

CARTERA

De programas basados en la evidencia
para la atención integrada y centrada en la persona
para personas mayores en el nivel de atención
primaria de salud

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

CARTERA

De programas basados en la evidencia
para la atención integrada y centrada en la persona
para personas mayores
en el nivel de atención primaria de salud

Washington, D.C., 2022

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

Cartera de programas basados en la evidencia para la atención integrada y centrada en la persona para personas mayores en el nivel de atención primaria de salud

ISBN: 978-92-75-32581-0 (PDF)

© Organización Panamericana de la Salud, 2022

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



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

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

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

Cita propuesta: Organización Panamericana de la Salud. Cartera de programas basados en la evidencia para la atención integrada y centrada en la persona para personas mayores en el nivel de atención primaria de salud. Washington, DC: OPS; 2022. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275325810>.

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

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

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

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

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

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

Contenido



	Prólogo_____	i
	Introducción_____	1
1.	La función de la autogestión en la atención integrada para las personas mayores_____	5
2.	Programas basados en la evidencia: justificación_____	9
3.	Fundamentos para respaldar los programas basados en la evidencia que apoyan las capacidades intrínsecas _____	11
4.	Apoyo a la autogestión de las personas mayores_____	17
5.	Capacidad locomotriz, actividad física, ejercicio, prevención de caídas_____	23
6.	Capacidad Psicológica_____	34
7.	Capacidad cognitiva _____	37
8.	Educación de los cuidadores familiares y apoyo al autocuidado _____	41
	Apéndice: Conjunto de herramientas para que las organizaciones que prevean adoptar un programa basado en la evidencia_____	44

PRÓLOGO

Una de las grandes dificultades para las políticas públicas es transformar en una oportunidad la transición demográfica actual. El hecho de que ahora la vida es más larga exige nuevos paradigmas y conceptos en el ámbito de la salud y de los cuidados. Más que vivir sin enfermedades, las personas tienen derecho a vivir más tiempo con habilidades y capacidades que les permitan ser y hacer lo que para sea valioso para ellas, es decir, mantener su capacidad funcional.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el envejecimiento saludable como “el proceso de desarrollo y mantenimiento de la capacidad funcional que permite el bienestar en edades avanzadas”¹. Estará determinado por la capacidad intrínseca de la persona (es decir, la combinación de todas sus capacidades físicas y mentales), el entorno en el que vive (entendido en el sentido más amplio, que abarca el entorno físico, el social y el normativo) y por la interacción entre ambos. Aunque la transición demográfica es una realidad, no se dispone de evidencia para confirmar que las personas mayores están viviendo con mejor salud. En realidad, los datos han demostrado que hay una gran brecha entre la esperanza de vida y la esperanza de vida saludable en la región de América Latina y el Caribe.

Con el propósito de promover la salud, la independencia y la autonomía de las personas mayores, la OMS ha apoyado la *Década del Envejecimiento Saludable (2021-2030)*, que está en consonancia con la agenda de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas. Los principales ámbitos de actuación de la

1 Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: OMS; 2015. Disponible en:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf

.....

Década son cuatro: cambiar nuestra manera de pensar, sentir y actuar ante la edad y el envejecimiento; velar por que las comunidades fomenten las capacidades de las personas mayores; ofrecer una atención integrada y centrada en la persona y servicios de atención primaria de salud que respondan a las necesidades de las personas mayores; y facilitar el acceso a la atención de largo plazo a las personas mayores que la necesiten. En última instancia, estos cuatro ámbitos ofrecerán la oportunidad de coordinar las actividades y de colaborar a través de todos los sectores para promover el envejecimiento saludable.

Por ende, las medidas de salud pública dirigidas al envejecimiento saludable podrían considerar enfoques no solo para controlar las enfermedades y reducir las pérdidas asociadas con la edad avanzada, sino también para reforzar la recuperación, la adaptación y el crecimiento psicosocial. Los modelos de atención de salud deben adaptarse y estar en consonancia con el nuevo concepto del envejecimiento saludable, en especial, ante la mayor prevalencia de las enfermedades crónicas en las personas mayores, que suelen conducir a mayores tasas de dependencia.

Con la *Década del Envejecimiento Saludable* se promueve una atención integrada de las personas mayores que esté centrada en la persona, así como la participación de estas personas en la planificación de la atención y del autocuidado. Por lo tanto, los sistemas deben estar preparados para prestar este tipo de servicios, en los cuales las personas mayores se sienten responsables de su propia salud y de las decisiones relacionadas con la salud, como parte de un proceso continuo de la atención. La atención integrada de las personas mayores (ICOPE, por su sigla en inglés) es una estrategia de la OMS para mejorar la atención de las personas mayores a nivel comunitario. Aporta un enfoque que ayuda a reorientar los sistemas de salud hacia una atención integrada más centrada en la persona y dirigida a las personas mayores, con miras a abordar mejor sus propias necesidades sociales y de salud, así como las de quienes las cuidan.

Hay una justificación sólida para introducir intervenciones eficaces destinadas a optimizar la capacidad intrínseca —la base del enfoque de ICOPE— como los programas comunitarios basados en la evidencia; es decir, intervenciones comprobadas en un entorno controlado por la investigación y luego aplicadas en la comunidad con resultados positivos. Los programas basados en la evidencia

se consideran estrategias de mejores prácticas para promover la salud en la comunidad.

Se han formulado varios programas basados en la evidencia para mejorar la capacidad intrínseca de las personas mayores y, en última instancia, la salud a lo largo del proceso de envejecimiento. A pesar de que los programas se formulan para lograr un objetivo determinado, usualmente un programa puede mejorar más de un dominio de la salud de las personas mayores. En esta cartera de programas elaborada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se presentan algunos de estos programas, respaldados por una evidencia sólida y una amplia difusión.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de casi dos décadas, la Organización Mundial de la Salud ha utilizado en sus documentos los términos autogestión, autocuidado y apoyo a la autogestión. En el Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud 2015 se establece específicamente que: “el apoyo para el autocuidado es otra herramienta para proporcionar a las personas mayores una atención integrada y centrada en las personas”. La OMS define el apoyo para el autocuidado como: “...proporcionarles la información, las capacidades y las herramientas que necesitan para controlar sus enfermedades, evitar complicaciones, potenciar su capacidad intrínseca y mantener su calidad de vida”.²

En esta publicación se presentan varios programas e intervenciones basados en la evidencia, elaborados para las personas mayores y que ofrecen apoyo a la autogestión, según lo definido por la OMS. El objetivo de los programas es mejorar o mantener la capacidad intrínseca de las personas mayores a nivel comunitario. Se ha demostrado que estas “herramientas” generan resultados positivos y, por lo tanto, deben formar parte de cualquier conjunto de herramientas de la atención primaria diseñado para promover y mejorar el envejecimiento saludable en la comunidad. Cuando se trata de personas mayores es necesario adoptar un enfoque integrado que forme parte del proceso continuo de la atención con transiciones y apoyo adecuados de un nivel a otro, de acuerdo con las necesidades específicas. El fortalecimiento de la atención primaria es una estrategia para preparar a los sistemas de salud y lograr que estén en consonancia con una sociedad que envejece.

A fin de superar las barreras y los mitos con respecto a los beneficios de adoptar programas basados en la evidencia que apoyen la autogestión y cuenten con la participación de las personas mayores en su autocuidado, debemos deshacernos de mucha información errónea que aún persiste en nuestra cultura.

2 Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: OMS; 2015. Disponible en:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf

.....

Mito 1: La educación para la autogestión es lo que hace el personal de enfermería y el personal médico cuando indican a los pacientes los pasos a seguir para su cuidado personal. La autogestión, o educación para la salud, siempre se incluye como parte de las consultas de atención de enfermedades crónicas.

Realidad: Aunque diferentes miembros del equipo de atención médica pueden contribuir a la educación para la autogestión, es importante que los entornos de atención primaria de salud establezcan un proceso de derivación para garantizar que las personas mayores reciban:

- a. conocimientos,
- b. herramientas para desarrollar sus habilidades, y
- c. el apoyo necesario para mejorar o mantener la capacidad intrínseca.

La educación para la autogestión exige tiempo e incluye los principios del cambio de comportamiento necesario para hacer frente a las dificultades de vivir bien a medida que se envejece.

Mito 2: El papel de los pacientes de mayor edad es sencillamente seguir las recomendaciones que les da el personal médico quienes, después de todo, son los expertos.

Realidad: Si bien el conocimiento es necesario para adquirir habilidades, este no basta por sí solo. Saber lo que mi médico quiere que yo haga no es lo mismo que saber si puedo hacerlo, si quiero hacerlo y si sé cómo hacerlo. Para que el médico consiga mejores resultados en un plan de atención, el paciente debe ser una persona interesada o que debe estar en capacidad de entender y de adquirir las habilidades necesarias para mantener una relación productiva con el prestador de atención médica. Los programas basados en la evidencia que figuran en esta cartera se han sometido a prueba y han demostrado que generan resultados positivos.

Mito 3: Los programas basados en la evidencia son una pérdida de tiempo porque las personas mayores están convencidas de lo que quieren hacer y no cambiarán sus comportamientos.

Realidad: Las personas mayores sí pueden cambiar sus comportamientos; lo que suele suceder es que no adoptamos estrategias eficaces de cambio de comportamiento para ayudarlas a cambiar. En contraste, los programas basados en la evidencia están arraigados en la ciencia del cambio de comportamiento. Estos programas no son rígidos y no le dicen a la persona lo que debe hacer.

Más bien, presentan hechos, fomentan el pensamiento crítico y les permiten a las personas adaptar las estrategias a su personalidad y sus prioridades, así como satisfacer sus propias necesidades.

Mito 4: Los programas basados en la evidencia no compensan el esfuerzo porque muchas personas mayores no son curiosas, tienen problemas de memoria y no retienen la información nueva.

Realidad: El cerebro que está envejeciendo necesita estimulación para mantenerse en buena forma. Las experiencias nuevas y la interacción con otros ayudan a mantener un cerebro sano. Las personas mayores pueden retener información nueva y lo harán de manera más eficaz si pueden interactuar con el material en diversas modalidades (por ejemplo, mediante conversaciones en grupo, generando nuevas ideas, tocando objetos, moviendo el cuerpo, ofreciendo sugerencias a otros o iniciando nuevas relaciones). Los programas basados en la evidencia se basan en técnicas de enseñanza eficaces que mantienen interesados a los participantes. Los programas están concebidos para ayudar a los participantes a adquirir información que recordarán y utilizarán.

Mito 5: Los promotores locales de salud conocen mejor la cultura y las necesidades de las personas mayores en sus comunidades. Los programas basados en la evidencia diseñados en una universidad o en un país extranjero quizá no estén al tanto de las costumbres o los talentos locales.

Realidad: Los trabajadores comunitarios de salud son el primer eslabón en el sistema de atención primaria de salud; se ha reconocido ampliamente el papel que tienen al impartir educación y apoyar la autogestión. Necesitan un conjunto de herramientas y de metodologías de enseñanza eficaces para garantizar el éxito en el apoyo al envejecimiento saludable en la comunidad. Los programas basados en la evidencia aquí incluidos se han diseñado para ser impartidos por trabajadores comunitarios de salud o voluntarios capacitados. Se ha demostrado que los programas funcionan en entornos comunitarios de la vida real y ofrecen la estructura, la orientación y los procesos necesarios para una ejecución eficaz en cualquier comunidad. El promotor de salud local adapta cómo se expresan los contenidos y aporta su conocimiento de la comunidad para complementar el programa estructurado.

Mito 6: Los programas basados en la evidencia no son sostenibles. Tienen demasiados requisitos.

.....

Realidad: El valor de los programas basados en la evidencia es que se ha demostrado que generan resultados. Esto significa que se han sometido a prueba con un alcance específico y con metodologías comprobadas para el éxito. La fidelidad al diseño del programa es comparable al grado de cumplimiento en el caso un medicamento de efecto comprobado. Por lo tanto, para realizar una inversión sólida en un programa basado en la evidencia, la organización debe garantizar un presupuesto y estrategias apropiados para la sostenibilidad. En la mayoría de los programas basados en la evidencia, la inversión inicial en capacitación solo se recupera si también se dispone del presupuesto necesario para garantizar que el personal capacitado pueda llevar a cabo la intervención o el programa con regularidad. Si el programa necesita materiales educativos para los participantes, una inversión adecuada garantizará que los fondos para estos materiales se incluyan en el presupuesto anual.

Los programas incluidos en esta cartera fueron diseñados para apoyar los deseos y aspiraciones de las personas mayores en diferentes dominios. Si se adoptan siguiendo el diseño original, los programas brindarán apoyo al envejecimiento saludable y promoverán la participación de las personas mayores en el manejo de su salud y mejorarán su autocuidado; por lo tanto, se convertirán en herramientas importantes para ofrecer atención integrada a las personas mayores que esté centrada en la persona.

En esta cartera se incluyen programas e intervenciones diseñados para apoyar las cinco áreas siguientes:

- Locomoción y prevención de caídas
- Apoyo a la autogestión para personas con varias enfermedades crónicas y problemas de salud crónicos específicos
- Capacidad psicológica para manejar los síntomas de la depresión
- Capacidad cognitiva
- Educación de los cuidadores y apoyo a la autogestión

En el anexo se presenta un conjunto de herramientas con listas de verificación, cuestionarios y recomendaciones destinados a crear la infraestructura necesaria para ejecutar, mantener y adoptar programas seleccionados basados en la evidencia que apoyen el envejecimiento saludable.

1.

LA FUNCIÓN DE LA AUTOGESTIÓN EN LA ATENCIÓN INTEGRADA PARA LAS PERSONAS MAYORES



PUNTOS CLAVE

- ▶ En el caso del sistema de atención de salud, una de las claves que promueven el envejecimiento saludable para todas las personas es la optimización de la autoeficacia del autocuidado. Una persona activa en su autogestión está mejor preparada para colaborar con el proveedor de servicios de salud en la optimización de sus capacidades intrínsecas y funcionales.
- ▶ Es posible lograr que la persona deje de ser pasiva en su autogestión para que la asuma de una manera activa, lo cual le aportará beneficios amplios y duraderos para la salud.
- ▶ En esta cartera se ofrece una lista de programas que podrían adoptarse para atender a las personas mayores con diversas enfermedades crónicas y grados variables de capacidad funcional. Los programas no son un sustituto de los tratamientos terapéuticos, pero pueden ofrecerse para acompañar un plan de atención centrado en la persona.
- ▶ El apoyo a la autogestión es un componente fundamental de un enfoque integrado centrado en la persona y es esencial para asegurar un enfoque integrado eficaz y eficiente en los entornos de atención primaria de salud.

El concepto de envejecimiento saludable exige adoptar un nuevo enfoque de salud que consiste en optimizar la capacidad intrínseca y las habilidades funcionales de las personas a medida que envejecen, como parte de un sistema de atención integrado que esté centrado en la persona.

Un enfoque integrado centrado en la persona en el nivel de la atención primaria de salud comprende:

1. la evaluación de las necesidades y capacidades físicas y mentales de la persona mayor;

.....

2. la definición de un objetivo y un plan de atención a fin de maximizar la salud y el funcionamiento, prevenir las enfermedades evitables, el deterioro y las lesiones, además de promover la detección temprana de problemas de salud potencialmente tratables; y

3. la ejecución del plan de cuidados por medio de los principios de apoyo a la autogestión con el fin de lograr beneficios amplios y duraderos. En esta publicación se presenta orientación sobre la manera de ejecutar el paso 3 en un plan centrado en la persona.

El apoyo para la autogestión de la salud consiste en suministrar a las personas mayores **“la información, las capacidades y las herramientas** que necesitan para controlar sus enfermedades, evitar complicaciones, potenciar su capacidad intrínseca y mantener su calidad de vida”.³

El apoyo a la autogestión no consiste en suministrar información solamente. Saber lo que se debe hacer es esencial pero no suficiente. Saber lo que se debe hacer debe ir acompañado de: 1) la convicción de que uno puede hacer cambios positivos, y 2) la promoción de estrategias específicas de cambio de comportamiento para ayudar a lograr estos cambios. Por lo tanto, el apoyo a la autogestión incluye el fortalecimiento de la autoeficacia y el suministro de herramientas para aprender a poner en práctica las recomendaciones terapéuticas y los estilos de vida saludables necesarios para manejar los síntomas y optimizar las capacidades intrínsecas y funcionales.

Apesar del aumento de la capacidad de diagnóstico y de tratamiento de la enfermedad en las personas mayores, los servicios de salud siguen careciendo de un sistema de apoyo para la autogestión de la salud.

En esta publicación se presentarán programas basados en la evidencia que permiten incluir el autocuidado como un servicio integral para las personas mayores sin aumentar la carga sobre los sistemas de salud. La mayoría de las personas pasan menos de 1% de su tiempo recibiendo atención médica directa. El resto del tiempo lo pasan viviendo en la comunidad, donde adoptan hábitos y formas de vida que repercuten en la salud. En la cartera de programas se presentan cinco categorías de intervenciones

.....

3 Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: OMS; 2015.

Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf

y programas comunitarios basados en la evidencia que están formulados para apoyar la autogestión en tres dominios:

- el manejo de problemas de salud crónicos;
- el mejoramiento de la capacidad locomotriz y la prevención de caídas;
- el manejo de los síntomas de depresión y la reducción del aislamiento social;
- la capacidad cognitiva; y
- el apoyo a quienes cuidan de las personas mayores.

Los programas seleccionados han demostrado generar resultados cuando se adoptan siguiendo el diseño original.



La sostenibilidad de un programa estará directamente influenciada por diversas variables:

- ◀ ¿Es la meta del programa lo que la población destinataria necesita?
- ◀ ¿Se integra bien el programa con la misión de la organización y otros programas y servicios ofrecidos?
- ◀ ¿Cuenta el programa con el apoyo de la gerencia o administración?
- ◀ ¿Tiene el programa los recursos para ser ejecutado con fidelidad?
- ◀ ¿Dispone el programa del personal necesario para la ejecución o puede capacitarlo?
- ◀ ¿Se definen estrategias de sostenibilidad durante la etapa inicial de planificación y se revisan a lo largo de la fase de ejecución?
- ◀ ¿Puede la organización u organismo atraer a un grupo diverso de asociados para comercializar, adoptar o mantener el programa?
- ◀ ¿Puede la organización u organismo documentar la diferencia que ha representado el programa para la población atendida?

PROGRAMAS SELECCIONADOS:

- Ofrecen oportunidades para la adopción de un enfoque comunitario y la colaboración multisectorial.
- Están basados en el principio de que aprender a cambiar cualquier comportamiento exige conocimientos, práctica y apoyo.

-
- Aportan medidas sencillas y costo-eficaces para enseñar y apoyar el cambio de comportamiento con el fin de mejorar y mantener la capacidad intrínseca de las personas a fin de manejar varios problemas crónicos de salud, además de funcionar física y psicológicamente.

En este manual también se incluye una serie de herramientas destinadas a ayudar en la selección, ejecución y evaluación de un programa. Las herramientas ayudarán a los gerentes de programas y a los responsables de las decisiones a determinar si están preparados para adoptar uno de estos programas.

La meta de adoptar programas comunitarios y basados en la evidencia en la atención primaria de salud integrada es garantizar que los programas e intervenciones adoptados sean sostenibles y estén integrados en un plan centrado en la persona.



2.

PROGRAMAS BASADOS EN LA EVIDENCIA: JUSTIFICACIÓN



PUNTOS CLAVE

- ◀ Los programas basados en la evidencia se consideran como estrategias de mejores prácticas para la promoción de la salud en la comunidad porque han pasado la prueba de la eficacia y de la costo-efectividad.
- ◀ Los programas basados en la evidencia deben haber publicado los resultados intermedios en una revista arbitrada.
- ◀ Los programas basados en la investigación no son iguales a los programas basados en la evidencia.
- ◀ Los programas basados en la evidencia demuestran que se ha comprobado su eficacia y que pueden ejecutarse en la comunidad con fidelidad. Esto incluye la estandarización de la capacitación, los materiales de capacitación, los manuales de ejecución del programa y los materiales para la difusión.
- ◀ Para apoyar la autogestión y la capacidad intrínseca, los programas no solo deben enseñar lo que se debe hacer, sino también suministrar las habilidades, las herramientas y el apoyo para enseñar *cómo* hacerlo.

La OMS ha definido el término “basado en la evidencia” como “el uso de información derivada de la investigación formal y la investigación sistemática para encontrar las causas y los factores que inciden en las necesidades en materia de salud y **las actividades de promoción de la salud más eficaces** para abordarlas en contextos y grupos de población determinados”.⁴ Por lo tanto, queda demostrado que un programa basado en la evidencia no solo “se deriva de la investigación formal”, sino también —algo sumamente importante— que es “el más eficaz”.

.....
⁴ Smith BJ, Tang KC, Nutbeam D. WHO health promotion glossary: New terms. Health Promot. Int. 2006;21(4):340-345.
Disponible en: <https://doi.org/10.1093/hea>

.....

Según el Liderazgo Colaborativo Basado en Evidencia (EBLC por sus siglas en inglés), los programas basados en la evidencia son programas que se han sometido a pruebas rigurosas en entornos controlados, han demostrado su eficacia y se han traducido en modelos prácticos.⁵

Los programas basados en la evidencia incluidos en esta publicación se han:

- sometido a prueba en ensayos con diseños experimentales o cuasiexperimentales;
- traducido utilizando sitios comunitarios de la vida real;
- publicado en revistas arbitradas; y
- difundido ampliamente con protocolos de capacitación estandarizados, manuales de ejecución estructurados y apoyo disponible para el público.

Los programas basados en la evidencia diseñados para apoyar la autogestión y aumentar o mantener la capacidad intrínseca son herramientas importantes para que los sistemas de salud optimicen el envejecimiento saludable en la población y, por lo tanto, garanticen los derechos de las personas mayores a la salud universal.

.....

5 Evidence-Based Leadership Collaborative. What is "evidence-based"? Lawrence, MA: EBLC; 2022. Disponible en: <http://www.eblcprograms.org/evidence-based/what-is-eb>

3.

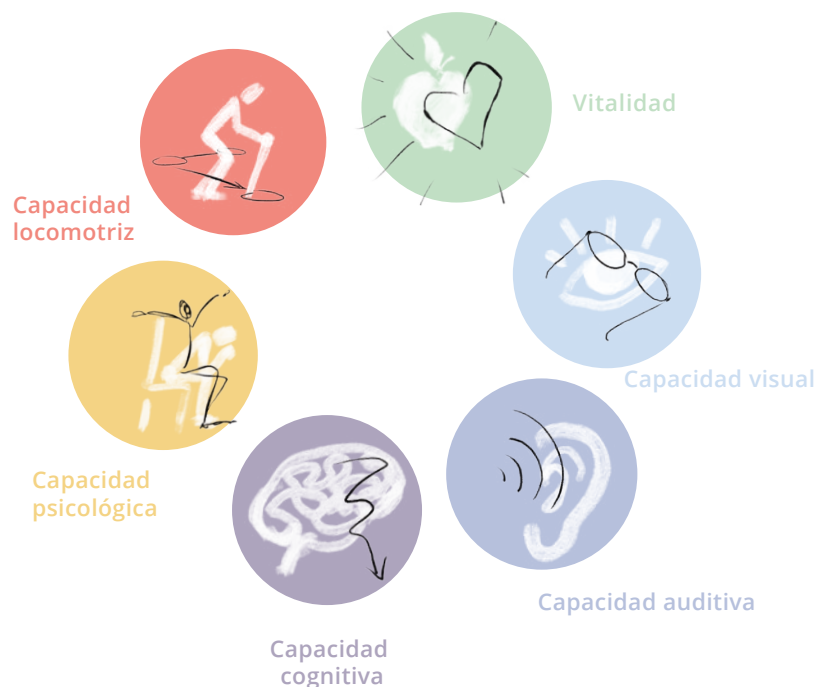
FUNDAMENTOS PARA RESPALDAR LOS PROGRAMAS BASADOS EN LA EVIDENCIA QUE APOYAN LAS CAPACIDADES INTRÍNSECAS



PUNTOS CLAVE

- ◀ El envejecimiento saludable es “el proceso de desarrollo y mantenimiento de la capacidad funcional que permite el bienestar en edades avanzadas”.
- ◀ La capacidad funcional abarca todos “los atributos relacionados con la salud que le permiten a una persona ser y hacer lo que consideren importante”. Está compuesta de la capacidad intrínseca, el entorno y las interacciones entre estos elementos.
- ◀ La capacidad intrínseca está compuesta de todas las capacidades mentales y físicas de la persona, con cinco dominios principales.

Figura 1: *Dominios de la capacidad intrínseca*



6 Organización Mundial de la Salud. Atención integrada para las personas mayores (ICOPE): Guía sobre la evaluación y los esquemas de atención centrados en la persona. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51973>

El cambio demográfico, que se refleja en el aumento de la población de personas mayores, está acompañado de la transición epidemiológica, definida como el cambio en los patrones de enfermedad y las causas de muerte, con lo cual aumenta la prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas. Las personas mayores que ya tienen una enfermedad crónica o infecciosa son especialmente vulnerables a tener otros problemas de salud asociados, incluida la fragilidad.

Para lograr un envejecimiento saludable, es fundamental mantener la capacidad intrínseca y la capacidad funcional, aunque ninguna de ellas permanezca constante durante el envejecimiento. En general, las personas mayores con enfermedades crónicas se enfrentan a un deterioro funcional más temprano y pronunciado, por lo que son fundamentales las intervenciones que las ayudan a retrasar el inicio de la discapacidad y a optimizar la capacidad funcional.

Para las personas mayores con disminuciones significativas en la capacidad funcional, los entornos de apoyo y el apoyo a la autogestión pueden garantizar que vivan la vida con dignidad y crecimiento personal continuo. La adopción de una estrategia de atención integrada para las personas mayores (ICOPE) centrada en la persona y prestada en el nivel de atención primaria de salud no generará los resultados positivos deseados a menos que se establezca un sistema para apoyar la autogestión, evitar las caídas, promover el ejercicio y tratar la depresión. En un programa integrado, tanto la persona como la comunidad desempeñan un papel clave en el mejoramiento de la salud y la contención de los costos de la atención médica; además, ambos necesitan herramientas y habilidades a fin de prepararlos para ser socios en la atención.

En el modelo ICOPE, los proveedores de atención médica evalúan, diagnostican y formulan un plan de atención con varias intervenciones. Por ejemplo, una persona puede recibir una serie de medicamentos o tratamientos recetados, consejos para una alimentación saludable, recomendaciones para la actividad física, etc. A menos que la persona también reciba apoyo para la autogestión, es probable que nunca dé el paso que la lleve **de saber lo que debe hacer a tener confianza en que puede lograr una acción específica o cambiar un comportamiento específico.**



BASE EPIDEMIOLÓGICA PARA APOYAR LA FORMULACIÓN Y LA EJECUCIÓN DE PROGRAMAS DE AUTOGESTIÓN

Definiciones:⁷

- a.** La autogestión se relaciona con las tareas que una persona debe llevar a cabo para vivir bien aunque tenga una o más afecciones crónicas. Estas tareas incluyen ganar confianza para abordar el manejo médico, el manejo de funciones o roles y el manejo emocional.
- b.** El apoyo a la autogestión es el suministro sistemático de educación e intervenciones de apoyo por el personal de salud para aumentar las habilidades y la confianza de los pacientes en el manejo de sus problemas de salud, entre otros, la evaluación regular del progreso, el establecimiento de metas y el apoyo para la resolución de problemas.

- Dos de cada tres personas mayores tienen alguna enfermedad o problema de salud crónico, que puede ser artritis, asma, afecciones respiratorias crónicas, diabetes, enfermedad cardíaca, hipertensión. La prevalencia de dos o más problemas crónicos concurrentes aumenta con la edad. A medida que aumenta el número de afecciones crónicas en una persona, también aumentan los riesgos de un estado funcional deficiente y de hospitalizaciones innecesarias.
- Un número significativo de adultos y personas mayores vivirán con un problema crónico de salud durante un promedio de 30 a 40 años.
- Es posible prevenir alrededor de 80% de las disminuciones en la capacidad funcional debidas a las afecciones crónicas, por lo general con la utilización de modelos de atención alternativa que sean fáciles de aplicar y asequibles.
- Los trastornos de salud mental se encuentran entre los principales factores que contribuyen a la morbilidad, la discapacidad, las lesiones, la mortalidad prematura y el aumento del riesgo de otros problemas de salud.

.....

⁷ Adams K, Greiner AC, Corrigan JM (editores). Institute of Medicine (US) Committee on the Crossing the Quality Chasm: Next Steps Toward a New Health Care System. The 1st Annual Crossing the Quality Chasm Summit: A Focus on Communities. Washington, DC: National Academies Press (US); 2004. PMID: 25009886.

La prevalencia de estos trastornos en la Región de las Américas oscila entre 18,7 y 24,2%.

- El promedio del cumplimiento del tratamiento en los pacientes que tienen enfermedades crónicas es de apenas 50%. Se supone que en los países en desarrollo la magnitud y el impacto de la falta de cumplimiento son aún mayores, dada la escasez de recursos relativos a la salud y las desigualdades en el acceso a la atención.⁸

¿Por qué deberíamos tratar de mejorar la capacidad locomotriz?



- Un 30% de las personas mayores de 65 años que viven en una comunidad y 50% de las personas mayores de 85 años se caen por lo menos una vez al año.
- En 4% a 15% de las caídas ocurren lesiones graves, mientras que de 23% a 40% de las muertes relacionadas con lesiones en personas mayores se deben a caídas; 80% de las fracturas que ocasionan solo un traumatismo leve ocurren en personas que no tienen osteoporosis, mientras que 95% de las fracturas de la cadera son el resultado de una caída.
- Hay una amplia evidencia que confirma que muchas caídas pueden prevenirse si se aborda una amplia gama de los factores de riesgo, entre los que se encuentran: deterioro de la capacidad física y dificultades con el equilibrio y la movilidad.
- Las caídas, el dolor de espalda y del cuello, la diabetes y la osteoartritis son algunas de las principales causas de la mayor carga de discapacidad en las personas mayores.
- Los componentes de la fragilidad (pérdida de peso, agotamiento, debilidad, lentitud y poca actividad física) están completamente relacionados con la movilidad. La fragilidad se ha asociado con resultados adversos para la salud, hospitalizaciones prolongadas, mayor susceptibilidad a la pérdida del buen estado físico, deterioro funcional más acelerado y mayor uso de los servicios médicos.

8 Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas. Washington, DC: OPS; 2017. Disponible en <http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017>



- Las personas mayores que viven en la comunidad tienen tendencia a la fragilidad. Un estudio mostró que entre las personas que no eran frágiles, 13,6% se volvió frágil (seguimiento de 3 años). Entre las personas robustas, 30,9% presentó muestras de prefragilidad (seguimiento de 2,5 años).⁹

¿Por qué se debe mejorar la capacidad psicológica mediante el manejo de la depresión en las personas mayores?



- Los síntomas de depresión en las personas mayores están asociados con mayores riesgos de deterioro cognitivo y demencia.
- La depresión y los síntomas de depresión tienen un efecto negativo considerable en la salud autoevaluada de los pacientes.
- Entre 2% y 3% de las personas mayores que viven en la comunidad tienen depresión. Las personas mayores presentan con mayor frecuencia síntomas de depresión significativos, pero no llegan a cumplir con los criterios para diagnosticar un trastorno depresivo. Este trastorno suele conocerse como depresión subumbral y afecta a casi una de cada 10 personas mayores.
- Si no se diagnostican y no se controlan, los síntomas de depresión pueden conducir a una enfermedad psicológica grave, a la dependencia funcional, al aislamiento, a la mala calidad de vida, a un mayor uso de los servicios de salud y a mayor riesgo de muerte.
- Los trastornos depresivos son una de las principales causas de la mayor carga de discapacidad en las personas mayores.

9 Ofori-Asenso R, Chin KL, Mazidi M, Zomer E, Ilomaki J, Zullo AR, Gasevic D, Ademi Z, Korhonen MJ, LoGiudice D, Bell JS, Liew D. Global Incidence of Frailty and Prefrailty Among Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Netw Open. 2019 Aug 2;2(8):e198398. doi: 10.1001/jamanet-wor-kopen.2019.8398. PMID: 31373653; PMCID: PMC6681553.



- La proporción de personas mayores que viven solas está aumentando drásticamente, lo que puede incrementar el riesgo de aislamiento y de los síntomas de depresión.



4.

APOYO A LA AUTOGESTIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES



AUTOGESTIÓN

La autogestión, también denominada “manejo personal”, está relacionada con las tareas que una persona debe realizar para vivir bien aunque tenga uno o más problemas de salud crónicos. Estas tareas incluyen aumentar su confianza para abordar el manejo médico, el manejo de funciones o roles y el manejo emocional.¹⁰

Tareas relacionadas con el manejo de las enfermedades crónicas

Habilidades necesarias para llevar un estilo de vida activo y saludable

Habilidades necesarias para manejar las emociones

Habilidades necesarias para convertirse en socios activos de la atención de salud

CAPACIDAD DE AUTOGESTIÓN

“El apoyo a la autogestión es otra herramienta para ofrecerles a las personas mayores una atención integrada y centrada en las personas”¹¹.

10 Adams K, Greiner AC, Corrigan JM (editores). Institute of Medicine (US) Committee on the Crossing the Quality Chasm: Next Steps Toward a New Health Care System. The 1st Annual Crossing the Quality Chasm Summit: A Focus on Communities. Washington, DC: National Academies Press (US); 2004. PMID: 25009886.

11 Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: OMS; 2015. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf

El apoyo a la autogestión consiste en “...proporcionarles la información, las capacidades y las herramientas que necesitan para controlar sus enfermedades, evitar complicaciones, potenciar su capacidad intrínseca y mantener su calidad de vida”. Cada persona maneja sus problemas de salud lo mejor que puede. En el Programa de Autogestión de Enfermedades Crónicas (CDSMP por sus siglas en inglés) se enseña que las personas pueden dejar de ser ineficientes o pasivas con respecto a su autogestión para convertirse en personas con una autogestión eficiente y activa.

LAS PERSONAS EFICIENTES EN SU AUTOGESTIÓN PUEDEN:

resolver problemas

tomar decisiones

planificar para tomar acción

LAS PERSONAS POCO EFICIENTES EN SU AUTOGESTIÓN SUELEN:

aceptar las barreras como callejones sin salida

tomar decisiones pasivamente

estar abrumadas por metas muy amplias



El CDSMP está disponible en los cuatro idiomas oficiales de la OPS:

Inglés: Chronic Disease Self-Management

Español: Tomando control de su salud

Portugués: Assumindo o Controle de sua Saúde

Francés: Vivre en santé avec une maladie chronique

El programa “Tomando control de su salud” fue elaborado en la Universidad Stanford, y es uno de los programas basados en la evidencia más ampliamente difundidos. Fue desarrollado específicamente para impartir habilidades de autogestión y confianza a las personas con una o más afecciones crónicas, incluidos ciertos problemas graves de salud mental como la depresión, que pueden afectar su capacidad intrínseca. En el programa se supone que las personas con diferentes afecciones crónicas tienen preocupaciones y problemas similares; tienen que lidiar no solo con las enfermedades sino también con el impacto que estas tienen en su vida cotidiana y en sus emociones. Aprender a manejar estas enfermedades y a mantener una vida saludable a pesar de la enfermedad es la clave para la autogestión.

El programa ha llegado a más de un millón de personas, se ofrece en más de 30 países y está disponible en más de 15 idiomas. Se ha evaluado en un estudio de eficacia aleatorizado en Estados Unidos, en un estudio de eficacia aleatorizado en Inglaterra y en un estudio longitudinal de eficacia en Estados Unidos. Estos estudios demostraron reducciones en la utilización de la atención médica, reducciones en los síntomas (fatiga y depresión) y mejoras en la capacidad física.

También demostraron aumentos en el ejercicio, en el uso del manejo cognitivo de los síntomas y en el cumplimiento con los medicamentos.

El programa se ha personalizado para utilizarlo con personas que tienen enfermedades o problemas de salud específicos:



INGLÉS	ESPAÑOL
Diabetes Self- Management	Manejo personal de la diabetes
Chronic Pain Self- Management	Manejo personal del dolor crónico
Cancer: Thriving and Surviving	Cáncer: triunfando y sobreviviendo
HIV: Positive Self- Management	Vivir más sano con VIH


El programa se ha adaptado para que pueda ofrecerse en grupos pequeños de la comunidad, por medio de grupos virtuales (para cumplir con el distanciamiento físico durante la COVID-19) o de un conjunto de herramientas para la instrucción autoguiada.

El conjunto de programas de autogestión fue elaborado por el Centro de Educación e Investigación del Paciente de la Universidad Stanford y está autorizado y administrado por SelfManagement Resource Center, Inc.

Si desea más información sobre los formatos disponibles en diferentes idiomas, visite:

<https://www.selfmanagementresource.com>.

TALLER EN GRUPO PEQUEÑO IMPARTIDO EN ENTORNOS COMUNITARIOS A PERSONAS CON ALGÚN PROBLEMA CRÓNICO DE SALUD QUE PUEDA AFECTAR SU CAPACIDAD INTRÍNSECA

Programa	Meta	Descripción	Requisitos	Sitio web para la información y evidencia sobre el programa
<p>Programa de autogestión de enfermedades crónicas (CDSMP)</p> <p>Tomando control de su salud</p> <p>Assumindo o Controle de sua Saúde</p> <p>Vivre en santé avec une maladie chronique</p> 	<p>Enseñar habilidades de autogestión y confianza a las personas con una o más afecciones crónicas</p>	<p>El programa fue elaborado por la doctora Kate Lorig, profesora de enfermería en la Universidad Stanford, Estados Unidos. Es un taller sumamente interactivo que se imparte en grupos pequeños (10 a 14 personas), por 2,5 horas, una vez por semana, durante 6 semanas.</p> <p>Público destinatario: Adultos con uno o más problemas crónicos de salud física o mental.</p> <p>Actividades clave:</p> <p>Cada sesión se basa en tres habilidades principales que sustentan toda la autogestión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planificación para la acción (contraer un compromiso semanal para cambiar el comportamiento) • Resolución de problemas (cómo resolver problemas) • Toma de decisiones (cómo tomar decisiones). Cada sesión consta de 4 a 8 actividades diferentes. • Los temas incluidos en las sesiones son: manejo de los síntomas (sueño, fatiga, dolor, dificultad para respirar, depresión, emociones difíciles). • Ejercicio • Alimentación saludable • Técnicas de manejo de los síntomas cognitivos (distracción, pensamiento positivo, ejercicios de relajación) • Comunicación sobre enfermedades crónicas • Manejo de los medicamentos. 	<p>Requisitos de capacitación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Líderes pares capacitados por dos instructores expertos certificados en un taller impartido en grupo con una duración de 4 días. <p>Requisitos de personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cada programa es facilitado por dos instructores pares capacitados que enseñan por medio de un manual detallado. Los pares suelen ser personas de la comunidad a la que se atiende y que también tienen problemas crónicos de salud. No necesitan capacitación previa en salud ni tienen que ser profesionales de salud. <p>Materiales necesarios:</p> <p><i>Los instructores pares necesitan:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • El manual del instructor del taller del programa de autogestión de enfermedades crónicas (impreso localmente). • El libro <i>Tomando control de su salud</i> • Rotafolios y marcadores <p><i>Los participantes necesitan:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • El libro <i>Tomando control de su salud</i> (los libros se pueden distribuir a los participantes por medio de una biblioteca de préstamos para minimizar el costo de implementación). 	<p>https://www.selfmanagementresource.com</p> <p>Los resultados de salud y la evidencia que apoya los resultados de salud se han publicado en varias revistas arbitradas. Para consultar toda la bibliografía, visite el sitio web del programa.</p> <p>El Centro de Recursos de Autocuidado (SMRC por sus siglas en inglés) ofrece licencias, capacitación y apoyo para la ejecución del programa. La Oficina Sanitaria Panamericana (Oficina Regional de la OMS para las Américas), trabaja directamente con el Centro de Recursos de Autocuidado para la implementación regional en América Latina y el Caribe y tiene una licencia regional para las representaciones de la OPS en los países. El Tomando control de su salud se ha impartido a más de un millón de personas, en más de 30 países y está disponible en más de 15 idiomas.</p>

EDUCACIÓN SOBRE AUTOGESTIÓN EN FORMATO DE VIDEO Y EN MODALIDAD VIRTUAL

Modalidad	Descripción	Requisitos	Sitio web del programa
<p>Talleres en una plataforma de video para la autogestión de enfermedades crónicas (CDSMP)</p> <p>La modalidad de plataforma de video también está disponible para los siguientes programas: manejo personal de la diabetes; manejo personal del dolor crónico; cáncer: triunfando y sobreviviendo; y vivir más sano con VIH. También se puede utilizar con la versión en inglés de estos programas.</p>	<p>El formato de video en la modalidad virtual tiene una duración de seis semanas y utiliza un manual del instructor del taller de autogestión de enfermedades crónicas (CDSMP) adaptado. Es exactamente lo mismo que el taller presencial para grupos pequeños, pero adaptado a una plataforma de video para su uso durante la pandemia de COVID-19.</p> <p>Público destinatario: Adultos con uno o más problemas crónicos de salud física o mental.</p>	<p>Instructores: deben estar activos en el programa de autogestión de enfermedades crónicas y tener el manual adaptado para la plataforma de video.</p> <p>Requisito de personal: Cada taller virtual está dirigido por dos instructores activos.</p> <p>Materiales necesarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todos los participantes deben tener una cámara web y usarla durante el taller. • Todos los participantes deben tener un ejemplar del libro <i>Tomando control de su salud</i> y deben participar en la plataforma de video, no solo por teléfono. • El taller deberá ser de entre 8 y 12 participantes. 	<p>https://selfmanagementresource.com/</p> <p>La plataforma de video solo podrá ser utilizada por organizaciones y organismos con licencia para ofrecerla a sus clientes o pacientes. La licencia de la OPS incluye la modalidad virtual.</p>

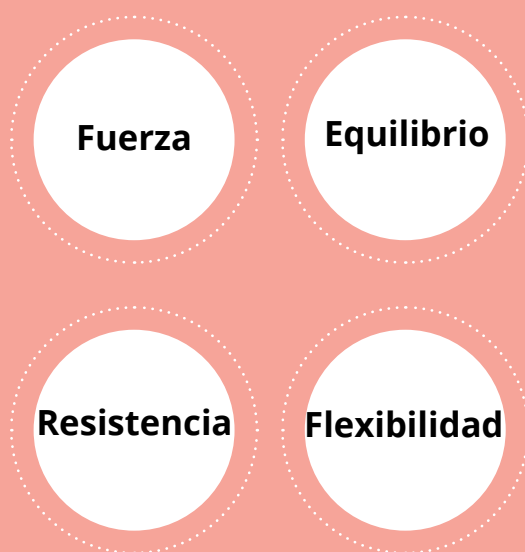
EDUCACIÓN SOBRE AUTOGESTIÓN EN FORMATO DE INSTRUCCIÓN AUTOGUIADA

Modalidad	Descripción	Requisitos	Sitio web del programa
Conjuntos de herramientas enviados por correo: Active Living with Chronic Conditions Tool Kit (CDSMP) Conjunto de herramientas para un estilo de vida activo con enfermedades crónicas	<p>El conjunto de herramientas para tener una vida activa con enfermedades crónicas (disponible en inglés y español) es una modalidad de instrucción autoguiada que incluye todas las herramientas del programa de autogestión de enfermedades crónicas. Ofrece un método alternativo para quienes no pueden o no desean asistir a un taller de autogestión de enfermedades crónicas en persona.</p> <p>Público destinatario: Adultos con uno o más problemas crónicos de salud física o mental.</p>	<p>Dado que este es un programa autoguiado, no se necesita ningún instructor o facilitador. Sin embargo, los participantes deben estar en capacidad de leer y de seguir un programa autoguiado.</p> <p>Cada participante recibe un conjunto de herramientas que contiene lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El libro <i>Tomando control de su salud</i> • Un CD de relajación para la mente y el cuerpo • Un CD de ejercicios • Hojas de recomendaciones sobre las herramientas de autogestión más importantes. 	<p>https://www.selfmanagementresource.com</p> <p>El programa se ha sometido a prueba para verificar su eficacia y los resultados han sido positivos. Para consultar la bibliografía, visite el sitio web del centro de recursos de autogestión.</p>
Conjuntos de herramientas enviados por correo con contacto telefónico semanal	<p>Esta modalidad para impartir el taller utiliza el conjunto de herramientas de para tener una vida activa con enfermedades crónicas y agrega el contacto telefónico semanal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los participantes reciben conjuntos de herramientas y se supone que podrán usar los materiales con el folleto autoguiado. • Las llamadas semanales en conferencia las hace un instructor a un grupo de 4 a 6 personas. • Los instructores siguen un guion para las llamadas telefónicas. 	

5.

CAPACIDAD LOCOMOTRIZ, ACTIVIDAD FÍSICA, EJERCICIO, PREVENCIÓN DE CAÍDAS

**CAPACIDAD CORPORAL DE LA PERSONA PARA DESPLAZARSE DE
UN LUGAR A OTRO**



La movilidad es un factor determinante fundamental en el envejecimiento saludable. Es importante para mantener la autonomía y prevenir la dependencia con respecto a los cuidados.



BUENA CAPACIDAD LOCOMOTRIZ

- Capacidad para realizar actividades de la vida diaria
- Autonomía
- Independencia

MALA CAPACIDAD LOCOMOTRIZ

- Caídas
- Dependencia
- Mala calidad de vida



La pérdida de movilidad es frecuente en las personas mayores, pero no es inevitable.

“La disminución de cualquier capacidad intrínseca puede aumentar el riesgo de caídas, además de afectar a otros dominios, como el de la cognición”.

Un programa de ejercicio regular, adaptado a las capacidades y necesidades individuales, es primordial para mejorar o conservar la capacidad locomotriz.

La disminución en la capacidad locomotriz también puede afectar otros dominios de la capacidad intrínseca de una persona, como la cognición.

Esta cartera de programas está destinada a mostrar intervenciones específicas para mejorar la capacidad locomotriz y evitar las caídas. Estos ejemplos representan solo una muestra de los programas disponibles que cumplen con los siguientes criterios:

- Los datos se han publicado en revistas arbitradas.
- Se incluyen a los adultos que viven en la comunidad y que tienen 60 años o más.
- En el diseño se utilizó un estudio aleatorizado controlado.
- Los programas se diseñaron específicamente para mejorar la capacidad locomotriz y reducir las caídas.
- Se demostró que tenían resultados positivos estadísticamente significativos en el mejoramiento de la capacidad locomotriz y la reducción de las caídas.
- Los programas se han sometido a prueba en entornos de la vida real.

Un programa basado en la evidencia impartido a grupos o bajo supervisión individual es una forma costo-eficaz de ofrecer un programa estructurado de actividad física que mejora la capacidad locomotriz, reduce los riesgos de caídas y ofrece apoyo a la autogestión.


CONTENIDO

En la cartera de programas se presenta dos grupos de intervenciones:

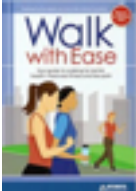

A. Intervenciones individuales en entornos comunitarios o clínicos	B. Intervenciones para grupos en entornos comunitarios
A.1 Vivifrail	B.1 Active Living Everyday (Estilo de vida activo a diario)
A.2 Walk with Ease (Camine con gusto)	B. 2 Enhance Fitness (Mejorar el estado físico)
A.3 CAPABLE	B.3 Fit and Strong (Fuerte y en forma)
A.4 OTAGO	B.4 Matter of Balance (Una cuestión de equilibrio)
	B.5 Tai Chi para la artritis y la prevención de caídas



A.1 VIVIFRIL: UN PROGRAMA PARA LA PROMOCIÓN DEL EJERCICIO FÍSICO

Programa	Meta	Descripción	Requisitos	Sitio web del programa
 <p>Vivifrail</p>	<p>Mejorar la capacidad funcional y promover un aumento gradual del nivel de actividad para prevenir la fragilidad y las caídas.</p>	<p>Vivifrail fue desarrollado por el doctor Mikel Izquierdo, profesor de Fisiología del Ejercicio en la Universidad Pública de Navarra, España.</p> <p>Es un programa individualizado de ejercicios con varios componentes, de 12 semanas de duración, con rondas diarias de aproximadamente 30 a 45 minutos de actividad física.</p> <p>Público destinatario: personas de 70 años o más</p> <p>Actividades clave:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El programa empieza con una evaluación por medio de la prueba Vivifrail. La prueba incluye tres medidas separadas: equilibrio, velocidad al caminar, levantarse de una silla y una prueba del riesgo de caída. • Los resultados de la evaluación permiten al profesional determinar el tipo más apropiado de programa físico (con varios componentes) para recetarlos a cada persona, según un conjunto de modelos de receta diferentes (pasaportes para el ejercicio). Estos van desde el tipo A para personas con discapacidad, hasta el tipo D para personas robustas. 	<p>Requisitos de capacitación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los profesionales y los especialistas en ejercicio recibirán orientación mediante un proceso de capacitación autoguiado disponible en línea, sin costo alguno. • No se necesita una licencia <p>Requisitos de personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La receta de ejercicio la emite un profesional de la salud o un especialista en ejercicio. • Los materiales didácticos para instructores y participantes están disponibles en el sitio web sin costo alguno. <p>Materiales necesarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Folleto de pasaporte con los ejercicios recetados para cada participante. • La impresión de materiales se hace localmente. • Para apoyar el fortalecimiento muscular se utilizan botellas de agua. <p>Todos los materiales son del dominio público y están disponibles en español, inglés y portugués sin costo alguno.</p>	<p>https://vivifrail.com/es/inicio/</p> <p>https://diabfrail-latam.eu/?lang=es</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los resultados de salud y la evidencia que apoya los resultados de salud se han publicado en varias revistas arbitradas. Para consultar toda la bibliografía, visite el sitio web del programa. • Una nueva modalidad de Vivifrail es Diabfrail. Actualmente, hay investigaciones en marcha sobre Diabfrail. Esta nueva modalidad está dirigida a personas con diabetes y es una combinación de un programa de educación en grupo que se reúne dos veces por semana durante 3 a 4 semanas y un programa de ejercicio individual de 16 semanas para hacer en casa. El programa aún se encuentra en su fase de pruebas clínicas y se desarrolla gracias a la financiación de la Comisión Europea (programa de investigación e innovación Horizonte 2020 de la Unión Europea).


A.2 WALK WITH EASE (Camine con gusto)

Programa	Meta	Descripción	Requisitos	Sitio web del programa
<p>WALK WITH EASE (WWE) (Camine con gusto)</p>  	<p>Las metas generales del programa son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover la educación sobre la actividad física para adultos con artritis. • Promover la educación sobre el autocuidado de la artritis y caminar de manera segura y cómoda. • Alentar a los participantes a continuar su programa de caminatas y explorar otros programas de ejercicio y autocuidado que brinden beneficios comprobados para los adultos con artritis. 	<p>El programa Camine con gusto de la Arthritis Foundation fue elaborado en el 2007 por Thurston Arthritis Research Center y el Institute on Aging de la Universidad de Carolina del Norte. La traducción y adaptación al español, Camine con gusto, se terminó en el 2011.</p> <p>El programa ha demostrado mejorar los síntomas de la artritis, la función y la salud en general.</p> <p>Público destinatario: Adultos con artritis o dolor y rigidez en las articulaciones. Los participantes deben ser capaces de mantenerse de pie durante al menos 10 minutos. El programa está diseñado para que se pueda ofrecer en dos modalidades:</p> <p>Programa para grupos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 6 semanas (1 hora, 3 veces por semana). • Se recomiendan que los grupos tengan de 12 a 15 participantes. <p>Programa autodirigido que incluye caminatas a su propio ritmo y seguir las pautas del libro que cubren temas relacionados con la salud</p> <ul style="list-style-type: none"> • 6 semanas • 30 min, 3 veces por semana 	<p>Requisitos de capacitación:</p> <p>Capacitación en línea ofrecida por la Arthritis Foundation o capacitación en persona, de 3 a 4 horas por la Arthritis Foundation.</p> <p>Requisitos de personal:</p> <p>Un instructor certificado por la Arthritis Foundation y capacitado para impartir el programa Camine con gusto quien también deberá estar certificado en RCP.</p> <p>No se necesita una licencia</p> <p>Materiales necesarios:</p> <p>Walk with Ease, libro para los participantes (inglés) Camine con gusto (español)</p>	<p>https://www.arthritis.org/health-wellness/healthy-living/physical-activity/walking/walk-with-ease</p> <p>Los resultados de salud y la evidencia que apoya los resultados de salud se han publicado en varias revistas revisadas por pares. Para consultar toda la bibliografía, visite el sitio web del programa.</p>

A.3 CAPABLE (ENVEJECER EN LA COMUNIDAD Y AVANZAR HACIA UNA VIDA MEJOR PARA LAS PERSONAS MAYORES)

Programa	Meta	Descripción	Requisitos	Sitio web del programa
<p>CAPABLE (sigla en inglés)</p> <p>CAPABLE (Community Aging in Place, Advancing Better Living for Elders)</p>	<p>Reducir el riesgo de caídas y aumentar la movilidad, la funcionalidad y la capacidad para envejecer en casa. Este programa está diseñado para aumentar la capacidad intrínseca de locomoción, al tiempo que minimiza los peligros en el entorno del hogar.</p>	<p>CAPABLE fue elaborado por la doctora Sarah L. Szanton, A.N.P en la Universidad Johns Hopkins. Es una intervención domiciliaria centrada en la persona, con una duración de 4 a 5 meses, dirigida al manejo de los medicamentos, la capacidad de resolución de problemas, la fuerza, el equilibrio, la nutrición y la seguridad en el hogar.</p> <p>Público destinatario: Personas mayores con, por lo menos, una actividad relacionada con una dificultad para la vida diaria, como dificultad para bañarse, vestirse, caminar o ir al baño y que sean capaces cognitivamente de identificar metas.</p> <p>Actividades clave:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 6 visitas de terapia ocupacional y 4 visitas de enfermería. • 1 día de reparaciones en el hogar, modificaciones e instalación de dispositivos de asistencia por un trabajador de mantenimiento. El personal de enfermería y de terapia ocupacional trabaja con el participante para detectar sus limitaciones físicas y funcionales y establecer metas individualizadas de autocuidado. El programa combina apoyos al entorno y personales. 	<p>Requisitos de capacitación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seis módulos en línea para personal de enfermería y terapeutas ocupacionales especializados en CAPABLE. • Ocho horas de apoyo de capacitación a través de Skype u otra tecnología de comunicación a distancia. • Llamadas de apoyo al seguimiento o seminarios mensuales en la web. <p>Requisitos de personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personal de enfermería con capacitación en CAPABLE • Terapeuta ocupacional capacitado en CAPABLE • Trabajadores de mantenimiento y suministros para hacer modificaciones en el hogar e instalar dispositivos de asistencia <p>No se necesita una licencia.</p> <p>Materiales necesarios:</p> <p>Materiales y equipos individualizados para cada participante. <i>La capacitación para personal de enfermería y terapeutas ocupacionales solo está disponible en inglés.</i></p>	<p>https://nursing.jhu.edu/faculty_research/research/projects/capable/</p> <p>Tanto los resultados de salud como la evidencia que apoya los resultados de salud se han publicado en varias revistas revisadas por pares. Para consultar toda la bibliografía, visite el sitio web del programa.</p>

A.4 OTAGO

Programa	Meta	Descripción	Requisitos	Sitio web del programa
OTAGO 	Reducir el riesgo de caídas mediante el mejoramiento de la fuerza y el equilibrio de las extremidades inferiores.	<p>El programa de ejercicios Otago fue desarrollado y sometido a prueba por el doctor John Campbell y la doctora Clare Robertson en la Universidad de Otago, Otago (Nueva Zelanda) como un programa de ejercicios en el hogar.</p> <p>Público destinatario: Personas frágiles, personas de 80 años o más. Se puede modificar para un entorno comunitario, como una clínica.</p> <p>Actividades clave:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una serie de ejercicios de calentamiento antes de los 17 ejercicios de fuerza y equilibrio realizados en el hogar durante 30 minutos por día, tres veces por semana (en tres de los ejercicios se usan pesas de tobillo para aumentar la resistencia). Los ejercicios son seleccionados por un fisioterapeuta y su progresión se determinará en función de las habilidades del participante (el participante no hace todos los 17 ejercicios). • Un programa de caminata de hasta 30 minutos por día, tres veces por semana. • Cinco visitas del fisioterapeuta durante un período de 8 semanas. • Visita de seguimiento a los 6 meses y al año • Llamadas telefónicas mensuales durante los meses en que no ha habido interacción frente a frente. 	<p>Requisitos de capacitación:</p> <p>Se exige a los instructores asistir a la capacitación en línea del programa de ejercicios OTAGO.</p> <p>Requisitos de personal: El programa puede ser impartido por un fisioterapeuta o asistente de fisioterapia o un instructor de ejercicios con licencia que esté capacitado en el programa OTAGO.</p> <p>Materiales necesarios: Pesas de tobillo para los participantes. Paquete individualizado de folletos con ejercicios seleccionados para cada participante. (Impresión local). No se necesita licencia.</p> <p>Capacitación y materiales disponibles en inglés.</p> <p>Para quienes hacen ejercicio en casa hay videos gratuitos disponibles en:</p> <p>http://www.med.unc.edu/aging/cgec/exercise-program</p>	<p>https://www.livestronger.org.nz/assets/Uploads/acc1162-otago-exercise-manual.pdf</p> <p>http://www.med.unc.edu/aging/cgec/exercise-program</p> <p>Tanto los resultados de salud como la evidencia que apoya los resultados de salud se han publicado en varias revistas revisadas por pares. Para consultar toda la bibliografía, visite el sitio web del programa.</p>

B.1 ACTIVE LIVING EVERY DAY (ESTILO DE VIDA ACTIVO A DIARIO)

Programa	Meta	Descripción	Requisitos	Sitio web del programa
Active Living Every day (ALED) (Estilo de vida activo a diario)	Enseñar las habilidades necesarias para adoptar y mantener con éxito un estilo de vida físicamente activo	<p>ALED se basa en el estudio de investigación Project Active, que se llevó a cabo en el Instituto Cooper. Ofrece diferentes opciones a los programas tradicionales de ejercicios para ayudar a los participantes a superar sus barreras a la actividad física.</p> <p>Público destinatario: Personas mayores y adultos con artritis y otros problemas crónicos de salud.</p> <p>Actividades clave:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El instructor se reúne por una hora una vez a la semana durante 12 a 20 semanas para una charla corta (escrita en el manual) sobre el establecimiento de metas, la superación de barreras y la búsqueda de actividades físicas que los participantes disfruten. • Discusión en grupo. • Los participantes crean un plan para la actividad física que se puede agregar a las rutinas diarias, según el estilo de vida individual. • Toda la actividad física tiene lugar fuera de la clase. 	<p>Requisitos del programa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un instructor por clase. No se necesita certificación educativa ni de estado físico para el instructor, pero este deberá finalizar un curso y una capacitación en línea. • Se necesita una licencia de ALED. No hay que pagar por la licencia. <p>Requisitos de capacitación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los instructores deben asistir a un curso en línea para el facilitador y finalizar con éxito un examen en línea sobre su competencia. <p>Materiales necesarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Materiales didácticos para instructores: rotafolios, marcadores, folletos, manual y el libro ALED • Para los participantes: libro ALED, apoyo en línea y contador de pasos <p>La capacitación y los materiales están disponibles para su compra. Consulte el sitio web para conocer el costo real. Disponible solo en inglés.</p>	<p>www.activeliving.info</p> <p>https://www.cdc.gov/arthritis/interventions/programs/aled.htm</p> <p>Tanto los resultados de salud como la evidencia que apoya los resultados de salud se han publicado en varias revistas revisadas por pares. Para consultar toda la bibliografía, visite el sitio web del programa.</p>

B.2 ENHANCE FITNESS (MEJORAR EL ESTADO FÍSICO)

Programa	Meta	Descripción	Requisitos	Sitio web del programa
Enhance Fitness (EF) (Mejorar el estado físico)	Mejoramiento del estado físico, la capacidad funcional general y el bienestar de las personas mayores y prevención de caídas.	<p>El programa Enhance Fitness (Mejorar el estado físico) fue elaborado mediante una colaboración entre Group Health Cooperative, Sound Generations y el Centro de Investigación de Promoción de la Salud, de la Universidad de Washington. Es un programa de varios componentes y se puede adaptar a enfermedades crónicas específicas (por ejemplo, artritis).</p> <p>Público destinatario: Personas mayores, desde las personas frágiles hasta las que se encuentran en buen estado físico. Se puede asistir a la clase sentado o de pie. Los instructores están capacitados para modificar los ejercicios y adaptarlos a las diferentes habilidades de los participantes.</p> <p>Componentes del programa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Calentamiento (5 a 9 minutos) • Entrenamiento cardiovascular (20 minutos) • Enfriamiento (3 a 5 minutos) • Entrenamiento de fuerza en la parte superior e inferior del cuerpo con pesas envolventes (20 minutos) • Flexibilidad (8 a 10 minutos) • El entrenamiento para el equilibrio y el examen de la postura se incluyen en todo momento. <p>Las pruebas de resultados se hacen en la primera semana de clases y se repiten cada 4 meses. Las pruebas incluyen curl de bíceps, Up-and-Go de 8 pies y soporte de silla.</p>	<p>Requisitos del programa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un instructor del programa EF por clase. • Se necesita una licencia del programa Enhance Fitness. Visite el sitio web para consultar el costo de la licencia y de la capacitación. <p>Requisitos de capacitación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ser profesional de la salud o haber recibido una certificación emitida por una organización de entrenamiento físico reconocida a nivel nacional. • Asistir a una capacitación para instructor de 1.5 EF • Certificación vigente en RCP <p>Materiales necesarios para la clase:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pesas ajustables de tobillo y muñeca para cada participante • Sillas sólidas y sin brazos, de respaldo recto <p>Materiales necesarios para las mediciones: cronómetro, pesas de mano de 5 y 8 libras, cinta métrica.</p> <p>La capacitación y los materiales están disponibles para su compra. Consulte el sitio web para conocer el costo real. Disponible solo en inglés y español.</p>	<p>https://projectenhance.org/enhancefitness/</p> <p>Tanto los resultados de salud como la evidencia que apoya los resultados de salud se han publicado en varias revistas revisadas por pares. Para consultar toda la bibliografía, visite el sitio web del programa.</p> <p>El EF tiene sitios permanentes que imparten el programa en 40 de los 50 estados de los Estados Unidos. El YMCA, varios parques municipales, centros para personas mayores, clínicas comunitarias y sistemas de salud han adoptado el programa en todo Estados Unidos.</p>

B.3 FIT AND STRONG! (¡FUERTE Y EN FORMA!)

Programa	Meta	Descripción	Requisitos	Sitio web del programa
Fit and Strong! (¡Fuerte y en forma!)	<p>Controlar la osteoartritis de las extremidades inferiores.</p> <p>Metas específicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Mantener un funcionamiento independiente Reducir y manejar los síntomas de la artritis Aprender una variedad de ejercicios Comprender la osteoartritis Incorporar la actividad física en el estilo de vida Elaborar un programa individualizado de actividades que sea sostenible una vez finalizado el programa 	<p>El programa ¡Fuerte y en forma! fue elaborado por la doctora Susan L. Hughes, profesora en la División de Ciencias de Salud Comunitaria, Centro de Investigación sobre Salud y Envejecimiento de la Universidad de Chicago. El programa es tanto una actividad física como un programa de cambio del comportamiento.</p> <p>Público destinatario: Personas mayores que tienen dolor y rigidez en las articulaciones de las extremidades inferiores relacionados con la osteoartritis.</p> <p>Componentes del programa:</p> <ul style="list-style-type: none"> 60 minutos de ejercicios que comprenden: Calentamiento y estiramiento/equilibrio (15 minutos) Ejercicios aeróbicos y de resistencia (20 minutos) Ejercicios de fortalecimiento y resistencia con bandas de ejercicio y pesas en el tobillo (20 minutos) Ejercicios de enfriamiento (5 minutos). <p>Una sesión en grupo de 30 minutos sobre resolución de problemas y educación para la salud centrada en cuestiones relacionadas con la osteoartritis y la actividad física. Antes del final de la 8.^a semana, los participantes se reúnen con el instructor para elaborar un plan de ejercicios individualizado. Las pruebas de resultados se hacen al principio y al final del programa.</p>	<p>Requisitos del programa:</p> <ul style="list-style-type: none"> Un instructor del programa ¡Fuerte y en forma! por clase. Se necesita una licencia del programa ¡Fuerte y en forma!. Visite el sitio web para consultar el costo de la licencia y la capacitación. <p>Requisitos de capacitación:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ser profesional de la salud o haber recibido una certificación emitida por una organización de entrenamiento físico reconocida a nivel nacional. Experiencia en la instrucción de clases de ejercicios en grupos. Finalizar con éxito una capacitación en el programa ¡Fuerte y en forma! para instructores, con una duración de 8 horas. <p>Materiales necesarios para la clase:</p> <ul style="list-style-type: none"> Un ejemplar por participante del manual ¡Fuerte y en forma!. (Impreso localmente) Equipo de resistencia por participante que incluya las bandas elásticas para ejercicios y pesas ajustables para el tobillo (10 lb) Alfombras pequeñas para ejercicios en el piso. Música Sillas <p>La capacitación y los materiales están disponibles para su compra. Consulte el sitio web para conocer el costo real. Disponible en español, inglés y portugués.</p>	<p>https://www.fitandstrong.org</p> <p>Tanto los resultados de salud como la evidencia que apoya los resultados de salud se han publicado en varias revistas revisadas por pares. Para consultar toda la bibliografía, visite el sitio web del programa.</p>

B.4 MATTER OF BALANCE (UN ASUNTO DE EQUILIBRIO)

Programa	Meta	Descripción	Requisitos	Sitio web del programa
Matter of Balance (MOB) Un asunto de equilibrio (ADE)	Reducir el miedo a las caídas y aumentar los niveles de actividad	<p>El programa ADE se basa en el programa Fear of Falling (miedo a caerse), elaborado en el Centro de Educación Geriátrica de la Universidad de Boston y trasladado a un modelo de “entrenador no profesional”, en colaboración con Main Health Partnership. Es una intervención cognitivo-conductual de múltiples componentes que se ofrece en clases de grupos pequeños (8 a 12 participantes). La clase se reúne 8 veces para sesiones de 2 horas. La clase puede reunirse dos veces por semana por 4 semanas o una vez a la semana durante 8 semanas.</p> <p>Público destinatario: Personas mayores, con movilidad, capaces de resolver problemas y preocupados por las caídas.</p> <p>Componentes del programa:</p> <p>Cada clase incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un componente de cambio de comportamiento que aborda el miedo a caerse, enseña cómo cambiar o modificar los factores de riesgo de caídas, como las adaptaciones en el entorno del hogar. • Ejercicios de nivel bajo a moderado de 25 minutos para aumentar la flexibilidad, el equilibrio, la fuerza y la resistencia. <p>En la clase número 7, un profesional de salud invitado aborda con los participantes los factores de riesgo de caídas relacionados con la salud, explica la relación entre la debilidad de las piernas y los problemas de equilibrio y da consejos sobre el uso de dispositivos de asistencia.</p>	<p>Requisitos del programa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dos instructores no profesionales del programa capacitados y certificados por dos instructores expertos. • Un profesional de la salud invitado (como fisioterapeuta, terapeuta ocupacional o personal de enfermería). <p>Requisitos de capacitación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los instructores no profesionales del programa participan en una capacitación en persona sobre el programa de 2 días. <p>Materiales necesarios para la clase:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La licencia es gratuita • Libro de ejercicios del participante, impreso localmente • Rotafolio o pizarra blanca, y • Dos DVD y reproductor de TV y DVD para ver en la clase: “Miedo a caerse” y “Nunca es demasiado tarde para el ejercicio” <p>La capacitación y los materiales están disponibles para su compra. Consulte el sitio web para conocer el costo real. Disponible en español y en inglés.</p>	<p>https://mainehealth.org/healthy-communities/healthy-aging/matter-of-balance</p> <p>Tanto los resultados de salud como la evidencia que apoya los resultados de salud se han publicado en varias revistas revisadas por pares.</p> <p>Para consultar toda la bibliografía, visite el sitio web del programa.</p>

B.5 TAI-CHI PARA LA ARTRITIS Y PREVENCIÓN DE CAÍDAS

Programa	Meta	Descripción	Requisitos	Sitio web del programa
Tai-Chi para la artritis y la prevención de caídas (TCHI, sigla en inglés)	Mejorar la relajación y el equilibrio, reducir el dolor y el riesgo de caídas.	<p>El programa TCHI fue elaborado por el doctor Paul Lam, fundador del Instituto de Salud de Tai Chi, Sydney (Australia). Utiliza los movimientos de estilo Sol del Tai-Chi. Los movimientos se enseñan tanto al lado izquierdo como al derecho y con giros para avanzar y retroceder destinados a mejorar la movilidad y ofrecer una variedad de combinaciones. La clase se reúne dos veces por semana durante una hora, por 8 semanas con un instructor capacitado.</p> <p>Público destinatario: El programa es apropiado para personas con compromiso articular leve, moderado o grave y dolor de espalda. También es apropiado para adultos sin artritis que tienen un mayor riesgo de caídas.</p> <p>Componentes del programa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ejercicios de calentamiento y enfriamiento • Se enseñan uno o dos movimientos de Tai-Chi por sesión, lo que lleva progresivamente a completar los 6 movimientos básicos y 6 movimientos de extensión avanzados (12 movimientos en total). • Técnicas de respiración: • Principios del Tai Chi relacionados con la mejora del equilibrio físico y mental. Los movimientos se pueden modificar para adaptarse a los problemas de movilidad de cualquier participante y se pueden hacer sentados como un ejercicio de inicio. 	<p>Requisitos del programa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un instructor capacitado en el programa de Tai-Chi para la artritis. • No se necesita una licencia <p>Requisitos de capacitación:</p> <p>Hay varios niveles de capacitación. Un instructor certificado es capacitado por un Instructor experto Certificado por la Junta de TCHI. En el sitio web del programa TCHI puede consultarse una lista de instructores expertos certificados en la región. La capacitación consiste en seguir una guía y un libro de autoaprendizaje; dos días de clase presencial y mejoramiento continuo con apoyo de materiales suministrados por el Instituto de Salud. La capacitación puede ser impartida en español por un instructor experto de habla hispana. Sin embargo, los libros y el DVD solo están disponibles en inglés.</p> <p>Materiales necesarios para la clase:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No se necesita ningún material • El DVD de instrucción, varios afiches y otros recursos educativos están disponibles para ayudar a los participantes a seguir aprendiendo los movimientos en casa. 	<p>https://taichiforhealthinstitute.org/programs/tai-chi-for-fall-prevention/</p> <p>Los resultados de salud y la evidencia que respalda los resultados de salud se han publicado en varias revistas revisadas por pares.</p> <p>Para consultar toda la bibliografía, visite el sitio web del programa.</p>



6.

CAPACIDAD PSICOLÓGICA



La capacidad de la persona para superar adversidades, contratiempos, frustraciones e incluso síntomas de depresión se denomina “capacidad psicológica”.

AUTOEFICACIA Y CAPACIDAD PSICOLÓGICA

La autoeficacia es un factor determinante fundamental en el envejecimiento saludable. Es importante a fin de adaptarse y adoptar nuevos comportamientos para el funcionamiento exitoso a medida que envejecemos. La capacidad de la persona para superar adversidades, contratiempos, frustraciones e incluso síntomas de depresión se denomina “capacidad psicológica”.

La **autoeficacia** se refiere a la convicción de una persona acerca de su capacidad para ejecutar comportamientos específicos.



BUENA CAPACIDAD PSICOLÓGICA

- Capacidad de resolución de problemas
- Resiliencia
- Vida gratificante

MALA CAPACIDAD PSICOLÓGICA

- Aislamiento
- Desesperanza
- Poco bienestar



- Los síntomas de depresión son más prevalentes en las personas mayores que tienen alguna enfermedad crónica y discapacitante, que están aisladas socialmente o que cuidan de otras personas que les imponen demasiadas responsabilidades.
- Al mismo tiempo, el deterioro en otros dominios de la capacidad intrínseca, como los sentidos o la motricidad, puede menoscabar la capacidad funcional y la participación social, acentuando la sintomatología depresiva.

.....

EN ICOPE SE RECOMIENDAN INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS BREVES Y ESTRUCTURADAS

- **Terapia cognitivo-conductual.** Se pueden seguir los siguientes pasos: 1) identificar los problemas en la vida de cada persona; 2) cobrar conciencia de los pensamientos, los sentimientos y las creencias relativas a estos problemas; 3) detectar los pensamientos negativos o falsos; y 4) reconfigurar esos pensamientos para que sean más realistas.
- **Orientación o terapia para la solución de problemas.** Los pasos en la orientación y la terapia para la solución de problemas dividen estas áreas en tareas concretas y manejables para solucionar problemas y elaborar estrategias de afrontamiento para problemas específicos.
- **Activación conductual.** Este enfoque consiste en alentar a la persona a llevar a cabo actividades que le resulten gratificantes a fin de reducir sus síntomas de depresión.
- **Ejercicio multimodal.** Los ejercicios adaptados a las capacidades físicas y preferencias de la persona pueden reducir los síntomas de depresión.

MANEJAR LOS SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN

Los consejeros o terapeutas de salud mental pueden administrar estas intervenciones. Sin embargo, los trabajadores de salud comunitarios, con la capacitación y supervisión adecuadas, también pueden ofrecer programas para manejar los síntomas de depresión. Un programa basado en la evidencia disponible en inglés y español y comprobado en la comunidad es el que se conoce como Programa basado en la evidencia para fomentar vidas activas y gratificantes (PEARLS, sigla en inglés).

PEARLS brinda atención de salud mental de alta calidad en entornos comunitarios que llegan hasta personas mayores vulnerables. El programa fue elaborado en el Centro de Investigación de Promoción de la Salud de la Universidad de Washington y en los Servicios para el Envejecimiento y la Discapacidad y se evaluó utilizando un ensayo controlado aleatorio basado en la comunidad entre el 2000 y el 2003. El estudio mostró que durante 12 meses, las personas que tuvieron acceso al programa PEARLS tenían más probabilidades en comparación con quienes no lo tuvieron de lograr una reducción en los síntomas de depresión; o de lograr la remisión completa de la depresión y aumento de las mejoras en la calidad de vida relacionadas con la salud, tanto en el bienestar funcional como en el emocional.

Program for Encouraging Active Rewarding Lives (PEARLS) [Programa para fomentar un estilo de vida activo y gratificante]

Programa	Meta	Descripción	Requisitos	Sitio web del programa
Programa para fomentar un estilo de vida activo y gratificante (PEARLS)	Reducir la depresión en personas mayores por medio de varios métodos de tratamiento y el mejoramiento de la calidad de vida	<p>PEARLS es un enfoque de múltiples componentes para el tratamiento de la depresión aplicado en el hogar o en un centro, por un trabajador social capacitado o un gerente de servicios de salud. Fue elaborado por el doctor Mark Snowden, Médico, Maestría en Salud Pública, en el Centro de Investigación de Promoción de la Salud de la Universidad de Washington en colaboración con los Servicios de Envejecimiento y Discapacidad de la ciudad de Seattle.</p> <p>Público destinatario: Personas mayores con depresión menor o distimia (depresión continua de bajo grado por dos o más años)</p> <p>Actividades clave:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de resolución de problemas • Activación social y física • Programación de actividades agradables. Estos componentes de PEARLS se imparten en 6 a 8 sesiones frente a frente, de 50 minutos cada una, durante un período de 19 semanas. La instrucción está centrada en el participante. El método de instrucción está diseñado para empoderar a los participantes. • Seguimiento telefónico mensual durante 3 a 6 meses para apoyar a los participantes a medida que siguen utilizando las herramientas que aprendieron. <p>Estos componentes de PEARLS son entregados durante 6 a 8 sesiones de 50 minutos individuales durante 19 semanas. La entrega está centrada en el participante. El método de entrega está diseñado para empoderar a los participantes.</p>	<p>Requisitos de capacitación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los consejeros de PEARLS han recibido capacitación impartida por un instructor experto en un taller de 2 días. <p>Requisitos de personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gerente del programa PEARLS. Supervisa, asigna los clientes a los consejeros, dirige el mercadeo y el reclutamiento de los participantes. • El supervisor clínico (supervisión psiquiátrica) se ocupa de la supervisión clínica de los consejeros. Puede hacerlo a través de la telesalud o en reuniones para revisar casos y dar orientación a los consejeros • Los consejeros de PEARLS llevan a cabo las sesiones y las actividades de seguimiento y le suministran al administrador los datos sobre el servicio. <p>Materiales necesarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El Manual PEARLS para los consejeros y los formularios de medición y evaluación que incluyen: PHQ-2; PHQ-9; actividades físicas y sociales, eventos agradables, satisfacción del cliente. 	<p>https://depts.washington.edu/hprc/evidence-based-programs/pearls-program/</p> <p>Tanto los resultados de salud como la evidencia que apoya los resultados de salud se han publicado en varias revistas revisadas por pares. Para consultar toda la bibliografía, visite el sitio web del programa.</p> <p>No hace falta una licencia para ejecutar el programa. El conjunto de herramientas que ofrece orientación para la ejecución está disponible en inglés en el sitio web del programa. La capacitación por la Universidad de Washington está disponible a pedido, en inglés y español.</p>

7. CAPACIDAD COGNITIVA

El deterioro cognitivo se manifiesta como una creciente falta de memoria, atención y capacidad para resolver problemas.



BUENA CAPACIDAD COGNITIVA

- Capacidad para pensar, aprender y recordar con claridad
- Capacidad para realizar las actividades cotidianas

MALA CAPACIDAD COGNITIVA

- Problemas con la memoria, el lenguaje, el pensamiento o el juicio
- Confusión
- Mala coordinación o capacidad motora



CAPACIDAD COGNITIVA

- Aunque no se conoce la causa exacta, puede estar relacionada con el envejecimiento del cerebro, con patologías físicas (p. ej., enfermedad de Alzheimer o enfermedades cardiovasculares como hipertensión y accidente cerebrovascular) o incluso con factores ambientales, como el sedentarismo, el aislamiento social y el nivel de escolaridad bajo.
- No todo el deterioro cognitivo significa demencia. La demencia interfiere con la capacidad de una persona para funcionar eficazmente en su entorno. Si la persona tiene demencia, se necesitará atención especializada para planificar y llevar a cabo intervenciones complejas.
- Al mismo tiempo, el deterioro de otros dominios de la capacidad intrínseca, como los sentidos o la motricidad, puede menoscabar la capacidad funcional y la participación social, con lo cual se acentúa la sintomatología depresiva.

MANEJO DEL DETERIORO COGNITIVO

Si la evaluación cognitiva del paciente da resultados negativos o si la persona menciona problemas de memoria u orientación, estos son indicios de un deterioro cognitivo. Si el deterioro cognitivo afecta la capacidad de la persona mayor de desenvolverse eficazmente dentro



de su entorno, puede ser necesaria una evaluación especializada para diagnosticar demencia o enfermedad de Alzheimer.

ICOPE recomienda que, un paso importante antes del diagnóstico del deterioro cognitivo es determinar la presencia de condiciones asociadas y tratarlas primero..

- Deshidratación grave
- Delirio
- Exceso de medicamentos
- Cirugía mayor y anestesia general
- Enfermedad cerebrovascular

Las personas que tienen deterioro cognitivo pueden beneficiarse de:

- Estimulación cognitiva
- Ejercicio multimodal (ver los programas de capacidad locomotora)

Un programa basado en la evidencia para prevenir el deterioro cognitivo y la discapacidad que se encuentra en la fase de prueba es el Estudio finlandés de intervención geriátrica para prevenir el deterioro cognitivo y la discapacidad (FINGER, por su sigla en inglés). Es el primer ensayo controlado aleatorio que muestra que es posible prevenir el deterioro cognitivo utilizando una intervención de estilo de vida multidominio entre personas mayores en riesgo.

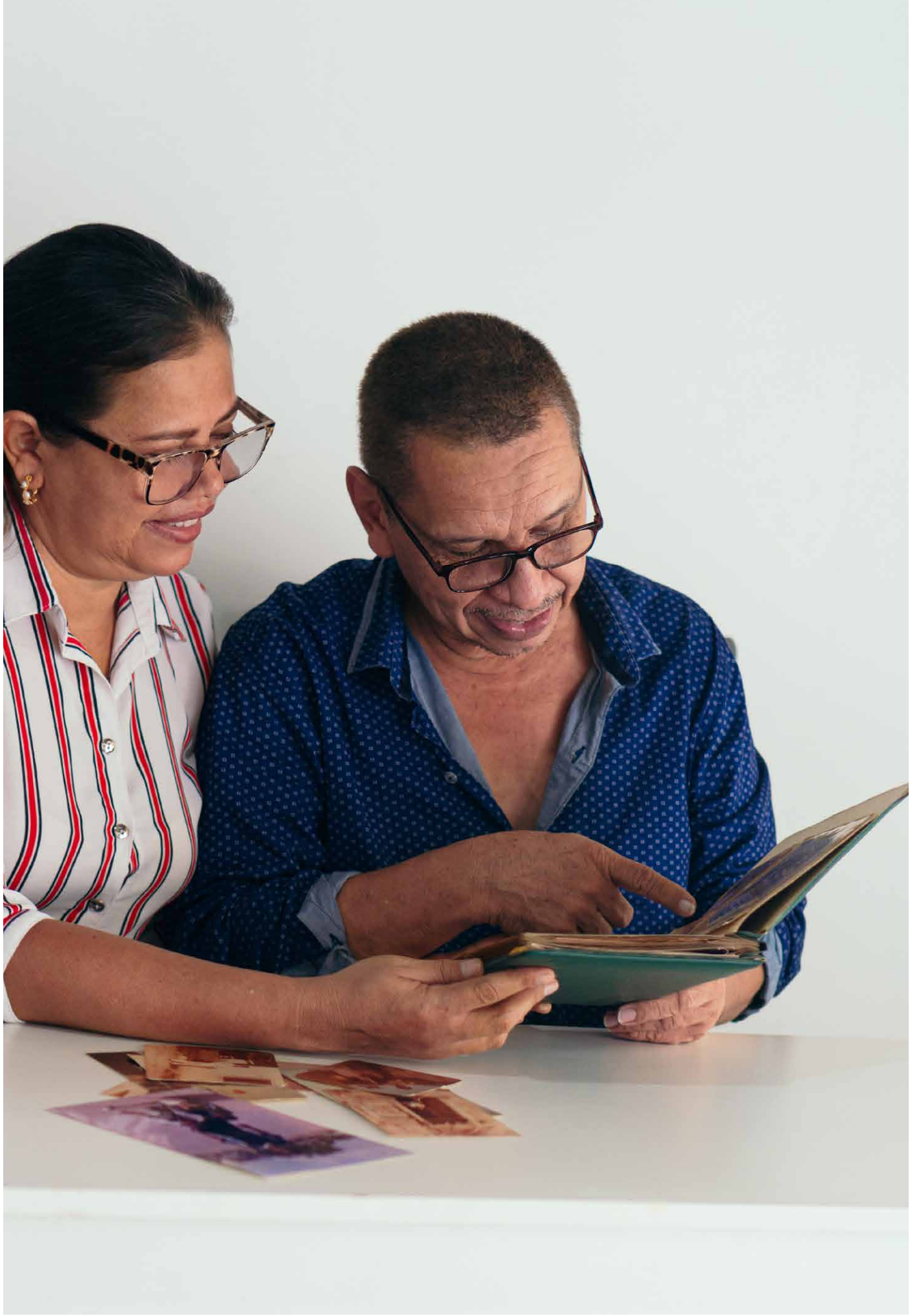
En el 2018, se habían planificado ensayos WW-FINGERS en varios países europeos, Estados Unidos, China, Singapur y Australia. Actualmente, se están celebrando debates sobre iniciativas similares en América Central y del Sur, Canadá, India, Japón, la República de Corea y Malasia. Más información en: <https://www.alz.org/wwfingers/overview.asp>

El programa se elaboró en Finlandia (coordinado por el Instituto Finlandés de Salud y Bienestar, Helsinki), en colaboración con el Instituto Karolinska (Suecia), para probar el efecto de una intervención multidominio en el retraso del deterioro cognitivo y la discapacidad en personas mayores con riesgo más alto de demencia. A continuación, se presenta más información sobre el desarrollo del programa.

Estudio finlandés de intervención geriátrica para prevenir el deterioro cognitivo y la discapacidad (FINGER, sigla en inglés)

Programa	Meta	Descripción	Requisitos	Sitio web del programa
Estudio finlandés de intervención geriátrica para prevenir el deterioro cognitivo y la discapacidad (FINGER)	Prevenir el deterioro cognitivo en la población de personas mayores en riesgo, a partir de la población general mediante un enfoque de varios dominios.	<p>El ensayo finlandés de intervención geriátrica para prevenir el deterioro cognitivo y la discapacidad (FINGER) fue desarrollado por la profesora Miia Kivipelto. Se trata de un ensayo controlado aleatorio doble ciego de “prueba del concepto”, que demostró con éxito que una intervención de estilo de vida multidominio de dos años (ejercicio, asesoramiento dietético, entrenamiento cognitivo y control de factores de riesgo cardiovascular) puede mejorar o mantener el funcionamiento cognitivo en personas mayores con riesgo de deterioro cognitivo.</p> <p>Público destinatario: Personas de 60 a 77 años.</p> <p>Actividades clave del protocolo de investigación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un grupo de intervención compuesto de 3 sesiones individuales y de 7 a 9 sesiones en grupo. • La nutrición, el entrenamiento con ejercicios físicos, el entrenamiento de esfuerzo y el entrenamiento cognitivo se dieron al grupo de intervención. • El entrenamiento físico fue guiado por fisioterapeutas y consistió en programas para el entrenamiento progresivo de la fuerza muscular y el ejercicio aeróbico. • El entrenamiento cognitivo incluyó 10 sesiones en grupo dirigidas por un psicólogo, mientras que las sesiones individuales consistieron en entrenamiento independiente por medio de una computadora. Los dos períodos de 6 meses incluyeron 72 sesiones de entrenamiento cada una (3 veces por semana). • Se estimularon las actividades sociales por medio de las numerosas reuniones de grupo. • El manejo de los factores de riesgo metabólicos y vasculares se basó en las guías nacionales basadas en la evidencia. • El componente de nutrición se basó en las Recomendaciones de nutrición finlandesas y estuvo a cargo de los nutricionistas del estudio (3 sesiones individuales y de 7 a 9 sesiones en grupo). Se aconsejó a los participantes que consumieran una alimentación que consistiera en 10 a 20% de la energía diaria suministrada por proteínas, 25 a 35% de la energía procedente de la grasa, 45 a 55% de la energía aportada por carbohidratos, 25 a 35 g / día de fibra dietética, menos de 5 g / día de sal y menos de 5% de energía diaria aportada por el alcohol. Se alentó a los participantes a comer frutas y verduras, productos con cereales integrales, leche y productos cárnicos bajos en grasa, a limitar la ingesta de sacarosa y a comer al menos dos porciones de pescado por semana. 	<p>Requisitos para los participantes en el estudio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad: de 60 a 77 años • Puntuación del riesgo CAIDE (factores de riesgo cardiovascular, envejecimiento y demencia) de 6 o por encima de 15 puntos. Puntuación basada en la edad, el sexo, la educación, la presión arterial, el IMC, el colesterol total y la actividad física • Prueba de detección cognitiva realizada por el “Consorcio para establecer un registro de la enfermedad de Alzheimer”. • Con estos criterios se seleccionaron personas con una función cognitiva levemente inferior a las normas de la población finlandesa. 	<p>https://thl.fi/en/web/thlfi-en/research-and-development/research-and-projects/finger-research-project</p> <p>https://www.alz.org/wwfingers/overview.asp</p> <p>El modelo FINGER incluye la identificación de las personas en riesgo, así como el apoyo a estilos de vida saludables que apoyan el envejecimiento saludable. Actualmente se encuentra disponible en finlandés y sueco. El estudio FINGER se está aplicando en todo Estados Unidos (U.S. POINTER, en asociación con la Alzheimer’s Association) y América Latina (LatAm FINGER). LatAm FINGER inscribirá a 1.400 participantes de 14 países diferentes de 60 a 77 años que están en alto riesgo de deterioro cognitivo. Se evaluará la viabilidad del programa FINGER en el contexto latinoamericano, además de la eficacia de las intervenciones sobre memoria episódica, función ejecutiva y velocidad de procesamiento. La Red WW-FINGER comprende estudios en diferentes etapas de ejecución y con diferentes graduaciones del ensayo FINGER.</p>

En este cuadro se describen el protocolo y los métodos del estudio FINGER. Se necesita más información sobre la aplicabilidad de FINGER como intervención que debe ampliarse en los entornos comunitarios. El estudio se incluyó en esta publicación debido a su pertinencia para la salud pública y al contexto actual de adaptaciones que se están llevando a cabo en América Latina. Además, debido a la falta de programas disponibles basados en la evidencia comprobada sobre el dominio cognitivo de la capacidad intrínseca, la presentación de FINGER podría aumentar el interés y las oportunidades para su difusión más allá de la investigación.



8.

EDUCACIÓN DE LOS CUIDADORES FAMILIARES Y APOYO AL AUTOCUIDADO.



Los cuidadores de personas con pérdida en la capacidad frecuentemente se sienten aislados y son muy propensos a presentar problemas psicológicos y depresión. Un plan de atención para estas personas debe incluir la educación del cuidador y apoyo para el autocuidado.



El apoyo, tanto al bienestar físico y mental de los cuidadores, como a sus competencias de cuidados basadas en sus habilidades, es esencial para apoyar el cuidado de las personas mayores. Los cuidadores a menudo forman un componente crítico de la fuerza laboral no remunerada. El modo de capacitación y apoyo para los cuidadores diferirá según el entorno y deberá ser flexible para adaptarse a las necesidades locales, así como a la capacidad y los recursos disponibles.¹²

NECESIDADES DE LOS CUIDADORES

Conductas de autocuidado para mantener la salud física y emocional.

Cómo impartir habilidades para aumentar la confianza con las exigencias del cuidado

Recursos comunitarios para aumentar el uso de los servicios locales disponibles

12 Atención integrada para personas mayores (ICOPE) marco de aplicación https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51973/OPSFPLHL200004A_spa.pdf

POWERFUL TOOLS FOR CAREGIVERS (HERRAMIENTAS PODEROSAS PARA LOS CUIDADORES)

Programa	Meta	Descripción	Requisitos	Sitio web del programa
Herramientas poderosas para cuidadores (PTC siglas en inglés)	Reducir la depresión en los cuidadores por medio de varios métodos de tratamiento y el mejoramiento de la calidad de vida	<p>Powerful Tools for Caregivers es un programa de educación basado en la evidencia que se desarrolló a lo largo de tres años de pruebas piloto en Portland (Oregon) y se ha ofrecido desde 1998.</p> <p>Público destinatario: Cuidadores de personas que dependen del cuidado</p> <p>Actividades clave: Las seis sesiones de clase se llevan a cabo una vez a la semana y están a cargo de instructores capacitados. Las clases aportan herramientas para ayudar a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reducir el estrés • Mejorar la auto confianza • Administrar el tiempo, establecer metas y resolver problemas • Comunicar mejor los sentimientos • Encontrar recursos útiles • Tomar decisiones bien justificadas 	<p>Requisitos de capacitación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La capacitación puede impartirse en dos días completos en persona o en una clase en línea para la capacitación de instructores. <p>El programa de capacitación incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Curriculum predefinido • Recursos de video y audio • The Caregiver Help Book, libro complementario para la clase. <p>El costo de la certificación del instructor, está incluido con el costo de la capacitación. El programa está disponible en coreano, español, francés e inglés. El programa tiene una modalidad para comunicarse con los cuidadores en un entorno virtual.</p>	<p>https://www.powerfultoolsforcaregivers.org/what-we-do/</p> <p>Tanto los resultados de salud como la evidencia que apoya los resultados de salud se han publicado en varias revistas revisadas por pares. Para consultar toda la bibliografía, visite el sitio web del programa.</p>

THE STRESS BUSTING PROGRAM (PROGRAMA CONTRA EL ESTRÉS)

Programa	Meta	Descripción	Requisitos	Sitio web del programa
El programa contra el estrés (SBP siglas en inglés)	Ayudar a los cuidadores familiares a manejar su estrés y a superar las dificultades de su vida	<p>El programa contra el estrés fue elaborado por la doctora Sharon Lewis y la filial sobre salud de la Universidad de Texas, en San Antonio, y tiene una historia de éxitos comprobados en ayudar a los cuidadores familiares. El programa fue elaborado con fondos de los Institutos Nacionales de Salud.</p> <p>Público destinatario: El programa está individualizado para satisfacer las necesidades de dos tipos específicos cuidadores familiares:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cuidadores de personas con enfermedad de Alzheimer; • cuidadores de personas con enfermedades crónicas. <p>El programa está disponible en español e inglés.</p> <p>Actividades clave:</p> <p>Nueve sesiones de clase, en un entorno de grupo pequeño, que se reúne una vez a la semana durante 90 minutos. Los temas incluyen herramientas de autocuidado para manejar el estrés, las emociones difíciles y el dolor; hábitos de autocuidado como nutrición, sueño y ejercicio.</p>	<p>Requisitos de capacitación:</p> <p>La capacitación utiliza un modelo de instructor experto o facilitador de grupo. Se necesita una licencia para impartir el programa. Hacen falta dos facilitadores de grupo para dirigir una clase de grupo pequeño.</p> <p>Materiales necesarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manual del facilitador • Manual del cuidador • CD de meditación • DVD con estrategias de relajación 	<p>https://www.wellmedcharitablefoundation.org/caregiver-support/caregiver-stress-busters/</p> <p>https://www.ncoa.org/article/evidence-based-program-stress-busting-program-for-family-caregivers</p> <p>Como resultados, la investigación ha demostrado que los cuidadores tuvieron reducciones significativas en el estrés percibido, la depresión, la carga subjetiva del cuidador, la ansiedad y la ira/hostilidad. Los cuidadores también tuvieron mejoras en las puntuaciones de salud general, vitalidad, función social y salud mental. Con base en las medidas de calidad de vida desde el principio hasta el final de la intervención, el 97,4% de los cuidadores que participaron en el estudio mostraron mejoras, y el 61% mostró mejoras en todas las medidas evaluadas.</p>



APÉNDICE: CONJUNTO DE HERRAMIENTAS PARA QUE LAS ORGANIZACIONES QUE PREVEAN ADOPTAR UN PROGRAMA BASADO EN LA EVIDENCIA



Para ofrecer programas exitosos basados en la evidencia, es necesario adoptar un enfoque reflexivo y gradual. Este conjunto de herramientas ofrece información y recursos útiles para todos los pasos del proceso, desde la planificación hasta la evaluación y la sostenibilidad.

Introducción al conjunto de herramientas

Los programas de envejecimiento saludable basados en la evidencia son costo-eficaces y costo-eficientes. Sin embargo, siempre hay un costo asociado con la capacitación de los recursos humanos, la adopción de nuevos materiales de instrucción y el contacto con los usuarios. Esta inversión inicial solo se justifica si se logra planificar un proceso de implementación que garantice que el programa quede integrado en las políticas, los programas y los planes para el envejecimiento saludable.

Descripción general de las herramientas en cada sección:

1. **Introducción:** En esta sección, se proporciona un panorama general del marco RE-AIM (1.1) para ayudarlo a pensar en retrospectiva (por ejemplo, planificar con la evaluación en mente). Antes de comenzar, examine la disposición operativa de la organización para adoptar el programa elegido basado en la evidencia. Tiene a su disposición dos herramientas para evaluar la disposición operativa: (1.2) una evaluación de la disposición operativa, de una página; y (1.3) una lista de verificación para asegurar una visión realista del costo de implementación y mantenimiento del programa y que el presupuesto incluya los fondos necesarios, o bien que se pueda determinar una fuente de financiamiento a tal efecto.
2. **Construir un liderazgo comunitario de base amplia:** Está comprobado que los programas que cuentan con un apoyo amplio de la comunidad tienen más probabilidades de perdurar frente a los cambios institucionales y los ciclos políticos. Si la comunidad ha adoptado un marco adaptado a las personas mayores, es importante asociar el programa con actividades apoyadas por el comité responsable y quizá

formar un grupo de trabajo para apoyar el envejecimiento saludable en el marco de la iniciativa. La primera herramienta de esta sección (2.1) ayudará a los gerentes o administradores de los programas a preparar la justificación para la creación del grupo de trabajo sobre envejecimiento saludable o el consejo de líderes (se elegirá el nombre a nivel local) y las recomendaciones para convocar y administrar este grupo. Una encuesta inicial (2.2) de los miembros invitados brindará al director del programa información sobre los miembros iniciales del grupo y garantizará que, con el tiempo, el consejo (grupo de trabajo) alcance la representación y la paridad deseadas.



3. **Fortalecer la colaboración de la comunidad para lograr el envejecimiento saludable:** Un modelo lógico no solo es una herramienta útil para la evaluación, sino también un instrumento valioso de planificación que orienta las medidas por tomar y las asociaciones por concretar en las etapas de planificación y ejecución. El modelo lógico proporciona una forma gráfica de mostrar no solo los resultados que se esperan a partir del programa basado en la evidencia, sino también las actividades que serán necesarias para lograr estos objetivos y las asociaciones que serán esenciales para llevar a cabo dichas actividades. (3.1) proporciona una matriz simple para monitorear los indicadores/medidas identificados en el modelo lógico (3.2); y también se ofrece otra matriz (3.3) útil para el diseño de los pasos necesarios para alcanzar cada uno de los objetivos y las estrategias a los que se hace referencia en el modo lógico. Las matrices proporcionadas no son más que ejemplos: se las debe modificar o deben crearse otras con miras a cumplir los objetivos específicos seleccionados en el modelo lógico que se adopte.
4. **Mejora y evaluación de la calidad:** Se han puesto a prueba programas basados en la evidencia a nivel comunitario y se ha visto que, cuando se los sigue tal cual está previsto, garantizan la concreción de los resultados. Por lo tanto, si la organización desea formular un argumento basado en la rentabilidad de la inversión o la costo-eficacia que apoye el programa seleccionado, es de suma importancia que el coordinador cuente con un plan para la mejora y la evaluación de la calidad. En (4.1) se proporciona una lista de áreas que pueden generar indicadores útiles para la elaboración de un plan de mejora continua de la calidad.

1.1 El marco RE-AIM para la planificación y evaluación de programas

El objetivo general del marco RE-AIM es prestar más atención a los elementos esenciales del programa que pueden mejorar la sostenibilidad de la adopción y la implementación de programas eficaces que estén basados en la evidencia y orientados a la promoción de la salud: <https://www.re-aim.org/about/what-is-reaim/reach/improving-reach/> [en inglés].

Los cinco componentes del marco RE-AIM son los siguientes: radio de acción o alcance, eficacia, adopción, implementación y mantenimiento o sostenibilidad.



Definiciones:

Radio de acción (alcance): Se trata del número absoluto, la proporción y la representatividad de las personas que están dispuestas a participar en un programa basado en la evidencia, y los motivos por los cuáles están o no dispuestas a hacerlo. El radio de acción del programa es un componente importante de la mejora de la calidad al que se debe prestar atención. ¿El programa atrae al público destinatario? Si no, ¿qué se puede hacer para mejorar su alcance?

Eficacia: Se refiere a los resultados del programa. Se ha demostrado que los programas basados en la evidencia generan resultados. Sin embargo, se puede mejorar el apoyo al programa a nivel local mostrando que la población local destinataria manifiesta haber obtenido resultados similares a los que se notifican en las publicaciones de investigación.

Adopción: Este indicador es similar al de radio de acción, pero se lo evalúa a nivel de los entornos (por ejemplo, las organizaciones comunitarias, las clínicas o los lugares de trabajo) que participan en el programa. Consiste en la tasa de participación de los entornos potenciales y la representatividad de estos entornos. Una preocupación clave es si el programa puede ser adoptado en la mayoría de los entornos, sobre todo en aquellos que tienen pocos recursos, y no solo en aquellos que reciben el financiamiento de estudios o instituciones académicas. La clave para mejorar el alcance y la adopción es determinar un “denominador” de



personas o entornos que cumplen los requisitos y, por lo tanto, pueden utilizarse en el cálculo de la tasa de participación. Si bien esta determinación puede ser difícil, hay muchos enfoques y herramientas disponibles para ayudar a los responsables de la toma de decisiones a estimar estos denominadores.



Implementación: Este indicador mide la ejecución o implementación, y a veces se conoce como “fidelidad de la intervención”. Incluye la medida en que los diferentes componentes de la intervención se ejecutan según lo previsto por quienes elaboraron el programa. Las modificaciones hechas a nivel local que alteran significativamente los componentes esenciales del programa pueden tener un efecto negativo en los resultados. La ejecución también hace referencia a la congruencia en la puesta en práctica de las intervenciones entre los diferentes miembros del personal y a la medida en que los programas se adaptan o modifican con el tiempo. Es importante utilizar, siempre que sea posible, enfoques tanto cualitativos como cuantitativos para hacer el seguimiento de la ejecución.

Mantenimiento (sostenibilidad): Al igual que ocurre con el radio de acción y la adopción, este indicador se aplica tanto al participante individual como al nivel del entorno o de la organización. A nivel individual, la sostenibilidad hace referencia a los efectos a largo plazo de la intervención tanto en términos de los resultados específicos como de los indicadores de calidad de vida. Se han publicado investigaciones sobre algunos de los programas basados en la evidencia que muestran cuánto tiempo duraba el efecto de la intervención. Esta es una medida importante porque permite demostrar la costo-eficacia de la intervención. A nivel del entorno, la sostenibilidad se relaciona con la institucionalización del programa, o con la medida en que el programa se mantiene (o se modifica o interrumpe) a lo largo del tiempo. ¿Logran mantener el programa a largo plazo aquellos que lo adoptan? Cuando se descubre que el programa no tiene la sostenibilidad suficiente, se puede mejorar la calidad averiguando cuáles son los factores que impulsan esta falta de sostenibilidad.

¿Por qué usar el marco RE-AIM para la planificación y evaluación?

Todos los programas basados en la evidencia suponen un costo. Por lo tanto, en un contexto en el que son limitados los recursos para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades a nivel de la comunidad, es esencial planificar una ejecución costo-eficaz y contar con un sistema de mejora continua de la calidad para garantizar que el programa llegue a la población destinataria con fidelidad y que cuente con asociados en la comunidad comprometidos con la adopción y la sostenibilidad del programa.



¿Cómo utilizamos el marco RE-AIM para la planificación?

Si el programa se va a ejecutar en una zona geográfica con una red de asociados colaboradores, el primer paso es seleccionar cuidadosamente a dichos asociados. Las siguientes son algunas preguntas útiles en el armado de una red de colaboradores:

- ¿Quién tiene más probabilidades de adoptar este programa? Pueden ser los centros para personas mayores, las clínicas, los clubes de jubilados, los hospitales, etc.
- ¿Tienen el espacio y el personal necesarios para llevar adelante el programa?
- ¿Cuán formal es la red de colaboradores? ¿Estamos suscribiendo un acuerdo de colaboración, con funciones específicas asignadas a todos los miembros? ¿Los colaboradores esperan que se los reembolse por el trabajo que realizan? ¿O incorporan la intervención en la cartera de programas de la organización?
- ¿Cuántos asociados necesitamos para llegar al número deseado de personas?

Ejemplo: Ciudad Paraíso tiene un total de 1.100 personas mayores con múltiples enfermedades crónicas y malos resultados de salud. Con el fin de llegar a esta población, el Director Médico decide formar un grupo colaborativo para el envejecimiento saludable en Ciudad Paraíso. Un requisito previo para que cualquier asociado de la comunidad forme parte de este grupo es que se comprometa a impartir entre tres y cuatro talleres de autogestión al año para la población destinataria.

Objetivo del grupo colaborativo: Todos los años, 270 personas mayores en Ciudad Paraíso participarán en un taller de autogestión. En un período de cuatro años, el grupo colaborativo para el envejecimiento saludable de Ciudad Paraíso habrá llegado a un total de 1.100 personas mayores mediante un programa basado en la evidencia. Para cumplir con este objetivo, el grupo colaborativo tendrá que inscribir a un mínimo de seis miembros, cada uno de ellos comprometido a impartir tres talleres al año y llegar a 45 personas mayores con problemas de salud crónicos [$45 \times 6 = 270$].

Con el fin de proporcionar el programa completo a la población destinataria, ¿cómo se estructurará la ejecución? ¿Qué tipo de apoyo centralizado requerirá la colaboración?

En última instancia, el objetivo de un programa exitoso es demostrar que se lo puede sostener en el tiempo. La planificación de la sostenibilidad es una parte esencial del marco RE-AIM.

La construcción de la infraestructura adecuada para llevar el programa a la zona geográfica correspondiente es clave para garantizar la sostenibilidad. Entre otras cosas, es necesario facilitar la capacitación de los instructores, organizar la compra a granel de materiales para el programa, y encontrar vías y elaborar productos de mercadeo para difundir el trabajo del grupo colaborativo para el envejecimiento saludable. El costo de un programa exitoso se reducirá en gran medida cuando se lo integre y, por lo tanto, pase a ser sostenible, en una determinada comunidad.

¿Cómo utilizamos el marco RE-AIM para la evaluación?

Los programas basados en la evidencia tienen resultados comprobados, y cada uno de los programas enumerados en la cartera incluye numerosas publicaciones con resultados detallados de investigación obtenidos a partir de la ejecución a nivel de la comunidad. Sin embargo, es importante comprender cuán acertada es la ejecución del programa a nivel local y cuán eficaz resulta el programa para la población destinataria.

Los recursos destinados a la evaluación suelen ser muy limitados y compiten directamente con los necesarios para la ejecución. Por lo tanto, es recomendable contar con un programa universitario de salud pública como asociado o, si no es posible, diseñar un proceso simple de recopilación de datos estratégicos que puedan utilizarse a los fines de la mejora de la calidad y datos que justifiquen la rentabilidad de la inversión en el programa.



Los promotores de cualquier programa basado en la evidencia deben ser capaces de ilustrar la costo-eficacia del programa.

Lista de preguntas que se deben formular sobre las dimensiones del marco RE-AIM al evaluar los programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades

Radio de acción (alcance): ¿Qué porcentaje de participantes que potencialmente cumplen los requisitos *a)* fueron excluidos y *b)* participaron? Además, *c)* ¿qué tan representativos eran? ¿Cuántos de los participantes que comenzaron el programa lo completaron? ¿Cuál fue la tasa de deserción?

Eficacia: ¿Qué impacto tuvo la intervención en todos los participantes que completaron el programa? ¿Qué datos, tanto objetivos como informados por los participantes, se recopilaron antes o después de la participación? ¿Se utilizaron preguntas coherentes con las preguntas de investigación para demostrar los resultados del programa? ¿Tuvo la deserción un impacto en las conclusiones sobre la eficacia?

Adopción: ¿Qué porcentaje de entornos e instructores participó? ¿Cuán representativos eran del público destinatario?

Implementación: ¿Hasta qué punto se realizó la intervención según lo previsto (en el manual o el protocolo)?

Mantenimiento (sostenibilidad): ¿Cuáles fueron los efectos a largo plazo (como mínimo, 6 a 12 meses después de la intervención)? ¿Hasta qué punto continuó o se institucionalizó el programa después de un año, después de dos años, etc.? ¿Se modificó el programa original de alguna manera?

Para más información visite el marco RE-AIM: <http://www.re-aim.org> [en inglés].



1.2 ¿ESTÁ LISTA LA ORGANIZACIÓN PARA ADOPTAR UN PROGRAMA BASADO EN LA EVIDENCIA?

☐ 1. ¿Está la organización dispuesta a:

- trabajar en estrecha colaboración con un coordinador regional para la capacitación y el apoyo técnico?
- apoyar la adopción de un programa estructurado con fidelidad (es decir, sin cambiar el contenido ni la estructura del programa a menos que se dé autorización)?
- invertir recursos institucionales en la capacitación y la contratación continua de personal para el programa?
- designar un coordinador local para administrar el programa, para recopilar datos sobre el radio de acción o alcance del programa y para hacer un seguimiento de la fidelidad de la ejecución?
- elaborar y ejecutar un plan para integrar el programa en las ofertas de la organización para la comunidad?

☐ 2. ¿Se sabe por qué se está adoptando este programa?

- ¿Se sabe si este programa aborda un asunto importante para la comunidad?
- ¿Se está haciendo algo en la comunidad para abordar este problema?

☐ 3. ¿Se sabe quién será el público destinatario y cómo llegar a él?

- ¿Se sabe qué porcentaje de la población destinataria participará en el programa en el primer año?
- ¿Se sabe cómo llegar al público destinatario?
- ¿Se tiene un plan de mercadeo para el programa?
- ¿Se cuenta con ubicaciones accesibles en las que ofrecer el programa?

☐ 4. ¿Cómo se podría determinar si el programa es eficaz?

- ¿Se tiene previsto colaborar con una universidad o con investigadores locales para evaluar la eficacia del programa en la comunidad?
- ¿Se podrá participar en la base de datos regional para recopilar datos simples antes o después de la participación para medir el alcance y la eficacia?

1.3 PREGUNTAS CLAVE RELACIONADAS CON EL COSTO DEL PROGRAMA	
<input type="checkbox"/>	1. Dotación de personal
	<ul style="list-style-type: none">• ¿Cuántas horas del personal se requieren para ejecutar este programa y lograr sostenerlo en el tiempo (por ejemplo, duración y frecuencia de las clases o número de horas de contacto individuales)? ¿Es necesario que el personal que imparte este programa cuente con certificaciones especiales, formación en medicina, etc.?
<input type="checkbox"/>	2. Capacitación
	<ul style="list-style-type: none">• ¿Cuáles son los requisitos en materia de capacitación para este programa? ¿Qué distancia deberá recorrer nuestro personal para recibir la capacitación? ¿Cuál es el costo de la capacitación por asistente?
<input type="checkbox"/>	3. Espacio y materiales
	<ul style="list-style-type: none">• ¿Qué tipo de espacio se necesita para ejecutar este programa (por ejemplo, en cuanto al tamaño)?• ¿Será necesario comprar algún equipo para el espacio en el que se realizará programa (por ejemplo, equipos para hacer ejercicio)? ¿Será necesario comprar algún material de formación (por ejemplo, libros)?• ¿Hay algún otro suministro que será necesario proporcionar de forma continua para este programa?
<input type="checkbox"/>	4. Seguimiento
	<ul style="list-style-type: none">• ¿Hay una base de datos disponible que podamos utilizar para enviar esta información, o tendremos la responsabilidad de diseñar nuestro propio sistema de seguimiento de datos y presentación de informes?• ¿El personal supervisa las clases del programa? ¿Con qué frecuencia?
<input type="checkbox"/>	5. Fidelidad
	<ul style="list-style-type: none">• ¿Hay algún requisito relacionado con la fidelidad del programa?

2.1 CREACIÓN DE UN CONSEJO DE LÍDERES PARA EL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE CON EL APOYO AMPLIO DE LA COMUNIDAD

Consejo de liderazgo multisectorial en apoyo de programas basados en la evidencia que promueven el envejecimiento saludable:

Justificación:	Propósito del consejo (sea específico y claro) Ejemplos:
<p><i>(Proporcione una justificación epidemiológica breve para el programa seleccionado y describa por qué es necesario)</i></p> <p><i>Ejemplo: El __% de las personas con problemas crónicos de salud y una autogestión o una adherencia al tratamiento inadecuados.</i></p> <p><i>Para lograr una mejora en esta área, se necesitan oportunidades de formación y apoyo a nivel de la comunidad en relación con la autogestión de las enfermedades crónicas.</i></p> <p><i>La gran noticia es que se han creado programas que abordan esta cuestión y han demostrado ser eficaces y ejecutables.</i></p> <p><i>La OMS informa que el estilo de vida saludable tiene un mayor efecto que los factores genéticos para ayudar a las personas mayores a mantener su capacidad intrínseca; por lo tanto, a medida que un mayor número de personas llega a una edad avanzada, no solo el tratamiento de la enfermedad debe desempeñar un papel importante en la mejora de la calidad de vida y la promoción del envejecimiento saludable, sino también la reducción de la pérdida de capacidad intrínseca.</i></p>	<p>Aumentar la conciencia (regional o local) sobre la importancia del envejecimiento saludable.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facilitar la creación y la sostenibilidad de una infraestructura (que incluya a proveedores de servicios de salud, las personas mayores, los prestadores de servicios de asistencia social, las organizaciones religiosas, y los gobiernos nacionales, regionales o locales) para la adopción y ejecución continua de programas costo-eficaces y basados en la evidencia que estén diseñados específicamente para brindar apoyo y reducir la pérdida de capacidad intrínseca. • Proporcionar asesoramiento y recomendaciones a los gerentes de los programas en el plan de mercadeo. <p><u>Definir un alcance claro y aplicable para el trabajo de los miembros del consejo.</u> Por ejemplo: Contribuir a: a) diseñar el plan de medios y mercadeo; b) promover el envejecimiento saludable entre las partes interesadas clave a nivel nacional, municipal o del sistema; c) generar oportunidades para ampliar el alcance de los programas basados en la evidencia.</p> <p><u>Definir un nivel razonable de participación.</u> Por ejemplo: dos reuniones por año, o cuatro videoconferencias por año; etc.</p>

2.2 CUADRÍCULA PARA LA PLANIFICACIÓN DE INVITACIONES AL CONSEJO DE LIDERAZGO PARA EL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE

Nombre	Afiliación de profesionales o de organizaciones	Aporte potencial	Observaciones

Lista de afiliaciones deseadas (profesionales o institucionales): (esta lista debe ser compilada por cada programa para que se adapte a sus necesidades y objetivos)

1. Afiliación de hospitales
2. Comunidad académica geriátrica; personal médico y de enfermería, asistentes sociales
3. Personal médico de atención primaria
4. Líderes en centros comunitarios de salud locales
5. Organismo nacional de seguridad social, o cualquier otro seguro de salud (si corresponde)
6. Prestadores de servicios de salud a domicilio
7. Organizaciones religiosas
8. Comunicaciones, medios, mercadeo
9. Salud pública
10. Promotores, fundaciones dedicadas a enfermedades específicas, asociaciones de pacientes (diabetes, corazón, artritis)
11. Potenciales financiadores: fundaciones benéficas, fundaciones familiares, etc.
12. Líderes locales y municipales

2.2 ENCUESTA DE LOS MIEMBROS INVITADOS PARA GARANTIZAR UN CONSEJO (GRUPO DE TRABAJO) REPRESENTATIVO

Nombre: _____

Nombre de su organización: _____

Su Opinión Personal: _____

(Por favor, encierre el número que mejor represente su respuesta.)

Enunciados	Total- mente de acuerdo	De acuerdo	En des- acuerdo	Total- mente en des- acuerdo
a. El envejecimiento saludable es un tema importante en (nombre de la ciudad o zona).	1	2	3	4
b. Hay servicios adecuados para las personas mayores en _____.	1	2	3	4
c. Los organismos comunitarios se encargan de satisfacer adecuadamente las necesidades de salud de las personas mayores.	1	2	3	4
d. Hay actividades adecuadas de promoción de la salud para las personas mayores en _____.	1	2	3	4
e. Mi organización se beneficiará de la participación en esta colaboración.	1	2	3	4
f. Considero que los programas de salud para las personas mayores son muy importantes.	1	2	3	4

INFORMACIÓN GENERAL:

¿Cuál de los siguientes sectores describe mejor la organización que usted representa?

☐ Público ☐ Privado ☐ Sin fines de lucro ☐ Otro:

¿Cuál de las siguientes áreas describe mejor el sector en el que desempeña su trabajo?

<input type="checkbox"/> Comunicación	<input type="checkbox"/> Economía	<input type="checkbox"/> Salud	<input type="checkbox"/> Educación
<input type="checkbox"/> Política	<input type="checkbox"/> Religión	<input type="checkbox"/> Asistencia Social	<input type="checkbox"/> Grupos de voluntarios
<input type="checkbox"/> Tecnología	<input type="checkbox"/> Red de Pacientes	<input type="checkbox"/> Seguridad Social	<input type="checkbox"/> Otro: _____

¿Cuál de las siguientes categorías representa mejor su edad?

☐ Menos de 40 años ☐ Menos de 60 años ☐ Menos de 70 años
☐ Mas de 70 años

¿Cuál es su género?

☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Otro

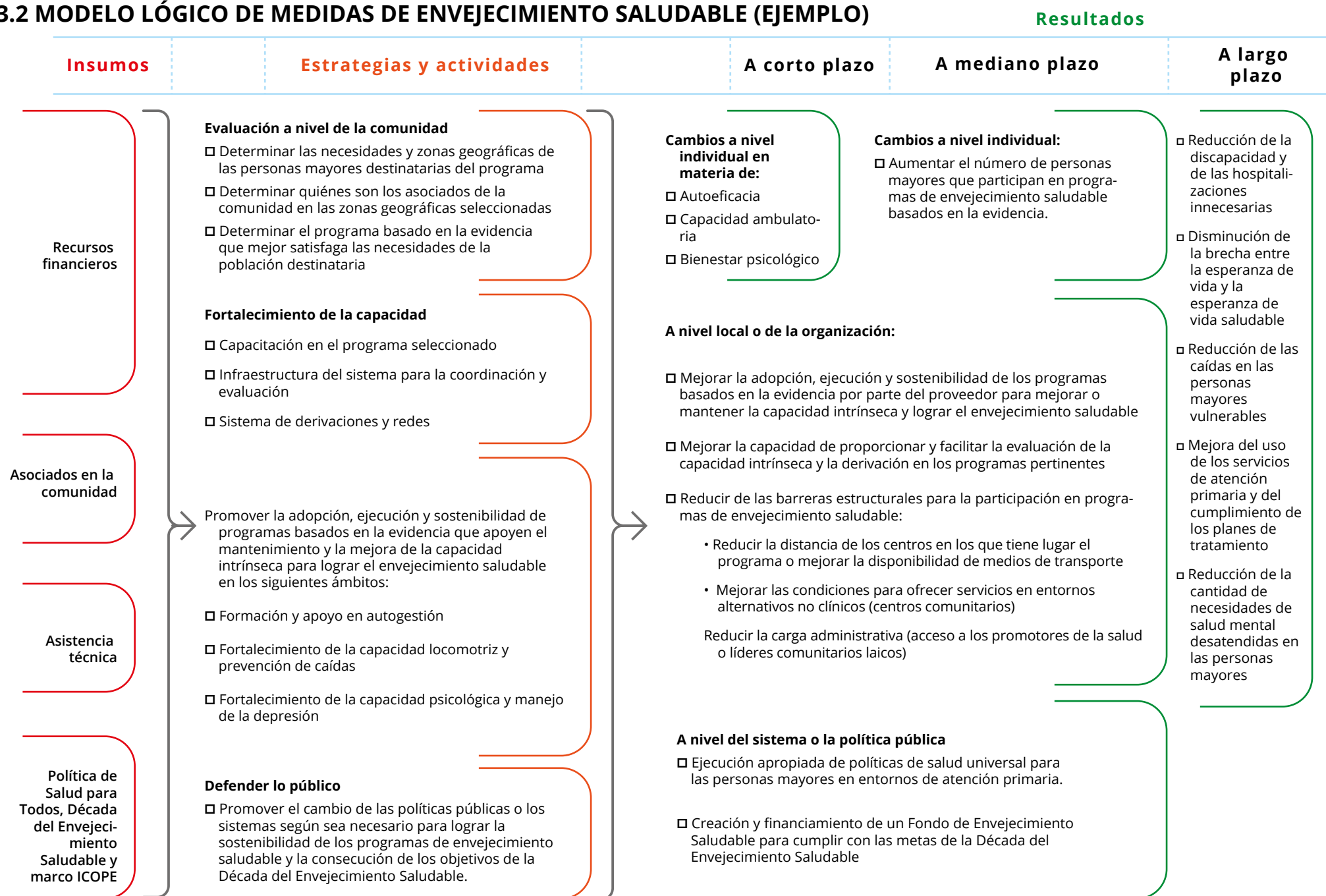
3.1 MEDIDAS DE ENVEJECIMIENTO SALUDABLE

Evaluación de estrategias

Estrategia	Progreso	Meta
Evaluación a nivel de la comunidad Determinar las necesidades y zonas geográficas de las personas mayores destinatarias del programa Determinar quiénes son los asociados de la comunidad en las zonas geográficas seleccionadas Determinar el programa basado en la evidencia que mejor satisfaga las necesidades de la población destinataria		
Fortalecimiento de la capacidad Capacitación del coordinador o los coordinadores del programa, los trabajadores de salud de la comunidad y los líderes del envejecimiento saludable en los programas seleccionados Infraestructura del sistema o asociación con la universidad para coordinar y evaluar el programa Sistema de derivaciones y redes		
Promover la adopción del programa seleccionado en la zona geográfica elegida La red de proveedores es accesible para la población destinataria		
Promover el cambio de las políticas públicas o los sistemas Financiamiento adecuado de los programas Reconocimiento adecuado de la Década del Envejecimiento Saludable Reconocimiento de las metas de envejecimiento saludable en la atención primaria de salud		



3.2 MODELO LÓGICO DE MEDIDAS DE ENVEJECIMIENTO SALUDABLE (EJEMPLO)



3.3 PLAN PARA FORTALECER LA COLABORACIÓN CON LA COMUNIDAD PARA EL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE (EJEMPLO)

OBJETIVO 1: Ser un catalizador, convocante y centro de intercambio de ideas para los programas basados en la evidencia diseñados para mejorar o mantener la capacidad intrínseca a fin de lograr el envejecimiento saludable y generar esfuerzos de colaboración.

ESTRATEGIA 1: Hacer partícipes a los asociados clave de la comunidad en la planificación, ejecución y evaluación del programa seleccionado basado en la evidencia.

Pasos	Plazo	Estado
Paso 1: Determinar cuáles son los proveedores de servicios relacionados con el envejecimiento en la zona geográfica seleccionada para establecer el “universo” de entornos y asociados, así como las fuentes de las derivaciones.		
Paso 2: Celebrar una reunión de planificación de alto nivel sobre el “envejecimiento saludable” e invitar a los asociados que se haya determinado. Sondear el interés por la colaboración y elaborar un plan inicial para recopilar información sobre los recursos de cada proveedor: ¿cuántos miembros del personal y voluntarios podrían contribuir a la iniciativa de envejecimiento saludable? ¿Está disponible el espacio necesario? ¿Cómo contribuiría cada uno?		
Paso 3: Elaborar una carta de acuerdo entre las organizaciones y crear una identidad para el grupo, por ejemplo: Grupo de vecinos para el envejecimiento saludable.		
ESTRATEGIA 2: Buscar oportunidades de colaboración entre los sectores para aprovechar los recursos, aumentar la eficiencia del sistema y reducir la duplicación de servicios.		
Paso 1: Formar un grupo de colaboración para el envejecimiento saludable que incluya el Ministerio de Salud, el Ministerio de Seguridad Social, los servicios de asistencia social, las universidades, las fundaciones, etc. [que podrían conformar el consejo de líderes de la iniciativa].		

Paso 2: Determinar un mínimo de x asociados con los que trabajar para lograr el objetivo general de aumentar la capacidad intrínseca para el envejecimiento saludable en las personas mayores de la zona geográfica seleccionada, lo que incrementará la coordinación, la colaboración y el aprovechamiento de los recursos.

Paso 3: Determinar al menos dos fuentes de financiamiento que apoyen los programas de formación e intervención para el envejecimiento saludable con miras a aprovechar los recursos financieros.

OBJETIVO 2: Aumentar el acceso y la disponibilidad de programas basados en la evidencia y el número de personas mayores alcanzadas mediante estos programas.

ESTRATEGIA 1: Evaluar el estado actual de las cosas.

Paso 1: Recopilar datos de referencia sobre la salud y los problemas crónicos de salud en las personas de 60 años o más de la zona geográfica seleccionada, y otros datos disponibles para realizar una evaluación comparativa.

Paso 2: Poner los datos de referencia a disposición para que los proveedores de la comunidad justifiquen la elaboración del programa y el radio de acción (alcance) previsto.

ESTRATEGIA 2: Seleccionar los programas basados en la evidencia necesarios para cumplir con el objetivo de mejorar o mantener la capacidad intrínseca para lograr el envejecimiento saludable, y promover su adopción, ejecución y sostenibilidad.

Paso 1: Seleccionar el programa basado en la evidencia que mejor satisfaga las necesidades de la comunidad y parezca ser el más sostenible utilizando los recursos disponibles.

Paso 2: Coordinar con la OPS y las autoridades locales la asistencia técnica y la capacitación para los programas basados en la evidencia seleccionados.

Paso 3: Evaluar la infraestructura para la coordinación y constituir una red de derivaciones.

ESTRATEGIA 3: Contribuir a proporcionar evidencia sobre el envejecimiento saludable en el marco de la Década del Envejecimiento Saludable

Paso 1: Elaborar un esquema de evaluación para la iniciativa y establecer una asociación con un programa local de salud pública de la universidad local para hacer contribuciones a la base de datos, el análisis y los informes de evaluación que se difundirán a nivel nacional, regional e incluso mundial.

Paso 2: Continuar investigando la cartera de programas para hallar otros basados en la evidencia relacionados con el área de interés.

OBJETIVO 3: Promover las políticas públicas y los cambios en el sistema necesarios para garantizar la sostenibilidad de los programas de envejecimiento saludable y el cumplimiento de los objetivos de la Década del Envejecimiento Saludable.

ESTRATEGIA 1: Determinar las principales prioridades de política pública a nivel estatal y local que promuevan el envejecimiento saludable (buscar políticas de todos los sectores).

Paso 1: Explorar las prioridades en materia de política de los proveedores de servicios de asistencia social y de salud que apoyan el envejecimiento saludable.

Paso 2: Concientizar a los legisladores y otros responsables de la toma de decisiones sobre la necesidad de contar con apoyo para las cuestiones de envejecimiento saludable y las estrategias conexas en su agenda.

Paso 3: Promover la incorporación de programas basados en la evidencia que apoyen el envejecimiento saludable en el presupuesto de los programas de los proveedores de servicios para personas mayores.

4.1 MEJORA DE LA CALIDAD PARA PROGRAMAS BASADOS EN LA EVIDENCIA

A continuación, se proporciona una lista de áreas que pueden generar indicadores útiles para la elaboración de un plan de mejora continua de la calidad.

1.Capacitación:

- La capacitación se basa en las necesidades de la red y los requisitos del programa
- La capacitación es impartida con fidelidad por capacitadores certificados en el programa, utilizando todos los materiales prescritos
- El personal capacitado (trabajadores de salud comunitarios, instructores de pares y capacitadores) puede mantener la condición “activa” que define el programa
- El personal capacitado demuestra estar satisfecho con la capacitación y con el apoyo brindado después de la capacitación
- El coordinador del programa está capacitado en el programa.



2.Radio de acción (alcance):

- Se hace un seguimiento en una base de datos del número de personas mayores alcanzadas por el programa y su perfil demográfico, como también de la tasa de finalización del programa de estos participantes
- Se hace un seguimiento trimestral de la base de datos
- Se cumplen los objetivos relacionados con el alcance
- Los participantes a los que llega el programa cumplen con los criterios de inclusión previstos, por ejemplo: son personas mayores sedentarias, personas con problemas crónicos de salud o personas con síntomas de depresión, etc.

3.Eficacia:

- El seguimiento de la fidelidad del programa es realizado por personal capacitado
- El cronograma y la estructura del programa mantienen la fidelidad al protocolo
- Como mínimo, el 84% de los participantes cumple los requisitos mínimos establecidos para el programa

4.Adopción:

- El programa se ofrece en lugares accesibles para la población destinataria
- Los entornos en los que se ofrecen programas basados en la evidencia incluyen el programa en su oferta habitual
- El programa cuenta con una base amplia de asociados que hacen aporte en materia de liderazgo, promoción o recursos para garantizar su prestación en múltiples entornos



5.Implementación:

- El programa cumple con el número de días y horas requeridos
- Los facilitadores del programa (trabajadores de salud comunitarios, instructores de pares y capacitadores) disponen de los materiales de capacitación necesarios y siguen la estructura del programa
- Los participantes tienen acceso a libros, folletos y demás materiales necesarios para el programa
- La cantidad de participantes y su perfil cumplen con los criterios del programa

6.Mantenimiento (sostenibilidad):

- Protocolo de evaluación seis meses y un año después de la ejecución para demostrar el valor duradero del programa con miras a garantizar el apoyo continuo
- Base de datos para documentar la retención de los facilitadores activos en el programa
- Se hace un seguimiento periódico del presupuesto del programa y los recursos y se los utiliza para demostrar la eficacia en función de los costos del programa (rentabilidad de la inversión)
- Se hace un examen periódico del plan de acción con las estrategias para garantizar la sostenibilidad del programa. Modelo lógico de medidas de envejecimiento saludable (ejemplo)

Una de las grandes dificultades para las políticas públicas es transformar en una oportunidad la transición demográfica actual. El hecho de que ahora la vida sea más larga exige nuevos paradigmas y conceptos en el ámbito de la salud y de los cuidados. En esta publicación, *Cartera de programas basados en la evidencia para la atención integrada y centrada en la persona para personas mayores en el nivel de atención primaria de salud*, se presentan varios programas e intervenciones que están basados en la evidencia y permiten un envejecimiento saludable. Mejorar la salud de las personas mayores es crucial para responder a sus necesidades, así como para detectar el deterioro de su capacidad intrínseca (es decir, la combinación de todas sus capacidades físicas y mentales) y tomar medidas de manera oportuna. El objetivo de los programas seleccionados en esta publicación es mejorar o mantener la capacidad intrínseca de las personas mayores a nivel comunitario, haciendo hincapié en uno o más de sus dominios principales. La cartera de programas se enfoca principalmente en la capacidad locomotora, psicológica y cognitiva, así como en el autocuidado y el apoyo a la persona que presta cuidados. A través del control de las pérdidas asociadas con la edad avanzada, es posible crear un plan de cuidado personal, que favorecerá el envejecimiento saludable, promoverá la participación de las personas mayores en el manejo de su salud y mejorará su autocuidado, como lo respalda el modelo de atención integrada para personas mayores (ICOPE, por su sigla en inglés). Con este enfoque, las personas mayores no solo tienen conocimiento de qué hacer para mejorar su propia salud, sino que también se sienten empoderadas para lograr metas específicas. Se ha demostrado que los programas de la cartera brindan resultados positivos en la mejora de las capacidades de las personas mayores, así como en su adherencia al autocuidado; por tanto, deben formar parte de cualquier conjunto de herramientas de la atención primaria diseñado para promover y mejorar el envejecimiento saludable en la comunidad, acompañando al modelo ICOPE. Cuando se trata de personas mayores es necesario adoptar un enfoque integrado que forme parte del proceso continuo de la atención con transiciones y apoyo adecuados de un nivel a otro, de acuerdo con las necesidades específicas. El fortalecimiento de la atención primaria es una estrategia para preparar a los sistemas de salud y lograr que estén en consonancia con una sociedad que envejece.



<https://www.paho.org/es/envejecimiento-saludable>

Unidad de Curso de Vida Saludable

Departamento de Familia, Promoción de la Salud y
Curso de Vida

Organización Panamericana de la Salud 525 23rd
Street NW: Washington: Distrito de Columbia:
20037

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas