ve dificultada** por: el deterioro significativo de las otras áreas; por comorbilidades (artrosis, osteoporosis y otras limitaciones osteoarticulares, etc.); fragilidad (se define como la presencia de 3 de los siguientes 5 criterios: fatiga crónica autoreferida, debilidad muscular, inactividad (nivel bajo de actividad física), disminución de la velocidad de marcha y pérdida de peso); sarcopenia (pérdida de masa muscular con disminución de la fuerza). Ante esto se deberá realizar en forma precoz y oportuna un abordaje integrado de las enfermedades.

Evaluar **los antecedentes** cardiovasculares (ej. síncope) y neurológicas (ej. epilepsia, Parkinson), las urgencias urinarias y la nicturia (despertarse para orinar de noche), incontinencia urinaria, dolor persistente que afecta el sueño, su estado de ánimo o su funcionalidad.



DETECTAR SI HAY ALTERACIÓN DE LA MOVILIDAD



Cuadro 5. Pérdida de la movilidad prueba de la silla

Evaluar el dolor: el dolor intenso asociado con el movimiento puede limitar e incluso impedir la realización de ejercicio. Resulta útil calificar la intensidad del dolor relacionado con la movilidad, tanto para diseñar el programa de ejercicios como para abordar el dolor.

Es importante:

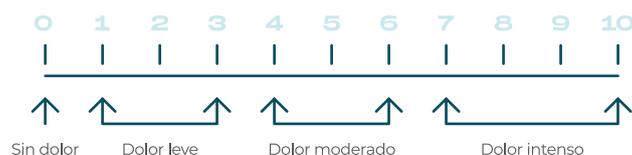
- Preguntar siempre, y de forma reiterada, si tiene dolor y la intensidad del síntoma.
- Recordar que el dolor es subjetivo y “existe siempre que una persona mayor diga que algo le duele”
- Implicar a familiares y cuidadores en la obtención de información sobre el dolor y su control.
- En las personas mayores con deterioro cognitivo o dificultades de comunicación, realizar una valoración más exhaustiva, atendiendo a signos indirectos: posición antiálgica, expresión del rostro, signos de dolor a la movilización, taquipnea o taquicardia, confusión mental.

ESCALAS PARA VALORAR EL DOLOR

Cada persona siente el dolor de diferente manera. Una escala del dolor es una manera de medir el dolor para que el/la profesional pueda planear cómo tratarlo mejor y permite observar cómo resulta el plan de tratamiento para reducir el dolor y ayudarle a hacer las tareas diarias.

Escala numérica

Valora el dolor mediante números que van de menor a mayor en relación con la intensidad del dolor. Las más empleadas van de 0 a 10, siendo 0 la ausencia de dolor y 10 el máximo dolor.



Escalas descriptivas simples o escalas de valoración verbal

Mediante estas escalas se pide a la persona mayor que exprese la intensidad de su dolor mediante un sistema convencional donde se valora desde la ausencia del dolor hasta el dolor insoportable.

Las descripciones más utilizadas son:

- Ningún dolor
- Dolor leve-ligero
- Dolor moderado
- Dolor severo-intenso
- Dolor insoportable

Escala visual analógica (EVA)

Es el método subjetivo más utilizado, por tener una mayor sensibilidad de medición ya no emplea números ni palabras descriptivas. Requiere, no obstante, mayor capacidad de comprensión y colaboración por parte de la persona mayor, aunque en aquellas con algún tipo de enfermedad neurodegenerativa, como por ejemplo Alzheimer, es posible utilizar una escala diseñada con colores o, incluso, con caras que expresen distintos grados de dolor.

La escala EVA es una línea recta de 10 centímetros de longitud. En su extremo izquierdo aparece la figura que indica “sin dolor” y en el extremo derecho la de “dolor insoportable”. Es la persona mayor quien debe señalar cuál es el punto de dicha línea que mejor se ajusta a cómo percibe la intensidad del dolor que está sufriendo.

Resultados de la escala EVA: permite establecer un total de tres niveles de dolor.

- <4: los valores inferiores a 4 señalan que la intensidad del dolor que sufre es leve o moderada.
- 4-6: si la persona señala un área de la escala EVA entre 4 y 6 centímetros, quiere decir que su dolor oscila entre moderado y grave.
- 6: cuando la evaluación del dolor es mayor a 6, la persona mayor se encuentra en una situación grave, e incluso insoportable.



Cuadro 6. Escalas de dolor

VALORAR TRATAMIENTO DEL DOLOR

Existe más prevalencia de dolor crónico que genera mayor grado de agotamiento en la persona mayor y en la familia, con una mayor demanda de tratamiento. El dolor crónico requiere un abordaje multidisciplinar. Para lograr un abordaje adecuado del dolor es esencial la comunicación eficaz entre la persona, la familia y los cuidadores. El objetivo del tratamiento del dolor es mejorar la calidad de vida; reducir el malestar físico; permitir una movilización y un retorno a los niveles de actividad funcional basal más precoces. Es importante recordar que cuando se inicia el tratamiento del dolor, conviene repartir la actividad física en espacios de tiempo cortos y aumentarlos gradualmente. Las personas mayores con reducciones graves de la movilidad pueden comenzar realizando ejercicios en la cama o sentados como punto de partida.

Antecedentes de caída en los últimos 6 meses

La persona mayor que ha sufrido una caída puede volver a sufrir una dentro de los siguientes 6 meses:

- Siempre se deben documentar los antecedentes de caídas, incluidos los detalles de las actividades que se estaban realizando al momento de caerse.
- Debemos estar atentos a detectar el síndrome postcaída que se define como el miedo a padecer una nueva caída, la pérdida de confianza para desarrollar una determinada actividad sin caerse, una disminución de la movilidad y de la capacidad funcional que llevan al aislamiento, la inmovilidad y la postración.

La prevención del síndrome de la post-caída en las personas mayores que sienten el temor de volver a caerse pasa por una actuación inmediata a la caída que contemple los siguientes aspectos:

- Control del dolor después de la caída.
- Evitar el reposo prolongado.
- Realizar ejercicios de resistencia y equilibrio.
- Tratar la ansiedad y la depresión causada por el miedo a caerse (psicoterapia)
- No sobreproteger a la persona mayor.

Detectar el riesgo de una nueva caída

Las últimas investigaciones demuestran que el equilibrio estático y dinámico, las fallas visuales y la polifarmacia son los mejores indicadores para detectar que la persona mayor está en riesgo de caer. En este sentido, existen diversas pruebas para detectar el riesgo de caída en las personas mayores:

A) Equilibrio estático

Este se valora con la prueba de Estación Unipodal, que consiste en mantener el equilibrio corporal el mayor tiempo posible, apoyándose en una extremidad inferior. La persona mayor a evaluar deberá contar con calzado cómodo (zapatilla, zapato cerrado, zapato c/taco de altura fisiológica de 2 a 3 cm. de altura máxima). La persona que evalúa deberá mostrar previamente a la persona mayor cómo se ejecuta esta prueba, luego ubicarse a un costado de ella y estar atenta a posibles pérdidas de equilibrio. El objetivo es registrar, con un cronómetro, el mejor tiempo de ejecución de la prueba.

Instrucciones

- La persona mayor debe estar en posición de pie, los brazos cruzados delante del tórax y las manos apoyadas en los hombros, sin usar ningún tipo de ayuda técnica.
- A la indicación de quien evalúa la prueba, la persona mayor deberá levantar una extremidad inferior hasta lograr una posición de 90° en cadera y rodilla. En ese momento se inicia el registro del tiempo, con el cronómetro, para medir el tiempo en que la persona mayor es capaz de mantener esta posición.
- Es necesario que repita la prueba 3 veces de cada lado, registrando el mejor tiempo obtenido. Luego, se debe repetir del lado contrario.

Se considera como:



Equilibrio normal, si la persona es capaz de mantener la posición descrita por más de 5 segundos.

Equilibrio alterado: si la persona registra menos de 4 segundos sobre la extremidad de apoyo.

Criterios de suspensión de la prueba:

- Descruzar los brazos y buscar apoyo.
- Las extremidades inferiores se tocan entre sí.
- Cuando el pie elevado toca el suelo.
- Pierde el equilibrio.

B) Equilibrio dinámico

Se evalúa con la prueba *Timed Up and Go* (“levántate y camina”) Consiste en caminar lo más rápido que se pueda sobre una pista previamente trazada entre las patas de una silla (sin apoya brazos) y un cono ubicado en línea recta a 3 metros de distancia. La persona mayor empleará su producto de apoyo habitual (bastón, andador, etc.) y caminará lo más rápido posible (sin correr), a un paso ligero pero seguro.

Instrucciones

- Al inicio de la prueba, la persona mayor debe estar sentada, con la espalda apoyada contra el respaldo de la silla, con los brazos colgando a ambos costados sin tocar los muslos y los pies colocados justo detrás de la línea de partida.
- La persona que evalúa se ubica de pie, a un costado de la trayectoria de la persona mayor, a media distancia entre la línea de partida y la marcación a 3 metros de ésta.
- A la orden de partida, se le pide que se levante de la silla y camine lo más rápido que pueda en dirección al cono, que dé la vuelta y regrese a la silla, retomando la posición de sentada.
- Se cronometra el tiempo desde que se da la orden de partida y la persona despega la espalda de la silla hasta que, tras caminar los tres metros y retornar, apoya su espalda nuevamente contra el respaldo de la silla.

Puntuación

Menos 10 segundos	Bajo riesgo de caída
Entre 10 y 20 segundos	Fragilidad (riesgo de caída)
Más de 20 segundos	Elevado riesgo de caída

RECOMENDACIONES

En las personas mayores con fragilidad y elevado riesgo de caída se debe realizar un abordaje integrado. En las personas mayores con bajo riesgo de caídas, se sugieren los siguientes ejercicios para mejorar el equilibrio:

1. Ejercicio “Cuatro patas”

Una parte importante del sistema de equilibrio que se usa cada día es la capacidad para reconocer donde se encuentran algunas partes del cuerpo en el espacio.

Instrucciones para la persona mayor

- “Póngase en “cuatro patas” con rodillas y manos separadas a una distancia de 30 cm”.
- “Mantenga la espalda recta y la cabeza derecha”.
- “Levante cada uno de los brazos hacia adelante y manténgalos en esa posición de 5 a 10 segundos”.
- “Repita con cada pierna, estirando la pierna hacia atrás, pero manteniéndola cerca del suelo”.
- “Levante el brazo y la pierna contraria (brazo derecho, pierna izquierda) al mismo tiempo y mantenga la posición 10 segundos. Luego repita con el lado contrario”.

2. Ejercicio de postura

La postura y la fuerza son componentes importantes del sistema para mantener el equilibrio del cuerpo. Estos ejercicios fomentan la buena postura, a la vez que refuerzan las extremidades inferiores.

Instrucciones para la persona mayor

- “Párese derecha con los brazos relajados, a cada lado, con una mesa firme frente a usted y una pared por detrás”.
- “Párese con los pies separados a una distancia cómoda. Mire hacia adelante, mantenga la espalda recta y las rodillas levemente dobladas”.
- “Lentamente y póngase en punta de pies”.
- “Baje lentamente y repita 5 veces”.
- “Mantenga la misma postura, pero esta vez levante la parte anterior del pie”
- “Bájelo lentamente y repita 5 veces”.
- “Finalmente, siga de pie como hasta ahora. Despegue una pierna unos centímetros del suelo y mantenga la posición 5 segundos, bájela lentamente y repita lo mismo 5 veces. Repita con el pie contrario”.

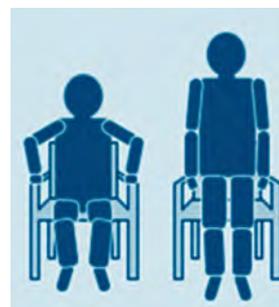


3. Ejercicio “ojos que ven, equilibrio que se siente”

Un buen equilibrio requiere que el entorno le entregue las señales correctas al cuerpo. Los ojos le dicen mucho al cuerpo sobre el espacio en que tiene que moverse y mantener el equilibrio.

Instrucciones para la persona mayor

- > “Siéntese en una silla firme con respaldo recto y apoya brazos, si los necesita para levantarse”.
- > “Enfoque la mirada en un objeto que esté a 3 metros de distancia, mientras se levanta lentamente y luego se vuelve a sentar. Mantenga los ojos abiertos”.
- > “Repita el ejercicio anterior, con los ojos cerrados”.
- > “Repita 5 veces cada ejercicio”.



Es importante también evaluar la polimedicación, revisar los fármacos que puedan afectar la movilidad y el equilibrio y procurar reducirla. Las personas mayores que toman más de 3 medicamentos al día (ej. hipotensores, hipoglicemiantes y psicofármacos), asociado esto a presencia de patologías, tienen mayor riesgo de caídas.

Prevención de caídas

La mayoría de las caídas ocurren durante actividades de baja intensidad y en el domicilio de la persona, por causas diversas:

- Presencia de Mascotas.
- Accesorios personales inseguros: vestimenta y calzado inadecuado.
- Inadecuada distribución del mobiliario.
- Falta de uso de ayudas técnicas indicadas (bastón, andadores, lentes).
- Ingestión de bebidas alcohólicas.

Recomendaciones

1. Las personas mayores, cuando pasan de forma brusca de la posición horizontal a la posición de pie, sufren una disminución de la llegada de sangre al cerebro y esto puede producir un descenso de la presión arterial, visión borrosa, mareos y caída.

Para evitarlo:

- Aconsejar a la persona que realice los cambios de posición paso a paso y lentamente, sentándose primero en la cama durante unos momentos para posteriormente incorporarse.
- Si la persona suele levantarse de noche para ir al baño, puede ser útil que cuente con orinales o bacinillas portátiles (llamadas comúnmente “chata” o “papagayo”).
- Evitar encerar los pisos.
- Dejar una luz de noche en el dormitorio.
- Evitar obstáculos como alfombras, juguetes, elementos en el piso.
- Si la persona duerme sola, utilizar un dispositivo como llamador, por ejemplo, una campanilla o timbre.
- Los pisos del baño deben estar siempre secos.
- Son útiles los barrales o barandas que sirvan de apoyo.

2. Son frecuentes las caídas al levantarse de una silla o un sillón o cuando, al incorporarse la persona de una silla de ruedas no se tomó la precaución de frenarla. Para evitarlo:

- Evitar el uso de pantuflas, chancletas o sandalias sin refuerzo en los talones.
 - Evitar calzados con suela e interiores blandos, ya que pueden provocar que el pie pierda estabilidad.
 - Procurar que los zapatos estén bien calzados.
 - El calzado debe ser cómodo, con suelas no resbaladizas (suela de goma), con buen agarre en todo el pie con velcro o cordones y en buen estado.
 - Evitar el uso de chalinas, por el riesgo de que se enganchen.
- 3.** Los mareos también pueden producirse con los movimientos de la cabeza.
- Prestar atención a este síntoma, para asistir a la persona mayor en los giros.
 - Puede ser útil también la utilización de un bastón para dar mayor seguridad al caminar.
- 4.** Eliminación de barreras
- Para favorecer la seguridad en el ambiente debemos tener en cuenta:
 - Disponer una buena iluminación que evite los contrastes lumínicos.
 - Retirar obstáculos, por ejemplo, cables u objetos, de los recorridos habituales en la casa.
 - Ubicar los objetos que se utilizan habitualmente a una altura de fácil acceso.
 - El suelo debe ser antideslizante, evitando pisos encerados y desniveles.
 - Si hay alfombras, asegurarse de que estén bien adheridas o clavadas al suelo.
 - Las sillas deben ser firmes, con apoya brazos y soporte para la espalda. Los sillones deben ser altos para que la persona pueda sentarse y levantarse sin mayores esfuerzos.

En el baño

- Usar alfombras antideslizantes, tanto dentro de la bañera como afuera. Si es necesario, incorporar una silla de baño y un duchador.

En la cocina

- Las alacenas deben estar colocadas a menor altura, o colocar los utensilios y vajillas que se utilizan frecuentemente en la parte más accesible de la cocina.
- Evitar acciones riesgosas.

En el dormitorio

- Si es necesario, aumentar la altura de la cama.
- Incorporar una luz vigía, esto es, una luz tenue que permita orientarse si despierta en medio de la noche.



Tener en cuenta que las limitaciones concretas de la movilidad de la persona mayor determinarán cuáles son las adaptaciones más importantes.

Con capacitación específica, el equipo de salud de atención primaria puede evaluar la vivienda de una persona. Si no es posible realizar una visita, pueden ofrecerse instrucciones generales a la persona mayor, o a la persona cuidadora, para que refuerce la seguridad del entorno doméstico.

Aprender a levantarse del suelo

La permanencia en el suelo durante tiempo prolongado, tras una caída, es un factor de mal pronóstico que se ha asociado con graves complicaciones: hipotermia, deshidratación, infecciones respiratorias, úlceras por presión, etc. Es importante, por lo tanto, el entrenamiento para que, si la persona mayor se cae, pueda levantarse por sí misma y sin ayuda.

La persona mayor debe conocer los movimientos y entrenarse en la técnica de levantarse del suelo:

1. Concentrarse en rodar, girar la cabeza en la dirección que se va a rodar y aproximar el brazo y la rodilla juntos.
2. Apoyarse sobre los brazos hasta colocarse en 4 patas y gatear hasta la silla más cercana y más estable o hasta el inodoro del baño.
3. Colocar las manos sobre la silla, luego, levantar una pierna, la más fuerte. Si está cansada, puede descansar en esa posición.
4. Tomar impulso sobre la pierna y sobre las manos, tirando sobre sí misma para sentarse en la silla.

Frente a una caída, si la persona no puede levantarse:

- Tratar de mantener la calma y tranquilizar a la persona.
- Valorar las lesiones y el dolor.
- Pedir ayuda, llamar a emergencias.
- Tapar a la persona mientras está en el suelo.



1.



2.



3.



4.



EVALUAR Y ABORDAR EL ENTORNO FÍSICO Y SOCIAL

Adaptaciones del entorno

Son todas las modificaciones que se pueden realizar en el ambiente físico que rodea a la persona mayor y que le permitirán la realización de las actividades cotidianas, tales como asearse, cocinar etc., de manera segura e independiente, así como prevenir las caídas. En este sentido, siempre es importante evaluar y ofrecer algún dispositivo de apoyo o ayudas técnicas (bastones, andadores, etc.) a fin de mantener la movilidad a pesar de la limitación de la misma. También cobra relevancia la evaluación del entorno físico, que consiste en realizar una inspección visual de la vivienda para encontrar elementos peligrosos y realizar sugerencias, para proporcionar espacios seguros y transmitir la información relevante, por ejemplo, cómo levantarse si sufre una caída.

Barreras arquitectónicas

Estas barreras son las que existen en las construcciones y que por sus formas, dimensiones y ubicación en el espacio dificultan o impiden circular o estar en condiciones de seguridad a las personas mayores (Ver Anexo Ayudas técnicas).

Proporcionar espacios seguros para caminar

Las **barreras urbanísticas** son aquellas que existen en el espacio público: en la vereda; en el cruce con calles y avenidas; en parques; plazas; en áreas turísticas e históricas; y que por sus formas, dimensiones y ubicación en el espacio, dificultan o impiden circular o estar en condiciones de seguridad y confort a las personas mayores, con o sin discapacidad.

Entre las **barreras urbanísticas** encontramos, por ejemplo, las veredas muy angostas, rotas, resbaladizas o con desniveles de más de 2 cm; tapas de desagües y rejillas mal colocadas; arbustos y ramas que sobresalen en los recorridos peatonales, sean en veredas, parques o plazas; los elementos que sobresalen del frente de los edificios (cajones, heladeras, teléfonos públicos, toldos muy bajos, etc.) y que pueden causar accidentes o dificultar la marcha de muchas personas mayores con discapacidad visual.

También son barreras urbanísticas la falta de rampas de esquina; inexistencia de semáforos que indiquen el tiempo restante para el cambio de la luz verde y sin señales acústicas para personas mayores con discapacidad visual, la falta de estacionamientos para vehículos de transporte de personas mayores con movilidad reducida; la falta de rampas y escaleras adecuadas con los pasamanos necesarios en ellas. Lo son también las paradas de transporte sin protección climática, ni asientos con apoya brazos, ni iluminación adecuada y sin información accesible sobre frecuencias y recorridos, con lectura en idioma Braille (*ver Anexo Ayudas técnicas*)

NUTRICIÓN Y SALUD BUCAL

NUTRICIÓN

La alimentación es el factor primario de la nutrición, y tiene una doble función: física/nutricional y afectiva/gratificadora. Está comprobado que una correcta alimentación es la base del desarrollo y de la salud, como así también de una mejor recuperación frente a las enfermedades.

Para arribar a una buena nutrición son varias las acciones a seguir, pues nutrirse comprende: pensar, elegir, adquirir, transportar, almacenar, elaborar, cocinar, servir, masticar, ingerir y absorber. Las distintas etapas del ciclo vital tienen necesidades



En la persona mayor la cantidad de calorías debe ser suficiente para mantenerla dentro de un peso razonable y con una sensación de bienestar que le permitan una vida plena, en relación con su edad.

energéticas y estas se reducen a medida que la edad avanza.

Es importante tener en cuenta los aspectos que inciden en la posibilidad de adoptar y sostener una alimentación saludable.

Cambios fisiológicos del envejecimiento

- Reducción de la masa magra muscular de un 1% anual. Esto proporcional al nivel de actividad física y determina la reducción de las necesidades calóricas. Tanto la alimentación inadecuada como la reducción de la actividad física conllevan a una pérdida de masa muscular y de fuerza.
- Aumento de la masa grasa. Esto puede condicionar una ganancia de peso total, a igual ingesta. La nutrición deficiente suele traducirse en pérdida de peso, aunque no siempre, ya que la adiposidad puede reemplazar la masa muscular, sin que haya variaciones de peso.
- Disminución del sentido gusto, por pérdida de papilas gustativas, y del olfato. Esto puede modificar cómo se percibe el sabor de la comida, por lo que esta puede resultar más insípida y provocar la tendencia a condimentarlas en exceso.
- Reducción en la secreción de saliva. Esto produce un riesgo de deterioro periodontal y dificultad para la formación del bolo alimenticio, así como causar sequedad en la boca o reducir las ganas de comer.
- Reducción de la secreción gástrica, que puede dificultar la absorción de ácido fólico, hierro, calcio y B12 y un enlentecimiento del vaciamiento gástrico, que produce saciedad precoz.
- La absorción proteica disminuye con la edad, por lo que se recomienda a las personas mayores que consuman alimentos con muchas proteínas.
- Enlentecimiento del tránsito en el colon, que origina tendencia al estreñimiento.
- Frecuente déficit adquirido de lactasa, que produce intolerancia a la leche (no al yogur).
- Disminución de la absorción de vitamina D, por escasa exposición al sol.

Todo ello determina la menor absorción de calcio que, unido a la menopausia, aceleran el balance negativo del mismo y favorecen la osteoporosis. Debido a estos cambios, para lograr que la persona mayor realice una alimentación suficiente, completa y variada, debemos adecuar las preparaciones para contrarrestar las disminuciones antes mencionadas.

Por otra parte, puede existir una **dependencia en actividades instrumentales**, tales como la incapacidad para comprar, preparar o servirse comidas adecuadas, por alteraciones ya sea físicas (movilidad); sensoriales (visual, auditiva o de la comunicación, psíquicas (depresión, demencia) y sociales (ingresos insuficientes, falta de transporte adecuado para ir a comprar alimentos especiales, malas condiciones o barreras de la vivienda, desconocimiento de técnicas culinarias, malos hábitos dietéticos, alcoholismo y tabaquismo, falta de ayuda).

En cuanto al entorno físico, la comida es un acto social placentero. Es importante cuidar que el entorno en el cual se come sea adecuado: ambiente cálido, familiar, sin ruidos molestos. El lugar debe resultar agradable y hay que cuidar la presentación de los platos, ofreciendo variedad de menús; alimentos identificables por la vista, color y olor; varias comidas al día de varios platos. Mejorar el entorno donde se realiza la comida puede mejorar significativamente la ingesta.

Es necesario también detectar los problemas más frecuentes que se presentan en las personas mayores, como son la constipación, la hipertensión, las cardiopatías, el adelgazamiento, la desnutrición, la diabetes, la deshidratación, etc.; porque en todas estas situaciones se aumentan o se restringen las cantidades diarias de alimentos según necesidad, y las formas de preparación se modifican.

En cuanto a la desnutrición, este es un factor de fragilidad. No sólo es signo de enfermedad, sino que su presencia aumenta la morbilidad, la hospitalización, la institucionalización y la mortalidad por enfermedades concomitantes. Hasta dos terceras partes de los casos de desnutrición se deben a causas reversibles.

La intervención nutricional es útil en conjunto con el tratamiento de la causa, con el fin de revertir la situación de desnutrición en algunas enfermedades.

Consecuencias de la desnutrición

- Pérdida de peso y masa grasa.
- Edema, hepatomegalia, diarrea.
- Alteración de la respuesta inmune, mayor incidencia de infecciones.
- Sarcopenia y pérdida de fuerza muscular: caídas y fracturas.
- Astenia, depresión y mayor anorexia.

Pruebas de detección

Se deben realizar las siguientes preguntas:

¿Ha notado cambios en su peso corporal?

Respuesta: SI/NO

➤ Si la respuesta es **NO**, preguntar:

¿Ha debido cambiar la posición de los orificios de su cinturón? ¿Han disminuido los talles de su ropa? ¿Desde hace cuánto tiempo?

** (Es una pauta de alarma que la persona responda 3 meses o menos)*

¿Ha tenido cambios en el consumo de alimentos?

Respuesta: SI/NO

¿Come más o menos de lo habitual?

Respuesta: SI/NO

➤ Si la respuesta es SI, preguntar por los motivos

** (Es una pauta de alarma una reducción significativa de la ingesta)*

También se preguntará, con el objetivo de evaluar la capacidad funcional, la autonomía, el grado de dependencia, la soledad:

¿Quién se encarga de la elaboración y compra de alimentos?

Resultados

Si no se detecta ningún riesgo nutricional, se debe reforzar la información a la persona mayor, con consejos genéricos sobre salud y hábitos saludables. En caso de que **se detecten factores de riesgo nutricional**, tales como pérdida significativa e

involuntaria de peso en un tiempo menor a 3 meses o una enfermedad prolongada de más de 3 semanas que insuma aumento del catabolismo y de las necesidades nutricionales y una reducción significativa de la ingesta alimentaria, se realizará el abordaje integral con la derivación oportuna a especialistas en nutrición para una evaluación de mayor profundidad.

Las personas con problemas de nutrición o muy propensas a ello necesitan que un profesional con conocimientos especializados busque las causas y los factores de riesgo, sumado a los resultados de laboratorio, con un perfil nutricional completo, para prescribir un plan personalizado. El equipo de atención primaria puede ofrecer recomendaciones y apoyo para ayudar a todas las personas mayores a mantener una alimentación saludable.

Recomendaciones de alimentación y hábitos saludables

- Comer alimentos que entregan muchos nutrientes sin demasiadas calorías extra, tales como:
 - Frutas y vegetales (elegir diferentes tipos con colores vivos).
 - Granos integrales, como avena, pan integral y arroz integral.
 - Leche descremada y queso bajo en calorías, o leche de arroz o de soja, fortificada con vitamina D y calcio.
 - Pescados, carnes magras, aves y huevos.
 - Frutos secos, como nueces y semillas.
 - Consumir regularmente alimentos ricos en fibras, como salvado de trigo, porotos, arvejas, lentejas, espinacas, etc., excepto si tiene contraindicación médica.
- Evitar las calorías vacías o huecas: estos son alimentos que tienen muchas calorías pero pocos nutrientes, como papas fritas, dulces, productos horneados, bebidas azucaradas y alcohol.
- Elegir alimentos bajos en colesterol y grasas. Especialmente evitar los que contienen grasas saturadas y trans. Las saturadas son grasas de origen animal, mientras que las trans son grasas procesadas en margarina y grasa alimentaria. Se pueden encontrar en los productos horneados que se venden en tiendas o alimentos fritos en los restaurantes de comida rápida.
- Evitar acostarse inmediatamente después de cenar.
- No saltar comidas.
- Evitar el consumo excesivo de grasas, de sal y de azúcar.
- Tomar suficientes líquidos: algunas personas pierden la capacidad de sentir sed a medida que envejecen. Además, ciertos medicamentos pueden aumentar la importancia de beber suficientes líquidos.
- Disminuir la ingesta de alimentos fritos, reemplazándolos por comidas preparadas al horno, al asador, al vapor o al agua.
- Actividad física: si la persona ha comenzado a perder el apetito, la actividad física puede ayudarle a sentir hambre.

Como ya se describió, las enfermedades u otros problemas pueden dificultar el comer de manera saludable. Algunas sugerencias que pueden ayudar son:

- Si la persona mayor está cansada de comer sola, intente organizar algunas comidas caseras o cocinar en compañía.
- Si tiene problemas para masticar, consultar al dentista para que la examine.
- Si tiene problemas para tragar, intentar beber muchos líquidos con su comida. Si eso no ayuda, consultar al centro de salud. Un problema médico podría estar causando el problema y requerir exámenes complementarios y evaluación por fonoaudiología.
- Si la persona tiene problemas para oler y probar su comida, intentar agregar color y textura para hacerla más interesante.
- Si no está comiendo lo suficiente, agregar algunos alimentos saludables, que le gusten a la persona mayor, a lo largo del día, para ayudarlo a obtener más nutrientes y calorías.

Evaluar y abordar las condiciones asociadas

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

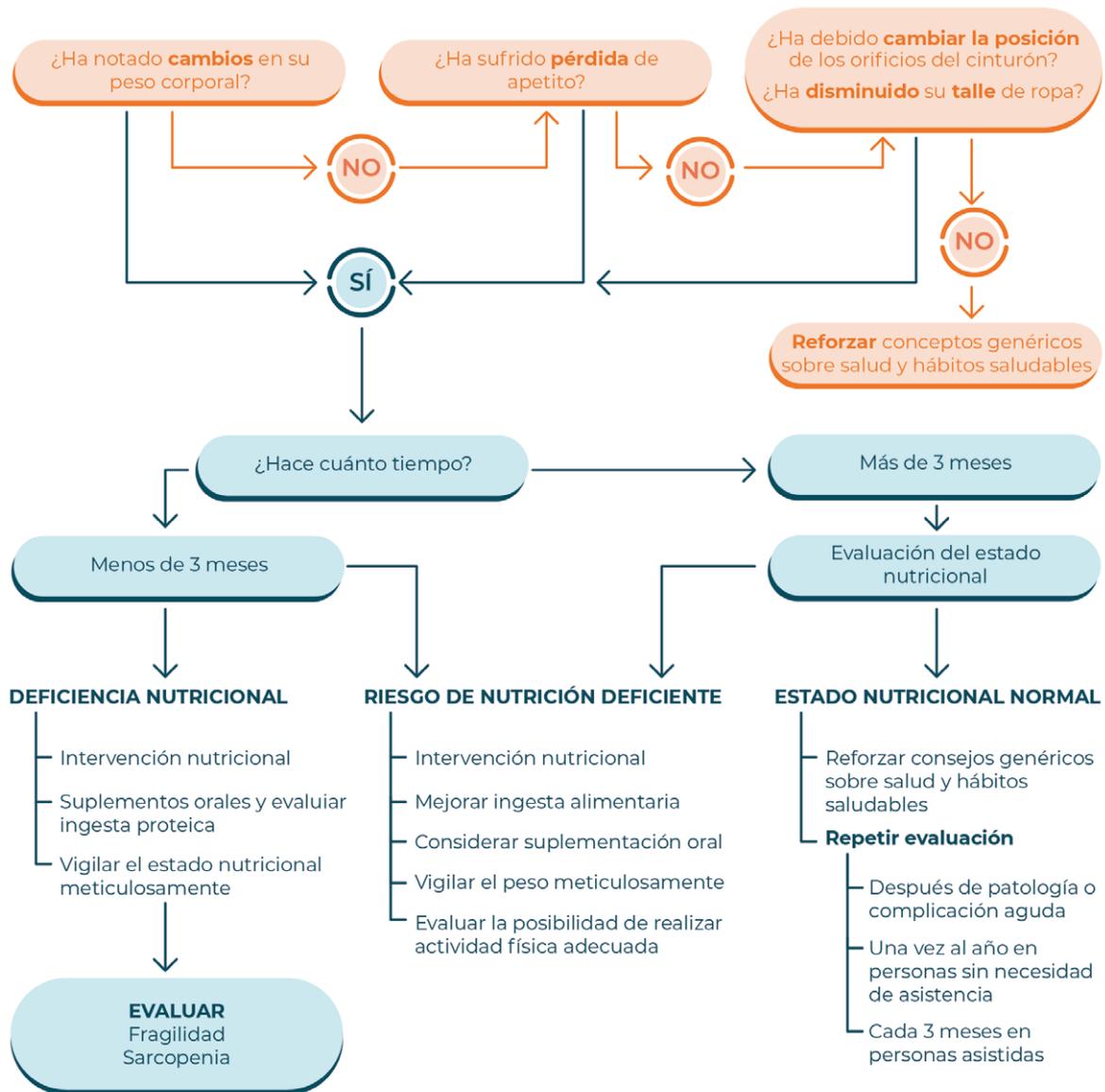
Fragilidad. La fragilidad puede manifestarse como pérdida de peso, debilidad muscular, escasa actividad física, agotamiento y lentitud (p. ej., al caminar). Puede ser consecuencia de problemas físicos o psicológicos, como algún traumatismo, una enfermedad o el fallecimiento de un ser querido. La persona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

Evaluar y abordar el entorno físico y social

Las personas cuidadoras y las comunidades pueden ayudar a superar los obstáculos a una buena salud nutricional que afrontan las personas mayores. Por su parte, los y las agentes sanitarios de salud pueden facilitar la gestión del acceso a los alimentos, a los servicios de asistencia y/o a las prestaciones económicas. También pueden organizar el apoyo para preparar la comida o para la entrega de comidas preparadas a través de algún servicio comunitario. (Ver Anexo **Evaluación de Nutrición**)

ESQUEMA DE ATENCIÓN PARA ABORDAR LA NUTRICIÓN DEFICIENTE

PREGUNTAS PARA DETECTAR LA DEFICIENCIA NUTRICIONAL



SALUD BUCAL

A nivel de la salud bucal, en las personas mayores se presentan cambios sobre los tejidos orales y sus funciones y cambios secundarios a factores extrínsecos, incrementándose la pérdida de dientes debido a la enfermedad periodontal, las caries y las lesiones de la mucosa oral.

La falta de dientes y la ausencia de prótesis dental tienen una relación directa con la salud, debido a que, al realizar inadecuadamente la función masticatoria, sobre todo de alimentos de consistencia dura, se producen trastornos de la nutrición. Además, se afecta la autorrealización y aceptación al generarse vergüenza, baja autoestima, dolor e incomodidad frente a otras personas durante el momento de las comidas y en los momentos de socialización. Otros factores generales, como el uso de medicamentos, altos costos de la atención en salud, el nivel educativo y la clase social pueden comprometer la salud de la persona mayor.

Por ello, es importante evaluar el estado de la dentadura de las personas mayores y, si utiliza prótesis, observar que esta no le produzca lesiones o molestias. En caso de poseer prótesis dental, hay que fomentar la higiene y el control periódico para su correcto funcionamiento y para evitar lesiones. También es necesario recordar en la consulta la importancia de los controles odontológicos para mantener la salud bucal y favorecer una buena masticación de los alimentos y así garantizar una mejor absorción de los nutrientes. Se recomienda realizar los controles cada 6 meses.

Preguntar

- *¿Tiene que comer menos o cambiar de comida por tener los dientes o la dentadura en mal estado?*
- *¿Tiene problemas para masticar alguna comida (carne, manzanas, etc.)?*
- *¿Tiene molestias importantes o dolor al masticar o tragar alimentos?*
- *¿Ha perdido más de tres piezas dentarias?*
- *¿Usa prótesis dental?*
- *¿Hizo un control odontológico en los últimos 6 meses?*

ÁREA SENSORIAL

Los problemas visuales y auditivos limitan funcionalmente a la persona mayor, tanto para las tareas básicas como para las instrumentales, aumentando la dependencia, reduciendo la movilidad y aumentando el riesgo de accidentes domésticos y caídas. Desde el punto de vista cognitivo y social, dichos problemas dificultan la comunicación y las relaciones sociales, generando que se disminuyan las actividades fuera del domicilio, se tienda al aislamiento y ocasionen situaciones de ansiedad y estrés, así como también aumentan el riesgo de deterioro cognitivo. Por ello, es esencial conservar las funciones visuales y auditivas para que la persona mayor pueda mantener un estilo de vida independiente.

CAPACIDAD VISUAL

El examen de la visión es un elemento fundamental de la atención centrada en la persona. Para detectar problemas del área visual, será necesario realizar preguntas tales como:

- ¿Tiene algún problema de la vista?
- ¿Le cuesta ver de lejos o leer?



Si la respuesta es **SI** se deben realizar pruebas tendientes a explorar la agudeza visual:

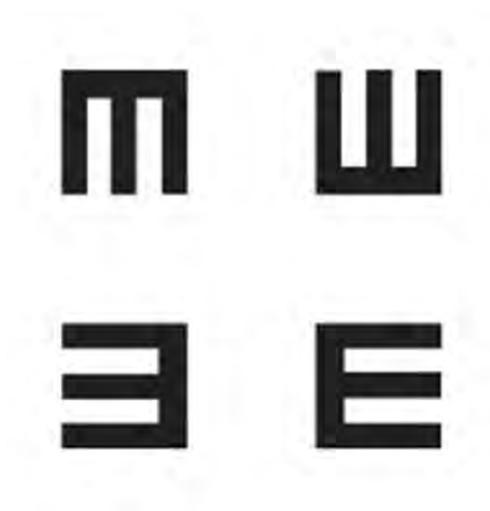
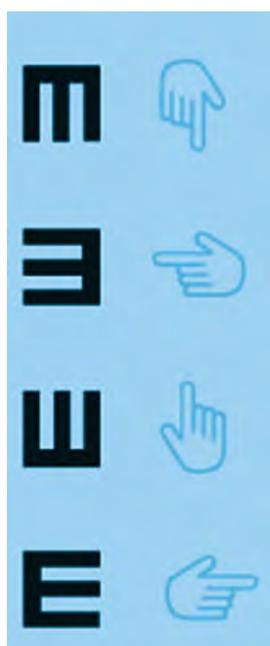
1. Prueba de la visión a distancia

Instrucciones

- Antes de tomar las pruebas, se le mostrará a la persona, desde cerca, cómo se hace la prueba de las “E”, señalando la dirección a la que esas “E” apuntan. La prueba se realiza primero con las “E” pequeñas y luego con las “E” grandes.
- Si la persona mayor normalmente usa lentes, debe quitárselas para la prueba.
- Tomar las pruebas, de a un ojo por vez

Prueba con las cuatro “E” pequeñas

Las “E” tienen 1,3 cm × 1,3 cm y están separadas entre sí por 1,3 cm; se imprimen en color negro sobre papel blanco. La prueba con las cuatro “E” pequeñas se realiza a una distancia de 3 metros. Si la persona mayor reconoce la dirección de al menos tres de las cuatro “E” pequeñas, ha superado la prueba de visión a distancia.



Prueba con las cuatro “E” grandes a 3 metros

Las “E” grandes tienen 4,2 cm × 4,2 cm y están separadas entre sí por 4,5 cm. Las “E” se imprimen en color negro sobre papel blanco. Si la persona mayor reconoce la dirección de al menos tres “E” grandes, a 3 metros, ha superado la prueba de visión a distancia.



Prueba con las cuatro “E” grandes a 1,5 metros

La prueba es idéntica a la anterior, pero se colocan a 1,5 metros. Si la persona mayor reconoce la dirección de al menos tres de las cuatro “E”, ha superado la prueba. 2.



2. Prueba para evaluar la visión cercana

Instrucciones

- Dejar que la persona mayor sostenga la tabla optométrica (Optotipo sencillo de la OMS) a la distancia que quiera. Se empieza por las “E” grandes y luego se pasa a las pequeñas. Si no se cuenta con dicha tabla puede explorarse usando letra impresa habitual.



*Optotipo sencillo de la O.M.S
(visión de cerca) 7\7*



Si la persona mayor reconoce la dirección de al menos tres de las cuatro “E” grandes, ha superado la prueba de visión cercana.

Resultados

Si la persona superó todas las pruebas:

- Reforzar los cuidados oftalmológicos y los consejos sobre hábitos saludables, proporcionar asesoramiento sobre higiene óptica personal y ambiental.
- Repetir la evaluación todos los años aunque no haya alteración de la visión.

Si no superó las pruebas:

- Se debe derivar al especialista (oftalmólogo/a)
- Evaluar y abordar las condiciones asociadas: hipertensión arterial, abordar los factores de riesgo cardiovasculares, control de la retinopatía hipertensiva; diabetes, derivar a un servicio especializado de oftalmología para el control anual de retinopatías; tratamiento prolongado con corticoides, revisar la medicación para prevenir reacciones adversas oftálmicas como el aumento de presión ocular (glaucoma); enfermedades reumatológicas como Lupus, etc.
- Evaluar y abordar el entorno físico y social.

Existen muchas maneras de ayudar a la persona mayor a mejorar su autonomía. Los familiares y los cuidadores pueden hacerlo, llevando a cabo medidas sencillas:

- Asesorar sobre dónde conseguir los dispositivos de apoyo ópticos (anteojos).
- Abordaje de las barreras físicas.
- Abordaje del entorno físico.

Recomendaciones para las personas con disminución de la agudeza visual

Además de los dispositivos de apoyo óptico, algunos cambios sencillos pueden hacer posible que se mantenga el grado de actividad y, por lo tanto, preservar la calidad de vida. Pueden hacerse modificaciones en la vivienda y en las zonas donde acostumbra a moverse la persona mayor, para que las tareas cotidianas y las actividades recreativas sean menos peligrosas y más fáciles.

- Mejorar la iluminación. Una buena iluminación es especialmente importante para ver de cerca. Es mejor la iluminación lateral (que no proyecte sombras).
- Reducir el brillo. La luz clara en general es mejor, pero el brillo del sol o el exceso de iluminación pueden ser molestos para algunas personas.
- Eliminar obstáculos. Los elementos peligrosos, como muebles y otros objetos duros, pueden retirarse de las zonas de paso. En caso de ser necesarios, es mejor que estén siempre en el mismo lugar.
- Generar contraste. El contraste nítido entre los objetos y dentro de los objetos los hace más fáciles de ver, de encontrar o de evitar. Por ejemplo, se pueden marcar los bordes de los escalones (en particular para las personas que solo ven de un ojo); usar platos de colores para que los alimentos resalten y escribir con tinta negra. Se puede colorear el asa de los utensilios domésticos y de cocina para hacerlos más visibles y seguros, por ejemplo, envolviendo el mango de un cuchillo con cinta adhesiva de color brillante o pintándolo.

CAPACIDAD AUDITIVA

La pérdida de la audición asociada a la edad es posiblemente la deficiencia sensorial más prevalente en la vejez.

Detección de problemas de audición

Preguntar

¿Tiene dificultad para escuchar o comprender conversaciones?

Prueba de audición

Prueba de susurros

Es importante, antes de realizar la prueba, poder descartar infecciones en los oídos, cerumen impactado (tapón de cera).

Instrucciones

- Nos colocamos a una distancia de 1 metro de la persona, por detrás y a un lado.
- Le pedimos a la persona que se tape el oído contralateral presionando sobre el trago (proyección de cartílago situada a la entrada del conducto auditivo externo), o que lo haga un ayudante.
- Exhalamos y seguidamente susurramos cuatro palabras (usaremos palabras comunes que no tengan relación entre sí. Hay que elegir palabras que la persona conozca, por ejemplo, “fábrica”, “cielo”, “fuego”, “número”, “pescado”, “bicicleta”, “jardín”, “amarillo”).
- Le pedimos a la persona que repita las palabras susurradas. Debe decir las una

a una y debe esperar la respuesta a cada una. Si la persona repite más de tres palabras y tenemos la certeza de que nos ha oído con claridad, es probable que su audición en este oído sea normal.

- Nos colocamos al otro lado de la persona y repetimos la prueba con el otro oído. Esta vez diremos palabras diferentes.

Resultados



Si la prueba es **SUPERADA** debemos reforzar consejos de higiene auditiva.

Recomendaciones para la higiene auditiva

- NO meterse los dedos sucios en los oídos.
- Lavarse SIEMPRE las manos después de ir al baño.
- NO nadar o lavarse en agua sucia.
- NO introducir sustancias en los oídos, tales como aceite caliente o frío; remedios de herbolario; líquidos como querosén.



Si la prueba **NO ES SUPERADA**

- Se debe derivar al especialista (otorrinolaringólogo) para evaluar la capacidad auditiva con una audiometría que confirme el diagnóstico y ofrecer tratamiento con dispositivos de ayuda auditiva (audífonos).
- Recordar los factores de riesgo: algunos medicamentos pueden dañar el oído interno y provocar pérdida auditiva o alteraciones del equilibrio, por ejemplo, los antibióticos como la estreptomina y la gentamicina. Reducir el consumo de estos medicamentos, de ser posible, puede evitar que progrese la pérdida auditiva; tener en cuenta también la otitis supurada, otitis media crónica, hipoacusia unilateral, mareos, zumbidos.
- Evaluar y abordar el entorno físico y social: minimizar la repercusión de la pérdida auditiva puede ayudar a preservar la autonomía y reducir la dependencia de los servicios comunitarios para las necesidades cotidianas. Todos pueden prestar ayuda, desde la familia y los cuidadores hasta la comunidad, por ejemplo, asesorando sobre dónde se deben gestionar los audífonos.

La pérdida auditiva es causa frecuente de problemas psicológicos, riesgo de deterioro cognitivo y de aislamiento social. Por ello, la rehabilitación audiológica, hoy en día, hace más hincapié en las consideraciones psicosociales, adaptadas a los objetivos de la persona mayor y sus cuidadores, por lo que es importante organizar actividades que mantengan su interés en una red de relaciones sociales que, en momentos de malestar, pueden ser de ayuda.

Recomendaciones para la familia y los cuidadores.

Estrategias comunicativas

- Procurar que la persona nos vea la cara con claridad cuando le hablamos.
- Situarse frente a la persona cuando se habla y mitigar el ruido de fondo.
- Procurar que haya buena luz sobre la cara para que la persona pueda leernos los labios.
- Captar la atención de la persona antes de hablarle.
- Evitar distracciones, sonidos y ruido de fondo especialmente fuerte.
- Expresarse con claridad y lentitud. No gritar.
- No dejar de hablar a las personas que tienen problemas de audición, ya que pueden sentirse aisladas y deprimirse.
- Colocar timbres que se oigan en toda la casa y teléfonos con señal luminosa.



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

ÁREA EMOCIONAL

Los problemas de salud mental pueden no detectarse fácilmente en las personas mayores. Los síntomas que pueden indicar una enfermedad mental en personas más jóvenes (por ejemplo, insomnio, cambios en el patrón del sueño, disfunción cognitiva, anorexia, pérdida de peso, cansancio, preocupación por las funciones corporales, aumento del consumo de alcohol), en las personas mayores pueden deberse a otra razón. Tanto los episodios de tristeza, desesperanza, llanto, como la irritabilidad o la disfunción cognitiva pueden indicar depresión.

Los síntomas depresivos son un aspecto importante de la capacidad psicológica, pero son solo una de sus dimensiones. La ansiedad generalizada es el trastorno mental más frecuente en las personas mayores y acompaña con frecuencia a la depresión.

Es importante conocer las creencias espirituales y religiosas de la persona, por ejemplo, su interpretación personal del envejecimiento, sobre el deterioro de la salud y sobre la muerte. Estas cuestiones deben formar parte del enfoque integral para abordar los síntomas depresivos.

El deterioro cognitivo y la demencia pueden estar asociados con los síntomas depresivos y también deben evaluarse. Las personas que tienen demencia suelen acudir al profesional de salud por problemas afectivos o conductuales, como apatía, pérdida del control emocional o dificultades para llevar a cabo las actividades ordinarias en el ámbito laboral, doméstico o social.

Al mismo tiempo, la afectación de otras áreas de la capacidad intrínseca, como los sentidos o la motricidad, pueden afectar la capacidad funcional y la participación social, acentuando la sintomatología depresiva. Las intervenciones pensadas para las disminuciones de las áreas de la capacidad intrínseca, como la función cognitiva o la audición, pueden ser más eficaces si al mismo tiempo se abordan los síntomas

depresivos. Es importante tener en cuenta este punto a la hora de elaborar el plan de atención personalizada.

DETECCIÓN

Al inicio, se deberán hacer las siguientes preguntas: en las últimas dos semanas, *¿Se ha sentido triste o deprimido?; ¿Ha perdido interés por las cosas que le agradan?; ¿Con qué frecuencia se siente ansiosa o angustiada?* Se pueden usar otros términos si la persona no conoce los que se mencionan en estas preguntas. (Ver Anexo **Evaluación Emocional**)



Si la respuesta es **NO**, se puede continuar reforzando los consejos generales de salud mental y hábitos saludables, además de estimular la consulta periódica.



Si la respuesta es **SI** a cualquiera de las dos preguntas, habrá que indagar acerca de posibles causas o factores que pueden repercutir en el estado de ánimo.

Indagar también acerca de:

- Sueño: dificultad para conciliar el sueño o dormir demasiado.
- Alimentación: falta de hambre o exceso al comer.
- Actividad física: si realiza o no, dificultad para moverse.
- Familia o entorno social: red de contención, algún familiar o referente afectivo.

Pautas de alarma

Si la persona refiere alguna de las siguientes cuestiones, es necesario activar el protocolo de abordaje.

- Ideas de auto lastimarse.
- Pensamientos o ideas suicidas.
- Referencia a plan suicida.

Se considera que sufren síntomas depresivos (abatimiento, melancolía o tristeza) las personas mayores que tienen dos o más síntomas de depresión simultáneos, la mayor parte del tiempo, o todo el tiempo, durante al menos dos semanas.

Los síntomas depresivos son más prevalentes en las personas mayores que padecen enfermedades crónicas y discapacidad, que están aisladas socialmente o que se ven obligadas a cuidar de personas muy dependientes. Estas variables deben formar parte del enfoque integral utilizado para abordar los síntomas.

Hay otros aspectos que requieren medidas complejas, como la ansiedad, características de la personalidad y las estrategias con las que siempre se han afrontado los problemas y los obstáculos cotidianos.

El abordaje de la depresión requiere un enfoque integral, generalmente por parte de especialistas, para elaborar un plan de atención personalizada. Sin embargo, los

y las profesionales de la salud, aunque no sean especialistas, pueden ayudar a las personas que tienen síntomas depresivos mediante intervenciones estructuradas breves en espacios de la atención primaria, siempre que cuenten con la capacitación adecuada.

Intervenciones psicológicas estructuradas breves

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

Dichas intervenciones se pueden aplicar con el consentimiento de la persona mayor y teniendo en cuenta sus inquietudes, como pueden ser las dificultades para solucionar problemas.

Terapia cognitivo-conductual

La terapia cognitivo-conductual (TCC) se basa en la idea de que los sentimientos se ven afectados tanto por las creencias como por el comportamiento. Las personas con síntomas depresivos pueden tener pensamientos negativos poco realistas o distorsionados que, si no se controlan, pueden llevar a un comportamiento perjudicial. Así, la Terapia Cognitivo Conductual contiene un componente cognitivo, que ayuda a la persona a desarrollar la capacidad de identificar y cuestionar los pensamientos negativos poco realistas, y un componente conductual, para mejorar los comportamientos positivos y reducir los negativos.

Se propone seguir los siguientes pasos:

- Identificar los problemas en la vida.
- Tomar conciencia acerca de los pensamientos, los sentimientos y las creencias relativas a estos problemas.
- Detectar los pensamientos negativos.
- Reconfigurar esos pensamientos para que sean más realistas.

Asesoramiento o terapia para la solución de problemas

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

La terapia de solución de problemas ofrece a la persona apoyo directo y práctico. En ella, el profesional de la salud, que actúa como terapeuta, y la persona mayor trabajan conjuntamente para identificar y aislar las problemáticas que más contribuyan a los síntomas depresivos. Juntos, terapeuta y persona mayor, dividen estas áreas en tareas concretas y manejables solucionando problemas y elaborando estrategias para afrontar problemas específicos.

Activación conductual

La activación conductual consiste en estimular que la persona realice actividades que le resulten gratificantes, a fin de reducir sus síntomas depresivos. Se ha estudiado principalmente como una intervención de varias sesiones dirigidas por

especialistas, pero puede adaptarse y utilizarse en forma de una única sesión breve, a cargo de profesionales de la salud que tengan la capacitación adecuada, como tratamiento adicional o como un primer paso en un enfoque integral de atención primaria.

Terapia de revisión de la vida

En la terapia de revisión de la vida, el terapeuta guía a la persona en un ejercicio de recuerdo autobiográfico que procura lograr una sensación de paz o aceptación de la situación actual. Esto ayuda a adquirir perspectiva y recuperar recuerdos importantes acerca de amigos y seres queridos. Esta terapia puede servir para tratar la depresión en las personas mayores y en las personas que están relacionadas con el final de la vida. El terapeuta centra así la retrospección en determinados temas o etapas, como la infancia, la paternidad o maternidad, el nacimiento de los primeros nietos o nietas y los años de trabajo.

Actividad física supervisada

Es importante valorar la actividad física, además de los tratamientos psicológicos estructurados, por el efecto positivo que tiene sobre el estado de ánimo (todo aquello relacionado con actividad física ha sido ya presentado en la sección “Área de movimiento” (pág. 34).

Un programa de ejercicio físico adaptado a la capacidad física y las preferencias de la persona puede reducir los síntomas depresivos a corto plazo e incluso quizás también a más largo plazo.

Conciencia plena o mindfulness

Esta técnica consiste en enfocar toda la atención en lo que está sucediendo en el momento presente, en lugar de “dejarse llevar” por el conjunto de pensamientos sobre el pasado, el futuro, los deseos, las obligaciones o los remordimientos, que pueden llegar a afectar una persona con síntomas depresivos. Hay varios tipos de prácticas de conciencia plena. Una técnica muy extendida consiste en que la persona permanezca sentada o acostada en silencio, y concentre la atención en las sensaciones de la respiración. La técnica de la conciencia plena aplicada al movimiento físico (por ejemplo, al hacer yoga o caminar) también es útil para muchas personas.

EVALUAR Y ABORDAR LAS CONDICIONES ASOCIADAS

La presencia de las siguientes condiciones asociadas plantearía una mirada distinta para tratar la depresión:

- Alguna pérdida importante en los últimos seis meses.
- Antecedentes de hiperactividad. Las manías son episodios de exaltación del humor, aumento de energía e hiperactividad, que pueden interferir de forma considerable con el trabajo y las actividades sociales y que requieren atención médica.
- Deterioro cognitivo. La relación entre la depresión y el deterioro cognitivo es compleja. Desde hace tiempo, los estudios epidemiológicos vinculan la depresión con la aparición de la enfermedad de Alzheimer. Las funciones cognitivas

afectadas en la depresión son la atención, el aprendizaje y la memoria visual, así como las funciones ejecutivas. La depresión puede ser una respuesta psicológica cuando la persona toma conciencia de un deterioro cognitivo leve que todavía no dificulta la funcionalidad diaria.

- Pérdida auditiva. Habitualmente las personas mayores que han perdido audición refieren vergüenza, ansiedad y falta de autoestima, y participan menos de las actividades físicas y sociales, de forma que tienden a aislarse, a quedarse solas y a deprimirse.
- Las enfermedades oftalmológicas graves de la vejez, como la degeneración macular relacionada con la edad y el glaucoma, están asociadas con un mayor riesgo de depresión. Las personas con déficits visuales tienden a referir sentimientos de infelicidad, soledad e incluso desesperanza.
- Reacción a la discapacidad causada por alguna enfermedad o traumatismo. La depresión es un trastorno secundario habitual en las personas que sufren algún tipo de discapacidad. Las personas con discapacidad causada por alguna enfermedad o accidente sufren angustia y deben hacer frente a cambios en su vida. En la adaptación a la nueva situación, se pasa por diferentes etapas: conmoción, negación, enfado o depresión, y ajuste o aceptación. Las personas mayores que tienen que enfrentar una situación de discapacidad también corren el riesgo de sufrir ansiedad y depresión.
- Ciertas condiciones asociadas, como el hipotiroidismo, pueden requerir diagnóstico y tratamiento especializados.



En el caso de las personas que han sufrido una alteración de su capacidad intrínseca y funcional, es posible preservar la autonomía con la debida atención y la red de apoyo social, de allí la importancia de la disponibilidad de cada una de ellas. Es necesario que el equipo de salud considere a estas parte del abordaje integral de la persona mayor.

APOYO SOCIAL

El apoyo social cumple un papel sumamente importante ya que ayuda a proveer sentido a la vida y estimula actividades personales que se orientan al cuidado y a la promoción de la salud. Además, tienden a fortalecer la capacidad de la persona para enfrentar y superar situaciones difíciles y salir de ellas aún más fortalecida, ya sea mediante el trabajo preventivo anterior a la ocurrencia de dichas situaciones, como de manera posterior, para recuperar el equilibrio y el bienestar del sujeto. Los efectos positivos de las redes sociales funcionales y el bienestar integral de las personas mayores, han sido ampliamente confirmados. Una red social puede ser caracterizada por un sistema de límites difusos que incluye la totalidad de las relaciones interpersonales de un sujeto. Está conformada por los integrantes de la familia nuclear, parientes, amistades, vecinos y por los y las miembros de grupos, organizaciones, instituciones de diversa índole.

Si bien una red social funcional está conformada por vínculos que proporcionan apoyo y ayuda mutua, cumpliendo en muchas oportunidades un efecto de sostén frente a los hechos estresantes de la vida, también incluye lazos que propician situaciones de conflicto con dificultades en su resolución. Las redes se modifican a lo largo de la vida, ello justifica la valoración de la red de apoyo en forma periódica, por parte del equipo de salud.

El apoyo social no solo comprende la ayuda prestada para las actividades cotidianas y los cuidados personales, sino también el acceso a servicios públicos y centros comunitarios a fin de reducir el aislamiento y la soledad, la seguridad económica, un lugar adecuado de residencia, la protección ante el acoso y el maltrato, y la participación en actividades que den sentido a la vida.

Puntos claves

- La disminución de la capacidad funcional es frecuente en las personas mayores, especialmente en las que presentan una disminución de la capacidad intrínseca, pero no es inevitable.
- El equipo de salud puede detectar las pérdidas de las capacidades funcionales a través de un cuestionario sencillo.
- Las intervenciones adaptadas a su situación de salud, atendiendo las prioridades que le otorga la persona mayor, pueden mejorar su capacidad funcional.
- Las intervenciones eficaces incluyen las destinadas a mejorar la capacidad intrínseca y la capacidad funcional, así como la prestación de apoyo social.

Evaluar y abordar las necesidades de cuidados personales y la ayuda para las actividades cotidianas.

El equipo de salud multidisciplinario de atención primaria puede averiguar si la persona ha llegado a la situación de que requiera apoyo para cuidar de sí misma, utilizando algunas preguntas. Esta evaluación será beneficiosa para las personas mayores que han sufrido una pérdida significativa de la capacidad intrínseca.

Moverse por la casa incluye varias acciones como pasar de la cama a la silla, caminar, llegar al baño y usarlo, y subir y bajar las escaleras. La pérdida de la movilidad incrementa los riesgos y la necesidad de ayuda personal. Vestirse, alimentarse, bañarse y arreglarse son actividades cotidianas y la dificultad de realizarlas comporta la necesidad de asistencia personal. Sin embargo, muchas personas mayores prefieren no depender de los demás y realizarlas por su cuenta.

Los programas de rehabilitación son beneficiosos para las personas mayores que tienen dificultades con las actividades cotidianas, o problemas de movilidad. Estos programas pueden centrarse en mejorar las capacidades, pero también pueden incluir tecnologías de apoyo y adaptaciones del entorno para optimizar la capacidad funcional a pesar de las limitaciones de la capacidad intrínseca. Se pueden ofrecer servicios de transporte para facilitar la movilidad exterior. Si sigue teniendo dificultades, habrá que evaluar la posibilidad de que se preste apoyo algún familiar u otros cuidadores no remunerados teniendo en cuenta también las necesidades de estos. Si se necesita más ayuda, se deberá pensar en estrategias de atención domiciliaria.

Realizar una evaluación de las necesidades de apoyo social será beneficioso para la persona mayor, permitiéndole hacer cosas que son importantes para ella y

comprender la ayuda con respecto a sus condiciones habitacionales: seguridad económica, prevención de la soledad, acceso a centros comunitarios, servicios públicos y la comprensión contra el maltrato.

Las condiciones donde vive la persona mayor pueden no favorecer su autonomía, independencia y bienestar; con preguntas complementarias se pueden definir aspectos concretos a abordar. El equipo de salud orientará en la búsqueda de la respuesta de esa necesidad, siendo la última alternativa el realojamiento en otro lugar.

La situación económica guarda una fuerte asociación con la salud, la autonomía y el bienestar de la persona mayor. Los problemas para satisfacer sus necesidades básicas pueden deberse a distintos motivos; las preguntas complementarias ayudarán a definir cuestiones concretas que deban ser abordadas.

El equipo de salud indagará acerca de los vínculos y la calidad de esas relaciones, garantizando confidencialidad para que la persona no tenga miedo de revelar la naturaleza de sus relaciones personales, incentivando su participación social (grupos de pares, actividades comunitarias intergeneracionales, recreativas, etc.)

Las preguntas complementarias que realizará el equipo de salud deberán tener relación con sus prioridades y preferencias, identificando cuáles pueden ser los obstáculos para su participación social. Así mismo, el equipo deberá conocer los recursos existentes en la comunidad para poder indagar si a la persona mayor le interesan.

El equipo de salud debe saber derivar a las personas mayores cuando hace falta una evaluación específica, tomando en cuenta los apoyos formales e informales de la persona, siendo necesario el trabajo en red entre las autoridades locales, la sociedad civil, incluidas las organizaciones no gubernamentales, el sector privado, los voluntariados y las organizaciones de voluntarios, escuelas, las propias personas mayores y las que se dedican a ellas, así como las familias y las comunidades generando espacios de trabajo conjunto puesto que el apoyo social integrado exige que la ayuda se preste desde varias dimensiones. (*Ver Anexo **Evaluación Social***)

ESQUEMA DE ATENCIÓN PARA PRESTAR APOYO Y ASISTENCIA SOCIAL

A

Evaluar necesidades de Apoyo y social en la alteración de las capacidades funcionales:

1. ¿Le cuesta moverse en la cama?
2. ¿Le cuesta usar el inodoro?
3. ¿Le cuesta vestirse?
4. ¿Le cuesta bañarse?
5. ¿Le cuesta arreglarse?
6. ¿Le gusta comer?

SÍ

- Evaluar** y modificar el entorno físico
- Evaluar** la posibilidad de usar tecnologías de apoyo, dispositivos y adaptaciones
- Evaluar** la necesidad de apoyo de un cuidador y evaluar las necesidades del cuidador
- Evaluar** la necesidad de incorporar la ayuda de cuidadores remunerados
- Analizar** la disponibilidad de otros dispositivos de atención y cuidados

B

Evaluar y abordar las necesidades de asistencia social

7. ¿Tiene algún problema en su vivienda?

SÍ

Hacer preguntas complementarias acerca de:

- 7.1. Su integridad física y protección del lugar donde vive
- 7.2. El estado de su vivienda
- 7.3. La ubicación de su vivienda
- 7.4. Los gastos de su casa
- 7.5. La reparación y el mantenimiento de la vivienda
- 7.6. ¿Le preocupa la autonomía e independencia para seguir viviendo en su casa?

SÍ

- Analizar:**
- Adaptaciones de la vivienda
- Alternativas
- Derivación a otros Programas Sociales

8. ¿Tiene problema de dinero?

SÍ

Hacer preguntas complementarias:

- 8.1. ¿En general le cuesta llegar a fin de mes?
- 8.2. ¿Es capaz de administrar su dinero/economía?
- 8.3. ¿Desea recibir orientación acerca de beneficios económicos?

SÍ

- Considerar:**
- Derivación a áreas sociales correspondientes

9. ¿Se siente solo?

SÍ

Ver las maneras de mejorar:

- 9.1. Las relaciones sociales estrechas (familia, amigos, mascota)
- 9.2. Los recursos locales de la comunidad (grupos de personas mayores, clubes de deportes, recreación, educación, Centros de día, otros)
- 9.3. La oportunidad de contribuir (acciones solidarias, empleo)
- 9.4. La conectividad con las nuevas tecnologías de la comunicación

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

NO

Hacer preguntas complementarias para detectar obstáculos:

- 10.1. No puede debido a: ¿el precio? ¿distancia? ¿transporte? ¿otros motivos?

11. Evaluar el riesgo de maltrato y signos de posibles maltratos (Ver anexos)

EVALUAR EL RIESGO DE MALTRATO

La relación recíproca entre la persona dependiente y la persona cuidadora puede ser compleja. Si el cuidador/a se siente saludable, será capaz de brindar ayuda pero, a veces, la relación puede convertirse en una imposición para el uno o el otro, o para ambos. Esto puede generar conflictos y la persona mayor puede verse expuesta a maltrato.

El maltrato puede consistir en negligencia, abusos materiales (por ejemplo, económicos) o agresiones físicas, psíquicas o sexuales. Las situaciones de negligencia también pueden derivar del desconocimiento, la falta de aptitudes o la ausencia de apoyo o supervisión externa.

Es posible que ni la persona mayor ni la persona cuidadora mencionen el maltrato al profesional de salud, por lo que conviene observar su comportamiento o buscar indicadores físicos, psíquicos y emocionales que delaten una posible situación de maltrato. Si se sospecha que puede haber maltrato, se hará la derivación para una evaluación más exhaustiva a cargo de un equipo de especialistas.

A fin de detectar situaciones de posible maltrato, ya sea emocional o físico, deberá atenderse a ciertos comportamientos o signos que funcionan como pautas de alarma. Respecto al maltrato emocional, este puede manifestarse a través de comportamientos tales como:

Comportamientos de la persona mayor:

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

Comportamiento de la persona cuidadora o del familiar ejerciendo ese rol:

- Pone trabas o impide que el/la profesional y la persona mayor conversen en privado (por ejemplo, entrando varias veces a la habitación).
- Insiste en responder ella misma a las preguntas que se le hacen a la persona mayor.
- Pone obstáculos a la asistencia a la persona mayor en su domicilio.
- Manifiesta gran insatisfacción acerca de la obligación de cuidar a la persona mayor.
- Intenta convencer a los/las profesionales de que la persona mayor “está loca” o enajenada; o se muestra hostil, cansada o impaciente durante la entrevista y la persona mayor está muy inquieta o indiferente en su presencia.

Respecto al maltrato físico, es posible observar:

- Cortes, quemaduras, magulladuras, arañazos, otras.
- Heridas que no coinciden con la explicación dada.
- Heridas que difícilmente hayan sido incidentales.

- Golpes y heridas en lugares ocultos.
- Moretones con formas de dedos por la falta de delicadeza en la manipulación (a menudo en la zona superior de los brazos)
- Lesiones en áreas protegidas, por ejemplo las axilas.
- Lesiones sin tratar.
- Varias lesiones en etapas diferentes de curación.
- Uso excesivo o insuficiente de la medicación.

También es posible observar en las visitas domiciliarias otros indicadores de maltrato, por ejemplo, desinterés en la atención de la persona mayor de parte de la persona cuidadora reflejado en situaciones como alimentos sobre la mesa que no han sido ofrecidos a la persona, falta de higiene, falta de cumplimiento de indicaciones profesionales, caídas frecuentes, etc.

APOYO A LAS PERSONAS QUE CUIDAN

Cuando una persona mayor presenta dificultades significativas en su capacidad de desempeño en la vida cotidiana, debido a las disminuciones de su capacidad intrínseca y funcional, se vuelve dependiente de otras personas. Es entonces cuando resulta necesario el apoyo de su familia o de integrantes de su círculo más cercano, de relaciones sociales estrechas (vínculos no familiares). La familia es la primera fuente de ayuda a las personas mayores y, también, es el tipo de ayuda que prefieren las personas dependientes.

La familia, por lo tanto, llena las lagunas del sistema o completa los cuidados y los servicios que proporciona el equipo tratante y es quien más contribuye a mantener la calidad de vida, la seguridad y el bienestar psicológico y físico de las personas mayores. (Flórez, Flores, Villaverde y Rodríguez, 2003). A estas personas que otorgan apoyos se los denomina socialmente “cuidadoras principales”, o “cuidadoras informales”.

La persona cuidadora contrae una gran carga física y psíquica ya que se responsabiliza de la vida de la persona dependiente: medicación, higiene, cuidados, alimentación, etc. Los requerimientos del cuidado comportan esfuerzos físicos, mentales y de organización del día a día, así como del propio proyecto vital de quien cuida.

Cuidar, asistir a una persona mayor dependiente de terceros, en función de sus necesidades con el tiempo se constituye en cansancio, carga, agotamiento. Una forma de alivio a la situación familiar es la incorporación de otro recurso de apoyo, una persona cuidadora remunerada, formal, quien con su labor en las ayudas prácticas, compañía, apoyo emocional entre otras, colabora con el equipo tratante. Fundamentalmente, se espera de ella que sea el “brazo” del equipo de atención socio-sanitario que llega al domicilio de la persona mayor y opera en éste, con distancia óptima. La persona que cuida basa sus acciones en los aspectos sanos de la persona mayor, ayudándola a recuperar habilidades remanentes, mejorando su calidad de vida, colaborando con la familia, facilitando la comunicación y la reinserción social. Muchas personas mayores las perciben como recursos afectivos; la calidad de este vínculo tiene un impacto fundamental en el bienestar bio-psico-social de la persona mayor.

Tanto las personas cuidadoras principales (informales) como las remuneradas

(cuidadoras formales) pueden experimentar, con el transcurrir del tiempo, agotamiento, sensación de “carga” referida al impacto que produce el cuidado en sus cuidadores o estrés del cuidador, que es el “conjunto de problemas de orden físico, psíquico, emocional, social, económico u otros” (George y Gwyter, 1986)

Se debe concebir el estrés como un proceso que involucra variables previas al inicio del cuidado, como los antecedentes y las condiciones del contexto; variables propias del cuidado, de adaptación y estresantes y variables resultantes del cuidado en sí mismo, consecuencias del cuidado.

En el caso de las personas cuidadores principales, la dedicación que en ocasiones se torna exclusiva hacia la persona mayor dependiente hace que, a mediano o a largo plazo, la persona cuidadora se convierta para el equipo tratante en un “paciente oculto” (Flórez, 2002) que necesitará de la atención de su entorno y del equipo de salud para que pueda afrontar satisfactoriamente tal problemática.

Compete a los equipos de salud, a los y las profesionales de las áreas psico-sociales, observar y atender el bienestar de las personas que cuidan, acompañando los procesos de padecimiento subjetivo resultantes del quehacer diario, promoviendo la creación de una red de apoyo para el desempeño de su tarea.

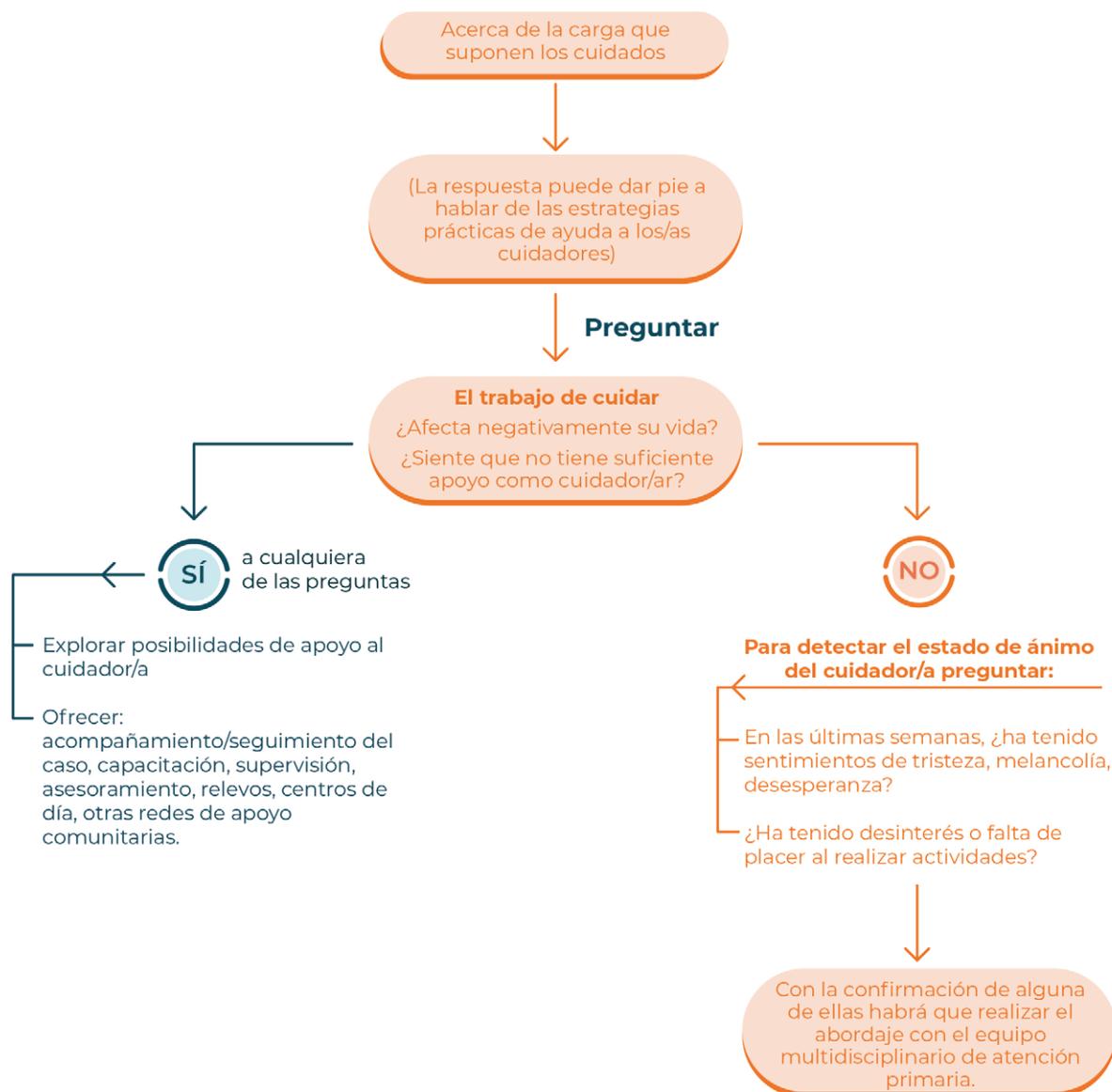
Puntos clave

- La carga de cuidar de una persona mayor con pérdidas significativas de la capacidad intrínseca y funcional, con el transcurrir del tiempo, puede alterar la vida de la persona cuidadora en distintos aspectos, y hasta, llegar al deterioro de su salud.
- Observar especialmente si la persona cuidadora principal contrae gran carga física y psíquica; va perdiendo paulatinamente independencia, se desatiende a sí misma, descuidando su proyecto vital.
- Existen diversos dispositivos de apoyos y sostén, intervenciones dirigidas a las personas cuidadoras: espacios grupales de contención, relevos, asesoramiento inherente al caso, capacitarse para las tareas de cuidado a un otro y a sí misma, ayuda económica, psicoterapia para preservar una relación satisfactoria y saludable con la persona dependiente, entre otras.
- Se recomienda mantener una actitud de alerta ya que, en ocasiones, puede producirse maltrato en el cuidado de la persona mayor. Un integrante del equipo de salud puede detectar los signos de maltrato durante la evaluación y luego se debe derivar a un especialista.

Para evaluar, indagar acerca de tres áreas:

- Se recomienda que la evaluación de las funciones de la persona cuidadora y su impacto no se realice en presencia de la persona dependiente, para reducir la incomodidad o las reservas a la hora de hablar con franqueza.
- El relato de la persona mayor puede diferir del que haga la persona cuidadora, por diversas razones. La evaluación, por lo tanto, debe tener en cuenta el conocimiento obtenido con el examen integral de la capacidad intrínseca.
- Para comprender las necesidades de la persona cuidadora, se le puede preguntar qué tareas realiza, cómo, con qué frecuencia, buscando aspectos que puedan mejorarse con consejos, cuestiones prácticas o tecnologías innovadoras, y qué siente con respecto al desarrollo de su tarea, buscando signos de agotamiento, enojo, frustración o menosprecio.

ESQUEMA DE ATENCIÓN PARA PRESTAR APOYO A LOS/AS CUIDADORES



Ofrecer ayuda a la persona cuidadora

El equipo de atención primaria debe garantizar los derechos que tienen las personas cuidadoras de personas mayores. Es muy importante que las familias puedan disponer de una red amplia y diversificada de recursos sanitarios y socio-sanitarios que les permita, mientras sea posible, atender en su casa a la persona mayor dependiente.

El apoyo social se puede recibir de dos maneras: como apoyo informal, proveniente

de familiares, vecinos, amistades u organizaciones altruistas de voluntariado y como apoyo formal, que es aquel proporcionado por los equipos de la salud.

Existen diferentes posibilidades para brindar sostén a las personas cuidadoras, tales como:

Centros de Día para Personas Mayores: se trata de un recurso muy interesante para las primeras etapas de dependencia con el que desarrollan programaciones de psico-estimulación, como para la familia que pueden normalizar su vida al saber que su familiar está siendo atendido.

- Ingresos temporales a residencias para personas mayores, para proporcionar descanso o alivio a la familia, o por motivos circunstanciales.
- Dispositivos grupales de apoyo a las personas cuidadoras: consisten en intervenciones psicosociales, con el objetivo de reducir los efectos negativos del cuidar (estrés, ansiedad, depresión), en las que circulan tanto las palabras de los y las profesionales como las de las familias o personas próximas que participan de los cuidados.
- Grupos de autoayuda para personas cuidadoras: sus objetivos son favorecer el intercambio de información y apoyo emocional entre las personas afectadas por problemas similares, como por ejemplo, compartir consecuencias de la actividad de cuidar, intercambiar recursos creativos puestos al servicio de mejorar el cuidado y dar alivio a quien cuida.

El respaldo individual a las personas cuidadoras, la atención, la supervisión, el seguimiento (en lo posible domiciliario) por parte del equipo multidisciplinario de atención primaria de la salud, fortalecen las habilidades para el cuidado. El apoyo que se ofrezca a la persona cuidadora debe contemplar sus preferencias y hacer hincapié en la búsqueda de su bienestar.

Paso 3.

Construir un Plan de Atención Personalizado

Con el fin de personalizar el proceso de atención se debe modificar la tradicional visión del proceso salud-enfermedad para enfatizar los valores, preferencias y necesidades de la persona mayor y centrarse en permitir que la persona mayor pueda seguir haciendo lo que más valora, como envejecer conservando su independencia y seguridad sin tener que abandonar su casa, preservar su desarrollo personal, sentirse incluida y contribuir a su comunidad sin perder su autonomía y su salud.

El objetivo de optimizar la capacidad intrínseca y funcional ayuda a integrar la atención y hacer un seguimiento de la evolución de la persona mayor y del efecto de los objetivos acordados. Es imprescindible que la persona mayor y la persona cuidadora participen de la toma de decisiones y de la fijación de objetivos desde el principio.

ETAPAS PARA EL PLAN DE ATENCIÓN PERSONALIZADA

(Ver Anexo *Evaluación y plan de atención centrado en la persona mayor*).

A) Analizar los resultados de la evaluación (Paso 2) y conversar acerca de la capacidad funcional, el estado de salud y el bienestar físico, mental y emocional.

Las personas mayores acompañadas de su pareja, familia o cuidadoras se reunirán con el equipo interdisciplinario para considerar los resultados de la evaluación y las propuestas de cada área funcional. El equipo interdisciplinario puede estar integrado por quienes interactúan con la persona mayor, como profesionales de medicina del primer nivel de atención, de enfermería, de trabajo social, terapeutas (de kinesiología, terapia ocupacionales, fonoaudiología, psicología, etc.) personas cuidadoras informales y formales.

B) Establecer los objetivos centrados en la persona

La evaluación centrada en la persona generará una lista de objetivos propuestos que pueden incluirse en el plan de atención y comentarse con la persona. Además de los objetivos a mediano y largo plazo (de 6 a 12 meses), se recomienda incluir objetivos a corto plazo (3 meses) para obtener mejoras o beneficios más inmediatos que motiven e ilusionen a la persona mayor.

C) Acordar las intervenciones

Los acuerdos que se propongan en el plan de atención deben:

- Contar con la aprobación de la persona mayor.
- Coincidir con los propósitos, objetivos, intereses y prioridades de la persona mayor.
- Adecuarse a su entorno físico y social.

D) Terminar y transmitir el plan de atención

El equipo de salud presentará en el plan de atención los resultados de las charlas y, luego de plantearlo por escrito, lo transmitirá a la persona mayor, a su familia, acompañantes o cuidadores, siempre con su consentimiento.

E) Realizar el seguimiento

Para alcanzar los objetivos acordados, es importante hacer un seguimiento periódico del plan de atención. El seguimiento permite observar la evolución y detectar a tiempo las dificultades relativas a la participación en los acuerdos, los efectos negativos de los mismos y principalmente las variaciones en el estado funcional. También ayuda a mantener una relación continua entre la persona mayor y el equipo de atención.

El proceso de seguimiento comprende los siguientes elementos:

- Garantizar la aplicación del plan de atención.
- Repetir la evaluación centrada en la persona y documentar todos los cambios que se observen.
- Resumir los resultados, los obstáculos en la aplicación de las intervenciones de salud y el apoyo social.
- Detectar los cambios y las necesidades nuevas.
- Acordar cómo plantear estos cambios y necesidades nuevas, incorporando otras intervenciones cuando sea necesario y revisando y mejorando el plan.
- Repetir el ciclo.

F) En caso de abandono del plan, realizar la recaptación correspondiente.

Paso 4.

Favorecer la derivación y el seguimiento del plan de atención con los servicios gerontológicos especializados vinculados

Como resultado de las múltiples enfermedades crónicas, las personas mayores tienen más probabilidades de consultar con varios profesionales de la salud, y de cambiar de una institución a otra. La prestación de una atención completa e integrada en instituciones sanitarias específicas, lo que se denomina “continuidad de la atención”, es, por ende, muy importante en este grupo etario, por lo que la vinculación con la atención gerontológica especializada es fundamental.

Cuando la multimorbilidad aumenta con la edad y da lugar a cuadros clínicos complejos, los médicos y las médicas de atención primaria deben derivar a las personas mayores a los servicios de geriatría. Los y las geriatras se especializan en el tratamiento de las personas mayores con trastornos crónicos complejos, como los síndromes geriátricos, así como también de las que padecen limitaciones en su actividad cotidiana.

Para garantizar la atención integrada y centrada en la persona resulta fundamental asegurar que la persona mayor reciba una atención apropiada y oportuna en todos los niveles de atención, entre los cuales debe existir una comunicación continua y dinámica, a través de un sistema de referencia y contrarreferencia entre el equipo de salud de atención primaria y los y las especialistas.

Paso 5.

Involucrar a las comunidades y apoyar a las personas cuidadoras

Todos los seres humanos, a lo largo de la vida, generamos vínculos con otros, en primer lugar, en la familia y luego, a medida que transitamos por otros espacios institucionales o comunitarios, incluimos amistades, ya sea de la escuela, del club, del barrio o del trabajo, entre otros contextos en los que habitualmente se generan relaciones que pueden llegar a ser significativas.

La red social es de gran relevancia en la vida de la persona mayor ya que es proveedora de apoyo, genera en ella la creencia de que es importante para otros, así como el sentimiento de ser cuidado, amado y valorado (Cassel, 1976). El disponer de una red de apoyo social adecuada se asocia con mayores niveles de bienestar integral.

Conocer los recursos de apoyo con los que cuenta una persona mayor y las posibilidades que tienen de responder frente a situaciones tanto de crisis como

cotidianas es fundamental. Se considera, por una parte, la cantidad de vínculos que una persona mayor posee y que percibe como significativas y, por otra, las funciones de apoyo que cada uno de esos vínculos cumple o podría cumplir. En este sentido, la evaluación de la red puede mostrar la insuficiencia de esta y la necesidad de fortalecerla.

Si la persona posee un conjunto de vínculos que no pueden cubrir las demandas de apoyo, por sobrecarga o por otros motivos, puede surgir de allí la necesidad de una persona cuidadora domiciliaria. Es de gran importancia que esa persona cuidadora domiciliaria colabore con mantener los vínculos que la persona mayor posee y se informe sobre los recursos comunitarios que tiene a su disposición.

Por otra parte, la persona cuidadora aporta a través de su tarea diversos tipos de apoyo, por lo cual es fundamental que reciba información básica sobre las enfermedades de la persona mayor y capacitación referida a la asistencia en las ABVD.

Es importante priorizar el cuidado tanto físico como mental de la persona cuidadora, en especial cuando esta asiste a una persona dependiente, ocasiones en las que suelen sentirse aisladas y son muy propensas a sufrir problemas psicológicos y depresión.

También hay que explorar las oportunidades de involucrar a las comunidades de forma más directa en la ayuda a las personas cuidadoras, en particular promoviendo el voluntariado y permitiendo que participen los miembros de más edad. Este tipo de actividades pueden tener lugar en el marco de las asociaciones y grupos en los que se reúnen las personas mayores.

Por todo lo expuesto, la calidad del vínculo entre la persona mayor y la persona cuidadora tiene un impacto fundamental en el bienestar biopsicosocial de la primera, no solo por las ayudas prácticas que la persona cuidadora proporcione de manera cotidiana, sino también porque le brinda a la persona mayor información valiosa, así como compañía y apoyo emocional.

Guía de
Atención
Integrada
para las
**PERSONAS
MAYORES**

ANEXOS



LAS PERSONAS MAYORES Y EL CAMBIO CLIMÁTICO

El entorno que nos rodea influye de manera directa sobre la salud y, por lo tanto, en la calidad de vida de las personas, es por ello que el cambio climático afecta de diversas formas la salud de las personas mayores. Las personas mayores son un grupo poblacional considerado frágil o vulnerable frente al impacto en su salud relacionado con el cambio climático.

Como ya se mencionó en esta guía, el proceso del envejecimiento trae aparejado cambios a nivel fisiológico, con un deterioro propio de ciertas capacidades, que a su vez traen cambios en las capacidades intrínsecas y que impactan en la capacidad funcional. Por otro lado, las personas mayores poseen más probabilidades de cursar enfermedades crónicas y, en menor grado, poseen ciertas discapacidades que limitan sus actividades diarias. Es por todo esto que, como equipo de salud, debemos abordar de forma integral a las personas mayores, relacionando el proceso propio del envejecimiento con todas las amenazas que existen en el entorno con respecto al cambio climático, que pueden generar daños en la salud.

La OMS destaca en su informe ***La Década de Envejecimiento Saludable 2021-2030 en un mundo de cambio climático***, cómo la salud y el bienestar de las personas mayores se ven afectadas por el cambio climático y cómo este es relevante en las cuatro áreas de acción prioritarias del plan de la Década. En concreto, la segunda hace referencia a “Asegurar que las comunidades fomenten las capacidades de las personas mayores creando entornos amigables con el envejecimiento” (OMS, 2020). La OMS considera que es fundamental ayudar a las ciudades y comunidades de todo el mundo a adaptarse a las necesidades y demandas de las personas mayores. A su vez, es de vital importancia empoderar a las personas mayores favoreciendo en ellas la toma de conciencia para que ejerzan prácticas de autocuidado que generen cambios significativos en su salud, en su calidad de vida y en su entorno. Es fundamental que los equipos de salud brinden educación y puedan sensibilizar a las personas mayores sobre cuidar su salud, adoptar hábitos saludables, generar estrategias de prevención de complicaciones y conocer las enfermedades y los efectos que genera el impacto del cambio climático. Es posible fomentar el desarrollo de aptitudes personales, aumentar la confianza y la motivación para ayudar a las personas a tomar mejores decisiones sobre su propia salud. En este sentido, se destaca el rol fundamental de atención primaria de salud en todos sus niveles de complejidad, para prevenir el impacto del cambio climático en esta población vulnerable.

Impacto en la salud de las personas mayores por los efectos del cambio climático

CALOR EXTREMO

Actualmente y en el futuro aumentarán los eventos de calor extremo, lo cual conlleva a un aumento de las temperaturas a lo largo del año. La exposición al calor extremo puede intensificar el riesgo de enfermedad y muerte en las personas mayores, en especial para aquellas que poseen afecciones cardíacas, enfermedades metabólicas como la diabetes y otras enfermedades crónicas que aumentan la sensibilidad al calor. Cabe destacar que a medida que se envejece se producen modificaciones del metabolismo basal que determinan cambios en la termorregulación, así

como en la percepción de la temperatura, lo que explica que la persona mayor presente un déficit de adaptación a la temperatura externa, es decir, tolera mal el calor, pero también así el frío, ya que las reacciones vasomotoras metabólicas son poco eficientes. Si a esta condición natural se suman afecciones cardíacas, pulmonares o metabólicas, se incrementa el riesgo de alteraciones en la salud, si la persona se expone a extremos de temperatura. Las personas mayores que viven en zonas rurales son un grupo considerado susceptible a las temperaturas extremas, debido a las dificultades en el acceso a bienes y servicios que ayudan a mitigar las consecuencias de sus efectos, como por ejemplo electricidad, red potable de agua, dificultad en la accesibilidad a los centros de atención de salud.

MALA CALIDAD DEL AIRE

Otro de los efectos del cambio climático es el deterioro de la calidad del aire debido a la quema de combustibles fósiles, a la elevación de la temperatura, que facilita la formación de ozono a nivel del suelo y puede prolongar la duración de la temporada de alérgenos. Los patrones cambiantes del clima y los incendios forestales frecuentes también intensifican la contaminación, el polvo y el humo en el aire. La combinación de mala calidad del aire, temperaturas elevadas y la contaminación afectan en especial manera la salud de las personas mayores empeorando los trastornos respiratorios comunes, como el asma y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y las afecciones cardíacas, en especial, si tienen diabetes y/u obesidad.

EVENTOS EXTREMOS

El fenómeno del cambio climático influye en la frecuencia e intensidad de algunos eventos climáticos extremos, como lo son las inundaciones, las sequías y los incendios forestales. Las personas mayores tienen más probabilidades de morir por causas relacionadas con las tormentas y las inundaciones. Es necesario tener en cuenta que un evento extremo en ocasiones exige la evacuación de un lugar, y ante esto las personas mayores tienen riesgos más altos de sufrir impactos en la salud física, emocional y mental. Incluso las personas más vulnerables son las que tienen alguna discapacidad, enfermedades crónicas, o quienes viven en residencias para personas mayores. Ante eventos climáticos, además, se pueden producir mayores impactos en la salud debido a la falta de accesibilidad a la atención en salud o a la disposición de la medicación.

ENFERMEDADES CAUSADAS POR AGUA NO SEGURA O CONTAMINADA

El cambio climático aumenta el riesgo de contaminación de las fuentes de agua para beber y de las aguas recreacionales. Las personas mayores están expuestas a un mayor riesgo de contraer enfermedades gastrointestinales por el consumo de agua no segura o contaminada. Aquellas personas cuya salud ya se encuentra alterada por otras afecciones están más expuestas a sufrir consecuencias graves en su salud, incluso la muerte.

ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES, ENFERMEDADES ZONÓTICAS

El cambio climático, el aumento de la temperatura y el aumento de la densidad de la población llevan a que ciertos vectores como roedores, garrapatas, mosquitos, etc., amplíen su hábitat y estén presentes por temporadas más largas, lo cual conlleva a un mayor riesgo de sufrir enfermedades en las personas mayores, sobre todo dado a que tienen a poseer sistemas inmunológicos más vulnerables, lo que conlleva a mayor riesgo de infección.

ESTRATEGIAS QUE SE PROPONEN PARA DESARROLLAR EN CONJUNTO CON LAS PERSONAS MAYORES

La década del envejecimiento activo y saludable brinda una gran oportunidad a los equipos de salud de sensibilizar sobre los derechos y las necesidades que poseen las personas mayores, como prioridades de abordaje frente al cambio climático. Es fundamental como equipo de salud para comprender el impacto del cambio climático en las personas mayores combatir los estereotipos, los prejuicios y la discriminación en todas sus formas incluyendo la percepción por la edad. El desafío consta de generar nuevas formas de pensar en cómo las personas mayores pueden producir un impacto positivo relacionado con la problemática del cambio climático, sobre sus propias vidas y sobre la de los demás.

El aporte desde los equipos de salud a contribuir en el desarrollo de comunidades amigables con las personas mayores, donde estas participen activamente, donde se fomente su desarrollo personal, y aumente su calidad de vida, conlleva a que conserven su autonomía, dignidad y bienestar. El equipo de salud de atención primaria debe ser un facilitador para promover una comunicación intergeneracional, promoviendo la inclusión de las personas mayores, apoyándolas para que participen activamente en acciones en conjunto con el resto de la población.

En este sentido, los equipos de salud deberán trabajar en conjunto con los **promotores de salud comunitarios de personas mayores**, figura que surge desde las mismas organizaciones de personas mayores, cuya función principal es auspiciar de nexo entre las personas mayores de un barrio o área y las diferentes organizaciones del mismo, con el fin de promover acciones de envejecimiento activo y saludable y colaborar en resolver situaciones de vulnerabilidad o necesidad de las personas mayores. Algunas de las líneas de trabajo son las que se describen a continuación.

ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

Contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas en el territorio de la provincia del Neuquén, mediante la promoción de un estilo de vida saludable. Coordinar acciones dirigidas a la promoción de hábitos saludables, vida activa, alimentación saludable y un estilo de vida sin tabaco en la población. Consta de impulsar un cambio de hábitos alimentarios, con base en las necesidades nutricionales de toda la población y el fomento de una vida activa y de ambientes libres de humo de tabaco.

SALUD MENTAL Y COMUNIDADES IMPLICADAS

No hay salud sin salud mental. El bienestar integral involucra el bienestar mental como componente fundamental. La salud mental hace posible que las personas materialicen su potencial y consoliden sus proyectos de vida individuales, familiares y en comunidad. Así, se reconoce la función esencial de la salud mental en la consecución de la salud de todas las personas a lo largo de la totalidad del ciclo de vida, con hincapié en la importancia de la prevención desde la infancia hasta las personas mayores.

Bajo estos dos lineamientos se propone generar espacios donde fomentar la horticultura en las personas mayores. Generar las huertas, ya sea en instituciones o bien en sus domicilios, genera beneficios en la salud previniendo el aislamiento, promoviendo mejores relaciones sociales, produciendo una fuente de alimentos saludables, impactando positivamente en la salud física y mental, y previniendo el deterioro cognitivo.

Generar grupos de personas mayores con patologías crónicas para trabajar en conjunto estrategias de alimentación saludables adaptadas a sus necesidades, fomentando la actividad física, según sus posibilidades, y promoviendo la adhesión al tratamiento indicado.

SALUD AMBIENTAL

Construir y fortalecer la salud en forma intersectorial, desde los territorios locales, con participación comunitaria, políticas públicas saludables y liderazgo político. La salud ambiental engloba factores externos que pueden incidir en la salud de una persona, por lo que crear ambientes propicios para la salud es una acción fundamental para la prevención de enfermedades. En la Dirección de Salud Ambiental convergen programas preventivos para enfermedades zoonóticas, vectoriales y envenenamientos ponzoñosos; así como exposición a riesgos fisicoquímicos y preservación de entornos saludables.

Una de las estrategias que pueden ponerse en marcha desde los efectores de salud es promover grupos de personas mayores que realicen actividad física según sus necesidades en espacios verdes, de esta forma la impactar positivamente a su física y mental, a su vez la exposición a espacios verdes de manera sostenida genera en el tiempo un impacto positivo en la calidad de vida de las personas mayores favoreciendo la prevención del deterioro cognitivo.

AYUDAS TÉCNICAS

Se definen así a todas las ayudas que se utilizan para proteger, asistir o suplir una función.

Ayudas técnicas para la deambulaci3n y/o el desplazamiento: aseguran la estabilidad de la marcha y permiten tambi3n el desarrollo de actividades con menor gasto de energí3a, en condiciones de mayor seguridad.

BASTONES

Proporcionan la estabilidad y el apoyo necesarios para caminar correctamente; ayudan a mantener el equilibrio y a no depositar todo el peso al sobre una pierna si la misma est3 enferma. Los bastones permiten apoyar hasta un 25% del peso corporal y **se deben utilizar en el lado opuesto de la pierna afectada**. Est3n especialmente indicado en la artrosis, sobre todo de las rodillas y caderas, trastornos leves del equilibrio, lesiones en los pies o las extremidades inferiores.

¿C3mo ajustar el bast3n adecuadamente? La longitud correcta de un bast3n se mide desde la muñeca hasta el suelo.

Para medir un bast3n:

- La persona debe usar los zapatos que utiliza regularmente y mantener el brazo con una flexi3n del codo de 20 a 30 grados.
- Medir la distancia desde la muñeca hasta el suelo. Esta medida deberí3 ser igual a la distancia que existe desde la altura de la cadera hasta el suelo.

Para usar en forma segura el bast3n:

- Poner todo el peso en la pierna “buena” y luego mover el bast3n, avanzando a una distancia adecuada con la pierna afectada.
- Con el peso distribuido entre el bast3n y la pierna afectada, avanzar con la pierna “buena”.
- Apoyar el bast3n firmemente en el suelo antes de dar un paso.
- No colocar el bast3n demasiado adelante ya que este podrí3 resbalarse. Las puntas de goma antideslizantes permiten evitar los resbalones. Revisar las puntas con frecuencia y cambiarlas si se ven desgastadas.
- Si la persona no se siente c3moda con el bast3n, puede pedirle a un profesional de kinesiologí3a que lo ajuste.

TIPO DE BASTONES

- Bast3n canadiense



- Bast3n trípode



- Bast3n com3n



* En el caso de bast3n trípode debe indicarse en el pedido de qu3 lado se va usar

ANDADORES

Los andadores proporcionan apoyo y equilibrio y pueden contribuir a evitar las caídas en algunas personas. En ellos se puede apoyar hasta un 50% del peso de la persona. Se indican para artrosis avanzada, especialmente de rodillas y caderas, trastornos medianamente graves de marcha y equilibrio, debilidad generalizada de caderas y piernas.

¿Cómo ajustar el andador adecuadamente? La altura correcta de un andador se mide desde la muñeca al suelo.

Para medir un andador:

- La persona debe usar los zapatos que utiliza regularmente y mantener el brazo con una flexión del codo de 20 a 30 grados.
- Medir la distancia desde la muñeca al suelo. Esta medida debería ser igual a la distancia desde la cadera hasta el suelo.
- La mayoría de los andadores se ajustan presionando los botones que tienen a cada lado y deslizando el tubo a la nueva longitud, hasta que estos queden fijos en el punto deseado.
- Si la persona no se siente cómoda con el andador, puede pedirle a un profesional de kinesiología que lo ajuste.

Para usar en forma segura el andador

- Desplazar el andador un paso hacia adelante.
- Apoyarlo firmemente en el suelo. No colocar el andador demasiado adelantado ya que podría resbalarse.
- Inclinarsse un poco hacia adelante y sostenerse en las empuñaduras del andador, a modo de apoyo.
- Dar un paso.
- Repetir el ciclo: apoyar el andador firmemente en el suelo (o desplazarlo hacia adelante y luego dé un paso).
- Las puntas de goma antideslizantes (regatones) permiten evitar los resbalones. Revisarlos con frecuencia y cambiarlos si se ven desgastados.

TIPOS DE ANDADORES

- Andador fijo



Para caminar con él, la persona mayor tiene que levantarlo y apoyarlo en el suelo en cada paso. Pueden ser plegables, o no.

- Andador con ruedas



Este andador es ultraligero y resistente, dispone de asiento y es plegable. Los andadores con asiento, además, son usados por personas mayores con una baja resistencia y que requieren descansar y recuperar fuerzas. Para caminar con él, no se tiene más que empujar a la vez que se anda. Este modelo aporta mucha estabilidad, al estar siempre en contacto con el suelo.

SILLA DE RUEDAS

Esta es la última opción que entra en juego cuando la capacidad de desplazarse es prácticamente inexistente o nula. La persona mayor estará sentada y lo único que tiene que hacer (siempre que su condición de salud lo permita) es mover sus brazos y, con ellos, impulsar la silla.

RECOMENDACIONES PARA EVITAR LAS BARRERAS ARQUITECTÓNICAS

Nos referiremos aquí a las recomendaciones para evitar **barreras arquitectónicas** en los siguientes espacios y elementos:

- Pisos
- Escaleras y pasillos
- Baños
- Cocinas y lavaderos
- Muebles

PISOS

- Serán lisos, antideslizantes y sin desniveles mayores a 2 cm. No debe haber cables sueltos sobre ellos.
- Las alfombras, en principio, no son aconsejables, Sin embargo, en caso de que existan, deben estar siempre pegadas o clavadas, e irán de pared a pared. En ningún caso tendrán bordes levantados, ni flecos, y su espesor no será superior a 2 cm. No debe haber alfombras sueltas (especialmente al pie de la cama).

ESCALERAS Y PASILLOS

- Las escaleras y los pasillos también tendrán pisos lisos, sin desniveles, y no serán resbaladizos. Las escaleras no deben tener caminos o alfombras.

- Los pasamanos estarán en ambos lados y serán de sección circular o anatómica, de entre 3,5 a 5 cm de diámetro. Serán continuos, sin sujeciones horizontales, para que el agarre de la mano no se interrumpa a lo largo del recorrido. Los pasamanos deben estar separados de las paredes entre 4 y 5 cm.

BAÑOS

- El piso del baño será antideslizante, tanto seco como mojado (también en la ducha), y no habrá alfombras sueltas ni cables eléctricos sobre el piso.
- La ventilación y la iluminación del baño deben ser muy buenas.
- Tienen que colocarse barras de apoyo (fijas y móviles) a los costados de todos los artefactos y espacios de uso.
- Las griferías convienen que sean en forma de cruz o monocomando.
- Es muy conveniente que en el baño haya timbres u otros elementos de alarma.
- La altura del inodoro puede elevarse con un zócalo, de tal manera que quede de 8 a 10 cm de altura. También existen inodoros de mayor altura, elevadores de inodoro y silla ortopédica adaptada al uso.
- El inodoro dispondrá de dos barrales de ayuda firmemente ancladas que permitan apoyarse o agarrarse con fuerza en la transferencia. El barral situado en el lado del espacio de aproximación deberá ser rebatible (si la aproximación se puede realizar por los dos lados del inodoro, ambos barrales serán rebatibles) y se colocarán a 35 cm del eje del inodoro y a 70-75 cm de altura). Es conveniente que una de las barras disponga de un accesorio para colocar el papel higiénico.

RECOMENDACIONES PARA EL BAÑO PARA PERSONAS MAYORES EN SILLA DE RUEDAS

Es conveniente retirar el bidet y la bañera. El retiro del bidet permite acercar la silla de ruedas para hacer la transferencia lateral al inodoro y a la vez disponer mayor espacio para el trabajo de la persona cuidadora. Retirado el bidet, su función puede ser reemplazada por un duchador manual, que si es de manguera larga, puede utilizarse también para un posible espacio de duchado, o uno "bidematic". De no retirarse el bidet, pueden tomarse, en cuanto a su altura, iguales consideraciones que para el inodoro.

El retiro de la bañera y la transformación de ese espacio en uno para el duchado, con un asiento rebatible o fijo, disminuyen los riesgos para la persona mayor y ayuda al trabajo de la persona cuidadora. Los espacios ganados por el retiro del bidet y de la bañera facilitan los movimientos de las sillas de ruedas.

En cuanto al uso del lavatorio para las personas mayores que usan sillas de ruedas, conviene sacarle el pie de apoyo, porque dificulta la aproximación necesaria. Por otro lado, colocar un refuerzo debajo del lavatorio previene su caída y rotura, ante la gran presión que una persona mayor pueda realizar, por sobrepeso o caída. Para personas que usan sillas de rueda, el espejo sobre el lavatorio debe estar levemente inclinado (no más de 10°).

La puerta de acceso debe tener una medida tal que, abierta, pueda pasar una silla de ruedas; nunca menos de 80 cm. Procurar que la puerta abra hacia afuera o que sea corrediza, para poder entrar en el caso de que, por una caída de la persona mayor, su cuerpo esté contra la puerta.

● Inodoro portátil



● Elevadores de inodoro



● Barras sujeción



Espacio de duchado Silla para ducha Asiento Rebatible Duchador manual/Barras de sujeción.

COCINAS Y LAVADEROS

- Los pisos serán antideslizantes, tanto secos como mojados.
- Las alacenas se bajarán hasta unos 35 a 40 cm sobre la mesada de trabajo. Si la persona mayor utiliza silla de ruedas, se retirará una parte del bajo mesada para permitir la aproximación de la silla de ruedas.
- Las griferías, igual que en el baño, serán en forma de cruz o monocomando.
- Durante el uso de la cocina, se debe evitar que sobresalgan manijas, empuñaduras o asas de ollas y sartenes, cuidándose la persona de no tener contacto directo con el fuego con brazos, manos, o la ropa (especialmente las mangas largas).
- Debe contar con una buena ventilación e iluminación suficiente. Es conveniente que existan rejillas de ventilación de 20 x 20 cm, que den al exterior y colocadas, una a no menos de 1,80 m de altura y otra a no más de 40 cm del piso.
- Si es posible, colocar alarmas de humo y de pérdidas de gas. Tener un pequeño matafuegos.

MUEBLES

- Eliminar los muebles que impiden una circulación segura.
- Las sillas y sillones deben tener apoyabrazos, con un nivel de asiento de entre 45 a 50 cm de altura.

- Es conveniente que las mesas tengan 4 patas, y si son con una sola pata en el centro, que esta sea suficientemente pesada como para impedir un vuelco.
- El nivel superior del colchón de la cama estará entre 45 a 50 cm de altura.
- Para las personas mayores con sobrepeso, es conveniente colocar una pata central bajo el elástico de la cama.

RECOMENDACIONES PARA EVITAR LAS BARRERAS URBANÍSTICAS

Algunas de estas barreras pueden eliminarse, teniendo en cuenta las siguientes condiciones:

VEREDAS Y SENDEROS DE PARQUES Y PLAZAS

Serán de materiales firmes, duraderos y no resbaladizos, tanto secos como mojados. No tendrán desniveles. Sobre veredas y senderos no podrá sobresalir nada que esté a menos de 2 m de altura y a no menos de 90 cm de la línea de edificación o borde de un sendero de plaza. Las veredas tendrán anchos mayores de 1,50 m para que puedan pasar simultáneamente 2 sillas de ruedas.

RAMPAS DE ESQUINA

Deben realizarse siempre en coincidencia con los cruces peatonales, con un borde de encuentro con el pavimento no superior a los 2 cm y con pendientes suaves. Estarán rodeadas de advertencias (baldosas amarillas con pequeños conos truncados) que avisan de la existencia de la rampa de esquina a las personas mayores con discapacidad visual. Se debe impedir que el agua (de cualquier origen que sea) invada las rampas de esquina.

MOBILIARIO URBANO ACCESIBLE

Los equipamientos que permiten estar y circular en el espacio público, facilitando recibir información y utilizar elementos y servicios (paradas de transporte, cabinas telefónicas, centros de información turística, kioscos de distintos tipos, bebederos, baños públicos, asientos en plazas y veredas, cestos de basura, etc.) deben ser accesibles para todas las personas mayores con o sin discapacidad.

ESTRATEGIAS GENERALES PARA QUIEN CUIDA A PERSONAS CON DEMENCIA

Los objetivos en el cuidado de estas personas deben ser realistas y alcanzables, ya que, si son complejos, conducen hacia la frustración, lo cual tiene un efecto contrario.

LENGUAJE

- La persona con demencia no puede hablar, pero sí siente, su comunicación se establece fundamentalmente a través de miradas y contacto físico.
- El lenguaje no verbal es sumamente importante: acariciar, sonreír, mirar a los ojos con una sonrisa o muestra de afecto. Utilizar el contacto físico para que perciba afecto, seguridad, confianza, compañía, ternura, amabilidad.
- Prestar atención a sus gestos, para comprender su conducta.
- Estimular para que la persona se comuniqué de otras maneras.
- Comunicar tocando o señalando los objetos de los que se está hablando.
- Referirse a la persona por su nombre, intentando orientarla y atraer su atención.
- Permitirle momentos de relajación y descanso, para que no se agote con ejercicios complejos y de dificultad.
- Utilizar la música para lograr relajación y crear una conexión a nivel emocional.

ASEO Y DUCHA

Generalmente produce miedo y confusión. Es posible encontrar algunas de estas situaciones en la persona con demencia, ante la ocasión de aseo o de uso del baño:

- No es capaz de utilizar el peine, el cepillo de dientes, lavarse la cabeza, etc. ya que no puede hacer la secuencia de los pasos de la actividad o repite alguno de ellos.
- Confunde o no reconoce los elementos de aseo necesarios.
- No sabe regular la temperatura del agua.
- Se muestra ansiosa cuando otra persona tiene que bañarla, ya que es un momento de especial intimidad.
- Hay riesgo de caída. Dificultad para entrar y salir de la bañera.
- No es capaz de encontrar el baño, de manera que puede llegar a hacer sus necesidades en lugares inadecuados.
- No realiza una higiene adecuada.
- Dificultades para vestirse.

ESTRATEGIAS DE ABORDAJE

- Evalúe cuál es el mejor momento del día para bañar a la persona, en que momento está más tranquila, e intente desarrollar una rutina.
- Antes de empezar, tenga listo todo lo que necesita.
- Tenga presente que algunas personas experimentan temor e incomodidad. Sea amable y actúe con respeto, hágalo con calma.
- Explíquelo a la persona paso a paso lo que va hacer. Permítale hacer por sí misma todo lo que le sea posible.
- Es conveniente adaptar algunos utensilios para facilitar su uso, por ejemplo, esponjas o peines con mango largo y anatómico. Usar máquina de afeitar.

- Utilizar carteles y etiquetas para reconocer los diferentes objetos.
- Tener en cuenta la temperatura del baño, así como toallas extras y una bata de baño. Pruebe la temperatura del agua antes de empezar. Dejar preparada a la persona la temperatura adecuada del agua.
- Si necesita la ayuda de otra persona, explicaremos lo que vamos a hacer, paso a paso.
- Ante el pudo, realizar un aseo por partes.
- Minimice los riesgos utilizando una ducha de mano, coloque una silla en la ducha, agarraderas y alfombras antideslizantes en la bañera.
- Nunca deje sola a la persona en el baño.

USO DEL BAÑO

- Utilizar carteles con imágenes para reconocer el espacio.
- Dar instrucciones verbales para ir guiando la actividad.
- Utilizar adaptaciones, como barras de sujeción o adaptadores para el inodoro.
- Respetar la intimidad de la persona, dentro de lo posible (una vez que la hemos ayudado a sentarse en el baño, podemos retirarnos, sin dejar de supervisar, y darle el tiempo necesario para que finalice).

VESTIRSE

- Ante la necesidad de vestirse, es posible observar que la persona con demencia:
- Tiene dificultad para abotonarse, subirse o bajarse un pantalón y escoger qué ponerse.
- No se pone la ropa en el orden y la posición adecuados.
- Presenta posibles pérdidas de equilibrio.
- Puede irritarse al ser vestida por otra persona.
- Se desviste constantemente.
- Se siente invadida.

ESTRATEGIAS DE ABORDAJE

- Intente como en otros casos mantener una rutina para el vestido, por ejemplo, todos los días a la misma hora.
- Estimule a la persona, hasta donde sea posible, para que lo haga por sí misma.
- Respete sus tiempos sin presión.
- Permítale elegir las prendas.
- Si tiene una ropa favorita, considere comprarle varios juegos idénticos.
- Organice la ropa en el orden en que se la debe poner para ayudarlo a ejecutar el proceso.
- Si es necesario darle instrucciones, éstas deben ser claras y paso por paso.
- Los elásticos en la cintura y los cierres de velcro disminuyen las dificultades.
- Dejar en el armario solo las prendas de temporada. Mantenga 1 o 2 juegos de prendas.
- Utilizar carteles con dibujos o etiquetas para señalar dónde se encuentran las prendas dentro del armario.
- En caso de que la persona se desvista continuamente, utilizaremos ropa de menor accesibilidad (apertura por la espalda, medias en vez de calcetines, bodys, etc.)
- Si la persona al estar de pie muestra inestabilidad, realizará la actividad del vestido sentada la mayor parte del tiempo.

ALIMENTACIÓN

Pueden presentarse diferentes escenarios en relación a la alimentación. Algunas personas quieren comer todo el tiempo, mientras a otras hay que estimularlas para que coman. Puede suceder que la persona con demencia:

- Confunde los cubiertos entre ellos (come la sopa con tenedor).
- Se distrae y no inicia ni continúa la tarea.
- Posibles atragantamientos.
- No mantiene una limpieza adecuada en la mesa.

ESTRATEGIAS DE ABORDAJE

- Asegúrese de que haya un ambiente tranquilo, libre de ruidos y otras distracciones, para que la persona logre concentrarse en la comida.
- Proporciónese un número limitado de opciones de comida y sírvale porciones pequeñas.
- Poner únicamente el cubierto que se necesite para comer cada plato. Utilizar cubiertos, platos hondos (con ventosas o usar individuales antideslizantes) y vasos adaptados a la necesidad (ej.: vasos con tapa, bombillas, dos manijas).
- Proporcione alimentos que se coman con las manos, si la persona tiene dificultad para utilizar los cubiertos.
- Simplificar la tarea (ej.: si tiene dificultad para cortar la comida, se le presentará ya cortada).
- Recuerde que los problemas de la dentadura y de la boca pueden también condicionar la conducta frente a la comida.
- Mantener una buena postura sentados. Uso de almohadones tipo cuña para evitar deslizamiento anterior; y sujeción.
- Utilizar cubiertos pequeños para evitar que introduzca grandes cantidades de comida en la boca y coma de manera impulsiva.
- Presentación vistosa de la comida de manera que despierte su interés, así como darle siempre comida que le resulte familiar, a la que esté acostumbrada. Darle la comida en la temperatura justa, recordar que la persona puede no distinguir entre frío y calor.
- Ser tolerantes ante los posibles malos modos.

INCONTINENCIA

A medida que la enfermedad avanza, muchas personas mayores presentan incapacidad para controlar la orina o los intestinos. La incontinencia puede ser muy perturbadora para quien la padece y muy difícil para quien cuida.

ESTRATEGIAS DE ABORDAJE

- Mantenga una rutina para llevar a la persona al baño, por ejemplo, cada 3 horas durante el día, aunque la persona no lo pida. Durante ese intervalo se le preguntará a la persona si necesita ir al baño.
- Prestar atención a señales corporales o gestos de la persona, tales como inquietud o tirarse la ropa, que indiquen que quiera ir al baño.
- Si la persona tiene incontinencia, manifieste comprensión, conserve la calma, y tranquilícela si está angustiada.
- Evitar que la persona tome líquidos a la tarde-noche.

- Si va a salir con la persona, averigüe dónde están localizados los baños y haga que la persona use ropa sencilla y fácil de quitarse.
- Lleve un juego extra de ropa para que pueda cambiarse en caso de ser necesario.
- El uso de pañales durante la noche se evalúa según cada caso.

DIFICULTADES PARA DORMIR

- Limitar el horario de la siesta.
- Programar las actividades que requieran esfuerzo físico a horas tempranas del día, por ejemplo, el baño.
- Proveer una rutina de ejercicios físicos acordes a las posibilidades de la persona.
- Facilitar caminatas diarias, si es posible.
- Mantener las luces bajas, eliminar los ruidos fuertes.
- Fijar un horario para acostarse.
- Si la oscuridad asusta a la persona, usar lamparitas tenues de noche en el pasillo y en el baño.

ORIENTACIÓN

ESTRATEGIAS DE ABORDAJE

- Resaltar la información referente al espacio y lugar donde se encuentra la persona mayor (ej.: en su casa); tiempo en el que vive (ej.: día, mes, año, o la estación del año, etc.)
- Informar acerca de datos personales y circunstancias importantes (ej.: cumpleaños de un familiar).
- Utilizar almanaques, relojes, fotos, entre otros, que colaboren en dicho propósito.

PÉRDIDA DE OBJETOS

Puede ocurrir que la persona olvida dónde ha puesto las cosas y, al olvidar que olvida, acuse a la persona cuidadora de cambiar objetos de lugar o robarlos.

ESTRATEGIAS DE ABORDAJE

- Tener copia de llaves.
- La documentación importante no debe estar al alcance de la persona, sino en lugares de resguardo.
- Dejar las cosas siempre en el mismo lugar.
- Reconocer si la persona tiene lugares ocultos en la habitación

CONDUCTAS PERSEVERATIVAS

La persona durante el discurso repite palabras, ideas o temas.

ESTRATEGIAS DE ABORDAJE

- Se sugiere distraer a la persona con algo diferente para ver, oír o hacer.
- No reaccionar con violencia ante las repeticiones.
- Dar información nuevamente, siempre de igual manera.
- No utilizar el término "NO", que puede resultar agresivo para la persona.

TRISTEZA E INACTIVIDAD

Los síntomas depresivos y ansiosos prevalecen en las etapas iniciales y luego decrecen.

ESTRATEGIAS DE ABORDAJE

- Darle a la persona tareas y responsabilidades que la ayuden a sentirse útil y valorada.
- Estimular grupos reducidos de actividades.
- Hacer ejercicio físico. No solamente puede mejorar la salud, sino que también puede convertirse en una actividad importante para compartir. Puede ser cualquier actividad: caminar, nadar, bailar o trabajar en el jardín. Recuerde que el ejercicio generalmente ayuda a dormir mejor.
- Reconocer sus esfuerzos y actitudes positivas.
- Escúchela y hágale saber que estará a su lado.
- Hacer uso de las habilidades que la persona ya tiene generalmente da mejores resultados que tratar de enseñarle algo nuevo.

ALUCINACIONES - DELIRIOS

A medida que la enfermedad avanza, algunas personas pueden experimentar alucinaciones o delirios. Estos pueden ser signos de una enfermedad física o efectos de algunos medicamentos. La presencia de delirios y alucinaciones se correlaciona con comportamientos agresivos.

Alucinaciones: la persona puede ver, oír, oler o percibir algo que no está allí, algo que no existe.

ESTRATEGIAS DE ABORDAJE

- Evitar discutir con la persona sobre lo que ella dice que ve, escucha o siente.
- Cambiar el tema
- Distraer con objetos reales de la habitación.
- Consultar al médico sobre la medicación.

Delirios: son creencias falsas de las cuales las personas no pueden ser disuadidas.

ESTRATEGIAS DE ABORDAJE

- No discuta.
- Protéjala si tiene miedo.
- Trate de distraer a la persona con otro tema u actividad.
- Apagar la televisión, sobre todo si hay programas violentos.
- Asegurar que la persona esté segura y fuera de peligro.

AGRESIVIDAD

Los comportamientos agresivos se suceden con mayor frecuencia entre los pacientes con dificultades en la comunicación, con menos participación social y con mayor grado de dependencia física.

ESTRATEGIAS DE ABORDAJE

- Mantener la calma. El enojo no es hacia usted.
- No contradecir. No retar.
- Preguntarle en un tono amable qué le sucede.
- No mostrar miedo o alarma. Actuar con seguridad.
- Desviar la atención.
- Reconocer el motivo de la reacción, para prevenir en un futuro.
- No recriminar el acto.
- Eliminar objetos peligrosos.
- No darle importancia al hecho.
- Consultar con el médico.

PARA TENER EN CUENTA

Existe evidencia de que en las residencias los problemas más comunes son la agitación, la resistencia a los cuidados y la agresividad verbal. Se ha encontrado que estos comportamientos se manifiestan con mayor frecuencia en las personas que están con contención física, cuando se encuentran inactivos o solos, y cuando sienten frío por la noche. Estos datos corroboran que los comportamientos agitados constituyen señales de disconfort y de necesidades insatisfechas. Por el contrario, estos comportamientos se presentan con menos frecuencia cuando se cuenta con actividades estructuradas, con música e interacciones sociales.

DETECCIÓN DE CAUSAS AMBIENTALES DE LOS SÍNTOMAS O EXACERBACIÓN DE SÍNTOMAS QUE YA ESTABAN CONTROLADOS

EL ENTORNO

Debido a que las personas con demencia tienen dificultades para adaptarse a su entorno, este debe ser adecuado a ellas. Debe existir un equilibrio entre la demanda del medio ambiente y los recursos de la persona, es decir, ajustar los estímulos a las capacidades de ellas, teniendo en cuenta que las mismas son dinámicas y cambiantes (cambio de ambiente, cambio de cuidadores, modificaciones en las rutinas, ambiente muy frío o muy caluroso, ambiente ruidoso, visitas no habituales, etc.)

La deambulación errante (“wandering”) y la inquietud pueden indicar que el paciente está buscando algo o a alguien, quiere irse a su casa o al trabajo, o persigue otro objetivo. En este tipo de manifestaciones las estrategias de distracción pueden resultar útiles, pero las modificaciones ambientales, los recursos tecnológicos, las medidas de seguridad, las intervenciones físicas y psicosociales cumplen un rol preponderante en el abordaje. El equipo de salud y la persona cuidadora constituyen eslabones fundamentales en el entorno de la persona mayor, debido a que en ellos radica el cuidado para la vida cotidiana.

Modificaciones del entorno para acompañar y contener la deambulación errante:

- Camuflaje de salidas: con pintura de igual color que las paredes, cortinas en las puertas.

- Señales de “PARE” o franja oscura en el piso delante de las zonas que están “fuera de los límites”.
- Instalar cerraduras de seguridad en las ventanas y puertas.
- Adecuada identificación de las zonas de baños, por ejemplo, mediante una foto de un sanitario.
- Quitar las cerraduras del baño.
- Identificación de la habitación con el nombre y una foto de la persona.
- Procurar espacios amplios y seguros para la deambulación, evitando obstáculos tales como alfombras, objetos y comida, ya que los trastornos de movilidad y de la memoria aumentan las posibilidades de accidentes.
- Asegurarse de que los pisos permanezcan secos, idealmente contar con pisos antideslizantes.
- Mantener lejos del alcance de la persona objetos potencialmente peligrosos como cubiertos, medicamentos, objetos cortantes, tijeras.
- El calzado debe ser adecuado, cerrado y con suela de goma.
- Es importante que la persona lleve siempre consigo alguna identificación.

Lo que **NO** se debe hacer

- No se debe decir el problema que tienen.
- No se les debe dar órdenes, sino persuadir.
- No se los contradice, salvo que haya un peligro.
- No confrontar.
- No se les reprocha.
- Evitar el estrés innecesario, favorece el avance de la enfermedad, y desestabiliza las emociones y conductas de la persona.



Lo que **SI** se debe hacer
MANTENER LA CALMA

SÍNDROMES GERIÁTRICOS

A menudo las enfermedades en las personas mayores se manifiestan de manera diferente a, como lo hacen en los más jóvenes, con signos y síntomas distintos, generalmente más inespecíficos. Teniendo en cuenta esto y que, generalmente, coexisten en este grupo etario varias patologías y la polifarmacia, el cuadro clínico se dificulta aún más.

Es importante tener presente que las enfermedades en las personas mayores se pueden presentar como síndromes geriátricos, estos constituyen un concepto diferente al de enfermedad, por lo que definimos a los síndromes geriátricos como el conjunto de síntomas y signos clínicos que constituyen un problema grave, siendo el origen de una incapacidad funcional o social, que surgen como resultado de la interacción de enfermedades prevalentes de las personas mayores y que tienen su expresión a través de cuadros patológicos no encuadrados en las enfermedades habituales.

Es indispensable que el abordaje se realice desde las dimensiones bio-psico-sociales:

- Lo biológico tiene que ver con el desempeño físico en la vida diaria de la persona mayor y la repercusión en la clínica.
- Lo psicológico implica el abordaje fundamentalmente emocional y lo subjetivo de la persona (la percepción o apreciación subjetiva de sentirse o hallarse bien, de estar de buen ánimo, de sentirse satisfecho).
- Lo social que tiene ver con las redes de apoyo, cuestiones vinculares.

Los síndromes geriátricos comparten las siguientes características:

- Responden a múltiples causas.
- Limitan la independencia de la persona, afectan las actividades básicas de la vida diaria, algunas instrumentales y, por ende, la calidad de vida.
- Casi nunca responden a medidas terapéuticas simples. Su abordaje diagnóstico y terapéutico requiere una valoración integral, un enfoque interdisciplinario y un correcto uso de los niveles asistenciales. Por lo tanto, constituyen un desafío para los equipos del primer nivel de atención en cuanto a la prevención, el abordaje y los criterios de derivación oportuna a especialistas.
- Causan consecuencias más graves que el síntoma en sí mismo, como por ejemplo, mayor necesidad de cuidados, pérdida de independencia, aislamiento y hasta institucionalización.
- Tienen costos muy importantes para su tratamiento porque generan dependencia y servicios de cuidado a largo plazo.

Por todo esto, es sumamente importante que los equipos de APS estén preparados, entrenados, para identificar a las personas cuidadoras, porque es con ellas donde se van a realizar las actividades de orientación, para un cuidado adecuado de las personas mayores que tengan estos síndromes.

PUNTOS CLAVES

Conocer que existen múltiples causas debajo de un problema. Los síndromes geriátricos pueden desencadenar una cascada de eventos adversos por lo que es importante que sean atendidos y no considerarlos propios del envejecimiento. Diversas situaciones de estrés, tales como enfermedades, mudanzas, pérdida de

seres queridos, hasta incluso cambios del cuidador, pueden derivar en la pérdida de independencia.

Una vez que aparece un problema de salud o una situación social estresante, su sola presencia puede generar la aparición de un nuevo problema, y este último determinar la aparición de un tercero que desencadena un fenómeno en cascada que resulta devastador para la persona mayor. Reconocer cuál evento puede relacionarse con la aparición del problema puede ayudar a determinar la causa.

La mayoría de estos síndromes son prevenibles si son detectados tempranamente, por lo que se requiere de una valoración integral de la persona mayor. Es importante mencionar que los síndromes geriátricos y sus efectos secundarios aumentan la fragilidad de las personas mayores. Se clasifica a los síndromes geriátricos en:

1. Inmovilidad
2. Inestabilidad y caídas
3. Incontinencia
4. Deterioro cognitivo
5. Polifarmacia

Algunos autores consideran otros como el dolor, la depresión, la sarcopenia, la fragilidad, pero en realidad estos también están comprendidos dentro de los cinco síndromes mencionados.

1. INMOVILIDAD

Es la incapacidad para desplazarse sin riesgos, y sin ayuda, para realizar las actividades básicas (ABVD) que son todas las actividades funcionales esenciales para el autocuidado. Esta se produce por el deterioro de las funciones motoras (debilidad muscular progresiva) y, en casos extremos, imposibilidad de deambulación (caminar) y reducción marcada de la tolerancia al ejercicio.

Actualmente, se lo denomina “dismovilidad” porque se considera que una persona es inmóvil completamente cuando deja de existir, porque aún en estado de postración siempre es posible mover alguna parte del cuerpo.

El cuidado de las personas mayores con **síndrome de inmovilidad** está enfocado en:

- Evitar el deterioro de la funcionalidad física y prevenir discapacidades, por lo que es recomendable integrar a la persona mayor a un programa de rehabilitación.
- Prevenir las UPP (úlceras por presión) a través de los cambios posturales periódicos.
- Prevenir la constipación con una dieta rica en fibras y la movilización.
- Prevenir la trombosis venosa profunda con la movilización precoz de MMII.

2. INESTABILIDAD Y CAÍDAS

Se considera a la inestabilidad como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al paciente al suelo en contra de su voluntad. Es una patología muy frecuente, que usualmente pasa inadvertida a los profesionales de la salud porque la persona no suele mencionar que se ha caído; porque no se produjeron lesiones directas tras la caída o porque se atribuye la caída al proceso normal de envejecimiento. La persona mayor que se cae una vez, tiene mayor riesgo de volver a caerse en los próximos 6 meses. (Ver “Prevención de caídas”, pág. 50).

¿Por qué es tan importante detectar y prevenir las caídas?

- Es el primer indicio de una enfermedad no detectada, por ej.: síncope, hipotensión ortostática, afección de las válvulas del corazón, etc.
- Manifestación de fragilidad.
- Síndrome post caída. (Ver “Prevención de caídas”, pág. 50).

Indicadores para detectar si una persona mayor está en riesgo de caer

- Alteraciones del equilibrio estático y dinámico. (Ver “Detectar el riesgo de una nueva caída”, pág. 47).
- Fallas visuales (ver “Capacidad visual”, pág. 60): contribuyen en un 50% a la inestabilidad y se relacionan con el 25-50% de las caídas.
- Polifarmacia.
- Personas de 65 años o más, con signos de deterioro cognitivo.
- Personas mayores sedentarias.
- Personas con antecedentes previos de caídas.
- Personas expuestas a barreras arquitectónicas.

Siempre tener en cuenta

- Un entorno arquitectónico y ambiental sin barreras en domicilio. (Ver Anexo **Ayudas técnicas**)
- Intentar identificar el desencadenante.
- Evaluar las consecuencias: lesiones de tejidos blandos, fracturas, hematoma subdural, hospitalización, discapacidad, riesgo de institucionalización y muerte.
- Evaluar las circunstancias dentro de las que se ha producido la caída. Transmitir esta información al profesional que evaluará a la persona.

3. INCONTINENCIA

Se define a la incontinencia como cualquier escape involuntario de orina que provoque molestias a la persona, y que origina un problema higiénico, médico, psicosocial y económico.

- Puede ser causa de deterioro en la calidad de vida de las personas mayores.
- Es más prevalente en las mujeres.
- No es un proceso normal del envejecimiento, aunque puede ser favorecida por algunos cambios que se dan con el paso del tiempo.
- Muchas veces es reversible.
- No se detecta tempranamente por el sistema de salud: hay que indagarlo.
- Se naturaliza el uso de toallitas y pañales, influido por la publicidad.

CAUSAS

- Algunos medicamentos como: sedantes, diuréticos, antidepresivos, y otros (bebidas alcohólicas o con cafeína).
- Dificultades en el ambiente (mala iluminación, baño alejado y poco accesible).
- Enfermedades o problemas que dificultan la movilidad para trasladarse al baño: enfermedades neurológicas, osteoarticulares.
- Alteraciones psicológicas, depresión.
- Alteraciones: ginecológicas (debilidad del piso pélvico, prolapso uterino),

urológicas (infecciones urinarias, agrandamiento de la próstata), cardíacas (insuficiencia cardíaca), metabólicas (diabetes).

- Alteraciones cognitivas: demencias.

FACTORES DE RIESGO

- Inmovilidad.
- Sexo femenino.
- Hospitalización.
- Infecciones urinarias.
- Retención urinaria.
- Depresión.
- Medicación.
- Problemas neurológicos.
- Impactación fecal.
- Sobrepeso.

CONSECUENCIAS

- Médicas: infección urinaria recurrente, úlceras por presión, caídas y/o fracturas.
- Psicológicas: pérdida de la autoestima, ansiedad, depresión, dependencia.
- Sociales: aislamiento por el temor a la pérdida de orina en lugares inapropiados; necesidad de mayor apoyo familiar; estrés en la familia, amigos, cuidadores. Riesgo de institucionalización.
- Económicas: aumento de los costos económicos (apósitos y pañales).

TIPOS DE INCONTINENCIA URINARIA

INCONTINENCIA DE ESFUERZO

- Más frecuente en mujeres.
- Pérdida involuntaria de orina que se produce en situaciones que aumentan la presión abdominal, como tos, estornudos, risa, al ponerse de pie, andar, levantar peso; sin tener sensación previa de ganas de orinar.
- Aparece en el día y disminuye o desaparece por la noche.
- Recomendaciones: evitar tener la vejiga llena; trabajar la rehabilitación del suelo pelviano; descenso de peso en los pacientes con obesidad; tratamiento de la tos; tratamiento del prolapso (derivación especialista).

INCONTINENCIA URINARIA POR URGENCIA

- Más frecuente en hombres.
- Pérdida involuntaria repentina precedida o acompañada de necesidad imperiosa de orinar (urgencia miccional), que es difícil de contener y por la que resulta imposible llegar al baño.
- Las pérdidas suelen ser importantes. La persona no puede aguantar más de 5 segundos sin orinar.
- Ocurre tanto de día como de noche. No hay pérdida con el esfuerzo.
- Puede deberse a una afección menor, como una infección, un trastorno neurológico, diabetes. Síndrome de la vejiga hiperactiva que consiste en la presencia de contracciones vesicales no inhibidas (hiperactividad vesical).

INCONTINENCIA POR REBOSAMIENTO

- Es más frecuente en los hombres.
- La vejiga es incapaz de vaciarse totalmente y la orina sale en forma pasiva porque la vejiga no se contrae.
- Ocasiona pérdida de orina de pequeños volúmenes, con una eliminación constante en forma de goteo.
- Puede aparecer gran dificultad para iniciar la micción y aparecer un goteo al final.
- El chorro miccional suele ser reducido, con poca fuerza y entrecortado.
- Polaquiuria, nicturia (debido a la relajación nocturna del suelo pélvico y una vejiga llena). Ocurre de día y de noche.
- Puede darse la sensación de vaciamiento incompleto, con ansiedad y molestias abdominales.

INCONTINENCIA FUNCIONAL

- Es la pérdida de orina causada por la incapacidad para ir o utilizar el baño o sustitutos del mismo, en el tiempo necesario, sin existencia de enfermedad urológica o neurológica previa, como por ejemplo, en el deterioro físico/cognitivo, uso de restricciones físicas, depresión, ambiente no familiar, barreras arquitectónicas, ausencia de luz, desatención por parte del personal para el acceso a los sanitarios.

INCONTINENCIA TRANSITORIA

- Es de aparición súbita y desaparece cuando son suprimidas las causas, tales como: infecciones urinarias, inmovilidad, constipación prolongada (el recto está ubicado cerca de la vejiga y comparte muchos nervios. Las heces duras y compactadas en el recto hacen que estos nervios se mantengan activos en exceso y aumenten la frecuencia urinaria.), etc.

INCONTINENCIA URINARIA MIXTA

Se experimenta más de un tipo de incontinencia urinaria. La mayoría de las veces, se refiere a la combinación de incontinencia de esfuerzo e incontinencia urinaria por urgencia.

PREVALENCIA

Incontinencia urinaria de urgencia seguida de la mixta, y de esfuerzo en último lugar.

ABORDAJE DE LA INCONTINENCIA URINARIA

¿Cómo manejar la incontinencia urinaria en personas mayores?

Una clave en el manejo de la incontinencia urinaria es ayudar a disminuir la incomodidad que genera, no solo en el aspecto físico, sino a nivel social. Es necesario conversar sobre el problema y desestigmatizarlo. Las diversas condiciones propias de la persona mayor resultan un desafío importante para el equipo de salud en cuanto al abordaje y al tratamiento, debido al impacto que esto implica en calidad de vida para la persona mayor.

El diagnóstico correcto de la persona mayor con síntomas de incontinencia urinaria se puede realizar utilizando métodos básicos, disponibles en todos los centros de salud, entre los que se encuentran la anamnesis y la exploración física. Cuanto más información brinde la persona mayor, mejor será el diagnóstico que se podrá ofrecer y las decisiones del tratamiento.

Cualquiera sea la presentación del problema, se comienza con medidas generales, como por ejemplo, elaborar un diario del funcionamiento de la vejiga (durante varios días, se anota cuánto bebe la persona, cuándo orina, la cantidad de orina que produce y si experimentó una necesidad imperiosa de orinar y cuántos episodios de incontinencia tuvo) y realizar exámenes complementarios con procedimientos no invasivos (laboratorio, ecografías, etc.). Si este abordaje no funciona, se realizará la derivación oportuna. Dadas las múltiples etiologías, es fundamental el manejo multidisciplinario de la incontinencia urinaria, lo que involucrará a profesionales de la ginecología, urología, geriatría, kinesiología.

TRATAMIENTO INICIAL

El tratamiento conservador es multifactorial y depende del tipo de incontinencia, la gravedad y la causa subyacente y debe realizarse de una forma escalonada. Probablemente, se necesite una combinación de tratamientos.

Medidas generales

- No eliminar los líquidos porque la concentración de la orina puede irritar las vías urinarias y así acentuar la irritabilidad de la vejiga.
- Evitar la ingesta de líquidos a partir de la merienda.
- Reducir la ingesta de té, mate y en especial de bebidas con alcohol o cafeína ya que pueden provocar episodios de urgencia miccional.
- Establecer y acordar una rutina para ir al baño (por ej. cada 3 horas).
- Fomentar el hábito de orinar antes de acostarse.
- Extremar la higiene de la zona genital para mantenerla seca y cuidar la piel, realizar la higiene en forma correcta, para prevenir infecciones urinarias. Es importante renovar las prendas interiores cada 6 meses.
- Usar ropa fácil de desabrochar y quitar (velcros en lugar de cierres y botones).
- Evitar constipación: ingerir más fibra.
- Mantener un peso saludable.
- Evitar pérdida de funcionalidad y postración.
- Modificación del hábitat y barreras arquitectónicas para compensar los defectos funcionales de movilidad y memoria.
- Realizar ejercicios del suelo pélvico.

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Fortalecimiento de los músculos del suelo pélvico a través de ejercicios y bio feedback (técnicas de biorretroalimentación). Estas técnicas son especialmente eficaces para la incontinencia de esfuerzo, pero también pueden ser útiles para la incontinencia urinaria por urgencia. El tratamiento lo realizan profesionales de kinesiología con formación en piso pélvico.

TÉCNICAS CONDUCTUALES

- Horarios programados para ir al baño, para orinar cada dos a cuatro horas en lugar de aguardar hasta tener la necesidad de ir.
- Orinar dos veces, para aprender a vaciar la vejiga lo más posible para evitar la incontinencia por rebosamiento. Orinar dos veces significa orinar, y luego esperar unos minutos e intentarlo nuevamente.
- Si existe vaciado incompleto de la vejiga se recomienda contraer voluntariamente la pared abdominal o ejercer presión manual sobre ella.
- Entrenamiento de la vejiga, retrasar la micción después de que se sienta la necesidad de orinar. Puede comenzarse tratando de contenerla durante 10 minutos cada vez que sienta la necesidad de orinar. El objetivo es prolongar el tiempo entre las idas al baño hasta que orine solamente cada 2,5 y 3,5 horas, preguntado a intervalos regulares si desea orinar.
- Es eficaz en la incontinencia de urgencia y en la de esfuerzo.
- Si la persona mayor es dependiente y está mental y/ o físicamente deteriorada, será difícil cambiar los hábitos, y el objetivo se enfocará en mantenerla seca. Para ello, un método eficaz es preguntarle a intervalos regulares si desea orinar.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- Los medicamentos, según el caso, siempre serán recetados por especialistas, como por ejemplo: anticolinérgicos.
- Estos medicamentos, como la oxibutinina, pueden calmar la vejiga hiperactiva y ser útiles para la incontinencia urinaria por urgencia; bloqueadores alfa como la tamsulosina.
- En los hombres con incontinencia urinaria por urgencia o por rebosamiento, estos medicamentos relajan los músculos del cuello de la vejiga y las fibras musculares de la próstata, al tiempo que facilitan el vaciamiento de la vejiga.
- Estrógeno tópico. La aplicación del estrógeno tópico de dosis baja en su presentación de crema, anillo o parche vaginal puede ayudar a tonificar y rejuvenecer los tejidos de la uretra y la zona vaginal.

TERAPIAS INTERVENCIONISTAS

- Cirugía.
- Toxina botulínica.
- Otras.

4. DETERIORO COGNITIVO

El deterioro cognitivo se define como una pérdida o reducción, temporal o permanente, de varias funciones cognitivas, en personas que las conservaban intactas previamente. Evaluar y abordar las enfermedades asociadas es un paso importante antes del diagnóstico del deterioro cognitivo, para determinar la presencia de algunos trastornos comunes que pueden provocar un deterioro cognitivo transitorio. Algunos trastornos comunes, como la deshidratación, la nutrición deficiente, las infecciones y la polimedicación, pueden provocar un deterioro cognitivo transitorio. En estos casos, los síntomas cognitivos deberían desaparecer con un tratamiento adecuado.

ENFERMEDADES QUE CURSAN CON SÍNTOMAS COGNITIVOS

DESHIDRATACIÓN GRAVE

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

SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

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

POLIMEDICACIÓN

Si se administran 3 o más medicamentos, estos pueden interactuar entre sí provocando efectos secundarios adversos. Los sedantes e hipnóticos son los medicamentos que más se asocian con trastornos cognitivos en las personas mayores.

CIRUGÍA MAYOR Y ANESTESIA GENERAL

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

Se ha demostrado que el deterioro se puede frenar y los déficits son más leves si se mantiene una vida activa y saludable en entornos estimulantes y si continuamos trabajando nuestras capacidades mediante prácticas y ejercicios de estimulación cognitiva.

La función cognitiva también puede verse afectada por pérdidas en otras áreas de la capacidad intrínseca, en particular de la audición, la visión y el estado de ánimo, de modo que también deben abordarse si se desea conseguir resultados favorables. Las personas que sufren deterioro cognitivo no siempre presentan las mismas disminuciones en otras áreas.

DEMENCIA O ALTERACIÓN NEUROCOGNITIVA SEVERA

El deterioro cognitivo se convierte en un problema especialmente importante cuando afecta a la capacidad de la persona de desenvolverse con normalidad en su entorno, es decir, cuando se desarrolla una demencia. Se presenta con mayor frecuencia en mujeres, relacionado esto generalmente con una mayor expectativa de vida.

Clasificación

- Alzheimer: es la causa más común de demencia y de deterioros cognitivos en personas mayores.
- Demencia mixta o vascular: causada por problemas vasculares que afectan el sistema nervioso.

- Demencia fronto temporal.
- Demencia de Cuerpos de Lewy.
- Descartar causas no degenerativas: traumatismo, tumores, infecciones, tóxicas.

Alteraciones de las funciones cognitivas

- Memoria: se afecta primero la memoria a corto plazo. Al principio la persona sigue recordando cosas del pasado, aunque no recuerde lo que ha comido. Con el tiempo se ve afectada toda la memoria.
- Orientación espacial y temporal: confunde lugares y fechas.
- Atención: se distrae con mucha facilidad.
- Lenguaje: dificultad para expresarse o comprender el lenguaje, tanto el verbal como el escrito.
- Praxias: dificultades para la realización de las tareas cotidianas, por ejemplo, para cocinar o vestirse.
- Dificultades para reconocer objetos o personas.
- Dificultades para planificar y organizar: la persona no sabe qué tiene que hacer antes o después en la realización de una tarea.
- Alteración en la capacidad de pensamiento y de juicio: muchas dificultades para razonar, para comprender las consecuencias de sus actos.

Alteraciones psicológicas y de la conducta

- Delirios: son interpretaciones falsas de la realidad (como creer que le robaron o que hay extraños en la casa).
- Alucinaciones: son percepciones falsas y ocurren cuando la persona ve, oye, huele, saborea o percibe algo que no existe.
- Falsos reconocimientos: confunden una persona por otra, no se reconocen a sí mismas ni a la persona que las cuida.
- Alteraciones del estado de ánimo: es frecuente la ansiedad por las propias dificultades que tienen para comprender el mundo que los rodea. También puede aparecer depresión.
- Apatía: falta de motivación y de iniciativa.
- Cambios en la personalidad: acentuación de rasgos previos y rigidez o cambios como enlentecimiento o dependencia.
- Trastornos del sueño.
- Deambulación errática: caminar incesantemente.
- Inquietud y agitación, enojo, ira.
- Negativismo, rechazo a hacer las cosas.
- Cambios en los hábitos alimenticios: a veces come de manera compulsiva o se niega a comer o intenta ingerir productos no alimenticios.
- Trastornos de tipo sexual: se caracterizan por falta de pudor.

Alteraciones funcionales

Progresiva incapacidad para hacer las actividades cotidianas que acostumbraba a hacer y limitaciones para hacer nuevas actividades:

- ABVD: lavarse, vestirse, ir al baño, caminar, comer
- AIVD: progresivamente, cada vez más dificultades como para llamar por teléfono, cocinar.

Consideraciones en las demencias

Es una discapacidad y el grado en que afecta a la persona depende en gran medida de la calidad de atención que recibe. Hay tantas manifestaciones de demencia como personas con demencias. Se deben distinguir las “conductas problemas de una dificultad para la comunicación de una necesidad. Es necesario tratar de entender el mensaje y así comprometerse con esa necesidad que no está siendo cubierta.

La tarea de cuidar implica:

- Satisfacer las necesidades básicas.
- Proporcionar un entorno seguro.
- Tener conocimiento claro y preciso de las habilidades de las personas, gustos, intereses, valores, formas de espiritualidad.

Cuidados

- Deben adaptarse a cada momento de la evolución de la enfermedad.
- Atender las necesidades de la persona y procurar siempre fomentar su independencia, puede ser desde una simple supervisión de la tarea hasta suplir por completo a la persona en su realización.

Apoyos a la persona que cuida

Es fundamental que familiares y cuidadores sean conscientes de la necesidad de cuidarse a sí mismos:

- Reservar tiempo personal, buscar actividades que colaboren a disminuir el estrés y la sobrecarga.
- Pedir y aceptar ayuda de otros familiares, amigos y cuidadores de confianza para su relevo.
- Prestar atención a su nutrición, para mantener una alimentación equilibrada y sana.
- Consultar para orientación al equipo de salud.

Importancia del diagnóstico precoz

Habitualmente se tarda de uno a dos años en llegar al diagnóstico, dada la falta de formación en los y las profesionales en esta temática. Por eso es fundamental capacitar al equipo de salud para identificar señales tempranas de demencia. La importancia del diagnóstico precoz es poder intervenir en etapas tempranas para permitir una mayor calidad de vida para las personas mayores y poder conversar sobre cuáles son sus intereses, necesidades y las voluntades anticipadas de esa persona mayor.

5. POLIFARMACIA

Es importante introducir el concepto de prevención cuaternaria, esto es, disminuir los factores de riesgo que son producidos por un accionar inadecuado o en demasía de las prácticas médicas y en esto se incluye la polifarmacia.

La polifarmacia se define como la utilización de cinco o más fármacos en forma simultánea, sean indicados por un médico o automedicados, aumentando el riesgo de reacciones adversas e interacciones medicamentosas (cuando el efecto de un fármaco es alterado por otro).

El consumo de varios fármacos aumenta el riesgo de sufrir consecuencias negativas

para la salud y puede contribuir a que haya pérdidas en algunas de las áreas de la capacidad intrínseca y además, ser motivo de ingresos hospitalarios.

Las personas mayores, sobre el total de la población, consumen el 30% de los medicamentos recetados y, de cada 10 personas mayores que concurren a la consulta, 9 salen con una prescripción de medicamentos. Además, el 50 % de los medicamentos es de venta libre, lo que fomenta la automedicación.

Aun cuando la medicación sea la adecuada, existen una serie de factores que pueden alterar su efecto: múltiples enfermedades crónicas, automedicación, polimedición, interacciones (medicamento-medicamento, alimentos-medicamento) falta de seguimiento del tratamiento.

PARA EVITAR LA POLIFARMACIA

Una valoración geriátrica integral reduce considerablemente el riesgo de consumo innecesario de medicamentos. Por ello es recomendable la búsqueda y posterior corrección de terapias innecesarias e inefectivas, supervisión insuficiente y falta de adherencia de la persona mayor al tratamiento.

Se recomienda valorar los riesgos contra los beneficios de la medicación prescrita. Además, se deben estimar las posibles interacciones medicamentosas, sus efectos adversos, vigilar el apego al tratamiento y retirar el medicamento una vez se haya alcanzado la meta terapéutica.

Después de una valoración geriátrica integral es necesario identificar los medicamentos esenciales para el tratamiento de la persona mayor. De esta forma se reducen los riesgos de interacciones medicamentosas y el consumo innecesario de fármacos. Además se debe fomentar el apego del tratamiento de la persona mayor.

El apego al tratamiento es un factor fundamental para evitar la polifarmacia. Si el o la profesional tratante cree que la persona mayor toma todos sus medicamentos en tiempo y forma, sin que esto sea cierto, y en sus resultados de laboratorios de control no se ve reflejada una mejoría, es muy probable que aumente la dosis e incluso adicione algún otro medicamento para lograr los efectos deseados.

Esto estaría causando la prescripción innecesaria de medicamentos, tanto en número como en dosis, incrementando el riesgo de reacciones adversas entre los medicamentos y contribuyendo a los efectos secundarios de la polifarmacia. Eso puede afectar el estado de salud, contribuir a las complicaciones de los síndromes geriátricos (deterioro cognitivo, incontinencia, caídas), aparición de nuevos síntomas, complicaciones en las enfermedades preexistentes e incluso consecuencias económicas al tener que comprar un mayor número de medicamentos.

CÓMO RECETAR APROPIADAMENTE Y REDUCIR LOS ERRORES DE MEDICACIÓN

- Obtener una anamnesis farmacológica completa.
- Evaluar si los medicamentos pueden afectar a la capacidad.
- No prescribir un medicamento antes de efectuar el diagnóstico, excepto en casos de dolor agudo.
- Revisar la medicación periódicamente y antes de recetar otros medicamentos.
- Conocer las acciones, los efectos adversos, las interacciones, los requisitos de seguimiento y la toxicidad de los medicamentos que se prescriben.

ANEXOS

- Procurar utilizar un mismo medicamento para tratar dos o más condiciones.
- Elaborar una ficha de medicación para la persona mayor.
- Educar la persona mayor y a quien la cuida en relación con todos los medicamentos.
- Ante la duda de si puede retirarse un medicamento sin provocar complicaciones, es necesario consultar al especialista correspondiente.

Guía de
Atención
Integrada
para las
**PERSONAS
MAYORES**

PLANILLAS



Manejo inicial sobre factores de riesgo en personas mayores

Lugar _____ Fecha _____

Instrucciones: explique a la persona mayor que se requieren respuestas de **sí** o **no** para la mayoría de las siguientes preguntas; marque las respuestas en los espacios correspondientes.

Las respuestas en **espacios sombreados** representan factores de riesgo, márkelos en la columna de la derecha.

1. Ficha de identificación

Factores de riesgo

INFORMACIÓN DE LA PERSONA MAYOR

Código de identificación: _____

Nombre(s) y apellidos: _____ Sexo: H M

Fecha de nacimiento: _____ Edad (en años): _____

Domicilio: _____

Estado civil: _____ Teléfono: _____

Ocupación principal: _____ Recibe remuneración: Sí No

Años realizando la ocupación y recibiendo remuneración: _____

Último grado de estudios: _____ Años de escolaridad contados a partir de primaria:

- Mujer
- 75 o más
- Trabajo remunerado por <10 años
- Escolaridad <12 años

FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES DETERMINADOS

Mujer

75 o más años de edad

12 años o menos de escolaridad

10 años o menos de trabajo remunerado

2. Guía de entrevista sobre factores de riesgo en personas mayores

FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON HÁBITOS DE VIDA

¿Pasa más de 2 horas continuas sentado(a) o acostado(a) durante el día? No Sí

¿Hace 15 minutos o más de ejercicio físico al menos 3 veces a la semana? Sí No

¿En los últimos 3 meses se ha sentido más cansado(a) o agotado(a)? No Sí

¿En los últimos 3 meses ha tenido dificultad para caminar 1 cuadra o 100 metros? No Sí

¿En los últimos 3 meses ha tenido dificultad para subir 1 piso de escaleras sin hacer pausas? No Sí

¿Ha tenido dificultad para cargar objetos de 5 kg o más (1 bolsa grande de mandado)? No Sí

¿Actualmente consume bebidas alcohólicas? No Sí

Si la respuesta a la pregunta anterior fue sí, pregunte: ¿toma 5 o más copas cuando bebe? No Sí

¿Actualmente fuma? No Sí

¿Se expone a humo de cigarro o de leña? No Sí

¿Considera que su alimentación habitual es saludable? Sí No

¿En los últimos 3 meses ha tenido con frecuencia dificultad para dormir? No Sí

¿Duerme durante el día por lapsos de más de 20 minutos? No Sí

¿Durante las noches se levanta 2 o más veces para ir al baño (a orinar)? No Sí

- Sedentarismo
- Inactividad física
- Extenuación
- Dificultad para la marcha
- Fuerza disminuida
- Consumo de alcohol
- Consumo de tabaco
- Exposición a biomasa
- Alimentación no saludable
- Insomnio
- Somnolencia diurna
- Nocturia

Nombre(s) y apellidos de la persona mayor: _____

FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON HÁBITOS DE VIDA (cont.)

Factores de riesgo identificados:

Intervenciones básicas:

FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

En general, ¿cómo considera su estado de salud? ¿bueno o malo?	Bueno	Malo
¿Tiene dificultad para escuchar o comprender conversaciones?	No	Sí
¿Tiene visión borrosa o le cuesta trabajo enfocar, aún con lentes?	No	Sí
¿Ha notado cambios en su peso corporal en los últimos 3 meses?	No	Sí
¿Cuánto pesa? (kg) <input type="text"/> ¿Cuánto mide de estatura? (m) <input type="text"/> Índice de masa corporal: <input type="text"/> kg/m ²		
¿Sufre algún dolor que limite sus actividades?	No	Sí
¿En los últimos 2 años ha tenido escapes involuntarios de orina?	No	Sí
¿Tiene antecedentes de caídas en los últimos 6 meses?	No	Sí
¿Alguna vez un doctor u otro profesional de salud le ha dicho que usted tiene...		
...presión alta?	No	Sí
...diabetes?	No	Sí
...artritis?	No	Sí
...Alzheimer u otra demencia?	No	Sí
...asma, bronquitis crónica o enfisema pulmonar?	No	Sí
osteoporosis?	No	Sí
¿Alguna vez un doctor u otro profesional de salud le ha dicho que usted ha tenido...		
...depresión?	No	Sí
...enfermedad del corazón?	No	Sí
...una embolia cerebral?	No	Sí
¿Tiene 20 o más dientes?	Sí	No
¿Toma 3 medicamentos o más que le haya recetado un doctor?	No	Sí

- Autopercepción de mala salud
- Déficit auditivo
- Déficit visual
- Pérdida de peso
- IMC <18.5 o >35
- Dolor crónico
- Incontinencia urinaria
- Riesgo de caída
- Síndrome de pos caída

- Multimorbilidad (2 o más enfermedades)
- Edentulismo parcial
- Polifarmacia

Factores de riesgo identificados:

Nombre(s) y apellidos de la persona mayor: _____

FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD (cont.)

Intervenciones básicas:

FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON ASPECTOS SOCIALES

¿Vive solo?	No	Sí	<input type="checkbox"/> Aislamiento
¿Es propietario(a) de la casa donde vive?	Sí	No	<input type="checkbox"/> Vivienda no propia
¿En caso de enfermedad tiene alguien que lo(a) asista?	Sí	No	<input type="checkbox"/> Red social limitada
¿En caso de problemas o necesidad, cuenta con alguien que lo(a) apoye?	Sí	No	<input type="checkbox"/> Ingresos insuficientes
¿Sus ingresos le permiten satisfacer sus necesidades?	Sí	No	<input type="checkbox"/> Insatisfacción familiar
¿Se siente satisfecho(a) con su convivencia familiar?	Sí	No	<input type="checkbox"/> Falta de autonomía
¿Tiene la libertad de prever, decidir y actuar en sus propios asuntos?	Sí	No	<input type="checkbox"/> Posible maltrato
¿Se siente amenazado(a) por alguien?	No	Sí	<input type="checkbox"/> Poca participación social
¿En su comunidad realiza actividades recreativas o de esparcimiento?	Sí	No	
¿Mantiene contacto con amistades?	Sí	No	

Factores de riesgo identificados:

Intervenciones básicas:

FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON ASPECTOS PSICOLÓGICOS

¿En las últimas 2 semanas se ha sentido triste o deprimido(a)?	No	Sí	<input type="checkbox"/> Posibles síntomas depresivos
¿En las últimas 2 semanas ha perdido el interés por las cosas que le agradan?	No	Sí	<input type="checkbox"/> Posible ansiedad
¿Con frecuencia se siente ansioso(a) o angustiado(a)?	No	Sí	<input type="checkbox"/> Posible deterioro cognitivo
¿Tiene problemas de memoria desde hace 6 meses o más?	No	Sí	
Si la respuesta a la pregunta anterior fue sí, haga la siguiente pregunta:			
¿Estos problemas de memoria afectan su capacidad para hacer sus cosas del día a día?	No	Sí	

Nombre(s) y apellidos de la persona mayor: _____

FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON ASPECTOS PSICOLÓGICOS (cont.)

Factores de riesgo identificados:

Intervenciones básicas:

Observaciones:

Nombre(s) y apellido(s) de quien realizó:

Firma

Evaluación de nutrición

Mini Evaluación Nutricional MNA®				
¿Ha perdido el apetito? ¿Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses?				[]
0 = ha comido mucho menos		1 = ha comido menos		2 = ha comido igual
Pérdida reciente de peso (<3 meses)				[]
0 = pérdida de peso >3kg	1 = no lo sabe	2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg	3 = no ha habido pérdida de peso	
Movilidad				[]
0 = de la cama al sillón		1 = autonomía en el interior		2 = sale del domicilio
¿Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses?				[]
0 = sí		2 = no		
Problemas neuropsicológicos				[]
0 = demencia o depresión grave		1 = demencia moderada		2 = sin problemas psicológicos
Índice de masa corporal (IMC) = peso en kg / estatura en m) ²				[]
0 = IMC <19	1 = IMC ≥19 < 21	2 = IMC ≥21 < 23	3 = IMC ≥ 23	
¿La persona mayor vive independiente en su domicilio?				[]
[1] Sí [0] NO				
¿Toma más de 3 medicamentos al día?				[]
[0] Sí [1] NO				
¿Úlceras o lesiones cutáneas?				[]
[0] Sí [1] NO				
¿Cuántas comidas completas toma al día?				[]
0 = 1 comida		1 = 2 comidas		2 = 3 comidas
Consume la persona mayor				
• ¿Productos lácteos al menos una vez al día?		[1] Sí [0] No		
• ¿Huevos o legumbres 1 o 2 veces a la semana?		[1] Sí [0] No		
• ¿Carne, pescado o aves, diariamente?		[1] Sí [0] No		
		0-1 sí= 0.0	2 sí= 0.5	3 sí= 1.0
¿Consume frutas o verduras al menos 2 al día?				[]
[1] Sí [0]				

¿Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, zumo, café, té, leche, vino, cerveza...)			[]
0.0 = menos de 3 vasos	0.5 = de 3 a 5 vasos	1.0 = más de 5 vasos	
Forma de alimentarse			[]
0 = necesita ayuda	1 = se alimenta solo con dificultad	2 = se alimenta solo sin dificultad	
La persona mayor ¿considera que está bien nutrida?			[]
0 = malnutrición grave	1 = no lo sabe o malnutrición moderada	2 = sin problemas de nutrición	
¿En comparación con las personas de su edad, cómo encuentra la persona mayor su estado de salud?			[]
0.0 = peor	0.5 = no lo sabe	1.0 = igual	2.0 = mejor
Circunferencia de brazo no dominante (CB en cm)			[]
0.0 = CB < 21	0.5 = 21 ≤ CB ≤ 22	1.0 = CB > 22	
Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm)			[]
0 = CP < 31		1 = CP ≥ 31	
Puntaje evaluación global: _____			
Evaluación del estado nutricional			
<input type="checkbox"/> 24 a 30 puntos: sin desnutrición	<input type="checkbox"/> 17 a 23.5 puntos: riesgo de desnutrición	<input type="checkbox"/> Menos de 17 puntos: desnutrición	

Evaluación emocional

Patient Health Questionnaire (PHQ-9)				
Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? (Marque con un "X" para indicar su respuesta)	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído/a, deprimido/a o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido/a, o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado/a o con poca energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo/a, o que es un fracaso, o que ha quedado mal con usted mismo/a o con su familia.	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el diario o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto/a o agitado/a que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto/a o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3
Subpuntaje:	0	____+	____+	____+
Puntaje total:	_____			
Pautas de interpretación	<p>0-4 = mínima existencia o ausencia de síntomas depresivos. 5-9 = síntomas depresivos leves. 10-14 = síntomas depresivos moderados. 15-19 = síntomas depresivos moderados a graves. 20-27 = síntomas depresivos graves.</p>			

Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?

No ha sido difícil	Un poco difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil

Evaluación social

Escala de recursos sociales Older American and Resource Socials (OARS)	
1. ¿Su estado civil es?	<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a o Unión Convivencial <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a
2. Instrucción: Si la respuesta es casado(a), pregunte: ¿Vive su cónyuge?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
3. ¿Con quién vive usted? (Anote más de un número cuando sea necesario)	<input type="checkbox"/> Nadie <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijos/as <input type="checkbox"/> Nietos/as <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Hermanos/as <input type="checkbox"/> Otros familiares políticos no incluidos en las categorías anteriores <input type="checkbox"/> Amigos/as <input type="checkbox"/> Cuidadores pagados <input type="checkbox"/> Otros (especifique):
4. ¿Con cuántas personas vive?	
5. ¿En el último año, cuántas veces visitó a su familia, amistades, durante los fines de semana o las vacaciones, o para ir de compras o de excursión?	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Cada seis meses <input type="checkbox"/> Cada tres meses <input type="checkbox"/> Cada mes <input type="checkbox"/> Menos de una vez al mes o únicamente en vacaciones <input type="checkbox"/> Menos de una vez a la semana <input type="checkbox"/> 1 – 3 veces a la semana <input type="checkbox"/> Más de cuatro veces a la semana
6. ¿A cuántas personas conoce lo suficientemente bien como para visitarles en casa?	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Una o dos. <input type="checkbox"/> De tres a cuatro <input type="checkbox"/> Cinco o más
7. En la última semana, ¿cuántas veces habló por teléfono con amigos, familiares u otros, ya sea porque les llamará usted o ellos le llamaran? (Aunque la persona carezca de teléfono la pregunta sigue haciéndose).	<input type="checkbox"/> Ninguna vez <input type="checkbox"/> Una vez a la semana <input type="checkbox"/> Dos a seis veces a la semana <input type="checkbox"/> Más de seis veces a la semana <input type="checkbox"/> Una vez al día
8. ¿Cuántas veces en la última semana pasó algún tiempo con alguien que no vive con usted, ya sea porque lo visitaron, usted los visitó o salieron juntos?	<input type="checkbox"/> Ninguna vez <input type="checkbox"/> Una vez <input type="checkbox"/> 2-6 veces al día <input type="checkbox"/> Más de seis veces al día
9. ¿Tiene alguien en quien confiar?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Especifique:

<p>10. ¿Se encuentra solo/a o se siente en soledad a menudo, a veces o casi nunca?</p>	<p>() Casi nunca () Algunas veces () A veces</p>
<p>11. ¿Ve a sus familiares y amigos/as a menudo como quisiera, o se siente usted algo triste porque los ve poco?</p>	<p>() Algo triste por la poca frecuencia () Tan a menudo como quisiera.</p>
<p>12. Si alguna vez necesitase ayuda por encontrarse enfermo/a o incapacitado/a ¿Tendría quién le prestase ayuda, por ejemplo: su esposa/o, un miembro de su familia o un amigo/a?.</p>	<p>() No. () Sí. <i>Si ha contestado Sí pregunte "A" y "B"</i></p>
<p>A.- Esa persona cuidaría de usted:</p> <p>() Sólo de forma pasajera (para ir al médico, haciendo la comida, etc) () Durante un corto período de tiempo (semanas hasta seis meses) () De forma indefinida.</p> <p>B.- ¿Quién sería esa persona?</p> <p>Nombre: _____ Relación: _____</p>	
<p>13. ¿Cómo considera la convivencia y apoyo de familiares y amigos/as?</p>	<p>() Muy insatisfactoria () Insatisfactoria () Muy satisfactoria () Satisfactoria</p>
<p>Sugerencias o pautas de interpretación:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Excelentes recursos sociales. Las relaciones sociales son muy satisfactorias (<i>pregunta 13</i>) y amplias (conoce cinco o más personas que podría visitar, hablarles o que le hablen por teléfono por lo menos una vez al día; tiene una persona en quien confiar, vive con cuatro o más personas, visita familiares o amigos por lo menos una vez por semana) y al menos una persona le cuidaría indefinidamente. 2. Buenos recursos sociales. Las relaciones sociales son satisfactorias (<i>pregunta 13</i>) y adecuadas (conoce de tres a cuatro personas que podría visitar, hablarles o que le hablen por teléfono de dos a seis veces por semana; tiene una persona en quien confiar, vive al menos con tres personas, visita familiares o amigos por lo menos de una a tres vez al mes) y al menos una persona le cuidaría indefinidamente, o bien se podría obtener ayuda a corto plazo. 3. Recursos sociales ligeramente deteriorados. Las relaciones sociales son insatisfactorias (<i>pregunta 13</i>) de mala calidad y escasas (conoce de una a dos personas que podría visitar, habla o le hablan por teléfono una vez por semana al menos; tiene una persona en quien confiar, vive al menos con dos personas, visita familiares o amigos por lo menos una vez cada tres meses) por lo menos una persona le cuidaría indefinidamente, o bien se podría obtener ayuda a corto plazo. 4. Recursos sociales moderadamente deteriorados. Las relaciones sociales son insatisfactorias (<i>pregunta 13</i>) de mala calidad y escasas (conoce de una a dos personas que podría visitar, habla o le hablan por teléfono una vez por semana al menos; tiene una persona en quien confiar, vive con dos personas, visita familiares o amigos cada tres meses) y solo se podría obtener ayuda a corto plazo, o bien de vez en cuando. 5. Recursos sociales bastante deteriorados. Las relaciones sociales son insatisfactorias (<i>pregunta 13</i>) de muy mala calidad y escasas (no conoce personas que podría visitar, hablarles o que le hablen por teléfono una vez por semana al menos; no tiene personas en quien confiar, vive solo o con una persona, visita familiares o amigos cada seis meses) y solo se podría obtener ayuda a corto plazo y solo se conseguiría ayuda de vez en cuando. 6. Recursos sociales totalmente deteriorados. Las relaciones sociales son muy insatisfactorias (<i>pregunta 13</i>) de muy mala calidad y escasas (no conoce personas que podría visitar, ninguna vez habla ni le hablan por teléfono; no tiene personas en quien confiar, vive solo, nunca visita familiares o amigos) y no se podría obtener ayuda de vez en cuando.

Evaluación y Plan de atención centrado en la persona mayor

ANTECEDENTES

Fecha de evaluación:		Obra social:	
Nombre (s):			
Apellidos (s):			
Fecha de Nacimiento:		Edad:	
Género	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> No Binario <input type="checkbox"/> Prefiero no declararlo		
Lugar de Nacimiento:			
Domicilio actual:			
Número telefónico:			
Nombre del cuidador/a:			
Teléfono del cuidador/a:			
Evaluación	<input type="checkbox"/> Primera vez	<input type="checkbox"/> Subsecuente	<input type="checkbox"/> Cuidados paliativos
Tipo de población	<input type="checkbox"/> Adulto/a mayor <input type="checkbox"/> Postración	<input type="checkbox"/> Etapa terminal <input type="checkbox"/> Abandono	<input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Aislamiento
Vía de ingreso	<input type="checkbox"/> Captación <input type="checkbox"/> Centro de salud	<input type="checkbox"/> Referencia <input type="checkbox"/> Vía oficial	<input type="checkbox"/> Solicitud no oficial <input type="checkbox"/> Otro: _____
Directivas anticipada:			
Situación conyugal	<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a	<input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a	<input type="checkbox"/> Viudo/a: años <input type="checkbox"/> Unión convivencial
Nivel de escolaridad	<input type="checkbox"/> Sin instrucción <input type="checkbox"/> Sabe leer y escribir	<input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria	<input type="checkbox"/> Terciario/Universitario <input type="checkbox"/> Posgrado
Ocupación actual	<input type="checkbox"/> Jubilado/a <input type="checkbox"/> Empleado/a	<input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Hogar	<input type="checkbox"/> Otro (especificar): _____
Forma de manutención	<input type="checkbox"/> Sin jubilación <input type="checkbox"/> Con jubilación/ pensión	<input type="checkbox"/> Aportes hijos(as)	<input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Año de retiro
¿Con quién vive?	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Residencia personas mayores	<input type="checkbox"/> Solo/a	<input type="checkbox"/> Otro familiar <input type="checkbox"/> Amigo/a
Vacunas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Influenza (año)	<input type="checkbox"/> Neumococo (año) <input type="checkbox"/> COVID-19 (Especificar tipo y fecha): _____ <input type="checkbox"/> Otras: _____

Enfermedades crónicas	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson
	<input type="checkbox"/> Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/> Osteoartritis	<input type="checkbox"/> Estreñimiento crónico
	<input type="checkbox"/> Hipercolesterolemia	<input type="checkbox"/> Artritis reumatoide	<input type="checkbox"/> Demencia
	<input type="checkbox"/> Cardiopatía isquémica	<input type="checkbox"/> Hipotiroidismo	<input type="checkbox"/> Glaucoma
	<input type="checkbox"/> Enfermedad vascular cerebral	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal crónica	<input type="checkbox"/> Dolor crónico
	<input type="checkbox"/> Enfermedad arterial periférica	<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca	<input type="checkbox"/> Enfermedad hepática
	<input type="checkbox"/> Insuficiencia venosa	<input type="checkbox"/> Temblor esencial	<input type="checkbox"/> Otra enfermedad: _____
Autopercepción del estado de salud			
Comparada con otras personas de su edad ¿usted diría que su salud general es?	<input type="checkbox"/> Mejor	<input type="checkbox"/> Igual	<input type="checkbox"/> Peor
Consumo de alcohol	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Frecuencia:	
Consumo de tabaco	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Frecuencia:	

Red de apoyo social				
En caso de ser necesario ¿Cuenta con alguien que le brinde apoyo en su atención médica?		Si	No	¿Quién? _____
¿Cuenta con alguien que le brinde apoyo para realizar sus Actividades Básicas de la Vida Diaria?		No		Si
¿Cuenta con alguien que le brinde apoyo para sus Actividades Instrumentales de la Vida Diaria?		No		Si
Número de hijos:	Total: _____	Hombres: ____		Mujeres: ____
¿Sus ingresos le permiten satisfacer sus necesidades?		Si		No
¿Tiene la libertad de prever, decidir y actuar sobre sus propios asuntos?		Si		No
¿Se siente amenazado/a por alguien?		Si		No
¿Conserva y mantiene contacto con sus amistades?		Si		No
¿Cuenta con quién compartir sus preocupaciones y satisfacciones?		Si		No
¿La vivienda donde habita tiene humedades o filtraciones o requiere alguna adaptación para favorecer su movilidad?		Si		No

Padecimiento actual

RESUMEN DE LA EVALUACIÓN

Seleccione los resultados de la evaluación de acuerdo al tamizaje realizado a la persona mayor y las condiciones asociadas identificadas.

Dominio	Resultado de la evaluación:	Condiciones asociadas
Cognitivo	<input type="checkbox"/> Sin deterioro cognitivo.	<input type="checkbox"/> Prevención y manejo enfermedades cardiovasculares y metabólicas. <input type="checkbox"/> Manejo de problemas osteoarticulares. <input type="checkbox"/> Manejo de fragilidad y sarcopenia. <input type="checkbox"/> Ofrecer consejos para la micción y defecación. <input type="checkbox"/> Manejo de enfermedades oculares. <input type="checkbox"/> Ofrecer consejos sobre cuidados de la piel. <input type="checkbox"/> Higiene del sueño. <input type="checkbox"/> Se requiere asistencia y apoyo personal para las actividades cotidianas. <input type="checkbox"/> Evaluar la carga de quien cuida. <input type="checkbox"/> Soporte para quien cuida. <input type="checkbox"/> Modificaciones del entorno físico para reducir el riesgo de caídas. <input type="checkbox"/> Valoración para ayudas técnicas. <input type="checkbox"/> Fomentar comidas sociales y familiares. <input type="checkbox"/> Apoyo para la provisión y preparación de alimentos. <input type="checkbox"/> Entregar listado de recursos comunitarios.
	<input type="checkbox"/> Posible deterioro cognitivo.	
Nutrición	<input type="checkbox"/> Sin desnutrición.	
	<input type="checkbox"/> Posible desnutrición.	
Sensorial	<input type="checkbox"/> Sin déficit sensorial visual.	
	<input type="checkbox"/> Posible déficit sensorial visual.	
	<input type="checkbox"/> Sin déficit sensorial auditivo.	
	<input type="checkbox"/> Posible déficit sensorial auditivo.	
Emocional	<input type="checkbox"/> Sin presencia de síntomas depresivos.	
	<input type="checkbox"/> Presencia de síntomas depresivos.	
Movimiento	<input type="checkbox"/> Sin movilidad afectada.	
	<input type="checkbox"/> Movilidad afectada.	
Social	<input type="checkbox"/> Vivienda. <input type="checkbox"/> Ingresos. <input type="checkbox"/> Soledad. <input type="checkbox"/> Participación social. <input type="checkbox"/> Maltrato.	

OBJETIVOS CENTRADOS EN LA PERSONA MAYOR

¿Qué es lo más importante en la vida de la persona mayor?

¿Cuáles son sus objetivos concretos respecto a su vida?

¿Cuáles son sus objetivos respecto a su salud?

Objetivos del plan de atención (los más importantes y que haya priorizado la persona mayor y que cumplen con los criterios SMART: específicos, medibles, alcanzables/factibles, relevantes/razonables, a cumplirse en un tiempo definido).

Corto plazo (0-3 meses):

Mediano plazo (3-6 meses):

Largo plazo (6-12 meses):

INTERVENCIONES PROPUESTAS A LA PERSONA MAYOR

--

Elaboró:

Nombre(s) y apellido(s) completos	Firma

Planilla GPCOG

Nombre del paciente:

Fecha:

ETAPA 1 – EXAMEN DEL PACIENTE

Cada pregunta debe hacerse una sola vez, a no ser que se especifique lo contrario.

Nombre y dirección para hacer una prueba de recuperación de memoria

Le voy a dar un nombre y una dirección. Después de decirlo, quiero que lo repita. Recuerde este nombre y dirección porque se lo volveré a preguntar en algunos minutos: Juan Díaz, calle Mayor 42, Soria. (Permitir hasta 4 ensayos, pero no puntuar todavía.)

Orientación en tiempo

1. ¿Qué fecha es? (respuesta exacta)

Correcto Incorrecto

Dibujar un reloj (emplear un círculo en el reverse de esta página)

2. Por favor marque/dibuje todos los números que indican las horas de un reloj. (espaciado correcto)
3. Por favor marque/ dibuje las agujas/manecillas que indican las 11 y las 10.

Información

4. ¿Puede usted decirme alguna noticia reciente? (Reciente = de la última semana. Ante una respuesta inespecífica, como "guerra", "mucho lluvia", pedir más información. Solamente las respuestas específicas son correctas.)

Memoria

5. ¿Cuál es el nombre y la dirección que le pedí que recordará?

Juan

Díaz

Mayor (calle)

42

Soria

Añadir las respuestas correctas:

Resultado:

de los 9

9 No hay deterioro cognitivo observable

No es necesario conducir investigaciones o estudios estándares

5 – 8 Mas información es necesaria

Proceda con la etapa 2: entrevistar al familiar o cuidador

0 – 4 Se indica deterioro cognitivo

Conduzca investigaciones o estudios está

Nombre del paciente: _____

Fecha: _____

ETAPA 2 – ENTREVISTA AL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombre del informador: _____

Relación con el paciente: _____

Haga las siguientes preguntas:

Comparado a hace 5–10 años,

	SI	NO	No sabe	N/A
1. ¿Tiene el paciente más dificultades para recordar hechos recientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. ¿Tiene el paciente más dificultades para recordar conversaciones que han tenido lugar en los días previos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Cuando habla ¿tiene el paciente más dificultades para encontrar la palabra adecuada, o se equivoca con las palabras mas a menudo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. ¿Es el paciente menos capaz de manejar el dinero y los asuntos económicos (p.ej. pagar los recibos, hacer un presupuesto)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Es el paciente menos capaz de manejar su medicación de forma independiente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Necesita el paciente más asistencia para desplazarse (en transporte público o privado)? (Si el paciente experimenta dificultades debido a problemas físicos p.ej. un problema en la pierna, marque 'NO'.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Añadir las respuestas 'NO', 'No sabe' o 'N/A (no aplicable)':

Resultado: de los 6

- 4 – 6 No hay deterioro cognitivo observable**
No es necesario conducir investigaciones
- 0 – 3 Se indica deterioro cognitivo**
Conduzca investigaciones o estudios está

Al ser referido a un especialista, cita los dos resultados de cada etapa del GPCOG:

ETAPA 1 Examen del paciente: ___ / 9

ETAPA 2 Entrevista al informador: ___ / 6 o N/A

Actividades básicas e instrumentales de la vida diaria

FUNCIONAL ABVD. Katz Actividades Básicas de la Vida Diaria.

Lavado

- 0 No recibe ayuda (entrada y salida de la bañera por sí mismo, si esta es de forma habitual de bañarse)
- 0 Recibe ayuda en la limpieza de sólo una parte de su cuerpo (por ejemplo espalda y piernas)
- 1 Recibe ayuda en el aseo de más de una parte de su cuerpo o ayuda a entrar y salir de la bañera

Vestido

- 0 Toma la ropa y se viste completamente sin ayuda
- 0 Sin ayuda excepto para atarse los zapatos
- 1 Recibe ayuda para tomar la ropa o ponérsela, o permanece parcialmente vestido

Uso del baño

- 0 Va al baño, se limpia y se ajusta la ropa sin ayuda (puede usar bastón, andador o silla de ruedas)
- 1 Recibe ayuda para ir al baño, limpiarse, ajustarse la ropa o en el uso nocturno del orinal
- 1 No va al baño

Movilización

- 0 Entra y sale de la cama, se sienta y se levanta sin ayuda (puede usar bastón o andador)
- 1 Entra y sale de la cama, se sienta y se levanta de la silla con ayuda
- 1 No se levanta de la cama

Continencia

- 0 Controla completamente ambos esfínteres
- 1 Incontinencia ocasional
- 1 Necesita supervisión. Usa sonda vesical

Alimentación

- 0 Sin ayuda
- 0 Ayuda sólo para cortar la carne o untar el pan
- 1 Recibe ayuda para comer o es alimentado parcial o completamente usando sondas o fluidos intravenosos

TOTAL

Funcional ABVD: >1 Dependiente

OBSERVACIONES

FUNCIONAL AIVD. L&B. Actividades Instrumentales de la Vida Diaria

Capacidad para usar el teléfono

- Utiliza el teléfono por iniciativa propia, o contesta pero no marca 1
- No utiliza el teléfono 0

Compras

- Realiza independientemente las compras necesarias 1
- Realiza independientemente pequeñas compras o es totalmente incapaz de comprar 0

Preparación de la comida

- Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente 1
- Prepara adecuadamente las comidas, si se le proporcionan los ingredientes o necesita que le preparen y sirvan las comidas 0

Cuidado de la casa

- Mantiene solo la casa o con ayuda ocasional para trabajos pesados o ayuda en todas las labores de la casa 1
- No participa en ninguna labor de la casa 0

Lavado de ropa

- Lava por sí solo toda su ropa o parte de ellas 1
- Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otra persona 0

Uso de medios de transporte

- Viaja solo en el transporte públicos o conduce en su propio coche o en transporte público, cuando va acompañado de otra persona 1
- Utiliza el taxi o el automóvil, pero sólo con ayuda de otros o no viaja en absoluto 0

Responsabilidad respecto a su medicación

- Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correctas 1
- Toma su medicación si la dosis está previamente preparada o no es capaz de administrar su medicación 0

Manejo de asuntos económicos

- Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo o realiza compras diarias pero necesita ayuda en las grandes compras y bancos 1
- Incapaz de manejar dinero 0

TOTAL

Funcional AIVD: <7 Semidependiente

OBSERVACIONES

TOTAL CRITERIOS DE INTERCONSULTA

	Criterios de interconsulta	Total
Funcional ABVD	> 1 Dependiente	
Funcional AIVD	< 7 Semidependiente	

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA PRINCIPAL

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

BIBLIOGRAFÍA DE CONSULTA

- Allegri, R. F. (1995). *Estudios complementarios para el diagnóstico de las demencias*. En: Mangone CA, Allegri RF, et al, editores.
- Arias, C. (2004). *Red de apoyo social y bienestar psicológico en personas de edad*.- Editorial Suárez.
- Arias, C. (2008). El apoyo social en la vejez: alternativas de acción frente a los desafíos del envejecimiento poblacional. *Revista Perspectivas en Psicología, Volumen 5 (Nº2)*.
- Arias, C. y Soliveres, C. (2009). "Bienestar psicológico y redes sociales" en Desafíos y logros frente al bienestar en el envejecimiento. EUDEBA.
- Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104, 107-123. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/782233/>
- EPA United States Environmental Protection Agency (2016). El cambio climático y la salud de los adultos mayores. Disponible en https://ncics.org/pub/webfiles/climate_health_resources/older-adults-health-climate-change-sp.pdf
- Dabas, E. (1993). *Red de redes. Las prácticas de la intervención en redes sociales*. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- Dastoor, D. y Mohr, E. (1996). Neuropsychological Assessment. En S. Gauthier (ed.), *Clinical Diagnosis and Management of Alzheimer's Disease*. Londres: Martin Dunitz.
- Federación Argentina de Graduados en Nutrición. (2016). *Documento de consenso de la Reunión Nacional de Alimentación del Adulto Mayor*. FAGRAN. Argentina.
- Folstein, M., Folstein, S. y McHugh, P. (1975). "Mini-mental state". *Journal Of Psychiatric Research* 12(3), 189-198. doi: 10.1016/0022-3956(75)90026-6
- Gil Gregorio, P.; Aceytuno, M. (2012). *Guía de buena práctica clínica en geriatría. Incontinencia Urinaria*. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Madrid.
- Gifford, D. y Cummings, J. (1999). *Evaluating dementia screening tests*. *Neurology*, 52(2), 224-227. doi: 10.1212/wnl.52.2.224.
- Huenchuan, S. (ed.) (2022) *Visión multidisciplinaria de los derechos humanos*

de las personas mayores (LC/MEX/TS.2022/4), Ciudad de México, Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

- Ibañez, A.; Slachevsky, A.; Serrano, C. (2020). *Manual de buenas prácticas para el diagnóstico de demencias*. Fundación INECO-BID.
- López, L.; Suarez, M. (2002). *Fundamentos de nutrición normal*. Editorial El Ateneo.
- Meiran, N., Stuss, D., Guzmán, A., Lafleche, G. y Wilmer, J. (1996). *Diagnosis of dementia. Methods for interpretation of scores of 5 neuropsychological tests*. Arch Neurol 53, 1043-1054. doi: 10.1001/archneur.1996.00550100129022. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8859067/>
- Mendez, M. y Cummings, J. L. (2003) *Dementia: A Clinical Approach* (3a ed). Filadelfia: Elsevier Ltd.
- Ministerio de Salud de la provincia del Neuquén (2019). *Plan Provincial de Salud 2019-2023*. Min. Salud Neuquén. Neuquén.
- Musa G, Slachevsky A, Muñoz-Neira C, Méndez-Orellana, C., Villagra, R. González-Billault, C., Lillo, ¿P. (2020) *Alzheimer's Disease or Behavioral Variant Frontotemporal Dementia? Review of Key Points Toward an Accurate Clinical and Neuropsychological Diagnosis* [publicado primero en línea el 26 de diciembre de 2019]. J Alzheimers Dis. 2019. doi:10.3233/JAD-190924
- Organización Mundial de la Salud (2017) *Atención integrada para personas mayores. Directrices sobre intervenciones a nivel comunitario para gestionar las pérdidas de capacidad intrínseca* [Folleto]. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341991/WHO-MCA-17.06.10-spa.pdf?sequence=1>
- Organización Mundial de la Salud (2020) *Decade of Healthy Ageing 2020-2030*. Disponible en <https://www.who.int/es/initiatives/decade-of-healthy-ageing>
- Roqué, M...[et al.]. (2015). *Deterioro cognitivo, Alzheimer y otras demencias: formación profesional para el equipo socio-sanitario*. CABA.
- (Ministerio de Salud de Neuquén) (2023). *Plan de acción de salud y cambio climático de la provincia de Neuquén 2023*. Ministerio de Salud de la provincia del Neuquén. Disponible en: https://www.saludneuquen.gob.ar/wp-content/uploads/2023/09/Plan_accion_de_salud_cambio_climatico_NEUQUEN_Final_ISBN_v3.pdf
- Secretaria Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia. (2015). *Contenidos Gerontológicos para la formación de Cuidadores Domiciliarios*. Argentina.
- Slachevsky, A. y Gajardo, J. (2019). En: Burns, A. y Robert. P., (eds.). *Dementia Care: International Perspectives*. Londres: Oxford University Press.
- Solomon, P., Hirschhoff, A., Kelly, B., Relin, M., Brush, M., DeVeaux, R. y Pendlebury, W. (1998). *A 7 minute neurocognitive screening battery highly sensitive to Alzheimer's disease*. Archives Of Neurology 55(3), 349. doi: 10.1001/archneur.55.
- Trimble, M. (1996) *Biological Psychiatry* (2a edición). Chichester: John Wiley & Sons.

- Villalobos C., A.; López L., R. (2013). *Manual de Prevención de Caídas en el Adulto Mayor*. Ministerio de Salud de Chile. Chile.
- Villarejo, A. y Puertas-Martin, V. (2011). *Usefulness of short tests in dementia screening*. *Neurología* 26(7), 425-33. doi: 10.1016/j.nrl.2010.12.002



Ministerio de **Salud**

MINISTERIO
DE SALUD

NEUQUÉN
PROVINCIA

JUNTOS
PODEMOS
MÁS