



La salud
es de todos

Minsalud

Orientaciones para la inclusión social y el entrenamiento cognitivo y emocional de las personas mayores.

Junio 2022



Orientaciones para la inclusión social y el entrenamiento cognitivo y emocional de las personas mayores

Ministerio de Salud y Protección Social

Fernando Ruíz Gómez.

Ministro de Salud y Protección Social.

German Escobar Morales

Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

María Andrea Godoy Casadiego

Viceministra de Protección Social

Javier Mancera

Secretario General

Gerson Orlando Bermont Galvis

Director de Promoción y Prevención

Ana María Peñuela Poveda

Coordinadora del Grupo de Convivencia Social y Ciudadanía

Monica Genith Castro Hernandez

Coordinadora del Grupo Curso de Vida

Nubia Esperanza Bautista Bautista

Subdirectora de Enfermedades No Transmisibles

Equipo Técnico

Diana María Rodríguez Araujo

Andrés Felipe Agudelo Hernández

Magaly Jaimes Ballesteros

Agradecimientos a la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, al Grupo de Investigaciones en Gerontología y Geriatria de la Universidad de Caldas y al Consejo Nacional de Salud Mental.

Bogotá, 2022



Orientaciones para la inclusión social y el entrenamiento cognitivo y emocional de las personas mayores

Contenido

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | Introducción..... | 5 |
| 2 | Objetivos | 8 |
| 2.1 | Objetivo general | 8 |
| 2.2 | Objetivos específicos | 8 |
| 3 | Marco Normativo | 9 |
| 4 | Enfoques | 13 |
| 5 | Marco teórico y conceptual | 15 |
| 5.1 | Exclusión e Inclusión Social..... | 15 |
| 5.2 | Redes de apoyo familiares y sociales en la vejez..... | 18 |
| 5.3 | Fortalecimiento de redes sociales..... | 19 |
| 5.4 | Funcionamiento cognitivo en la vejez | 19 |
| 5.5 | Fortalecimiento del funcionamiento cognitivo en la vejez | 23 |
| 5.6 | Afectaciones por estrés en personas mayores de 60 años | 24 |
| 5.7 | Desarrollo de habilidades para el manejo del estrés en personas mayores de 60 años. 25 | |
| 6 | Orientaciones técnicas para la inclusión social y el entrenamiento cognitivo y emocional de las personas mayores, desde las competencias del sector salud. | 27 |
| 6.1 | La intersectorialidad como condición indispensable para la inclusión de las personas mayores | 27 |
| 6.1.1 | Instancias Intersectoriales | 28 |
| 6.1.2 | Acciones intersectoriales para promover el envejecimiento activo y saludable. Recomendaciones con base en la evidencia..... | 31 |
| 6.1.3 | Estrategias Educativas | 34 |
| 6.1.4 | Estrategias artísticas y culturales | 34 |
| 6.1.5 | Estrategias recreativas y deportivas | 35 |
| 6.1.6 | Estrategias de empleabilidad y generación de ingresos..... | 35 |
| 6.2 | Orientaciones para las Direcciones Territoriales de Salud | 38 |
| 6.2.1 | Gestión de la Salud Pública..... | 38 |
| 6.2.2 | Gestión del Plan de Intervenciones Colectivas - PIC | 39 |
| 6.2.3 | Orientaciones para las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios en Salud40 | |



| | | |
|-------|---|----|
| 6.2.4 | Orientaciones para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud..... | 41 |
| 7 | Educación para la salud en personas mayores - Entrenamiento cognitivo y emocional | 42 |
| 7.1 | Ciclo Educativo de Entrenamiento Cognitivo y Emocional | 46 |
| 7.1.1 | El entrenamiento cognitivo y emocional como proceso educativo e intervención incidente en la ventana de oportunidad del momento vital de la vejez, para la conservación de las habilidades cognitivas. | 46 |
| 7.1.2 | Orientaciones para la gestión del ciclo de entrenamiento cognitivo y emocional..... | 47 |
| 8 | Bibliografía | 62 |
| 9 | ANEXOS | 68 |
| 9 | Anexos | |

Índice de tablas

| | |
|--|----|
| Tabla 1: Principales factores del equilibrio “exclusión-inclusión” | 16 |
| Tabla 2: Temáticas a Trabajar Según Dominio a Estimular | 50 |
| Tabla 3: Alternativas de actividades con personas mayores | 56 |

Índice de gráficas

| | |
|---|----|
| Gráfica 1: Esquema de la comunidad y sus relaciones..... | 16 |
| Gráfica 2: Relación de las actividades sociales y la persona..... | 68 |
| Gráfica 3: Habilidades de la memoria | 20 |



1 Introducción

El envejecimiento y la vejez son fenómenos ineludibles que representan responsabilidades fundamentales para la sociedad a nivel global, más aún frente a la evidente transición demográfica hacia el envejecimiento poblacional. En efecto, según datos del informe “Perspectivas de la Población Mundial 2019”, de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), durante el 2018, se registra por primera vez en la historia que las personas de 65 años o más superaron la población de niños menores de cinco años en todo el planeta. Asimismo, para el 2019 la proporción de adultos mayores en el mundo fue del 9%, con una correspondencia de uno por cada once personas y se proyecta para 2050, un incremento en dicha proporción al 16% de la población mundial; es decir: que una de cada seis personas en el mundo tendrá 65 años o más.

También se estima que el número de personas de 80 años o más se triplicará, pasando de 143 millones en 2019 a 426 millones en 2050. Esta tendencia, tendrá mayor impacto en los países en vía de desarrollo, en los que se prevé se cuadruplica la población adulta mayor en los próximos 50 años (United Nations, 2021). Es decir: que la propia población mayor está envejeciendo, fenómeno conocido como sobre envejecimiento, que implica más personas longevas con posible dependencia.

Colombia por su parte, de acuerdo a las proyecciones de población 2020, se estima que hay 6.808.641 personas mayores, de las cuales 3.066.140 son hombres (45%) y 3.742.501 son mujeres (55%). Asimismo, se evidencia un incremento importante en la población de personas mayores centenarias, con una estimación de 22.945 personas, de ellas, 8.521 son hombres y 14.424 son mujeres (Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas, 2021).

Derivado de lo anterior, cobra especial importancia reconocer la contribución de las personas mayores al desarrollo económico y social de los países; sin embargo, se les continúa discriminando y excluyendo de la sociedad, socavando de esta manera su calidad de vida. De tal forma, que se convierte en un reto garantizar que la población mayor de 60 años “sea activa social y económicamente, esté protegida y envejezca de forma sana” (ONU, 2014).

El anterior es un importante reto para Colombia, en términos de responder a la situación actual de las personas mayores en el país; a continuación, se presentan algunos datos relevantes en este sentido:

En 2015 la Encuesta Nacional de Salud Mental puso en evidencia que el 22% de las personas mayores de 60 años consideran que nunca cuentan con apoyo social ante dificultades o problemas, por parte de familiares, amigos, vecinos u otros. También informó que un elevado porcentaje de las personas en este rango de edad no participa en grupos (60%) o en actividades de beneficio comunitario (43,7%). En 2019 la encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) reveló que el 12,3% de las personas mayores reportó haber sufrido maltrato. Del total de los encuestados, el 15,4% reportó haber sido desplazado por violencia o conflicto armado, entre los cuales el 87,3% lo sufrió más de una vez en la vida (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).



De otra parte, Fundación Saldarriaga Concha y Fedesarrollo (2015), encontraron que el 31% de las personas mayores trabaja, promedio que está por encima del 10% de la OECD¹. Explican que, por no haber accedido a una pensión, muchas personas mayores se ven obligadas a seguir trabajando, con elevadas tasas de informalidad; es así como el 77,2% de las personas mayores de 60 años en Colombia no recibe pensión (FSC, 2015). Según la encuesta SABE, solo el 9,8% de las mujeres mayores de 70 años y el 8,6% de los hombres de la misma edad informa recibir una pensión.

En el mismo sentido, en 2021 el DANE encontró que a nivel nacional la incidencia de pobreza monetaria en jefes (as) de hogar mayores de 65 años alcanza el 27%; sin embargo, según la encuesta SABE, solo el 4% de la población en este rango de edad accede al programa Alimentación para el Adulto Mayor, y el 18% recibe subsidio económico del Programa de Solidaridad con el Adulto Mayor “Colombia Mayor” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

A lo anterior, se suman los hallazgos de la encuesta SABE sobre los “grandes síndromes geriátricos”, estos están relacionados con condiciones de depresión, deterioro cognoscitivo y demencia, caídas y temor a caer, incontinencia urinaria y fragilidad de las personas mayores encuestadas. Teniendo en cuenta su estrecha correlación en las personas mayores, se destacan la prevalencia total de depresión (49.8%) y la de Deterioro Cognoscitivo Leve (17,6%), esta última con incremento en edades más avanzadas, así como en mujeres, personas con estrato socioeconómico bajo, pertenecientes a etnias y en zona rural (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015). Se ha encontrado dificultad en definir si la depresión es un factor de riesgo o una manifestación temprana o coincidente con el inicio del deterioro cognoscitivo y los metaanálisis publicados han reportado el doble de riesgo de desarrollar demencia en pacientes con historia de depresión en comparación con los que no la tienen.

Sobre la depresión en el envejecimiento se han mencionado diversos factores de riesgo asociados a: la pobreza, los eventos adversos, las enfermedades crónicas, el abuso de sustancias, la poca satisfacción laboral, la pérdida del empleo, entre otros. Y entre los síntomas asociados están: las alteraciones del sueño, anhedonia, retardo psicomotor, tristeza, fatiga, irritabilidad, sentimientos de culpa, cansancio, problemas de apetito y los problemas cognitivos dentro de los cuales se incluyen: los déficits atencionales, de memoria, concentración, en la velocidad del procesamiento, la fluidez verbal y el funcionamiento ejecutivo (OMS, 2017).

Sobre las demencias se ha señalado que el 35% pueden explicarse por la combinación entre factores de riesgo vasculares (el principal es la hipertensión arterial), no vasculares y conductuales. Destacando que el tratamiento tanto de la HTA como de la depresión pueden prevenir 1 de cada 3 casos de demencia (Livingston et al., 2017). También se ha evidenciado que los compromisos en el funcionamiento ejecutivo en adultos mayores con hipertensión arterial (HTA) son predictores de la progresión a demencia, contrario a los

¹ Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE): organismo internacional que asesora en materia de políticas públicas y en el establecimiento de estándares y normas a nivel mundial en diferentes ámbitos sociales, económicos y medioambientales.



hallazgos en hipertensos que presentaron déficits en otros dominios cognitivos (Vicario & Cerezo, 2020).

Además, se ha hecho énfasis en la pluripatología que generalmente presentan las personas mayores con demencia, en atención primaria entre el 70 y 80% de las personas diagnosticadas con demencia tienen mínimo otras dos enfermedades crónicas, lo que agudiza aún más su evaluación e intervención (Livingston et al., 2017).

En este sentido, la evidencia ha demostrado que en la vejez, el bienestar social y emocional se asocian con la disminución de la soledad y de la desesperanza, lo que supone un propósito de vida que puede verse afectado por la salud física, la actitud hacia el propio envejecimiento, las redes sociales y familiares existentes y la calidad de la relación; y puede resultar fortalecido por un mayor desempeño en las actividades de la vida diaria, el nivel socioeconómico, la actividad, educación y nivel cognitivo, empleo y relaciones afectivas significativas (Irving, Davis & Collier, 2017). Este propósito de vida es esencial para el envejecimiento activo y saludable, y está relacionado con aspectos claves de la salud mental, como son: la cognición, las emociones y el apoyo social; este último relacionado con el capital social y sus componentes básicos, tales como: la confianza, las normas y las redes, que pueden mejorar la eficiencia de la sociedad al facilitar acciones coordinadas (Putnam, 1993).

De tal manera, se evidencia la importancia del vínculo entre partes del capital social y aspectos del bienestar mental, destacándose que al intentar explicar el bienestar mental en las personas mayores se debe considerar tanto el capital social pasado como el actual (Nyqvist, Forsman, Giuntoli & Cattani, 2013). Lo cual involucra procesos de participación social a lo largo del curso vital, que se han asociado con una variedad de factores socioeconómicos y de salud, entre esos, el deterioro cognitivo, la ansiedad y la depresión (Wilkie, Peat, Thomas et al., 2007); abordarlos implica el esfuerzo de múltiples sectores para hacer lo que les corresponde según sus competencias y para unir sus esfuerzos con otros sectores, en búsqueda del bienestar en la vejez.

Por lo anterior, el presente documento de *Orientaciones técnicas para la inclusión social y el entrenamiento cognitivo y emocional de las personas mayores*, toma como marco la Política Nacional de Envejecimiento Humano y Vejez 2014 - 2024, actualmente en proceso de actualización 2022, que articula a todos los estamentos del gobierno y a las organizaciones sociales con un propósito común: visibilizar, movilizar e intervenir la situación del envejecimiento humano y la vejez de las y los colombianos.

En armonía con lo anterior, el presente documento se busca aportar, desde las competencias del sector salud, a la ejecución del CONPES 3992 de 2020, *“Estrategia para la Promoción de la Salud Mental en Colombia”*, específicamente en la acción 2.38: *“Diseñar conjuntamente con la academia un documento con orientaciones intersectoriales de acciones orientadas a fortalecer redes de apoyo e inclusión social del adulto mayor”*.

Articulando con lo anterior, tal como lo sugiere la evidencia antes descrita, se brindan orientaciones a los actores del sector del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), en relación con la implementación de las intervenciones de educación para la salud para la promoción y mantenimiento de la salud en las personas mayores de 60 años, según lo dispuesto en la Resolución 3280 de 2018, de manera específica en lo que tiene que ver con el ciclo de educación individual (grupal) de entrenamiento cognitivo y emocional.



2 Objetivos

2.1 Objetivo general

Favorecer el envejecimiento activo y saludable y el aprovechamiento de las ventanas de oportunidad en la vejez, a través de herramientas conceptuales y operativas dirigidas a los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, para la implementación articulada de intervenciones orientadas a la inclusión social y el entrenamiento cognitivo y emocional de las personas mayores.

2.2 Objetivos específicos

- a. Brindar orientaciones para promover la intersectorialidad en la concertación e implementación de acciones que permitan avanzar de manera efectiva hacia la inclusión social de las personas mayores.
- b. Establecer las orientaciones pedagógicas y metodológicas para la implementación del ciclo de entrenamiento cognitivo y emocional, en el marco de las intervenciones de educación para la salud en las personas mayores para la promoción y mantenimiento de la salud.



3 Marco Normativo

Internacional

La Asociación Americana de Psiquiatría - APA para el año 1994 estableció: que en los países en desarrollo se presentaría una pandemia de enfermedad de Alzheimer y demencias relacionadas, situación vigente en la actualidad con más de 50 millones de personas con estos padecimientos.

Correspondientemente, la comunidad internacional ha venido enfatizando sobre la corresponsabilidad de los Estados y al respecto en 1982 surge el “Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento”, que se refrenda en 2002 con la “Declaración Política y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento”, cuyas recomendaciones para la acción dan prioridad a las personas mayores y al desarrollo, promoviendo la salud y el bienestar para la vejez. Posteriormente, en 2013, la ONU realizó el seguimiento al plan de acción propuesto en la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, centrándose en 3 esferas prioritarias: i) el acceso de las personas mayores al trabajo y el empleo decentes, ii) los malos tratos y la violencia contra los ancianos y iii) los adultos mayores y la salud mental. Y, en el 2020, se adoptó la decisión sobre las modalidades del cuarto examen de evaluación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2021).

El Banco Interamericano de Desarrollo – BID, a partir del 2017, insta a los estados al desarrollo de un modelo de atención socio-sanitaria en consideración a 5 situaciones: envejecimiento de la población, incremento de patologías crónicas, aumento de padecimientos mentales, dependencia funcional y altos costos en la atención social y sanitaria.

El Plan de Acción Global sobre la Respuesta de Salud Pública en Demencia (OMS, 2017) plantea que, para reducir el riesgo del desarrollo de la demencia o retrasar su progresión, es necesario mejorar la capacidad de los profesionales de la salud y la atención social para brindar intervenciones basadas en evidencia, que sean multisectoriales, con enfoque de género y culturalmente apropiadas a la población en general, para educar y manejar de manera proactiva los factores de riesgo modificables en relación con la demencia y que se comparten con otras enfermedades no transmisibles.

El Centro Internacional para la Longevidad de Brasil – ILC, órgano consultor de naciones unidas (2015), construye un marco político ante la revolución de la longevidad. Que aborda la revolución de la longevidad, y repiensa un curso de vida más largo, individualizado y flexible; se abordan los gerontolescentes que cambian la sociedad; las nuevas estructuras familiares que crean nuevos retos y oportunidades; calidad de vida hasta el final de la vida. Fomento de la resiliencia a lo largo del curso de vida.

Decenio Sobre el Envejecimiento Saludable 2020 – 2030, que insta a un cambio en la forma de pensar, sentir y actuar con respecto a la edad y el envejecimiento. Asegurar que las comunidades fomenten las capacidades de las personas mayores, para mantener la capacidad física y mental. Que las personas puedan seguir haciendo lo que valoran. Atención integrada centrada en las personas y servicios de salud primarios que



respondan a las necesidades de las personas mayores. Atención crónica a las personas que lo necesiten (Organización Mundial de la Salud, 2020).

De otra parte, el informe de políticas del Secretario General de las Naciones Unidas sobre las repercusiones del Covid 19, publicado en mayo de 2020, reforzó la necesidad de generar marcos jurídicos más robustos tanto a nivel nacional como internacional, que propendan por la protección de los derechos humanos de las personas mayores, incluyendo el posicionamiento y celeridad de los esfuerzos del Grupo de Trabajo de Composición Abierta sobre el Envejecimiento, cuyo propósito es elaborar propuestas sobre un instrumento jurídico internacional para la promoción y protección de los derechos y la dignidad de las personas mayores (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2021).

Nacional

Consecuentemente, Colombia ha ratificado los acuerdos de las Asambleas Mundiales sobre Envejecimiento y adicionalmente desde la Constitución Política de 1991 establece que “El Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria. En coherencia con el mandato constitucional, el país estableció la Política Pública de Envejecimiento y Vejez 2015 - 2024 contemplando cuatro ejes de desarrollo: a) Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores; b) Protección Social Integral; c) Envejecimiento Activo, satisfactorio y saludable; d) Formación del Talento Humano e Investigación

La Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022 – 2031, está dirigida a todas las personas residentes en Colombia y en especial, a las personas de 60 años o más, cuyo objetivo general es: *“Garantizar las condiciones necesarias para el desarrollo del envejecimiento activo y saludable y de una vejez digna, autónoma e independiente en condiciones de igualdad, equidad y no discriminación, en el marco de la protección de los derechos humanos y bajo el principio de corresponsabilidad individual, familiar, social y estatal”*. Asimismo, considerando las condiciones del envejecimiento, la experiencia de vida de las personas mayores en Colombia, los avances y los desafíos normativos, programáticos, sectoriales, intersectoriales y culturales, la actual política nacional de envejecimiento y vejez, establece cinco ejes estratégicos, que a su vez se desarrollan en líneas de acción: (i). Superación de las desigualdades en las personas mayores; (ii). Promoción de la participación, la inclusión y el buen trato hacia las personas mayores; (iii). Atención a la dependencia y organización del cuidado. (iv). Envejecimiento activo y saludable. (v). Formación e investigación.

Así también, el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, plantea en el marco del sistema de protección social, la Dimensión Transversal de Poblaciones Vulnerables y con ella, el componente de Envejecimiento y Vejez, entendido como el conjunto de acciones e intervenciones orientadas al desarrollo de capacidades, habilidades y potencialidades de las personas, familias, grupos o comunidades, con el fin de propiciar e incidir en el mejoramiento de la calidad de vida de las personas mayores en las generaciones actuales y futuras y, por tanto la constitución de una sociedad para todas las edades y una proyección hacia futuras generaciones de personas mayores, menos dependientes, más saludables y productivas



De igual manera, se reconoce la ley 2055 de 2020, mediante la cual se aprueba la convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores, adoptada en Washington el 15 de junio de 2015, cuyo objeto es *“promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor, a fin de contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad”*.

En consideración de lo anterior y en el marco de la Política de Atención Integral en Salud cuyo objetivo es orientar el sistema hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población mediante la regulación de las condiciones de intervención de los agentes hacia el “acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud” (Ley 1751 de 2015, Estatutaria de Salud), para así garantizar el derecho a la salud.

En ese sentido, la Resolución 2626 de 2019, por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud –PAIS- y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial –MAITE – para su implementación, conformado por el conjunto de acciones y herramientas que, a través de acuerdos interinstitucionales y comunitarios, orienten de forma articulada la gestión de los integrantes del sistema de salud en el territorio para responder a las prioridades de salud de la población y de este modo contribuir al mejoramiento continuo, la satisfacción de las expectativas de los ciudadanos y a la sostenibilidad del sistema, bajo el liderazgo del departamento o distrito

Asimismo, la Resolución 3280 de 2018, por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud (RIAPMS) y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal (RIAMP) y se establecen las directrices para su operación, se constituye en la herramienta que orienta el accionar de los integrantes del SGSSS para brindar atención integral a las personas, familias y comunidades, considerando sus situaciones, características y contextos particulares en el curso de la vida y el alcance de los resultados en salud; considera en su estructura las acciones de gestión de la salud pública, intervenciones poblacionales, colectivas e individuales, estas últimas ordenadas según su finalidad: i) de valoración integral para la promoción y mantenimiento de la salud, que de manera específica para la valoración de la salud mental en personas mayores, exige la aplicación de instrumentos de tamizaje: Mini mental State Examination (MMSE), Apgar familiar, las preguntas de Whooley y la escala para desorden de ansiedad generalizada GAD-2 para detectar depresión o ansiedad; ii) detección temprana; iii) protección específica y iv) educación para la salud, que en su conjunto son de obligatorio cumplimiento y debe ser garantizadas a la población adulta mayor de 60 años en todo el territorio nacional.

En este sentido, se espera que como consecuencia de las acciones sectoriales e intersectoriales sobre los determinantes sociales en salud, sumado al logro de resultados intermedios o de efecto debido al conjunto de intervenciones/acciones contempladas en las RIAPMS, las personas mayores de 60 años que viven en Colombia se desarrollen adecuadamente desde el punto de vista físico-motor, socioemocional y cognitivo; conservan las habilidades cognitivas; conservan la independencia funcional; tengan un adecuado estado nutricional; sean personas sin problemas y trastornos de salud mental y sean personas sin morbilidad y mortalidad evitable.



De la misma manera, se espera que en el corto o mediano plazo derivado de la garantía de una o varias intervenciones contempladas en la RIAPMS y otras Rutas Integrales de Atención en Salud, correspondientes a la gestión de los actores del sector salud, las personas mayores de 60 años tengan un adecuado estado de salud visual, auditiva, comunicativa y bucal; ejerzan sus derechos sexuales y reproductivos, tengan prácticas que favorezcan el establecimiento de relaciones sanas y constructivas, tengan habilidades sociales y emocionales para la promoción de la salud mental y la convivencia, desarrollen capacidades para afrontar los diferentes sucesos vitales; sean trabajadores con prácticas de cuidado de su salud en el trabajo; cuenten con redes de apoyo comunitarias y sociales para la promoción de su salud; tengan capacidad de agencia y prácticas para el cuidado de su salud y de los entornos, se empoderen para el ejercicio de los derechos a la salud y la vida.

En este orden de ideas, el abordaje y gestión de la participación social en salud, debe contemplar el desarrollo de procesos que le apuesten a la congregación de sentidos, la articulación y posicionamiento de acciones positivas en salud, desde las ciudades y los entornos (hogar, educativo, laboral y comunitario), como los escenarios de la vida cotidiana en los cuales los sujetos se desarrollan, constituyen su vida subjetiva, construyen vínculos y relaciones con la vida social, histórica, cultural y política de la sociedad a la que pertenecen. Porque es desde sus características y dinámicas particulares que se debe partir para desarrollar acciones que involucren y articulen diferentes actores y sectores en torno al objetivo común de posicionar la cultura del cuidado de la salud en las personas, familias y comunidades (Resolución 3202 de 2016).

Lo anterior fue retomado en la Política de Participación Social en Salud Resolución 2063 de 2017 que define la Participación como el derecho que tiene cada ciudadano/a, y los colectivos, a afectar las decisiones relacionadas con su bienestar. Está orientada al logro de la autonomía de los sujetos y a la incidencia social y política.

De manera complementaria, la Ley 1251 de 2018 "Por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores"; y la Ley 1618 de 2013 (Ley Estatutaria de Discapacidad), cobran especial relevancia toda vez que, de acuerdo con los datos de la sala situacional de personas con discapacidad, presentados por el Minsalud en mayo de 2019, el 45% de las personas con discapacidad registrados en el RLCPD son mayores a 59 años de edad. Y en Colombia de cada 100 personas mayores de 80 años, 34 están en el Registro de Discapacidad (MSPS, 2019)

Así mismo, la Ley 1616 de 2013 y la Ley 1566 de 2012 de donde derivan la Política Nacional de Salud Mental (Resolución 4886 de 2018) y la Política integral de prevención y atención al consumo de sustancias psicoactivas (Resolución 089 de 2018) cuyos objetivos articulados consisten en promover la salud mental y la convivencia, garantizando la atención integral como derecho de todas las personas, familias y comunidades, así como reducir los riesgos asociados a los problemas y trastornos mentales, de intento de suicidio y suicidio consumado, violencias interpersonales, epilepsia y el consumo de sustancias psicoactivas.

En la misma perspectiva, el Conpes 3992 de 2020, cuyo objetivo es promover la salud mental de la población colombiana a través del fortalecimiento de entornos sociales, el desarrollo de capacidades individuales y colectivas, el incremento de la coordinación intersectorial y el mejoramiento de la atención en salud mental, con el fin de reducir la incidencia de problemas o trastornos mentales, el consumo o abuso de SPA, y las



víctimas de violencias. Establece dentro de su plan de acción el diseño de orientaciones intersectoriales para fortalecer redes de apoyo e inclusión social del adulto mayor. Este documento Conpes también aclara que los programas, lineamientos y proyectos que tengan como objetivo la promoción de la salud mental del adulto mayor, deben procurar el desarrollo de competencias socioemocionales, entendiéndose como un factor protector tanto para el individuo como para la comunidad, ya que inciden en la manera en la que el individuo se desarrollara en comunidad. Además de favorecer la solución de los diferentes problemas que puedan acontecer a lo largo del curso de vida, ayudan a proveer individualmente una mejor sensación de felicidad, de funcionamiento social y de bienestar.

4 Enfoques

Entendiendo los acontecimientos de la vida de las personas como una secuencialidad de etapas, además de evaluar las interconexiones dadas entre las personas, su familia y la comunidad, donde el individuo es titular de derechos humanos, el presente documento de orientaciones reconoce el curso de vida, donde el rol de las personas, familias y comunidades se transforma continuamente posicionándolas en la capacidad propia de gestionar su salud y calidad de vida.

En este orden de ideas, reconociendo que las distinciones biológicas, cronológicas, sociales o de comportamiento de las personas que las caracteriza como adultas o adultas mayores no son marcadas, los enfoques para comprender estos cambios han sido variados, entre ellos la postura del **desarrollo humano** en la cual se analizan los cambios físicos, cognitivos y psicosociales asociadas a los momentos del curso de vida, siendo una limitante la edad cronológica.

Sin embargo, este enfoque no puede por sí mismo englobar todos los aspectos de las personas a medida que avanza su edad y vivencias, es necesario también el **enfoque de derechos** en cuanto a que las personas a partir de allí pueden transformar a la sociedad. Además, un enfoque **interseccional** (OMS,2002 Envejecimiento activo, un Marco Político) en el cual se evidencia la mirada de la sociedad a la persona que envejece, desde los sistemas de discriminación basados en la edad, el género, la etnia y la clase social, que se cruzan a lo largo del curso de la vida para dar lugar a resultados variados de la vejez, lo que lleva a repensar conceptos que se dan por sentados como la jubilación, el ajuste a la vejez y envejecimiento saludable, además de la experiencia de cuidado ((Holman D)

Ahora bien, el proceso de envejecimiento, entendido fuera de las concepciones e implicaciones sociales y culturales existentes, hace referencia a todos aquellos cambios que inician desde el nacimiento, con gran variedad dentro de las fortalezas, necesidades, oportunidades, riesgos o determinantes sociales de cada persona, así como también su historia y vivencias, las cuales harán que cada caso sea único. Por lo tanto, si bien la edad permite organizar las expectativas sobre el curso de vida, no es un indicador exacto de los cambios que acompañan a la vejez, debido a la diversidad de trayectorias de salud (Holman)

De tal manera, **el enfoque de curso de la vida** es fundamental para el estudio de la vejez. Si se quiere comprender plenamente la vida posterior, debemos situarla en los marcos socialmente construidos en el curso de la vida, en el que los riesgos sociales y los



recursos socioeconómicos están distribuidos de manera muy desigual y donde estas desigualdades estructurales juegan un papel importante en la configuración de la experiencia vivida de vejez, por ejemplo, en términos de estado de salud e ingresos (A, 2009) Esto nos obliga a adoptar una visión dinámica del envejecimiento en lugar de una visión estática de la vejez (Arber S, 1993)

En esta perspectiva, se acoge el concepto de envejecimiento saludable, entendiéndose este como un proceso de toda la vida y que afecta a todas las personas, no solo a las que no padecen ninguna enfermedad en el presente, reconociendo que la capacidad intrínseca se determina en cualquier momento de la vida, por diversos factores entre ellos los cambios fisiológicos y psicológicos subyacentes, por aspectos comportamentales relacionados con la salud y la presencia o ausencia de enfermedades y depende en gran medida de los entornos en los que las personas se desarrollan y transcurren su vida, así como de los recursos y oportunidades de orden social y económico de que disponen las personas. En efecto, para lograr que el envejecimiento se materialice en las personas mayores, es necesario dejar de verlo como la mera ausencia de enfermedades y fomentar la capacidad funcional para que las personas mayores de 60 años sean y hagan lo que elijan y prefieran (Organización Mundial de la Salud, 2020).

Lo anterior es fundamental porque dentro del enfoque de curso de vida se tiene en cuenta para las personas mayores las **ventanas de oportunidad**, las cuales son ocasiones que se presentan en la vida, para que la persona mejore su bienestar, salud y adquiera o mejore su autonomía funcional, socioeconómica o política. Es un periodo de tiempo en el cual existe la posibilidad de realizar una intervención que potencie el mejoramiento de la calidad de vida y la construcción de autonomía. En este tiempo los resultados son más fáciles de alcanzar si lo comparamos con otros momentos de la vida.

Es importante aprovechar las ventanas de oportunidades en la infancia y la adolescencia para garantizar un envejecimiento activo, ya que son espacios de construcción que se dan en los entornos educativo, comunitario, laboral y en el hogar, aunque también se puede desarrollar estas ventanas en los adultos mayores, por medio de la práctica de comportamientos que ayuden a retrasar el declive en el envejecimiento. Para las personas mayores se considera como ventana de oportunidad o momento crítico aquellos cambios en los patrones de consumo y estilos de vida cuando se da una transición, como, por ejemplo, la detección de una nueva enfermedad. Esta situación conlleva a mejorar los hábitos de vida saludables para contrarrestar las manifestaciones de esta; y puede ser aprovechada por la familia para prestar más atención a su salud, tomar conciencia de autocuidado y comportamientos saludables.

Estas ventanas de oportunidad, también se aprovechan mediante la activación de la Ruta de Atención Integral para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud, desde la primera consulta de valoración de las personas mayores, como sujetos protagonistas, y su familia como red de apoyo. Así mismo, desde las rutas de acceso a los programas y servicios de los demás sectores. Razón por la que se torna indispensable fortalecer los procesos de articulación intersectorial para concretar e implementar estrategias y acciones conjuntas encaminadas al mejoramiento de la salud y la calidad de vida en la vejez.



5 Marco teórico y conceptual

5.1 Exclusión e Inclusión Social

La exclusión social es definida como la falta de acceso de individuos y grupos de la sociedad a las oportunidades, bienes y servicios que otros miembros de la sociedad disfrutaban (OPS 2006). La exclusión social está directamente relacionada con la vulneración de derechos sociales necesarios para el bienestar: salud, empleo, vivienda, educación, formación, participación, etc. Es un fenómeno multidimensional, estructural, y dinámico en razón a que puede ser abordado desde acciones colectivas, políticas públicas y el tejido social, generando marginación y sufrimiento.

Para la Comisión de las Comunidades Europeas, el concepto de exclusión alude “a la imposibilidad de gozar de los derechos sociales sin ayuda, en la imagen desvalorizada de sí mismo y de la capacidad personal de hacer frente a las obligaciones propias, en el riesgo de verse relegado de forma duradera al estatus de persona asistida y en la estigmatización que todo ello conlleva para las personas en las ciudades y barrios en que residen” (Jiménez, 2008).

De otro lado, la inclusión social tiene como fin último la equiparación de oportunidades, entendida como la accesibilidad de todos a los beneficios otorgados por el Estado de Derecho, en el sentido que las necesidades de todos sean tomadas en cuenta en la planificación de las políticas, garantizando que en el desarrollo de las políticas tengan igual oportunidad de acceso y participación. Se entendería como inclusión “al acceso normalizado a las actividades, funciones y relaciones más definitorias de la vida” (Funes, 2013)

En la Estrategia mundial y el plan de acción sobre el envejecimiento y la salud, publicado en 2017, la OMS abogó por el desarrollo de entornos físicos y sociales que ayuden a las personas mayores a vivir de forma independiente y con buena salud durante más tiempo, pero que también optimicen la salud y el bienestar de la comunidad en general (Organización Mundial de la Salud, 2017)

Se ha desarrollado una serie de intervenciones para crear entornos adaptados a las personas mayores, basados en ocho dominios diferentes teorizados por la OMS como que tienen un impacto potencial en la salud y el bienestar. Uno de estos dominios es el respeto y la inclusión social, que se ha considerado de fundamental importancia para las personas mayores en la investigación cualitativa y en la política nacional e internacional. El término inclusión social tiene vínculos explícitos con conceptos como igualdad, derechos humanos y cohesión social, y se ha centrado en las barreras que impiden que las personas participen de manera significativa en la sociedad. Al centrarse en los objetivos en lugar de en los problemas, el concepto de inclusión adopta un enfoque positivo. No es simplemente lo contrario implícito de la exclusión social, sino que se refiere a las oportunidades para que las personas cultiven las relaciones sociales, tengan acceso a los recursos y se sientan parte de la comunidad en la que viven (Ronzi S, 2018). Lo anterior se explica de manera esquemática en la siguiente gráfica:

Gráfica 1: Esquema de la comunidad y sus relaciones



Nota: Construcción propia [Minsalud](#)/Grupo Gestión Integrada para la salud Mental, Minsalud, 2020.

Por su parte, autores como Jiménez (2008) han categorizado los principales factores de la exclusión y la inclusión, de la forma como se presenta en la siguiente tabla:

Tabla 1: Principales factores del equilibrio “exclusión-inclusión”

| ÁMBITOS | FACTORES DE EXCLUSIÓN | FACTORES DE INCLUSIÓN |
|------------------|--|--|
| LABORAL | <ul style="list-style-type: none"> • Desempleo • Subempleo • Temporalidad • Precariedad laboral • Falta de experiencia laboral • Sin cualificación laboral | <ul style="list-style-type: none"> • Empleo indefinido o fijo • Estabilidad en el empleo • Experiencia laboral • Cualificación laboral |
| ECONÓMICO | <ul style="list-style-type: none"> • Ingresos insuficientes • Carencia y/o dependencia de seguridad Social y prestaciones sociales • Ingresos irregulares (economía sumergida) • Carencia de ingresos • Endeudamiento • Consumismo | <ul style="list-style-type: none"> • Buen nivel de ingresos • Ingresos regulares • Diversas fuentes de ingresos • Cobertura de la Seguridad Social |
| CULTURAL | <ul style="list-style-type: none"> • Pertenencia a minorías étnicas • Pertenencia a grupos de “rechazo” (cultural y político) • Elementos de estigma | <ul style="list-style-type: none"> • Perfiles culturales “aceptados” e integrados |
| FORMATIVO | <ul style="list-style-type: none"> • Barrera idiomática • Analfabetismo, baja instrucción • Analfabetismo tecnológico • Sin escolarización • Fracaso escolar • Abandono del sistema educativo sin titulación básica | <ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento y dominio del español • Alto nivel de instrucción, posesión de cualificaciones demandadas • Formación continua • Dominio de las Nuevas Tecnologías de la Información |



| | | |
|-----------------------------|---|--|
| | | y la Comunicación |
| SOCIOSANITARIO SALUD | <ul style="list-style-type: none"> No acceso al sistema de salud Adicciones y enfermedades relacionadas Enfermedades infecciosas Trastorno mental, discapacidades u otras enfermedades crónicas que provocan dependencia | <ul style="list-style-type: none"> Cobertura de salud Buen estado de salud, sin enfermedades ni adicciones, ni provocación de dependencia |
| PERSONAL | <ul style="list-style-type: none"> Variables “críticas” de edad y sexo (jóvenes y mujeres) Minusvalías Alcoholismo, drogadicción, etc. Antecedentes penales Enfermedades Violencia, malos tratos, etc. Débil estructura de motivaciones y actitudes negativas Pesimismo, fatalismo Exilio político, refugiados | <ul style="list-style-type: none"> Capacidad e iniciativas personales Cualidades personales valoradas socialmente Buena salud Motivaciones fuertes Optimismo, voluntad de realización Facilidad de trato |
| SOCIAL Y RELACIONAL | <ul style="list-style-type: none"> Carencia y/o deterioro de vínculos familiares (conflictos o violencia intrafamiliar) Debilidad de redes familiares (familias monoparentales) Escasez, debilidad y/o carencia de redes sociales de apoyo Aislamiento | <ul style="list-style-type: none"> Apoyo familiar Intensa red social, amistosa y de relaciones Pertenencia a asociaciones Integración territorial |
| PARTICIPACIÓN | <ul style="list-style-type: none"> No acceso a los mecanismos de participación ciudadanía No participación política y social | <ul style="list-style-type: none"> Participación social para la incidencia en la adquisición de derechos básicos |

Adaptado de: Jiménez Ramírez, Magdalena (2008). *Aproximación teórica de la exclusión social: complejidad e imprecisión del término. consecuencias para el ámbito educativo. Estudios Pedagógicos, XXXIV (1), 173-186.* [fecha de Consulta 12 de octubre de 2021]. ISSN: 0716-050X. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=173514135010> y de Subirats, Joan (dir.) y otros (2004). *Pobreza y exclusión social. Un análisis de la realidad española y europea.* Barcelona: Fundación “La Caixa”. Disponible on-line: <http://www.estudios.lacaixa.es>

De tal manera, es responsabilidad del Estado generar las condiciones necesarias de inclusión e integración social para el goce pleno de los derechos en la población adulta mayor. La inclusión efectiva implica un respeto por la diferencia, eliminando prejuicios sociales relacionados con capacidades físicas, intelectuales y de comportamientos, y al igual que la concepción de enfermo e incapaz de las personas en la vejez, al considerarlas como ciudadanos con derechos y habilidades para participar en su proceso de envejecimiento activo y saludable. El gozo pleno de los derechos incluye: salud, trabajo, educación, fortalecimiento de redes de apoyo, familiares, comunitarias, sociales y organizativas; reconociendo a las personas mayores como protagonistas de su historia y con capacidades para transformarse y transformar. Más adelante en este documento se profundizará sobre la forma en que desde el sector salud se puede promover el trabajo intersectorial para la generación de acciones que se materialicen en respuestas que



favorezcan la inclusión social y el aprovechamiento de ventanas de oportunidad de las personas en la vejez.

Lo hasta ahora expuesto, lleva a la necesidad de profundizar en la importancia de las redes de apoyo familiares y sociales en la vejez.

5.2 Redes de apoyo familiares y sociales en la vejez

La teoría de las redes sociales amplía el límite de las relaciones sociales alrededor de los individuos, e ir más allá de las relaciones tradicionales basadas en la familia y el parentesco. Los contactos sociales significativos dependen del grado de apoyo que puedan proporcionar los vínculos sociales. Para tener un marco integral, es importante considerar las múltiples vías por las cuales el aislamiento social puede afectar la salud (Mehrabi F, 2020)

La soledad y el aislamiento social son problemas importantes para los adultos mayores y están asociados con consecuencias adversas para la salud física y mental, tales como: depresión, enfermedades cardiovasculares, calidad de vida, salud general, marcadores biológicos de salud, función cognitiva y mortalidad, mayor consumo de cigarrillo, aumento de maltrato y de ingresos a los servicios de urgencias (Freedman, 2020).

En este sentido, aunque los lazos familiares se han entendido como la principal fuente de apoyo para los adultos mayores, lo que se refleja en la comprensión teórica del desarrollo social a lo largo de la edad adulta y en la vejez, la estructura y función de las redes sociales de los adultos mayores están cambiando. Esto relacionado con los cambios demográficos, como el aumento de la esperanza de vida, la disminución de las tasas de fecundidad y una mayor movilidad geográfica, así por ejemplo, se integran las familias multigeneracionales, es decir, es frecuente encontrar familias con 4 y hasta 5 generaciones conviviendo debido a la longevidad de las personas mayores; situación que conlleva a dinámicas relacionales y vinculares con otras características.

Por lo anterior, si bien el apoyo familiar sin duda juega un papel central en la satisfacción de las necesidades de apoyo funcional, las amistades también pueden ser más importantes para el bienestar subjetivo de los adultos mayores. Las diversas influencias recíprocas en los socios amigos, incluidas las disposiciones psicológicas, la posición social estructural (incluida la edad), los procesos de socialización y las expectativas y oportunidades sociales, dan forma a las experiencias de amistad y los modos continuos de interacción dentro de contextos más amplios de tiempo, espacio y cultura (Blieszner R, 2019).

Los términos aislamiento social y soledad están interrelacionados, pero describen conceptos diferentes. El aislamiento social se refiere a la ausencia objetiva o escasez de contactos e interacciones entre una persona y una red social, refleja la falta de contactos o vínculos de un individuo con otros, como familiares, amigos, conocidos y vecinos; mientras que la soledad se refiere a un estado de sentimiento subjetivo de estar solo, separado o apartado de los demás, y ha sido conceptualizado como un desequilibrio entre los contactos sociales deseados y los contactos sociales reales. Ambos conceptos dan como resultado una autoevaluación negativa de la salud y el bienestar de las personas mayores.



De tal manera, desde un marco ecológico, la interacción de factores de salud y contextuales pone a las personas mayores en riesgo de soledad. Los factores de salud incluyen experiencias de enfermedades crónicas que interfieren con el funcionamiento y deterioro cognitivo que resulta en problemas de comunicación o incapacidad para recordar a otras personas importantes o las interacciones recientes con ellas. Los factores contextuales se relacionan con la falta de un confidente, la reubicación a un centro de atención y la pérdida de seres queridos debido a la muerte, y pasar demasiado tiempo solo o inactivo, lo que genera sentimientos de separación de los demás (O'Rourke, 2018).

5.3 Fortalecimiento de redes sociales

Con base en lo antes expuesto, es común que las personas mayores se sientan solas y/o aisladas, especialmente cuando están estresadas, ansiosas, abrumadas y con un estado de ánimo bajo (OPS, 2016). Por eso cobran gran importancia las acciones orientadas al fortalecimiento de las redes de apoyo social, que constituyen un factor protector al promover comportamientos adaptativos y un mejor desempeño cognitivo en la vejez (Livingston et al., 2017).

Las acciones para el fortalecimiento de redes sociales se pueden realizar en el marco de las intervenciones individuales en el primer nivel de atención; un ejemplo claro se encuentra en las intervenciones psicosociales que propone la Guía de Intervención MhGAP 2.0 (OPS, 2016)², de corta duración y fácil aplicación (Ver Anexo 1), que pueden incluirse en el proceso del Ciclo Educativo de Entrenamiento Cognitivo y Emocional, que se describirá más adelante como parte de las intervenciones de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud.

Así mismo, en el marco de las intervenciones colectivas, es importante reconocer el gran valor de promover y apoyar las asociaciones autogestionadas por personas mayores a través de grupos formales e informales que viabilizan la interacción social, la participación ciudadana, la salud física y la construcción de lazos comunitarios (Ramírez, 2010). Más adelante en este documento se ampliará este tema en relación con las acciones que se realizan desde los diferentes sectores y que le aportan de diferentes maneras al fortalecimiento de las redes sociales de las personas mayores; razón por la cual deben articularse en los territorios para potenciar sus recursos y beneficios.

5.4 Funcionamiento cognitivo en la vejez

De acuerdo con Muriel Deutsch Lesak, existen tres grandes sistemas que se relacionan fuertemente entre sí, y en conjunto constituyen la conducta humana; tales sistemas son: el sistema cognitivo, el sistema emocional y el sistema de las funciones ejecutivas (Aguilar-Navarro, 2018).

Así, **el sistema cognitivo interviene** en la obtención y procesamiento de la información a través de varios dominios cognoscitivos: la memoria, la atención, el lenguaje, la percepción y el pensamiento (juicio, razonamiento y cálculo). Entre sí, constituye el conjunto de procesos mentales a que hacen referencia las funciones o dominios cognitivos, a través de los cuales, se conoce, interpreta y asimila la realidad.

² Consultar las intervenciones psicosociales para fortalecimiento de redes de apoyo en la Guía de Intervención MHGAP 2.0 en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34071/9789241549790-spa.pdf?sequence=11&isAllowed=y>



En general, las funciones de este sistema, dependen del adecuado funcionamiento de dos dominios básicos; la atención y la memoria, encargados de la entrada y registro de la información respectivamente. En otras palabras, dominios como el lenguaje, los procesos visoespaciales, el pensamiento y las funciones ejecutivas están sujetos a la entrada (registro) y fijación de la información en los contenedores de la memoria; datos que posteriormente son procesados y recuperados para responder a las exigencias y necesidades internas y externas del medio (Sara Gloria Aguilar Navarro SG, 2018).

La memoria es la capacidad del cerebro para almacenar información codificada. Tal información se puede recuperar de manera voluntaria y consciente o involuntaria. Dicha capacidad permite recordar hechos, ideas, experiencias, sensaciones y relaciones entre conceptos y variedad de estímulos que sucedieron en el pasado. Generalmente, la estructura cerebral más relacionada con la memoria es el hipocampo, no obstante, este proceso involucra varias áreas cerebrales (S, 1999).

También es de mencionar a Vygotsky, quien propone que los procesos cognitivos superiores obedecen a referentes culturales y sociales en los cuales se construye el significado y la representación, y es igualmente en escenarios sociales y culturales que tiene sentido el uso de la memoria (traer al hoy, a lo actual) y el despliegue de los demás procesos psicológicos superiores. Interesante para que la cognición no se quede en paradigmas biologicistas, sino que involucren las dimensiones de la cultura.

Como se ha mencionado antes, la memoria no es un proceso unitario, debido a que implica varias habilidades para registrar, almacenar y recuperar información según necesidad, y la interacción entre ellas, también llamadas fases constituyen la complejidad de este proceso psicológico. Esto se esquematiza en la siguiente gráfica:

Gráfica 2: Habilidades de la memoria



Elaboración propia (Minsalud/grupo curso de vida) a partir de Aguilar Navarro, (2018).



Asimismo, los sistemas de memoria se pueden clasificar de acuerdo a sus características, según el tipo de almacenamiento, tipo de conciencia, sistemas involucrados y correlatos cerebrales o anatómicos donde se concentra la información.

El **sistema emocional** implica el sistema límbico, constituido por estructuras cerebrales que reaccionan a los estímulos ambientales y generan las emociones, dentro de ellas el miedo, la alegría y la tristeza; las cuales controlan o determinan la conducta en los seres humanos como la motivación y el aprendizaje. Asimismo, las emociones son de vital importancia en el análisis, debido a que patologías como la depresión, esquizofrenia y trastornos afectivos están estrechamente vinculadas a desordenes emocionales (David Iñaki López Mejía, 2009).

El **sistema de las funciones ejecutivas**, se define como las rutinas encargadas de la monitorización y control del procesamiento cognitivo durante la ejecución de tareas complejas cognitivas. Dicho sistema, aglomera los procesos superiores como el control inhibitorio, memoria de trabajo y flexibilidad atencional, que intervienen y enfocan la acción hacia un objetivo determinado y genera las adaptaciones a nuevas y complejas situaciones. En este sentido, en las funciones ejecutivas son fundamentales los siguientes elementos: *anticipación y desarrollo de la atención, (ii) control de impulsos y autorregulación, (iii) flexibilidad mental y utilización de la realimentación, (iv) planificación y organización, (v) selección de forma efectiva de estrategias para resolver problemas y (vi) monitorización* (Anderson, 2008) citado por (Herrerías, 2014).

Entre los cambios que se presentan en la vejez, el funcionamiento cognitivo es uno de los que tiene mayor impacto en la percepción de bienestar y autonomía. Sin embargo, tal como lo plantean González y Yaguas (2013) no se da el mismo grado de deterioro en todas las funciones debido a la multiplicidad de las variables que intervienen a lo largo del curso de vida vital. Cabe aclarar que los cambios en la forma de almacenar y procesar información, afectando las funciones de tipo verbal, motoras, la atención, el lenguaje, la habilidad visoespacial y la memoria, también obedecen a cambios morfológicos, fisiológicos y metabólicos, es decir una interacción conjunta y orgánica que altera la actividad neuronal. Sin embargo, los mejores predictores de un adecuado funcionamiento cognitivo en la vejez son: la educación, el nivel de actividad fuera del hogar, la capacidad vital, la autoeficacia (creencia en las propias capacidades) y el potencial de aprendizaje.

Sobre el potencial de aprendizaje, se ha demostrado que la plasticidad sigue manifestándose durante toda la vida en la persona, y aun en la vejez el crecimiento adaptativo cerebral y las respuestas de tipo regenerativo se preservan incluso con enfermedades de base como el Alzheimer (Redolat, 1998) manteniendo la capacidad de generar estrategias sustitutorias para lograr el aprendizaje.

De otra parte, Ríos, Escudero y Bautista (2018) aseguran que la regulación emocional tiene gran influencia en los procesos memorísticos y el deterioro cognitivo, este hecho se debe a la influencia que tienen las emociones en la capacidad del individuo para almacenar y mantener la información influyendo de esta manera en las formas en que los adultos mayores pueden llegar a evocar eventos pasados. La mayoría de personas con deterioro cognitivo parece responder a eventos en los cuales lo que se quiere recordar se encuentra vinculado tanto a emociones positivas como negativas, siendo las emociones primarias las que tienen mejor desempeño al recordar y se conservan en mayor medida en adultos mayores con deterioro cognitivo leve. Por su parte emociones como la felicidad, miedo y rabia no son efectivas al momento de realizar evocaciones



memorísticas, las emociones a las que mejor se asocian evocaciones son la sorpresa o la tristeza.

De tal manera, **el sistema emocional** está implicado en las emociones, motivaciones y sentimientos, poniéndole un color especial a la cognición y a la conducta; y **el sistema de las funciones ejecutivas**, por su parte, es el responsable de las funciones de coordinación, entre ellas la planeación, la organización y la verificación de estrategias y acciones que aportan a la expresión de la conducta.

Específicamente, en la vejez, los teóricos relacionan diversos cambios a nivel socioemocional, dentro de los que cabe destacar:

- La reducción de la capacidad de responder al estrés físico y emocional de forma eficiente y efectiva.
- El surgimiento de momentos significativos relacionados con la muerte, la enfermedad, la jubilación, pérdidas físicas entre otros y su afrontamiento depende de la personalidad, la capacidad de gestión de las emociones para enfrentarse a dichos cambios.
- Las redes sociales y las relaciones pueden verse mermadas, aumenta la distancia intergeneracional. Pueden aparecer prejuicios y mitos relacionados con la vejez relacionados con la cultura y el entorno social, donde se atribuye a la persona mayor que gran parte de este retraimiento obedece a las propias restricciones familiares y sociales que limitan las actuaciones y las verbalizaciones de la persona mayor, juego de estereotipos sociales que minimizan sus capacidades (Yuni, 2003).
- A nivel laboral y productivo, de acuerdo a las vivencias individuales y generacionales, es posible pasar de un estado de actividad laboral a un estado de inactividad, pérdida de capacidad adquisitiva en muchos casos, pérdida de contactos sociales y aumento del tiempo libre.

En este punto, es conveniente aclarar que existe una diferencia entre el deterioro cognitivo y la demencia, el primero se refleja en situaciones de la cotidianidad como la elección de palabras o pérdida de objetos, mientras que la demencia exige que sean alterados uno o más factores de gran significancia en la vida del sujeto, sin embargo, es posible realizar intervenciones de rehabilitación que eviten que el adulto mayor llegue a situaciones de demencia (Pousada F, 2006).

El término Deterioro Cognitivo Leve (DCL) fue introducido en la literatura por Reisberg y Ferris, fue Petersen quien realizó la caracterización actualmente más utilizada. A partir de este nuevo concepto, el DCL se diferencia del envejecimiento normal, recibiendo gran atención como entidad clínica (González, Buonanotte & Cáceres, 2014). "La revisión bibliográfica efectuada muestra la evolución del constructo inicial hasta el concepto reciente de trastorno neurocognitivo menor. La evaluación neuropsicológica es reconocida como una herramienta de gran importancia en el diagnóstico y en la planificación de estrategias de intervención tempranas" (González, Buonanotte & Cáceres, 2014).

Por otro lado, la creciente evidencia sugiere una interrelación entre la demencia y los factores de riesgo relacionados con las enfermedades no transmisibles y el estilo de vida. Estos factores de riesgo incluyen inactividad física, obesidad, dietas desequilibradas, consumo de tabaco, consumo nocivo de alcohol, diabetes mellitus e hipertensión arterial. Además, otros factores de riesgo potencialmente modificables son más específicos de la demencia e incluyen aislamiento social, bajo nivel educativo, inactividad cognitiva y



depresión en la mediana edad. Reducir el nivel de exposición de las personas y las poblaciones a estos factores de riesgo potencialmente modificables, comenzando en la infancia y extendiéndose a lo largo de la vida, puede fortalecer la capacidad de las personas y las poblaciones para tomar decisiones más saludables y seguir patrones de estilo de vida que fomenten la buena salud (OMS, 2017).

Según el Plan de Acción Global sobre la Respuesta de Salud Pública en Demencia (OMS, 2017), existe un consenso cada vez mayor de que las siguientes medidas son protectoras y pueden reducir el riesgo de deterioro cognitivo y demencia:

- Aumento de la actividad física.
- Prevención y reducción de la obesidad.
- Promoción de dietas equilibradas y saludables.
- Cesación del consumo de tabaco y del consumo nocivo de alcohol.
- Apoyo social.
- Promoción de actividades y aprendizaje cognitivamente estimulantes.
- Prevención y control de la diabetes, la hipertensión, especialmente en la mediana edad.
- Detección temprana y manejo de la depresión.

En general, el envejecimiento a veces se asocia con una desvinculación social y afectiva. El aislamiento y la ausencia de relaciones sociales constituyen factores predictores de enfermedad y dependencia. Por tanto, mantener una amplia red de apoyo social es un buen predictor de longevidad. Llevar una vida activa, más allá del ocio y de llenar el tiempo libre mediante la recreación y la actividad, realizando acciones de voluntariado o participando como transmisores de experiencias, cultura y valores, es fundamental para mejorar la autoestima tener sentimientos de pertenencia y utilidad y tener una vejez exitosa.

5.5 Fortalecimiento del funcionamiento cognitivo en la vejez

Dentro del ciclo de educación para la salud dirigido a personas mayores en el marco de la RIAPMS, se incorpora de manera directa el **proceso de entrenamiento cognitivo y emocional**, el cual hace parte de la educación individual grupal³ a cargo de las Empresas Administradoras de Planea de Beneficios y dentro de su estructura se proponen varias sesiones educativas, considerando el objetivo de estimular las funciones mentales en relación al aprendizaje, a apropiar y aplicar habilidades de afrontamiento y manejo del estrés y fortalecer redes sociales y lazos familiares.

Teniendo en cuenta la relevancia del Ciclo de Educación para la Salud de las personas mayores, como intervención específica a desarrollar por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud, y que le aporta de manera contundente a los procesos de inclusión social de las personas mayores, se ha dedicado un espacio específico de este documento en el cual se desarrollará la metodología para el desarrollo del Ciclo de Entrenamiento Cognitivo y Emocional.

³ La educación individual y grupal estará a cargo de las EAPB, asegurando la cobertura para su población afiliada, como parte del Plan de Beneficios con cargo a la Unidad de Pago por Capitación - UPC. Resolución 3280 de 2018.



A continuación, se hacen algunas referencias a las afectaciones en la salud mental de las personas mayores, y se presentan algunas estrategias para su manejo, las cuales se integran en el Ciclo de Entrenamiento Cognitivo y Emocional que se desarrollará más adelante.

5.6 Afectaciones por estrés en personas mayores de 60 años

La vivencia de la vejez como una transición que exige la adaptación a situaciones como la jubilación, el deterioro físico y corporal, cambios financieros, la reconciliación con aquellos logros y fracasos vividos, la muerte de los más cercanos, entre otros (Krzemien, 2004) puede generar afectaciones por estrés en las personas mayores, contribuyendo al deterioro en el funcionamiento de los sistemas antes explicados y derivar en trastornos mentales como la depresión, que se ha identificado como el más frecuente en mayores de 65 años y supone un aumento en el riesgo de suicidio, principalmente en los adultos mayores hombres viudos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

El estrés es una reacción común a una adversidad ambiental, pero una desregulación de la respuesta al estrés puede conducir a problemas o trastornos mentales. No todas las personas expuestas al estrés desarrollarán trastornos psiquiátricos; aquellos con mecanismos mejorados de resistencia al estrés tienen la capacidad de adaptarse con éxito a éste sin desarrollar una psicopatología persistente. Un factor estresante externo e inesperado puede inducir una respuesta de estrés fisiológico y conductual normal. Esta respuesta normal y básica, que da como resultado la capacidad adaptativa de un organismo, se caracteriza por la activación del eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA). Pero la exposición prolongada a eventos estresantes (p. Ej., durante semanas) pueden provocar estrés crónico y secuelas persistentes, dependiendo de la capacidad de cada persona para adaptarse a factores estresantes potentes. Cuando se enfrentan a la adversidad, las personas con poca capacidad de recuperación corren el riesgo de padecer enfermedades mentales como el trastorno depresivo mayor o los trastornos de ansiedad. Por el contrario, las personas que son capaces de desarrollarse bien social, mental o físicamente a pesar de la exposición al estrés o la adversidad demuestran capacidad de recuperación (Faye C, 2018).

Se enumeran cinco factores básicos de resiliencia psicosocial basados en un enorme cuerpo de investigación publicada: emociones positivas y optimismo, flexibilidad cognitiva, religión y espiritualidad, significado de vida, apoyo social y estilo de afrontamiento activo como factores psicosociales protectores que se han asociado con la resiliencia al estrés (Southwick S.M., 2005).

En este sentido, se ha descrito una asociación positiva entre las emociones positivas y la resiliencia, al igual que las estrategias de afrontamiento mediaron parcialmente el vínculo entre las emociones positivas y la resiliencia (Gloria C.T., 2016).

Las estrategias de afrontamiento son entendidas como recursos psicológicos que el sujeto pone en marcha para hacer frente a situaciones estresantes, especialmente en términos individuales. El afrontamiento familiar ilustra una dinámica de grupo, que busca regular las tensiones que enfrentan y garantizar la salud de sus miembros. El afrontamiento se relaciona con los esfuerzos orientados a la acción para dar manejo a las demandas internas y ambientales que ponen a prueba o exceden los recursos personales; son esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, que se desarrollan para



manejar las demandas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.

El afrontamiento familiar se expresa entonces como la capacidad de la familia para movilizarse y poner en acción medidas que actúen sobre las exigencias que demandan cambios. Las estrategias de afrontamiento en familias no se crean en un solo instante, se modifican en el tiempo (Macías, 2021) individual, el familiar implica esfuerzos comportamentales y/o cognitivos orientados a manejar la situación estresante o la tensión generada en el sistema. Las estrategias de afrontamiento familiar pueden potencialmente fortalecer y mantener los recursos de la familia con el fin de protegerla de las demandas de las situaciones estresantes y garantizar un manejo adecuado de su dinámica, manifestado en la comunicación, los vínculos, la promoción de una autoestima positiva en sus miembros, etc. Las estrategias de afrontamiento se constituyen en variables mediadoras de la cohesión y la adaptabilidad de la familia (Macías y Cols, 2013).

5.7 Desarrollo de habilidades para el manejo del estrés en personas mayores de 60 años.

La literatura reporta algunas experiencias exitosas. Entre estas el programa READY (Resiliencia y Actividad para Todos los Días, por sus siglas en inglés), dirigido a las emociones positivas, la resolución de problemas, el propósito de la vida y la flexibilidad cognitiva, demostró efectos de intervención favorables en las medidas de flexibilidad cognitiva (aceptación y atención plena), dominio del entorno, emociones positivas y crecimiento personal, así, con efectos moderados sobre las medidas de estrés, autoaceptación, vida valorada y autonomía (Burton, Pakenham, & Brown, 2010).

De igual forma, el ejercicio regular se asocia con el bienestar general y tasas más bajas de trastornos del estado de ánimo, probablemente para mejorar la resistencia al estrés. De hecho, entre los hombres y mujeres jóvenes y sanos, los individuos que hacen ejercicio con regularidad mostraron una menor disminución del afecto positivo después de un factor estresante agudo que aquellos que no informaron sobre el ejercicio físico regular (Faye C M. J., 2018).

Integrando los componentes afectivo y cognitivo, se ha descrito que la implementación de metas reguladoras de las emociones requiere habilidades de control cognitivo tales como enfocar la atención, mantener la atención ante la distracción o suprimir pensamientos no deseados. Cuantos más recursos cognitivos tienen los adultos mayores, mejor parecen ser capaces de atender selectivamente los estímulos positivos y evitar los negativos. Entre los adultos mayores con bajo funcionamiento ejecutivo y cuando la atención debe dividirse entre varias tareas, el efecto de positividad ya no surge en el recuerdo emocional (Schmeichel, 2007).

Scheibe y Carstensen (2010), realizaron una revisión donde precisaron algunas estrategias para la regulación emocional. Las intervenciones se centraron en múltiples procesos de reevaluación, incluida la comparación social descendente, las atribuciones externas y los objetivos alternativos, y fue eficaz para reducir la intensidad del arrepentimiento y prevenir el aumento de los problemas de sueño durante 3 meses. Otras competencias emocionales potencialmente entrañables incluyen el pronóstico afectivo, la identificación de emociones, la detección de engaños y el conocimiento interpersonal. Tales competencias apoyan la regulación de las emociones centrada en los antecedentes



(es decir, saber qué situaciones y personas abordar o evitar), que, como se ha argumentado, subyacen en el cambio afectivo positivo con la edad.

En otras estrategias se describe prestar más atención a la información positiva que a la negativa, pueden mejorar la toma de decisiones y el aprendizaje de los adultos mayores en determinadas situaciones. Lo anterior, basado en un enfoque cognitivo conductual, en donde se invita a analizar mejor las situaciones que podrían generar alteraciones emocionales: dado el papel del funcionamiento cognitivo intacto para la regulación emocional exitosa, a largo plazo, el funcionamiento cognitivo mejorado también beneficiará el bienestar afectivo (Scheibe y Carstensen, 2010).

En cuanto a la técnica de resolución de problemas, la cual podría usarse fácilmente dentro de este enfoque y en el primer nivel de atención, algunos estudios han mostrado que los adultos mayores parecen recurrir a un amplio repertorio de estrategias para la resolución de problemas y la regulación de las emociones y son sensibles al contexto en cuanto a cuándo utilizarlas, pues parece que se requiere menos esfuerzo para participar en estrategias de regulación de las emociones y, por lo tanto, podría ser relativamente automático y eficiente (Blanchard-Fields, 2009) y se han definido varios conceptos básicos con relación a la resolución de conflictos (D'Zurilla y Nezu, 2007):

- a. Resolución de problemas: un proceso cognitivo-afectivo-conductual mediante el cual una persona intenta identificar o descubrir una solución o respuesta de afrontamiento eficaz para un problema particular.
- b. Problema: una transacción persona-ambiente en la cual hay una discrepancia o desequilibrio percibido entre las exigencias y la disponibilidad de respuesta. La persona en dicha situación percibe una discrepancia entre “lo que es” y “lo que debería ser” en condiciones donde los medios para reducir la discrepancia no están inmediatamente patentes o disponibles.
- c. Solución: una respuesta de afrontamiento o pauta de respuesta que es eficaz en alterar una situación problemática y/o las reacciones personales de uno ante la misma de modo que ya no es percibida como un problema, al mismo tiempo que maximiza otros beneficios y minimiza los costos.
- d. Estrés: una transacción persona-ambiente en la cual las exigencias (externas o internas) percibidas exceden los recursos percibidos de afrontamiento.
- e. Afrontamiento: las respuestas o actividades mediante las cuales una persona intenta reducir, minimizar, controlar o prevenir el estrés. El afrontamiento dirigido a las metas se refiere a los intentos de la persona para reducir el estrés mediante una meta de resolución de problemas. El afrontamiento facultativo se refiere a los intentos de la persona para eliminar los obstáculos cognitivos y emocionales a la resolución eficaz de problemas.
- f. Emoción: una pauta de respuesta que incluye respuestas fisiológicas (p.ej., actividad del sistema nervioso autónomo), respuestas cognitivas (p.ej., valoraciones amenazantes) y respuestas motoras (p.ej., respuestas de evitación). Las emociones varían en calidad subjetiva (placer contra dolor), intensidad (grado de activación autónoma) y duración.



Dicha técnica se desarrolla en la Guía de Intervención MhGAP 2.0, OPS, 2016. Consultar el en siguiente link: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34071>

También se proponen algunas preguntas y recomendaciones útiles aportadas por Dugas y Robichaud (2007) en el Anexo 2.

Las intervenciones de resolución de problemas han sido estudiadas con buenos resultados en personas mayores con deterioro cognitivo y disfunción ejecutiva. También puede ser útil para abordar problemas relacionados con la discapacidad, que abarcan problemas de movilidad, actividades de la vida diaria y funcionamiento social (Kirkham, 2016).

6 Orientaciones técnicas para la inclusión social y el entrenamiento cognitivo y emocional de las personas mayores, desde las competencias del sector salud.

Con base en la evidencia presentada en este documento, a continuación, se desarrollan orientaciones técnicas para su implementación por parte de los actores del SGSSS.

6.1 La intersectorialidad como condición indispensable para la inclusión de las personas mayores

Desde la década de 1970, la declaración de Alma Ata sobre los determinantes sociales de la salud, destacó la importancia de la acción intersectorial para su abordaje. Más tarde, la primera conferencia mundial para la promoción de la salud, con el lanzamiento de la Carta de Ottawa de 1986, se convirtió en un precursor de los esfuerzos de la comunidad sanitaria mundial para considerar el papel de otros sectores en el logro de la salud y el bienestar. En 1988, durante la segunda Conferencia Mundial de Promoción de la Salud de la OMS en Adelaide, se enfatizó el concepto de "Política Pública Saludable", además de la salud mental en todas las políticas, y se identificaron áreas clave para la Acción Intersectorial (alimentación y nutrición, tabaco y alcohol) Una década más tarde, en 1997, una conferencia internacional en Canadá sobre la relevancia de la Acción Intersectorial para la salud en el siglo XXI, evaluó su progreso y relevancia para los desafíos futuros. El concepto de Acción Intersectorial se incorporó en 2006 con el lanzamiento del libro 'Salud en todas las políticas: perspectivas y potencial', publicado en el marco de la Presidencia finlandesa de la Unión Europea, y se adoptó a nivel mundial en la 8a Conferencia Mundial sobre Promoción de la Salud en Helsinki, Finlandia en 2013 (Mondal S, Van Belle S, Maioni A, 2021).

Es así como, en el sector salud se ha impulsado el concepto de Acción Intersectorial para hacer y adoptar políticas públicas, reconociendo que enmarcar los objetivos de salud en las agendas de otros sectores permite un mejor abordaje de los determinantes sociales; y al tener en cuenta las causas de las causas (como el impacto macroeconómico y microeconómico) mayores serán las probabilidades de éxito de los programas y acciones intersectoriales y su sostenibilidad a largo plazo (Mondal et. al, 2021).



Por su parte, el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia ha propuesto que la coordinación intersectorial es un proceso pensado, planeado y programado, implica reconocer los factores que intervienen en su desarrollo para orientar acciones, actividades e intervenciones dirigidas a una ejecución efectiva. Esta acción conjunta debe abarcar las dinámicas políticas, culturales, ambientales y económicas identificadas en el territorio y estar centrada en la participación social que se refleje en la construcción de agendas conjuntas equitativas, sostenibles y costo-efectivas (MSPS, 2016).

Para este Ministerio, los objetivos de la coordinación intersectorial se pueden resumir en:

- 1) Evitar o minimizar la duplicidad y superposición de políticas,
- 2) Reducir las inconsistencias de las políticas,
- 3) Asegurar prioridades de políticas y apuntar a la cohesión y coherencia entre ellas,
- 4) Atenuar el conflicto político y burocrático, y
- 5) Promover una perspectiva holística que supere la mirada sectorial y estrecha de las políticas.

Es así como, la coordinación intersectorial produce sinergias asociativas y colaborativas que promueven: el intercambio de información y conocimientos entre las partes, los procesos y actividades necesarias para implementar acciones estratégicas concertadas entre los distintos actores y sectores participantes, los recursos para establecer articulaciones y complementariedades entre los participantes a nivel del presupuesto y de competencias en juego, y de autoridad, pues la coordinación exige decisión y fuerza política para crear convergencias y articulaciones entre diferentes áreas de gobierno. En los territorios la coordinación intersectorial desempeña un papel central para incrementar la corresponsabilidad ciudadana, la percepción del riesgo, el empoderamiento y la apropiación de las acciones, así como su sostenibilidad (MSPS, 2016). **Todo lo anterior, permite usar de manera más efectiva los recursos y lograr una mayor cobertura en las acciones y la apropiación de la integralidad en la atención.**

De tal manera, retomando lo antes expuesto en el marco teórico de este documento en relación con la responsabilidad del Estado en generar las condiciones necesarias de inclusión e integración social para el goce pleno de los derechos en la población adulta mayor, es evidente que esto exige promover una acción intersectorial permanente y altamente participativa que le brinde a las personas mayores la oportunidad de contribuir a la sociedad como mecanismo para mantenerse activo y saludable, acorde con la dignidad humana. Promoviendo el desarrollo de la autonomía, independencia y empoderamiento, entendido como el proceso por el cual una persona usa su poder personal para tomar decisiones y actuar asumiendo el control de su vida.

6.1.1 Instancias Intersectoriales

En el nivel nacional

Para el logro de lo anterior, el Decreto 1251 de 2008, otorga al Ministerio de Salud y Protección Social la responsabilidad de hacer seguimiento a la implementación de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez, y le brinda una importante instancia intersectorial de apoyo para este proceso: el **Consejo Nacional de Personas Mayores**, que se crea por el Decreto 163 de 2021, como órgano consultivo de carácter permanente en su labor de coordinación del desarrollo y ejecución de esta Política Nacional, mediante la articulación y concertación de acciones con otros Consejos e instancias plurales que



traten aspectos de la política social y de inclusión social en los niveles nacional y territorial, así como de ámbito internacional, sobre población de personas mayores o envejecimiento y vejez.

A través de este Consejo Nacional de Personas Mayores, se deben promover las labores de coordinación interinstitucional conformando **grupos de enlace con los Ministerios de Salud y Protección Social, Educación, Transporte, Comercio, Industria y Turismo, Comunicaciones, Hacienda y Crédito Público y las demás entidades y organismos** que se estime conveniente vincular a fin de fomentar la creación, continuidad y acceso a programas y servicios de atención integral a las personas mayores, de manera articulada desde el nivel nacional y con directrices claras para su implementación, igualmente articulada a nivel territorial.

También se cuenta con otras instancias, **como, por ejemplo: el Consejo Nacional de Salud Mental, el Consejo Nacional de Discapacidad**, entre otros **con los que se debe articular** para fortalecer las alianzas intersectoriales orientadas a garantizar el envejecimiento saludable y productivo de todas las personas en Colombia.

En el nivel territorial

De igual manera, en el marco de la implementación de la Política Nacional de Envejecimiento y vejez, los territorios de todo el país han avanzado en la conformación y el fortalecimiento de los **consejos departamentales, distritales y municipales de personas mayores**; liderados desde las secretarías de lo social, se convierten en instancias de coordinación intersectorial que orientan y apoyan la articulación de las acciones de los diferentes sectores, respondiendo de manera integral e integrada a las necesidades de las personas mayores, atendiendo a sus particularidades en lo local. Estos consejos pueden conformarse y funcionan en el marco de la autonomía conferida a cada entidad territorial. En la actualidad, ya se encuentran funcionando en varios municipios del país, y cualquier tema relevante relacionado o propio de la población adulta mayor de su respectiva jurisdicción, debe ser consultado con esta instancia.

Al igual que en el nivel nacional, el accionar de estas instancias territoriales de participación y coordinación intersectorial, debe articularse con los **Consejos Departamentales y Distritales de Salud Mental**, con los **Consejos de Política Social**, los **Consejos de Participación Social en Salud**, y los demás involucrados en el bienestar, desarrollo y la calidad de vida de la población adulta mayor.

En el mismo orden de ideas, es importante resaltar que las políticas departamentales y distritales y los **Planes Municipales de Atención Integral de las Personas Mayores, el envejecimiento humano y la vejez**, deben promover, gestionar y facilitar la coordinación de los servicios de salud y de los servicios sociales dirigidos a las personas mayores. De tal manera, adoptar medidas, acordes con el principio de descentralización, dirigidas a regular y financiar la organización social del cuidado, la identificación de los beneficiarios de los servicios, la definición del conjunto de servicios requeridos por las personas mayores en condición de dependencia funcional o demencia y la garantía de calidad de tales servicios (BID, 2018).

Es así como, las acciones articuladas, combinadas y simultáneas de los servicios de salud y de los servicios sociales, por sus especiales características, son indispensables para aumentar la autonomía, paliar las limitaciones o sufrimientos y facilitar la realización



de las actividades de la vida diaria de las personas en condición de dependencia funcional o demencia. Dentro del conjunto de servicios de cuidado, se contemplan acciones que son integrales, y que, por lo tanto, requieren la participación articulada entre los servicios de salud y los servicios sociales, tales como: 1) Atenciones domiciliarias (visitas de enfermería, cuidados de día o noche, cuidados de corto plazo por respiro, ayuda doméstica como limpieza o lavandería y cuidado personal como bañarse o rasurarse, por ejemplo), 2) Atenciones en instituciones (centros de bienestar o instituciones de atención) y 3) Transferencias en efectivo para casos especiales (BID, 2018a).

Por lo anterior, en el marco de estos procesos de coordinación intersectorial, es importante definir los mecanismos para facilitar el trabajo en red entre las diferentes instancias presentes en el municipio y las rutas de acceso a los programas y servicios de los diferentes sectores.

El Ministerio de Salud y Protección Social ha venido trabajando en el **mejoramiento de la calidad de los servicios de salud**, prestados por las diferentes modalidades de atención, a las personas mayores por parte de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud; en el marco de la implementación de la **Ruta Integral de Atención para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud** y las **Rutas integrales de atención en salud para los diferentes grupos de riesgo**.

Asimismo, este Ministerio viene acompañando y trabajando en la reglamentación para la prestación de servicios dentro de los estándares de calidad de los centros vida o centros de día, los centros de ayuda a domicilio, centros de bienestar, centros de protección social o centros de larga estancia para personas mayores

En este sentido, se destaca la importancia de la **articulación sinérgica entre los actores del sistema de salud y sociosanitarios** para garantizar la atención integral en salud, a través de las acciones de gestión de la salud pública, y las intervenciones poblacionales, colectivas e individuales que se establecen las rutas integrales de atención en salud, así como la Ruta de Atención Socio Sanitaria definida por el Ministerio de Salud y Protección Social, bajo el liderazgo de la oficina de Promoción Social, y contempla las intervenciones sanitarias y sociales que deben recibir todas las personas mayores, de manera oportuna y con calidad.

Lo anterior es importante, porque desde los servicios de salud se puede identificar a las personas que están aisladas o solas, de la misma forma que se identifican factores de riesgo como el tabaquismo, la dieta poco saludable y el sedentarismo. Los prestadores de salud pueden ser el único punto de contacto social para muchas personas mayores (Hughes y colaboradores, 2004). Por esta razón, autores como Freedman (2020) han sugerido que el talento humano del primer nivel de atención use un enfoque centrado en las personas, facilitando que cuenten su historia y así poder orientarlas para encontrar opciones que pueden estar en la articulación con actores de otros sectores. En este sentido, se han planteado desafíos relacionados con personas mayores que presentan vulnerabilidades, como, por ejemplo: migrantes, personas que se identifican como LGBTQ+, entre otras que experimentan temor al rechazo y a la dependencia de servicios de salud y sociales en la vejez (Lottmann, 2020).



Por razones como estas, es necesario **fortalecer los mecanismos de articulación con los demás sectores**, de tal manera que, desde las instituciones de salud⁴ se identifique a las personas mayores con necesidades de atención por parte de otros sectores, se orienten para su acceso y que este sea efectivo. De la misma forma, los actores de los otros sectores identifiquen los riesgos en salud de las personas mayores vinculadas a sus programas y servicios en los diferentes entornos y logren canalizarlas de manera efectiva a los del sector salud. Esto sin duda contribuye en términos de prevención, aunque principalmente terciaria y a corto plazo.

Se logran mejores resultados al trascender de la *coordinación o cooperación intersectorial*, hacia la **integración intersectorial**, que es lo que se busca a través de la formulación, seguimiento, evaluación y financiamiento conjunto de acciones en las que participan de manera activa los diferentes sectores, generando transformaciones positivas en los determinantes sociales de la salud y, por lo tanto, resultados más contundentes, integrales y a largo plazo en el mejoramiento de la salud y la calidad de vida de las personas mayores.

En este sentido, y como se mencionó anteriormente en este documento, el sector salud, como líder de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez, cuenta con importantes herramientas para promover el fortalecimiento de la intersectorialidad, en el nivel nacional y territorial, a través de los diferentes consejos y otras instancias intersectoriales de concertación y toma de decisiones.

En este accionar, en aras de buscar un mayor bienestar para la población adulta mayor, es importante la articulación con los planes de desarrollo distritales y departamentales, así como los análisis de la situación de salud de los diferentes territorios, de tal forma que respondan de manera eficiente, particular y oportuna a las necesidades territoriales y culturales acordes al contexto que rodea a las personas adultas mayores. **A continuación, se presentan aspectos claves a tener en cuenta para la eficiencia de estos procesos.**

6.1.2 Acciones intersectoriales para promover el envejecimiento activo y saludable. Recomendaciones con base en la evidencia.

En relación con los aspectos a tener en cuenta para concretar las acciones intersectoriales para promover el envejecimiento activo y saludable, se han caracterizado diferentes dimensiones que afectan la longevidad y la calidad del envejecimiento. En búsqueda de un *envejecimiento social exitoso*, autores como Chen (2021), evalúan los siguientes cinco dominios: bienestar, productividad y compromiso, equidad, cohesión y seguridad. Cada dominio se compone de dos a cinco subdominios que abarcan desde el acceso al mercado laboral hasta el gasto público en cuidados de larga duración (Chen C Maung K, 2021).

En este orden de ideas, se han planteado **intervenciones orientadas a reducir el aislamiento social y la soledad durante este momento del curso de vida, que aportan de manera general al bienestar y calidad de vida de las personas mayores,**

⁴ A través de los procesos de análisis de situación de salud, perfiles epidemiológicos territoriales, caracterización de población afiliada a las EAPB y de grupos poblacionales específicos, así como durante las valoraciones en el marco de las Rutas Integrales de Atención Integral en Salud y en las intervenciones colectivas que se realicen en los diferentes entornos.



y que pueden desarrollarse en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas - PIC.

Estas intervenciones fueron categorizadas por Gardiner (2018) de la siguiente manera:

- **Intervenciones de facilitación social**, que buscan acercar a las personas que pudieran sentirse solas, generando un beneficio mutuo en un ambiente de apoyo, compañerismo, manteniéndose ocupados y con sentido de pertenencia, como, por ejemplo: clubes de amistad, grupos culturales, diferentes espacios de socialización que incluyen las redes sociales.
- **Intervenciones psicológicas** (fortalecimiento de capacidades de afrontamiento): Principalmente centradas en la atención plena y reducción del estrés, y en apoyo cognitivo y social. Estas intervenciones se describieron en los capítulos previos de este documento, en el marco de la RIA para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud.
- **Provisión de atención social y de salud:** Estas intervenciones se caracterizan por la participación del sector salud, ya sea en las instituciones de protección y cuidado de personas mayores o en los dispositivos comunitarios desarrollados bajo los preceptos de la Rehabilitación Basada en Comunidad. Se destaca la efectividad de las acciones articuladas con instituciones educativas que también realizan actividades en estos hogares de protección. Ver lineamientos nacionales en el siguiente link: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Discapacidad/Paginas/rehabilitacion-RBC.aspx>
- **Intervenciones de amistad:** se diferencian de las intervenciones de facilitación social en que el objetivo principal es apoyar al individuo solitario, en lugar de promover una relación de beneficio mutuo (aunque esto puede ser una consecuencia secundaria importante). Estas estrategias se han implementado incluso de manera telefónica logrando aliviar la soledad y generar un sentido de pertenencia y "saber que hay un amigo ahí afuera" (Cattan M., 2005). Estas intervenciones se pueden desarrollar desde las Líneas de teleorientación en salud mental, realizando llamadas frecuentes de seguimiento a las personas mayores identificadas con riesgos en salud mental y que no cuentan con una red de apoyo social o familiar fortalecida.
- **Intervenciones para el desarrollo de ocio/habilidades:** como, por ejemplo: cursos para mejorar el uso de computadores y de internet, entre otros, pueden facilitar el apoyo social y disminuir la soledad. También actividades productivas, como leer o participar en pasatiempos; mientras que las actividades de consumo pasivo (como ver televisión) no aportan en este sentido (V., 2013).
- **Solidaridad intergeneracional:** hace referencia al apoyo que se da entre generaciones con el propósito de protegerse mutuamente y facilitar el buen trato, el respeto mutuo y una imagen adecuada de la vejez.

Este tipo de intervenciones se pueden realizar de manera articulada con instituciones educativas que realicen educación para adultos o con Cajas de Compensación Familiar que desarrollen este tipo de actividades.

Se destacan aspectos clave para lograr el éxito en intervenciones como las antes descritas:



- Adaptabilidad de la intervención a cada contexto.
- Involucramiento de los beneficiarios en el diseño e implementación de las intervenciones.
- Claridad en los objetivos de las actividades
- Participación productiva de los beneficiarios manteniéndose ocupados con un propósito: como participar en pasatiempos o responsabilidades diarias, independientemente de si estos involucran contacto con otros, con la intención de pasar el tiempo o lograr algo (leer, escuchar música, salir a caminar, limpiar, cocinar y hacer manualidades).
- Validación de la autonomía de las personas mayores.
- Construcción o fortalecimiento de redes de apoyo (Ronzi S, What is the impact on health and wellbeing of interventions that foster respect and social inclusion in community-residing older adults? A systematic review of quantitative and qualitative studies, 2018).
- Así mismo, la evidencia destaca las **intervenciones grupales** porque reúnen a las personas en torno a un interés común y pueden incluir sesiones de actividad social, educativa, física y terapias grupales. Las intervenciones que involucran activamente a las personas beneficiarias desde su diseño y **que integran aspectos educativos y sociales** son más efectivas para aliviar el aislamiento social (Cotterell, 2018).

También las intervenciones que promueven el **diálogo intergeneracional**, las que involucran **tecnologías de la información y la comunicación** y las que integran múltiples actividades, aportan en fortalecer la autoconfianza y autoestima, sentirse valorado, mejores relaciones e interacciones sociales, reducción del aislamiento social, sentimiento de felicidad y disfrute y sentirse más físicamente activo (Ronzi y colaboradores, 2018). Esto se debe a que las personas formulan sus identidades con base a las relaciones con múltiples miembros de la familia y múltiples generaciones (Ferrer I, 2017), es así como **la capacidad de agencia (o de auto gestión) se fortalece en la interacción con la estructura social a lo largo de la vida** (Holman D. W., 2021) y al llegar a la vejez se hace necesario redimensionar el sentimiento de identidad y la autoestima, para lo cual es indispensable la participación familiar y de la comunidad, dejando atrás antiguos patrones de institucionalización (Martínez, 2014).

En este punto es importante resaltar que, si bien estas actividades **pueden realizarse de manera presencial, virtual e incluso telefónicamente**, para que sean exitosas es necesario generar estrategias para facilitar la participación de las personas mayores con alguna limitación asociada con la movilidad, la visión y la audición; para esto se debe **garantizar el acceso a los servicios de salud, a la rehabilitación y a las ayudas tecnológicas necesarias para recuperar su funcionalidad y autonomía.**

En cuanto a la frecuencia de las intervenciones, de manera general, se recomienda realizar diariamente las intervenciones virtuales y telefónicas. Las intervenciones presenciales pueden tener periodicidad de una o dos veces por semana, con duración de una hora en adelante y con objetivos claros que permitan obtener resultados concretos a corto, mediano y largo plazo. Estas incluyen cursos y clubes o grupos para desarrollar diferentes habilidades y generar vínculos entre los participantes (pintura, manualidades, huertas y jardines, danza, teatro, yoga, mindfulness, entre otros) o de discusión sobre diferentes intereses compartidos (lectura, cine, música, otros), interacción con animales, actividades lúdicas, recreativas y de ocio con niños, niñas (en el marco de programas escolares) y familiares (celebración de días especiales y conmemorativos), también grupos de apoyo para el abordaje de necesidades más específicas como el manejo de



duelos, ansiedad, depresión, otros). Incluso se han reportado resultados positivos en la reducción de la soledad a través de programas radiales con contenido de interés especialmente dirigidos a las personas mayores (O'Rourke, 2018).

A continuación, se presentan algunas de las estrategias que se han venido desarrollando en el país, desde el nivel nacional, en el marco de la implementación de la política nacional de envejecimiento y vejez, las cuales pueden tenerse en cuenta para concretar la articulación entre los diferentes sectores.

6.1.3 Estrategias Educativas

La educación se convierte en una forma de participación, por tal motivo, generar programas integrales para personas mayores con espacios interactivos de aprendizaje, creatividad, de diálogo y reflexión, deportes y cultura representan una fuente de enriquecimiento y de bienestar personal para quienes participan. Facilita la integración social generando una mayor confianza en sí mismos y una mayor seguridad en la toma de decisiones. Estos cambios favorecen la integración social estableciéndose una red de vínculos que fortalecen su pertenencia, mejorando su calidad de vida, mediante el desarrollo de proyectos personales que les permitan renovar el vínculo con sus familias, sus comunidades y con ellos mismos. Las personas mayores son el eslabón de una cadena de cronistas que necesitan dejar su legado a través del testimonio y el relato (Martínez, 2014).

Un ejemplo de articulación intersectorial en el sentido de lo antes descrito, fue la propuesta del *Banco de Tiempos y Talentos al Servicio del Bien Común*, iniciativa conjunta del Minsalud y el Mineducación en 2016, con el objetivo de promover que personas de diferentes edades, en especial adultas mayores, ofrecieran su tiempo y su talento al servicio del bien común, desde su experiencia de vida, de saberes y visiones positivas de futuro.

6.1.4 Estrategias artísticas y culturales

Durante muchos años, se ha descrito que las personas mayores, especialmente con deterioro cognitivo, responden positivamente a las intervenciones artísticas, tal como se explicó en capítulos anteriores de este documento. Estas intervenciones deben **trascender la terapia ocupacional para transformarse en proyectos de participación creativa** que tengan significado y propósito para una variedad de participantes conectados con las personas mayores, incluidos nietos, hijos, amigos, cuidadores y el público en general. Se trata de construir un producto o evento en el que las personas mayores sus cuidadores y familias puedan invertir y compartir con orgullo, construyendo relaciones y sentido de comunidad. La búsqueda de arte, así como la creación de arte, brindan estimulación mental y posibilidades de aprendizaje, así como una salida para despertar la expresión y la interpretación creativa. (Resnik, 2004).

De otra parte, el **Ministerio de Cultura** busca proteger los derechos culturales de las personas mayores, a través del programa de promoción del reconocimiento de las personas mayores en la conservación de la memoria histórica y transmisión de saberes, mediante la Mesa de los Abuelos que promueve el diálogo sobre patrimonios culturales de diferentes comunidades colombianas. También mediante los Círculos de la Palabra, como espacios de trasmisión de saberes y conocimiento para los pueblos indígenas sobre cómo sus tradiciones propias se pueden proteger, conservar, afianzar y transmitir. De tal



manera, también es posible fortalecer sus relaciones interpersonales desde la perspectiva del buen vivir, promoviendo la expresión libre de opiniones, sentimientos y necesidades; lo cual aporta a la reducción de los sentimientos de soledad y abandono por parte de sus familias, e incluso de quienes están a cargo de su cuidado en centros de protección. Estos grupos pueden fortalecerse para brindar apoyo continuado mutuo entre las personas mayores que los conforman, encontrando soporte a las necesidades de afecto, participación, identidad y libertad, tal como lo plantea Chadi (2000) con las redes de apoyo desde una perspectiva sistémica (Cely-Gómez y colaboradores, 2020).

De otra parte, mediante el **Programa Nacional de Estímulos**, el Ministerio de Cultura reconoce a las personas mayores de 50 años, por su dedicación al enriquecimiento de la cultura ancestral de sus comunidades Negras, Raizales, Palenqueras y Afro Colombianas, y a las personas indígenas mayores de 50 años, por su dedicación al enriquecimiento de la cultura ancestral de sus comunidades y pueblos indígenas, y reconoce además a aquellos ciudadanos colombianos mayores de sesenta y cinco (65) años que a lo largo de su vida han contribuido de manera significativa al enriquecimiento de los valores artísticos y culturales de la nación a través de su obra.

6.1.5 Estrategias recreativas y deportivas

El **Ministerio del Deporte**, ha venido implementando el **Programa Nuevo Comienzo, Otro Motivo para Vivir**, con una propuesta metodológica que invita a toda la ciudadanía a vivenciar, reconocer y empoderar a las personas mayores a través del disfrute de los diversos ambientes y encuentros recreativos, artísticos, deportivos, entre otras expresiones propias de los territorios. Así mismo desarrolla la **Estrategia Nacional de Recreación para y con las personas mayores**, en el marco del Plan Nacional de Recreación por curso de vida, propiciando estrategias desde las diferentes instituciones para la movilización del voluntariado en diferentes áreas, como la salud, la educación y la gestión; además de dar apertura a propuestas como la **universidad para personas mayores**, donde no solo se cualifica académicamente a aquel que no tuvo acceso, sino que también aportan desde la **interacción con jóvenes y comunidad científica** a una transformación estratégica de la misma universidad. Además, cuenta con la **estrategia Glorias del deporte**.

De otra parte, **las Cajas de Compensación Familiar**, cuentan con una oferta bastante nutrida de programas que integran varias de las acciones antes descritas, las cuales sin duda favorecen el envejecimiento activo y saludable, a la vez que propician la conformación y fortalecimiento de redes sociales de apoyo entre y para la población adulta mayor y sus familias.

6.1.6 Estrategias de empleabilidad y generación de ingresos

En un estudio realizado por la Fundación Saldarriaga Concha y Fedesarrollo en 2015, reportaron que el 31% de las personas mayores trabaja, promedio que está por encima del 10 % de la OECD (Fedesarrollo., 2015). Explican que, **por no haber accedido a una pensión, muchas personas mayores se ven obligadas a seguir trabajando, con elevadas tasas de informalidad entre los mayores de 60 años en las zonas urbanas**. Esto refleja la dificultad que encuentran los trabajadores para ingresar o mantenerse en el sector formal. **La informalidad es uno de los mayores obstáculos para garantizar la protección durante la vejez** y aumentar la cobertura en pensiones; pero el 77,2% de las personas mayores 60 años no recibe pensión (Martínez-Restrepo, Enríquez, Pertuz y



Álzate-Mesa, 2015). Según la encuesta SABE solo el 9,8% de las mujeres mayores de 70 años y el 8,6% de los hombres de la misma edad informa recibir una pensión.

Por su parte, la CEPAL y la OIT (2018) enfatizan en que, desde una perspectiva de derechos, las políticas deberían **diferenciar entre la inserción laboral involuntaria y voluntaria de las personas mayores, para enfrentar los factores que determinan la primera y facilitar la segunda**. Entre las medidas para reducir la inserción laboral involuntaria destaca, por supuesto, el **acceso a una pensión digna** mediante la expansión y transformación de los sistemas de pensiones. Esto implica expandir los sistemas contributivos de pensiones por medio de la formalización de las relaciones laborales e impulsar reformas financieramente sostenibles que aumenten los montos otorgados por los sistemas de pensiones, sobre todo para las personas que tienen bajos ingresos laborales a lo largo de su vida activa. Además, es necesario fortalecer los sistemas no contributivos porque para gran parte de la población es imposible alcanzar un monto digno de jubilación a través de sus aportes a un sistema contributivo.

También proponen promover **oportunidades de trabajo remunerado a tiempo parcial para las personas mayores** que quieran mantenerse activas y obtener ingresos adicionales y **capacitar a las personas mayores para adaptar sus cualificaciones** a los cambios en los procesos productivos y organizativos, por ejemplo, cuando el envejecimiento o alguna discapacidad les impidan desempeñarse en su ocupación anterior, pero tengan la capacidad y el interés para trabajar en otra ocupación. “En el caso del trabajo independiente, el **acceso al crédito** puede ser un obstáculo que tiende a agravarse para las personas mayores, por consideraciones de riesgo de las instituciones financieras. En respuesta a esta restricción, en varios países se han establecido programas especiales que otorgan créditos para este grupo de edad. Revisar estas experiencias y diseñar productos financieros para las personas mayores, con un adecuado manejo del riesgo, puede facilitar su inserción productiva voluntaria” (CEPAL/OIT, 2018).

Como parte de la respuesta articulada de los diferentes sectores a esta problemática, se recomienda tener en cuenta los siguientes avances:

- La Ley 797 de 2003 creó la Subcuenta de Subsistencia del Fondo de Solidaridad Pensional, destinada a la protección de las personas en estado de indigencia o de pobreza extrema, mediante el otorgamiento de un subsidio económico a través del **Programa de Protección Social al Adulto Mayor, hoy Colombia Mayor, que tiene como objetivo fundamental proteger a las personas mayores, que se encuentran en estado de indigencia o de extrema pobreza, actualmente mediante un subsidio de \$80.000 mensuales.**
- **La Unidad del Servicio Público de Empleo está desarrollando la Estrategia de Inclusión Laboral para Personas mayores**, que no hayan cumplido los requisitos de pensión.
- En el marco de la reparación por vía administrativa de las personas mayores víctimas del conflicto armado, en cumplimiento de la Resolución 1049 de 2019, se les otorga indemnización monetaria.
- El Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural conjuntamente con el Ministerio de Trabajo y el Banco Agrario de acuerdo con lo establecido en el Plan de Acción de la Política Nacional de Envejecimiento y vejez, le corresponde formular un programa de



generación de ingresos, promoción de cadenas productivas, urbanas y rurales, y reducción del índice de dependencia económica de y para personas mayores y rutas de acceso a créditos y microcréditos ofrecidos a personas mayores por entidades cooperativas, cajas de compensación familiar y banca pública.

En cumplimiento de lo anterior, el Ministerio de Trabajo, mediante la Ley 2040 de 2020 “por medio de la cual se adoptan medidas para impulsar el trabajo para personas adultas mayores...”, y se crea el **Programa Sello Amigable Adulto Mayor**, para reconocer los derechos laborales de las personas mayores e integrar el sector empresarial para estimular el empleo de dicha población. De tal manera, se identificará a las empresas que incorporen dentro de su planta laboral a personas mayores que no sean beneficiarios de la pensión de vejez, familiar o de sobrevivencia y que hayan cumplido el requisito de edad de pensión establecido en la Ley, de conformidad con los roles establecidos por el Ministerio de Trabajo.

- El Ministerio de Comercio, Industria y Turismo avanzando en la Estrategia para el Fortalecimiento del Turismo Social, estructuró una hoja de ruta para el 2021 en la cual se establecen estrategias y programas con acciones dirigidas a las personas mayores. En referencia a Desarrollo Empresarial, la Unidad de Gestión de Crecimiento Empresarial -INNPULSA-, genera instrumentos que benefician a empresas y emprendimientos dentro de todos los grupos etarios, incluyendo a personas mayores. En el marco de los objetivos de política para 2024, el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo deberá fortalecer la oferta de instrumentos específicos de apoyo a empresas que producen bienes y servicios destinados a esta población, así como en sus iniciativas productivas.
- Al Ministerio de Transporte le corresponde lo relacionado con la disposición de transporte público accesible a las condiciones de las personas mayores, en los entornos urbanos y rurales, en articulación con las secretarías municipales de transporte el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo y de las secretarías de turismo, en 32 capitales de Departamento.
- El Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio, en el marco de la formulación de sus diferentes programas, debe tener en cuenta el enfoque diferencial y el criterio de especial protección establecido a favor de las personas mayores. Como por ejemplo en los programas Semillero de Propietarios, Casa Digna, Vida Digna, Mi Casa Ya y Vivienda Gratuita.
- El Ministerio de Justicia ha producido las rutas de justicia relacionadas con abandono de personas mayores, acuerdo sobre alimentos para personas de 60 o más años y sobre solicitud de alimentos para personas mayores con discapacidad.

No obstante los anteriores desarrollos desde el nivel nacional, se aclara que **los territorios deben articular con las organizaciones productivas y las agencias, fondos u otros sistemas o estrategias de empleabilidad que operen en la región**, para estructurar e implementar programas de empleabilidad y emprendimiento para las personas mayores que necesitan o desean continuar trabajando; también programas de educación que promuevan competencias que requiere el mercado laboral actual, por ejemplo: en el manejo de las TIC's; así como programas para la vinculación laboral de personas mayores, atendiendo a la Ley 2040 de 2020 y el Programa Sello Amigable



Adulto Mayor y los demás que se promueven en todo el país y que se mencionaron antes en este apartado.

Para el logro y continuidad de lo anterior, es importante implementar acciones para la reducción del estigma y la discriminación relacionados con la edad en las organizaciones y profesionales de la región. Esto puede hacerse de manera articulada con las intervenciones para la seguridad y salud en el trabajo, como la promoción estilos de vida saludable y de la salud mental en el entorno laboral; así como en el marco de la implementación de los protocolos de intervención de los riesgos psicosociales de los trabajadores (Mintrabajo, Resolución 2404 de 2019).

6.2 Orientaciones para las Direcciones Territoriales de Salud

Poniendo el foco en los territorios, a continuación, se presentan, de manera indicativa, algunas orientaciones para las Entidades Territoriales de Salud, desde los procesos de gestión de la salud pública y del Plan de Intervenciones Colectivas.

6.2.1 Gestión de la Salud Pública

Desde el marco de las responsabilidades de los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud establecidas en la resolución 3280 de 2018, es indispensable que las entidades territoriales avancen en los siguientes aspectos:

- Identificar, caracterizar y analizar los factores que pueden estar limitando la participación y la inclusión social de las personas mayores, con enfoque de determinantes sociales, curso de vida y de derechos. Para esta y las demás acciones, se recomienda mantener una estrecha articulación con las secretarías de lo social en los territorios.
- Incorporar, en las herramientas de planeación territorial, las acciones orientadas a transformar los factores que limitan la participación y la inclusión social de las personas mayores, integrando las acciones intersectoriales indispensables para su implementación.
- Participar en escenarios intersectoriales departamentales, distritales, municipales y locales, en los cuales se realiza la gestión de las políticas públicas, planes, programas, proyectos y estrategias en materia de envejecimiento y vejez, con aportes concretos que se materialicen en la implementación de estrategias para la configuración de espacios seguros e inclusivos, mediante la integración de acciones con actores de los diferentes sectores.
- Las entidades territoriales deben generar espacios o mecanismos de coordinación y concertación con las EAPB, ESE e IPS y demás actores del sector para la implementación de las RIAS.
- Implementar un plan de desarrollo de capacidades acordado con otros actores departamentales y municipales de salud y de otros sectores en temas relacionados con:
 - ✓ Política Nacional de Envejecimiento y vejez



- ✓ Determinantes sociales de la salud y desarrollo humano sostenible
 - ✓ Enfoque de curso de vida, diferencial, transeccional y de derechos aplicados a las intervenciones para el bienestar y calidad de vida de las personas mayores.
 - ✓ Identificación y transformación de factores de riesgos y de protección asociados al envejecimiento.
 - ✓ Atención con calidad y humanización en salud.
 - ✓ Identificación y transformación de imaginarios y representaciones sociales asociados al envejecimiento y la vejez.
 - ✓ Otros que se identifiquen como necesarios para cada territorio, según los resultados de la caracterización previa.
- Articular con la academia, los gremios y organizaciones de la sociedad civil, entre otros, el desarrollo de estudios e investigaciones para el cierre de brechas en la atención en salud a las personas mayores y para la implementación de estrategias intersectoriales para el desarrollo humano y la inclusión de las personas mayores.

Incluyendo proyectos de investigación que permitan hacer aproximaciones a trabajadores mayores informales y sus necesidades tanto económicas y jurídicas, como sociales y personales. Y a partir de esto, generar intervenciones para esta población en este contexto particular y de vulnerabilidad.

- Incluir en la gestión de las políticas lideradas por el sector, el desarrollo y seguimiento de la respuesta sectorial a las necesidades de las personas mayores, según lo dispuesto por la Resolución 2063 de 2017 sobre participación social en salud.

6.2.2 Gestión del Plan de Intervenciones Colectivas - PIC

- Incluir en la implementación del plan de intervenciones colectivas la prueba SRQ, para la detección temprana de trastornos mentales en adultos, en articulación con las demás intervenciones de establecidas en la Resolución 3280 de 2018, teniendo en cuenta las orientaciones brindadas en los capítulos anteriores de este documento.
- Incorporar en el PIC las acciones de información, comunicación y educación, tales como: foros, simposios, talleres, piezas comunicacionales, entre otros, con organizaciones de personas mayores, gremios, asociaciones de usuarios, organizaciones comunitarias, orientadas a:
 - ✓ Transformar creencias y representaciones sociales en la comunidad, talento humano en salud y de otros sectores, y las mismas personas mayores, en relación con imaginarios y representaciones sociales de enfermedad e incapacidad comúnmente asociadas con este momento del curso de vida.
 - ✓ Informar sobre derechos y deberes en salud para las personas mayores, orientándolas para su exigibilidad con los diferentes actores.
 - ✓ Informar sobre la oferta social y en salud disponible para la atención de la población adulta mayor en el territorio y orientar sobre los mecanismos de acceso. No sólo protección y asistencia, sino, por ejemplo: programas de actividad física, deportes y recreación, cultura, educación para adultos, proyectos productivos, entre otros.
 - ✓ Para el desarrollo efectivo de las actividades de información y de educación y comunicación para la salud, revisar las orientaciones del Ministerio de Salud y protección social en los siguientes links:



Orientaciones para el desarrollo de la Información en salud en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/orientaciones-informacion-pic.pdf>

Orientaciones para el desarrollo de la Educación y Comunicación para la salud en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/orientaciones-educacion-comunicacion.pdf>

Marco conceptual y metodológico para el desarrollo de la educación para la salud de las Rutas Integrales de Atención en Salud - RIAS: Orientaciones pedagógicas, metodológicas y didácticas. Resolución 3280 de 2018.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/directrices-educacion-pp.pdf>

- Fortalecer redes socio-institucionales y comunitarias en el territorio, que atiendan las necesidades diferenciales de las personas mayores, favoreciendo su inclusión social efectiva a partir de sus necesidades e intereses para el desarrollo de todas sus dimensiones como personas (salud, educación, productividad en todos los sentidos, espiritualidad, entre otros).
- Para profundizar en la metodología para la articulación intersectorial y el trabajo en red, consultar los siguientes documentos publicados en el Repositorio Institucional Digital del Minsalud:
 - ✓ Orientaciones para la Intersectorialidad:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/orientaciones-intersectorialidad.pdf>
 - ✓ Orientaciones para la conformación y fortalecimiento de redes sociales y comunitarias en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/orientaciones-redes-sociales-comunitarias-pic.pdf>

6.2.3 Orientaciones para las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios en Salud

- Identificar las necesidades de las personas mayores en los procesos de caracterización de la población afiliada a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios en salud.
- Incorporar en el Modelo de atención el enfoque de curso de vida y de envejecimiento activo y saludable.
- Gestionar la garantía de la atención integral en salud mental para todas las personas mayores y sus familias afiliadas.
- Desarrollar capacidades del talento humano en salud, administrativos, vigilancia y servicios generales, entre otros, de la red de prestadores de servicios, orientadas a:



- ✓ Transformar creencias y representaciones sociales, asociadas a las personas mayores como incapaces o enfermas.
- ✓ Informar sobre derechos y deberes en salud para las personas mayores orientándolas para su garantía.
- ✓ Fortalecer las capacidades del talento humano en salud para brindar intervenciones basadas en evidencia, con enfoque de género y culturalmente apropiadas a la población, manejar de manera proactiva los factores de riesgo modificables en relación con el deterioro cognitivo y la demencia y que se comparten con otras enfermedades no transmisibles.

Todo lo anterior, orientado a facilitar el acceso de las personas mayores a los servicios y programas de salud, y para concretar su participación activa en el mejoramiento de los mismos, en el marco de la garantía de sus derechos humanos, con equidad, sin discriminación y efectivamente destinados al logro del envejecimiento activo y saludable. Lo anterior implica que las EAPBS reconozcan la amplia gama de capacidades y recursos entre las personas mayores para anticipar y responder con flexibilidad a las necesidades y preferencias relacionadas con el envejecimiento, respetando sus decisiones y opciones de estilo de vida, pero protegiendo a los más vulnerables y promoviendo su inclusión y contribución en todos los entornos de vida (Acosta y Sanchez, 2020).

6.2.4 Orientaciones para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

- Realizar procesos de capacitación del personal que atienden los servicios de salud (administrativos, servicios generales, técnicos y profesionales en salud), orientados al reconocimiento de los derechos y necesidades de atención en salud particulares de las personas mayores.
- Establecer dentro de los procesos de mejoramiento continuo de la calidad aspectos relacionados con el servicio humanizado, así como, comportamiento respetuoso, al relacionarse con las personas usuarias, a fin de garantizar la materialización efectiva de sus derechos.
- Fortalecer los procesos de canalización y trabajo en red con otros servicios en salud y sociales presentes en la comunidad, orientados a la protección y la inclusión social efectiva de esta población.
- En el marco de la resolución 3280 de 2018, garantizar la prestación de los servicios contratados en el marco de las Rutas Integrales de Atención en Salud, ajustando sus procesos administrativos para eliminar barreras de acceso tales como agendas, atención preferencial según las necesidades de la población usuaria, dispensación de medicamentos u otros dispositivos, implementación del proceso de referencia y contrarreferencia de muestras y resultados, la inclusión de ajustes razonables para la eliminación de barreras físicas, actitudinales y comunicativas, entre otros. Dicha competencia incluye la finalidad de educación para la salud, y a su vez la implementación del ciclo de entrenamiento cognitivo y emocional proceso de entrenamiento cognitivo y emocional, dirigida a la población afiliadas mayor de 60 años.



7 Educación para la salud en personas mayores - Entrenamiento cognitivo y emocional

Los cambios típicos de la edad como el debilitamiento de la visión y la audición, disminución de la sensibilidad, disminución de la velocidad de aprendizaje y de reacción, dificultades para mantener la concentración y la retentiva afectan directamente el funcionamiento cotidiano, el estado de ánimo y la conducta de las personas mayores sanas y con patologías crónicas como demencias. Sin embargo, estas funciones se mantienen conservadas si se entrenan continuamente.

En una revisión bibliográfica, acerca de las mejoras de las capacidades cognitivas en personas mayores, realizado por el Servicio Andaluz de Salud y la Universidad de Almería, se encontraron diversas propuestas para incidir en el mantenimiento de las funciones neurocognitivas de las personas mayores, dentro de las que cabe mencionar que el uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación - TIC, benefician en la estimulación de los procesos cognitivos durante la vejez; al respecto se ha encontrado que las personas mayores tienen todas las capacidades para aprender a usar las TIC y en efecto su uso beneficia el desarrollo de la inteligencia, la atención, la memoria y el lenguaje entre otras funciones cognitivas (Archilla Castillo et al., 2017).

Asimismo, Ponce de León y García, evidenciaron en su estudio que los videojuegos y programas de estimulación en computador afectan positivamente el desempeño de las funciones cognitivas, mejorando el aprendizaje debido a un aumento en la velocidad de procesamiento. En este mismo estudio se encontró que la participación en programas de estudios en universidad para personas mayores, programas socioeducativos o escuelas de promoción del envejecimiento activo, inciden significativamente en la conservación de la autonomía y en la motivación para aprender de las personas mayores, manteniéndolos activos y saludables (Ponce de León Romero, L., y García, F.J., 2013).

Otro estudio, realizado con 42 personas mayores, residentes en una casa de retiro en Chiapas, México; cuya edad oscilaba entre 70 y 97 años, siendo la mayoría de ellos de bajo estrato socioeconómico, abandonados por sus familiares y con diferentes grados de discapacidad física o cognitiva. A quienes se les aplicó un programa de entrenamiento cognitivo combinado (PEC), que incluía ejercicios físicos y cognitivos, técnicas de motivación y actividades para mejorar habilidades sociales y la capacidad para resolver problemas de la vida diaria; demostró que el PEC, redujo de manera significativa los niveles de ansiedad y depresión y aumento los niveles de independencia; las capacidades cognitivas se mantuvieron estables durante todas las mediciones. Al respecto, se demostró la eficiencia del PEC, para mejorar y conservar el funcionamiento de las diferentes áreas neuropsicológicas en las personas mayores (Garín Gómez et al., 2013).

Una variedad de factores psicosociales y de estilo de vida, incluido el nivel de actividad cognitiva, social y física de por vida, y el tamaño y la complejidad de las redes sociales, pueden retrasar la aparición de la discapacidad cognitiva en algunas personas (Fratiglioni et al. 2004; Wilson et al. 2002). Incluso, una vez que se han desarrollado las dificultades cognitivas, todavía se conserva cierto grado de plasticidad, y las personas con demencia o Deterioro Cognitivo Leve (DCL) todavía tienen cierta capacidad para nuevos aprendizajes y cambios de comportamiento (Fernández-Ballesteros et al. 2003). La investigación sobre la experiencia subjetiva de la demencia o DCL sugiere que los afectados no son pacientes pasivos, sino agentes activos comprometidos en encontrar



formas de vivir y manejar los efectos de estas condiciones (Clare 2003; Lingler et al. 2006). Las intervenciones psicológicas y psicosociales tienen como objetivo generar recursos de afrontamiento que no solo brinden beneficios inmediatos, sino que también continúen respaldando el bienestar.

En el caso del DCL, condición en la que el autoinforme de la dificultad cognitiva se puede confirmar en la evaluación neuropsicológica, pero no alcanza los criterios para un diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer (EA) (Petersen 2004), la intervención cognitiva para personas con DCL tiene como objetivo mejorar el funcionamiento de la memoria en situaciones cotidianas y reducir la discapacidad relacionada con la memoria a través de un programa grupal de 5 semanas.

La memoria prospectiva en la vida cotidiana depende de una interacción compleja de habilidades de planificación y atención, así como de la recuperación de la información que se recordará (Einstein, 2005); por ejemplo, recordar llamar al plomero en algún momento de la tarde requiere elaborar un plan de cómo recordar (vinculando la intención con un plan para llamar después del almuerzo) y recordar a quién debe llamar (colocando la tarjeta de presentación del plomero junto al teléfono para recordarle que es el fontanero y no el peluquero el que necesita contactar). Por lo tanto, existen múltiples oportunidades para que las personas con deterioro cognitivo leve apliquen estrategias cognitivas para compensar las deficiencias en la memoria (Resnik B).

Un problema central se relaciona con el establecimiento de tareas apropiadas que continúen siendo ecológicamente válidas y, sin embargo, evaluables de manera confiable. No obstante, la memoria prospectiva como medida de resultado ofrece un enfoque potencialmente útil para evaluar la memoria diaria y la respuesta a la intervención cognitiva.

Dentro del ciclo de educación para la salud dirigido a adultos mayores en el marco de la RPMS, se incorpora de manera directa el proceso de entrenamiento cognitivo y emocional, el cual hace parte de la educación individual y grupal⁵ a cargo de las Empresas Administradoras de Planea de Beneficios y dentro de su estatura se proponen varias sesiones educativas, considerando el objetivo de estimular las funciones mentales en relación al aprendizaje, a apropiar y aplicar habilidades de afrontamiento y manejo del estrés y fortalecer redes sociales y lazos familiares.

La educación grupal⁶, en adultos mayores se entenderá como un tema prioritario para todas las personas mayores de 60 años cuyo punto de inicio será a partir de los 60 años y si la persona se capta más tarde, deberá iniciar su ciclo educativo inmediatamente después del primer contacto con los servicios de salud. En este sentido, la continuación del ciclo educativo para estimulación cognitiva emocional y los demás temas educativos que aquí se proponen tendrá las siguientes recomendaciones para su ejecución de acuerdo a la evidencia:

⁵ La educación individual y grupal estará a cargo de las EAPB, asegurando la cobertura para su población afiliada, como parte del Plan de Beneficios con cargo a la Unidad de Pago por Capitación - UPC. Resolución 3280 de 2018.

⁶ En la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud, la educación grupal, está dirigida a grupos que comparten un mismo momento vital o el mismo riesgo y en los que pueden participar padres y/o cuidadores (este último caso para primera infancia, infancia, adolescencia y vejez o para cualquier momento vital en los casos en que el sujeto requiera acompañamiento de su cuidador).



El inicio de las actividades educativas y las temáticas a trabajar no estará sujetas a la edad cronológica y las metodologías a utilizar y la secuencia de los temas a tratar se adaptarán de acuerdo a la situación de salud de las personas, su nivel educativo, su entorno socio-cultural, sus conocimientos previos, habilidades y destrezas y demás variables contextuales. No obstante, para la estimulación cognitiva y emocional, es importante se inicie en todos los adultos mayores a partir de los 60 años o en su defecto una vez la persona mayor se capte en los servicios de salud. Posteriormente, el proceso de estimulación cognitiva emocional se derivará a un proceso continuo a lo largo del continuum vital de la persona; estudios clínicos controlados demuestran que el entrenamiento cognitivo debe iniciarse de forma temprana para evitar o retrasar el deterioro cognitivo relacionado con el proceso de envejecimiento y prevenir el desarrollo de demencias (Willis, 2006)

El objetivo es identificar y trabajar en uno o dos objetivos personales relevantes para la vida diaria del individuo. Estos objetivos se relacionan con áreas que actualmente causan dificultades o preocupaciones, o reflejan áreas en las que el participante quisiera ver una mejora. Los objetivos pueden centrarse directamente en el impacto de las dificultades cognitivas en la vida cotidiana; por ejemplo, los participantes pueden tener como objetivo mejorar su capacidad para recordar eventos importantes durante el día o realizar un seguimiento de las pertenencias personales significativas, o para absorber y retener información importante y relevante a nivel personal. Sin embargo, algunos objetivos pueden tener un enfoque más amplio; por ejemplo, el participante puede expresar el deseo de reanudar las actividades que disfrutó anteriormente o de emprender nuevas actividades para aumentar el contacto social. Una vez que se han identificado los objetivos al inicio de la terapia, se diseña un enfoque individual para abordarlos, utilizando métodos basados en la evidencia, y se implementa en el transcurso de las sesiones. Trabajar en objetivos personales constituye el elemento central y continúa a lo largo de todas las sesiones.

En algunos programas que han mostrado efectividad, se han planteado como objetivo fortalecer de manera periódica los diferentes eslabones cognitivos, con el fin de potencializar las áreas afectadas, para que el paciente pueda mejorar la capacidad de seleccionar, verificar y corregir su actividad diaria social, laboral, académica y familiar y regular su comportamiento en los diferentes contextos (Y., 2002).

Asimismo, se ha evidenciado que los desencadenantes más fuertes de dicho declive funcional y cognitivo son principalmente el desuso, la falta de estimulación y la práctica; la presencia de enfermedades como la depresión, el consumo de tabaco, alcohol y algunos medicamentos; factores psicológicos como la falta de expectativas, motivación y de autoconfianza; la soledad y el aislamiento social, la educación y el nivel de inteligencia al principio de la vida adulta, la personalidad, las experiencias culturales, la ocupación y otros factores relacionados con el contexto en el que se desarrolla el individuo más que el envejecimiento en sí mismo.

En este sentido, la edad de sesenta años en la vejez se constituye como la ventana de oportunidad para lograr un envejecimiento activo y saludable, debido a que en esta edad las personas tienen mayor conciencia de estar envejeciendo y tanto hombres como mujeres se preparan para la ancianidad, son más receptivos a las recomendaciones, se adaptan a los cambios y se ajustan mejor a la vida (OMS,2017). Asimismo, se identifican tres grandes áreas de intervención a nivel cognitivo, físico y socioemocional:



El entrenamiento cognitivo, dedicación a actividades cognitivas que exijan una activación cognitiva y entrenamiento de la memoria: “Ya Hebb demostró que el entrenamiento diario en la resolución de laberintos mejoraba la ejecución de los animales en otras tareas experimentales (Hebb, 1949). La evidencia experimental ha confirmado la predicción de Hebb de que el uso contribuye al mantenimiento de las sinapsis (Bauer, 1996).

- La práctica de la actividad física: “Estudios epidemiológicos con personas de edad avanzada indican que la actividad física regular se relaciona con la supervivencia y con la capacidad cognitiva en el envejecimiento, tanto en hombres como en mujeres (Schroll, 1993)
- Berkman y colaboradores (1993) observaron que, para una muestra de personas entre 70 y 79 años realizar con regularidad una actividad vigorosa (como la jardinería) es un buen predictor de puntuaciones significativamente más elevadas en medidas independientes de funcionamiento cognitivo”.
- Tener mayor número de relaciones sociales o, simplemente, vivir en pareja, que impacta en la gestión efectiva de las emociones, el mantenimiento de la función del lenguaje y la comunicación, la salud mental y la autoconfianza (Redolat, ¿Es la plasticidad cerebral un factor crítico en el tratamiento de las alteraciones cognitivas asociadas al envejecimiento?, 2021) (La Estimulación Cognitiva se dirige a los diferentes niveles del individuo: funcional, cognitivo, psicoafectivo y relacional. El funcionamiento cognitivo en el ser humano no es independiente del resto de niveles, por lo que esta terapia debe incluir y tener en cuenta en su diseño las diferentes dimensiones del ser humano y la interacción continua que se produce entre ellas, interpretarse el contexto geográfico, social y cultural de las personas mayores, así por ejemplo, quienes viven en los campos se conservan activos y participantes durante toda su vida porque las propias labores del agro así lo demandan.

Aunque la estimulación cognitiva es una terapia especializada de la neuropsicología, no significa la imposibilidad de delegar actuaciones en otros profesionales de atención como pueden ser médicos generales o personal de enfermería, sin embargo, es importante el acompañamiento de profesionales de la psicología o de otras áreas que conozcan el funcionamiento cognitivo y todo lo que ello alberga. Casi todas las tareas de psicoestimulación pueden realizarse tanto individualmente como en grupo, si bien es cierto que algunas de ellas requieren obligatoriamente una ejecución individual. Cada monitor/a, conocedor de su grupo, decidirá en cada sesión, teniendo también en cuenta cuestiones situacionales, el modo de realización grupal o individual de la tarea.

En el desarrollo de las intervenciones, se precisa evitar un ambiente competitivo o descalificador de las personas que presentan dificultades o ritmos diferentes, aspecto que dependerá fundamentalmente de las estrategias dinamizadoras del monitor/a. Se sugiere también iniciar la sesión con tareas de orientación, seguir con tareas relacionadas con las diferentes funciones cognitivas (memoria/praxias/gnosias/funciones ejecutivas) y finalizar con tareas de lenguaje. También se debe considerar que se usan un conjunto de técnicas que tienen como finalidad motivar a cada persona en el transcurso de la terapia a la vez que adaptar y facilitar la ejecución de las actividades o tareas programadas según sus capacidades preservadas (B & Belleville S, 2018).



7.1 Ciclo Educativo de Entrenamiento Cognitivo y Emocional

7.1.1 El entrenamiento cognitivo y emocional como proceso educativo e intervención incidente en la ventana de oportunidad del momento vital de la vejez, para la conservación de las habilidades cognitivas.

Teniendo en cuenta, la revisión de literatura al respecto se construye y adapta la definición de ventana de oportunidad como: “el periodo en el que las características propias de la persona en una etapa determinada de la vida, favorecen el mayor desarrollo del potencial de conductas, habilidades y capacidades, las cuales estarán mediadas por el contexto, los entornos donde transcurre la vida de las personas, las condiciones individuales y la gestión de las emociones ante la presencia prevista o no de momentos significativos”

Dichas ventanas de oportunidad tienen **un periodo crítico** entendiéndose este como una ventana acotada de tiempo durante el curso de la vida donde las personas adquieren ciertas características, conductas, habilidades o capacidades específicas con una adecuada estimulación del ambiente. La no exposición a dicho estímulo tiene un impacto decisivo o permanente en la vida posterior. Y **un periodo sensible**, definido como una ventana de tiempo más prolongada durante el curso de la vida, donde las personas son más receptivas a tipos específicos de estímulos ambientales y están más dispuestos a adquirir determinadas características, conductas, habilidades o capacidades. La exposición a esa estimulación tiene grandes efectos.

En este marco científicamente se ha referido que la ventana de oportunidad para un óptimo desarrollo integral es la primera infancia (primeros 5 años) debido a que los cimientos para la arquitectura del cerebro se fundan muy temprano (en los primeros cinco años) en la vida dadas las condiciones y experiencias personales; lo que significa que la calidad del entorno donde transcurre la vida del niño y las oportunidades para experiencias apropiadas en los momentos adecuados del desarrollo determinan la fuerza o la debilidad de la arquitectura cerebral y de este modo las capacidades del niño para desarrollarse exitosamente en la vida.

Desde esta perspectiva, las ventanas de oportunidad para lograr un envejecimiento activo y saludable tienen su periodo crítico en edades tempranas como la primera infancia, la infancia y la adolescencia. No obstante, debido a la plasticidad neuronal, es decir, a las capacidades de las neuronas para adaptarse a cambios en el ambiente interno o externo, a la experiencia previa o a las lesiones (Carrasco, 1998); las acciones en salud como es la estimulación cognitiva y emocional podrían incidir positivamente en el desarrollo de capacidades, habilidades y conductas en las personas adultas y mayores de sesenta años.

Aun con los cambios típicos de la edad como el debilitamiento de la visión y la audición, disminución de la sensibilidad, enlentecimiento para el aprendizaje y de reacción, dificultades para mantener la concentración y la retentiva afectan directamente el funcionamiento cotidiano, el estado de ánimo y la conducta de las personas mayores sanas y con patologías crónicas como demencias. Sin embargo, estas funciones se mantienen conservadas si se entrenan continuamente.



7.1.2 Orientaciones para la gestión del ciclo de entrenamiento cognitivo y emocional

1. Diseño y planeación

Específicamente, el objetivo del ciclo de entrenamiento cognitivo es la construcción colectiva de saberes y prácticas para la promoción y mantenimiento de la salud de la persona mayor, su familia y comunidad, con la finalidad de aportar al goce efectivo del derecho a la salud. Los procesos grupales de educación para la salud se basan en enfoques pedagógicos constructivistas y críticos, que se centran en el reconocimiento de los sujetos como constructores y transformadores de su realidad a partir de las experiencias acumuladas en el entramado social y cultural de sus contextos y de sus recursos disponibles, de acuerdo con sus creencias, valores y subjetividades relacionadas con la salud.

La educación para la salud es un proceso integral de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud con enfoque de curso de vida y es comprendida como “un conjunto de actividades relacionadas, que parten del reconocimiento de la realidad (hechos sociales, históricos, políticos, culturales, psicológicos, ambientales, etc.), de la identificación de los diversos factores que la afectan a fin de aportar a la comprensión de cómo tales hechos determinan sus vidas y, en consecuencia, a la construcción de valores, saberes y prácticas que le apunten al mejoramiento de la salud y de la calidad de vida de los pobladores que habitan los territorios. En este sentido, la educación para la salud “se orienta al **desarrollo de capacidades** (a nivel valorativo, cognitivo y práctico) de las personas, familias y comunidades, que les permitan **comprender y transformar la realidad**, con el horizonte de avanzar en la garantía del derecho a la salud” (MSPS, 2015. Orientaciones para el desarrollo de la educación y la comunicación en salud en el marco del PSPIC).

Lo anterior implica desarrollar procesos desde una perspectiva participativa y tener en cuenta los contextos específicos, a fin de proponer alternativas de cambio individuales y colectivas para afectar positivamente los determinantes sociales de la salud; es decir, busca

promover escenarios de reflexión crítica, que identifiquen las realidades diferenciales (de acuerdo con los contextos territoriales y poblacionales) y se traduzcan en la construcción de autonomía de los sujetos, como agentes sociales de cambio. Así, los procesos educativos se deben fundamentar en situaciones de la realidad social, económica, cultural y política a fin de aprender desde la experiencia y no desde la transmisión o almacenamiento de informaciones. (MSPS, 2015)

Estos procedimientos estarán a cargo del equipo multidisciplinario del componente primario de salud, con conocimientos y experiencia específica en procesos educativos para la salud con personas mayores, y estarán dirigidos a grupos de adultos mayores que comparten características, situaciones o condiciones de salud similares. Los contenidos se priorizarán de acuerdo con las necesidades identificadas en el territorio para la población adulta mayor, teniendo en cuenta como fuentes de información el análisis de situación de salud, la caracterización de la población afiliada, la identificación de necesidades e intereses en salud realizada en las consultas de valoración integral del



estado de salud del adulto mayor y en las sesiones educativas individuales y debe ser concertado con los grupos que se conformen.

Según lo contemplado en la resolución 3280 del 2018, el ciclo de educación de entrenamiento cognitivo y emocional es para todas las personas mayores de 60 años, previa valoración clínica y conforme a los hallazgos de la valoración integral.

Específicamente, para esta intervención se establecen los siguientes **criterios de derivación**: depresión, duelo, soledad, aislamiento, abandono, déficit de memoria, déficit de atención, praxias, alteraciones motoras, del lenguaje y afasias.

Asimismo, es de mencionar que el ciclo de entrenamiento cognitivo y emocional, debe ser desarrollado por lo menos una vez durante la vejez, integrando a los cuidadores en este proceso, de manera tal que puedan reforzar los contenidos y capacidades del ciclo educativo en las actividades de la vida cotidiana.

También, es de considerar que en los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y Ruta Integral de Atención para la población Materno Perinatal, el ciclo de entrenamiento cognitivo y emocional tiene el objetivo de mantener conservadas el mayor tiempo posible el mayor tiempo posible las habilidades intelectuales de atención, memoria, funciones ejecutivas, aprendizaje, razonamiento, percepción, cálculo, praxias, así como la autonomía en las personas mayores, a través del entrenamiento cognitivo y emocional, el fortalecimiento de habilidades de afrontamiento del estrés, el fortalecimiento de lazos familiares y la promoción de la participación en redes sociales.

En general, en el momento del diseño y la planeación del ciclo de entrenamiento cognitivo y emocional tenga en cuenta lo siguiente:

a. **Resultados en salud**

En armonía con lo anteriormente mencionado, es necesario que, en la planeación y diseño del ciclo de entrenamiento cognitivo y emocional, se tengan en cuenta los resultados en salud, y en este sentido los objetivos planteados y concertados deben apuntar a la contribución o logro directo de estos.

Así, la aplicación del ciclo debe contribuir al logro de los siguientes resultados en salud de impacto:

- Personas mayores que conservan las capacidades cognitivas.
- Personas que se desarrollan adecuadamente desde el punto de vista físico-motor, socio-emocional y cognitivo
- Personas mayores que conservan la independencia funcional
- Personas sin problemas y trastornos en salud mental

Asimismo, apuntará al logro de los siguientes resultados intermedios en salud:

- Personas con habilidades sociales y emocionales para la promoción de la salud mental y convivencia
- Personas, familias y comunidades que cuentan con redes de apoyo comunitarias y sociales para la promoción de la salud



b. Ejes temáticos, contenidos y capacidades a desarrollar

El desarrollo del ciclo de entrenamiento cognitivo y emocional estará conformado por sesiones educativas individuales obligatorias, se consideran tres grandes ejes temáticos con el objeto de estimular las funciones mentales en relación al aprendizaje, a apropiar y aplicar habilidades de afrontamiento y manejo del estrés y fortalecer redes sociales y lazos familiares. Dichas sesiones individuales son imprescindibles para instaurar un proceso integral de estimulación cognitiva que considere las condiciones físicas, psicológicas y culturales de cada persona. Los contenidos temáticos podrán ser ajustados en su orden, conforme a los hallazgos de la valoración clínica, abordando primero los de mayor necesidad en cada persona, pero se debe garantizar el abordaje de la totalidad de los mismos durante el ciclo.

Eje temático 1. Entrenamiento de las funciones cognitivas

Los contenidos a considerar en cada sesión se pueden organizar conforme a los hallazgos de la valoración, abordando primero los de mayor necesidad en cada persona.

Contenidos a trabajar:

- Ejercicios para mejorar y mantener la concentración y atención.
- Entrenamiento de las funciones ejecutivas: planificación temporal de la propia conducta, capacidad de secuenciar y organizar información, supresión de datos irrelevantes, comprensión de lenguaje abstracto y razonamiento sobre información visual, velocidad de procesamiento.
- Lenguaje y comunicación oral: denominación de objetos, significado de palabras, sonido y fonología de palabras, sinonimia y antonimia, uso de verbos y ordenamiento de palabras, etc.
- Memoria: recuerdo de información verbal, visual, gráfica, historias, acontecimientos etc.
- Percepción: reconocimiento de características importantes de los estímulos visuales como forma, color, tamaño, contorno, ubicación, bordes, etc.
- Lectoescritura y visoconstrucción: dibujo de objetos y significados, ejercicios de conteo, ejercicios con pautas de escritura.
- Actividades de la vida diaria y solución de problemas de la vida diaria, desempeño individual.
- La experiencia estética como resultado de la interacción con los demás.

Capacidades a desarrollar: Con estas sesiones educativas se deben desarrollar las siguientes capacidades en las personas que las reciben:

Atención

- Incrementar la capacidad de centrar la atención en una sola actividad.
- Estimular la habilidad de seleccionar la atención verbal y visual inhibiendo estímulos irrelevantes.
- Entrenar en procesos de atención dividida con el fin de responder a múltiples demandas del ambiente.
- Fortalecer el proceso de atención y conducta inhibitoria en el rastreo y selectividad del estímulo.



Funciones ejecutivas

- Aprender a manejar auto instrucciones durante el desarrollo de las actividades de la vida diaria.
- Mejorar la capacidad de memoria operativa a través de actividades que mejoren la capacidad de retención y manipulación de la información con el fin de mejorar el proceso de aprendizaje.
- Aprender a descomponer los problemas en fracciones simples y encontrar soluciones efectivas mediante la estrategia del paso a paso para resolver una situación conflictiva
- Estimular la capacidad de flexibilidad cognitiva a través de estrategias para generar diferentes alternativas ante una situación.
- Mejorar las habilidades de organización y planeación con el fin de impactar positivamente en las actividades de la vida cotidiana.

Memoria

- Fortalecer el proceso de almacenamiento de material verbal y visual que le permita la adquisición de nueva información.
- Fortalecer el proceso de recuperación de la información, mediante estrategias de organización y categorización.
- Potenciar la memoria autobiográfica con el fin de disminuir la posibilidad de eventos de desorientación.

Lenguaje

- Mejorar habilidades de fluidez verbal fonológica y semántica para permitirle al paciente mantener conversaciones productivas y exitosas.
- Mejorar habilidades de denominación para prevenir la aparición de anomalías.
- Mejorar habilidades de expresión y comprensión del lenguaje verbal.

Tabla 2: Temáticas a Trabajar Según Dominio a Estimular

| DOMINIO A ESTIMULAR | TIPO DE TAREA | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD |
|-----------------------------|-----------------------|---|
| ORIENTACIÓN TEMPOROESPACIAL | Orientación temporal | Reconocer: parte del día, hora, mes, día de la semana, día del mes, año. Relacionar la fecha actual con acontecimientos festivos o representativos de la temporada. |
| | Orientación espacial | Reconocer: lugar actual, ciudad, barrio, habitación, país. |
| | Memoria | Repasar información personal: nombre, edad, fecha y lugar de nacimiento, estado civil, o datos familiares. |
| PERCEPCIÓN Y GNOSIAS | Discriminación visual | Reconocer y tachar en la hoja de papel los estímulos que se indiquen: letras, números, |



| | | |
|--|--|--|
| | | formas. |
| Identificación y reconocimiento de imágenes | | Buscar e identificar una imagen concreta dentro de un conjunto de imágenes. Emparejar imágenes idénticas. |
| Encajes | | Colocar las piezas encajándolas en la forma correspondiente. |
| Clasificación por atributos perceptivos | | Agrupar elementos por características físicas iguales (color, forma, etc.). |
| Identificación de errores | | Hallar la parte o elemento que falta en una imagen o dibujo. Encontrar dibujos semejantes o diferencias. |
| Reconocimiento de colores | | Agrupar elementos por colores. Señalar el color que se indique. |
| Reconocimiento de rostros | | Reconocer rostros familiares o de personajes famosos. |
| Identificación de las partes del cuerpo humano | | Localizar/denominar partes del cuerpo humano. |
| Nociones espaciales básicas | | Situar/señalar en función de los conceptos espaciales básicos (arriba-abajo; dentro/fuera; derecha-izquierda). |
| Recorridos visomotores | | Realizar tareas de trazado que completen recorridos diferentes |
| Identificación y reconocimiento de las horas | | Reconocer/ situar la hora indicada en el reloj. |
| Reconocimiento táctil | | Reconocer superficies/formas/ objetos a través del tacto. |
| Reconocimiento auditivo | | Identificar y reconocer sonidos (animales, de la naturaleza, artificiales, etc.). |



| | | |
|--------------------|----------------------------------|--|
| PRAXIAS | Dibujo | Dibujo por orden de figuras. Copia de figuras con modelo presente. Completar dibujos incompletos. Copiar modelos de figuras siguiendo el trazado por cuadrícula. Completar dibujos o figuras simétricos. |
| | Construcción de modelos | Reproducir modelos con figuras de madera, figuras de cartón, palillos o cubos. |
| | Ejecución de órdenes | Ejecutar órdenes simples y complejas solicitadas o leídas. |
| | Gestos y mímica | Realizar acciones asociadas con objetos presentes o imaginarios. Realizar gestos simbólicos y acciones gestuales. |
| MEMORIA | Repetición inmediata | Repetición oral inmediata de varias unidades de información: dígitos, palabras, datos biográficos. |
| | Recuerdo diferido | Esconder objetos. Listado de palabras. Recuerdo de pares asociados. Recuerdo de imágenes. Recuerdo de historias breves |
| | Reconocimiento | Encontrar parejas de imágenes. Reconocimiento de imágenes, números o palabras. Recuerdo guiado de historias breves a través de preguntas o claves. |
| | Recuerdo hechos remotos | Relatos personales. Recuerdo de datos biográficos. |
| TAREAS DE LENGUAJE | Descripciones | Describir estímulos presentes (imágenes, láminas, objetos, personas). |
| | Fluidez verbal | Decir o escribir palabras que empiecen por una letra determinada o por una sílaba determinada. |
| | Evocación categorial | Nombrar o escribir ejemplares de una misma categoría semántica. |
| | Denominación oral de imágenes | Presentar imágenes que debe nominar. |
| | Denominación escrita de imágenes | Presentar imágenes para que escriba lo que es. |



| | | |
|-------------------|--|--|
| | Lenguaje automático | Decir series directas (números, letras del abecedario, días de la semana, meses del año). Decir refranes o canciones. |
| | Repetición verbal | Repetir palabras y frases |
| | Lectura | Lectura de palabras, pseudopalabras, frases y textos. |
| | Escritura | Escritura espontánea. Escritura guiada. Completar palabras. Completar frases. Dictado. |
| | Conocimiento semántico, abstracción y razonamiento | Decir semejanzas y diferencias. Dar soluciones lógicas a situaciones cotidianas. Ofrecer respuestas lógicas a preguntas. Resolver adivinanzas. Decir sinónimos y antónimos. |
| | Identificación de números y conteo | Contar imágenes iguales. Contar piezas. Contar elementos y relacionarlos con el número correspondiente. |
| | Ordenación | Ordenar elementos (números o piezas) de mayor a menor y viceversa. Jugar con baraja a identificar quién gana la baza con la carta mayor. |
| | Cálculo aritmético | Realizar problemas y operaciones aritméticas propuestas por escrito. Simular compras. Sumar tantos con la baraja. Realizar ejercicios de cálculo mental. Juego de los chinos. |
| FUNCIÓN EJECUTIVA | Ordenación y seguir series | Ordenación de elementos según un orden temporal o establecido. Seguir series propuestas (de colores, números, letras o figuras). Hallar y ordenar la secuencia lógica de una serie de imágenes. |
| | Ordenación inversa | Seguir automáticas inversas. Deletreo de palabras en orden inverso. |
| | Resistencia a la interferencia | Tarea stroop (tachar el color indicado por una palabra escrita en diferente color que el solicitado). Tareas de sollicitación de una respuesta específica asociada a un único estímulo ante una emisión estimular variada (Ej: dar una palmada cada vez que se oiga la letra A). |



| | | |
|--|--------------------|---|
| | Series alternantes | Trazados gráficos de series alternantes. Secuencias alternantes de posturas con las manos. Reproducciones rítmicas. Tareas adaptadas de recorridos alternantes (Ej: tareas adaptadas del original trail-making test). |
| | Laberintos | Completar laberintos de diferentes niveles de dificultad. |
| | Clave de números | Asociar números o colores a diferentes símbolos gráficos, siguiendo la clave propuesta. |

Fuente: Construcción propia grupo curso de vida y salud mental. Ministerio de Salud y Protección Social, 2021.

Como se ha destacado a lo largo del presente documento, estas acciones del Eje Temático 1, deben articularse con el fortalecimiento de las redes de apoyo social y las actividades en grupo, que trasciendan las actividades de mesa o de papel, involucrando mayor componente sensoriomotor, gimnasia cerebral, TIC y mayor material audiovisual.

Eje temático 2. Habilidades de afrontamiento y manejo de situaciones estresantes

Con esta estrategia se busca instaurar un proceso que incida en el manejo del estrés conforme a la situación individual de cada persona que luego se puede reformar a nivel familiar y comunitario.

Capacidades a desarrollar:

- Adecúa y apropia conocimientos que le permiten manejar positivamente el estrés.
- Es flexible y se adapta fácilmente a los cambios.
- Participa en actividades recreativas y se divierte.
- Busca situaciones que le sean positivas y le motiven a desempeñarse de mejor manera.
- Reconoce situaciones que le afectan negativamente en su vida y pide ayuda profesional.

Contenidos a trabajar:

- Reconocimiento de emociones propias y de las emociones derivadas de la adaptación al proceso de desarrollo a lo largo del curso de vida: conciencia y atención emocional.
- Facilitación emocional: relación de las emociones, los pensamientos y otros procesos cognitivos.
- Comprensión emocional: reconocimiento y comprensión de los estados emocionales propios y los de los demás.



- Estrategias de regulación emocional, habilidades para generar emociones positivas y automotivarse.
- Autoestima
- Habilidades sociales y relaciones interpersonales.

Como se he mencionado anteriormente en este documento, el fortalecimiento de estas capacidades se articula con la identificación y activación de recursos sociocomunitarios para la gestión de situaciones de estrés que se puedan afrontar en la cotidianidad de las personas mayores; lo cual se integra también con el siguiente eje temático.

Eje temático 3. Fortalecimiento de redes sociales y lazos familiares

Este tema fortalece los estados emocionales positivos de las personas mayores, incentiva su participación e impacta en el mejoramiento de la calidad de vida.

Capacidades a desarrollar:

- Mantiene contacto social constante, tiene amistades y participa en actividades grupales regularmente.
- Cuenta con una red familiar y/o social de apoyo.

Contenidos a trabajar:

- Tipos de redes y su función
- Promover redes de apoyo sociales y comunitarias.
- Vivir en pareja
- La amistad y sus significados
- El rol de la persona mayor en su familia y comunidad.

c. Herramientas de aprendizaje para el ciclo de entrenamiento cognitivo y emocional

A partir de la caracterización de su población afiliada generada por el asegurador, los procesos de concertación con la Entidad Territorial donde se ubica su red de prestación de servicios y de acuerdo a las solicitudes de los afiliados, dentro de la planeación de las sesiones educativas puede considerar las siguientes herramientas de aprendizaje:

- El juego, se constituye en la herramienta base para la planeación y ejecución del ciclo educativo de entrenamiento cognitivo y emocional, y será esencial para el proceso enseñanza y aprendizaje, toda vez que es un medio para la estimulación y conservación de las funciones cognitivas, facilita la interacción social y el manejo del estrés. En este sentido las actividades planeadas deben involucrar la lúdica en todo momento y deben ser adaptadas a las características de los participantes.
- Las tecnologías de la información y la comunicación - TIC: como se ha mencionado en apartados anteriores de este documento, las TIC juegan un papel importante en la estimulación de las funciones cognitivas de las personas mayores. En este sentido, es necesario y recomendable, según las posibilidades y características de los sujetos de intervención, incluir actividades con herramientas digitales.
- Actividades de movimiento y ejercicio físico: Como lo muestra la evidencia y se ha consignado a lo largo de este documento, a cerca de los beneficios de la actividad



física en la salud mental de las personas mayores, es recomendable incluir actividades que impliquen movimiento y actividad física dentro de las sesiones.

- Exploración de nuevas alternativas para la estimulación de las reservas cognitivas de las personas mayores desde los fundamentos filosóficos de la estética: *como vía alterna a la estimulación de la sensibilidad y la conexión con los procesos cognitivos. A diferencia de los mecanismos expresivos del arte terapia, utilizar los fundamentos estéticos para propiciar activación de procesos cognitivos complejos, por ejemplo el fortalecimiento de la identidad de una persona adulta mayor (cuya elaboración requiere de la participación de procesos cognitivos complejos) , por medio de un relato autobiográfico, mediado por la sensibilidad que despierta una experiencia estética, diseñada a partir del álbum fotográfico familiar, lo que puede posibilitar la organización de la información a partir de diferentes momentos en la temporalidad pasada, lugares de habitación y visitados en la trayectoria vital de la persona; proceso que puede facilitar la evocación como función cognitiva*⁷.

Schaeffer J.M (2018) explica que el fenómeno de la experiencia estética se manifiesta durante procesos conscientes del ser humano y aparece como resultado de la interacción con los demás. Se compone por tres dimensiones la experiencia atencional y la experiencia emotiva desde donde se plantea que la experiencia estética no solo se tiene con relación al arte, sino que se encuentra también en experiencias que permiten profundizar en la vivencia de la vida, como lo son las experiencias místicas, rituales y la meditación. Reconociendo dos componentes: (i) la recepción, a lo perceptual y la atención como reguladora de la actividad cognitiva; (ii) la segunda, se integra a la primera como el alcance cognitivo que tienen las emociones en una relación a la atención. y la experiencia hedónica, que hace referencia a que dicha experiencia es regulada por el placer y displacer producida por el proceso atencional y no por el estímulo (Scheaffer, 2018). En la Tabla 3, se presentan alternativas de actividades con personas mayores

⁷ Aporte técnico de la experta Verónica Lucia Molina Pertuz. Psicóloga, Magister en Psicología Social, Especialista en Neuropsicología Infantil, Docente Investigadora de la Fundación Universitaria Católica Lumen Gentium, Docente Universidad Cooperativa de Colombia y Docente de la Universidad Libre Seccional Cali.



Tabla 4: Alternativas de actividades con personas mayores

Talleres

- La realización de talleres con las personas adultas mayores permiten ejecutar actividades de integración y cooperación, que motivan la creación de redes sociales. Dentro de las múltiples posibilidades de talleres se sugieren actividades como: meditación y relajación, juegos de razonamiento, ejercicios de lógica, resolver crucigramas, ejercicio y baile, juegos de mesa.

Grupos de encuentro

- Mediante grupos de encuentro, se pueden reunir personas adultas mayores para hablar y expresar reflexiones de manera libre y segura sobre un tema particular, por ejemplo compartir recuerdos.

Juegos de lectura, memoria y comprensión

- Son actividades que involucran la lectura con atención de frases o pequeñas porciones, la retención de la información y posteriormente localizar o usar la información leída en otro documento o espacio.

Actividades cooperativas

- Se trata de organizar actividades en la que prime la colaboración entre personas y el trabajo en equipo, como trabajo en parejas, resolución de acertijos en grupo.

Lectura y construcción colectiva de cuentos

- Se trata de organizar actividades de lectura colectiva donde los adultos mayores pueden compartir con personas de su misma edad, a través de la lectura en voz alta, charlas sobre literatura y hacer narraciones orales. La construcción colectiva de cuentos, permite a los participantes relacionarse con otros y apartir de su experiencia, imaginar situaciones e historias que de vida a personajes y relatos interesantes.

Juegos de mesa

- Los juegos de mesa permiten la interacción entre personas, estimulan la agilidad mental, favorecen la participación social y contribuyen al bienestar psicológico. Dentro de la variedad de juegos de mesa están: el ajedrez, el bingo, dominó, cartas, parkes entre otros.

Actividades de razonamiento inductivas / deductivas / abductivo

- Son actividades que implican observación y análisis de la información o un contexto que posteriormente permita construir argumentos y conclusiones, es decir va de lo particular a lo general cuando son inductivas. El razonamiento deductivo por su parte, es lo contrario al anterior, va de las premisas generales para construir algo particular, y el razonamiento abductivo, es cuando se construye un argumento a partir de la mejor explicación, en otras palabras es el argumento más probable dentro de las muchas posibilidades. Se recomienda disponer de problemas, que involucren estas lógicas para que las personas intervenidas obtengan las mejores conclusiones posibles.

Actividades socioafectivas

- Estas actividades permiten a las personas adultas mayores integrarse, compartir con otros y mejorar sus capacidades sociales, cognitivas y físicas como: hacer manualidades, visitar amigos, practicar un deporte, risoterapia, bailoterapia, ir al cine o ver una película.

Fuente: Elaboración propia grupo curso de vida/Ministerio de Salud y Protección Social 2021.

Como se ha mencionado anteriormente en este documento, las acciones de este eje temático, deben articularse con el fortalecimiento de redes sociales y lazos familiares, actividades creativas, productivas y otras que favorezcan la pertenencia y el sentido de vida, para lograr mejores resultados a mediano y largo plazo. Se pueden revisar algunos ejemplos concretos en los **Anexos 1 y 2** de este documento.



d. Talento Humano

Conforme a lo establecido en la resolución 3280 de 2018, es recomendable que para el diseño pedagógico y metodológico de la educación para la salud se cuente con el apoyo de un profesional en neuropsicología, pedagogía, psicopedagogía o psicología educativa.

De igual manera, el talento humano encargado de estructurar y ejecutar los ciclos educativos debe contar con los siguientes conocimientos, competencias y experiencia general:

- Capacidades para desarrollar procesos educativos, teniendo como referencia las orientaciones pedagógicas, metodológicas y didácticas del documento marco conceptual y metodológico de educación (y comunicación) para la salud en el marco de las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS.
- Habilidades de comunicación efectiva en actividades individuales, familiares y comunitarias.
- Capacidades de análisis de los determinantes sociales de la salud en los contextos específicos de trabajo con las personas, familias y comunidades.
- Capacidad de empatía, respeto y confidencialidad.
- Manejo para la intervención de grupos específicos en situación de vulnerabilidad (diversidad sexual, discapacidad, grupos étnicos, migrantes, infractores de ley, etc.).
- Conocimiento del SGSSS y de la oferta de servicios de salud en cada uno de los planes de beneficios.
- Conocimiento de la oferta de servicios sociales y comunitarios.

De manera específica, el talento humano encargado de la planeación y ejecución de las sesiones para el entrenamiento neurocognitivo y emocional, es necesario que tengan conocimiento o experiencia en gerontología y geriatría, derechos humanos y libertades fundamentales de las personas mayores, enfoque de curso de vida, envejecimiento activo, participación y seguridad de las personas mayores como principales indicadores de salud y bienestar, uso y manejo de las Tecnologías de la Información y la comunicación, estrategias que impulsen la solidaridad y el intercambio intergeneracional y competencias comunicativas para la atención integral de las personas mayores.

La planeación y diseño de las sesiones grupales deben ser realizadas con la participación de un equipo multidisciplinario y en la ejecución estará a cargo una persona, quien liderará la organización e implementación de todo el proceso educativo.

Asimismo, es de mencionar que actualmente, la rehabilitación cognitiva se considera una de las tareas o direcciones más importantes de la neuropsicología y para su abordaje se han desarrollado múltiples enfoques teóricos y metodológicos. Durante los últimos años ha existido un notable auge en el desarrollo de estudios de intervención cognitiva, de manera especial en pacientes portadores de lesiones cerebrales de etiología traumática o vascular, las cuales ocasionan un conjunto de alteraciones motoras, sensoriales y cognitivas (Ginarte-Arias, 2002). Por esta razón es importante, mantener dentro de los equipos disciplinarios, profesionales de neuropsicología.

e. Destinatarios del ciclo de entrenamiento cognitivo y emocional



Personas mayores a partir de los 60 años. También, son destinatarios de este proceso de educación para la salud aquellas personas mayores con 60 años o más que en la valoración integral presenten:

- Factores de riesgo de deterioro cognitivo o deterioro cognitivo leve.
- Que se encuentren viviendo sucesos vitales con riesgo potencial de afectar su estado de salud; personas mayores cuidadoras.
- Con riesgo o dificultades para el afrontamiento emocional y débiles redes de apoyo familiar, social y comunitarias.

f. Escenarios para el desarrollo de las sesiones educativas

Es importante para el desarrollo de las sesiones, organizar grupos de usuarios que además de compartir características similares respecto a la edad y su estado de salud, tengan la facilidad para coincidir en los mismos entornos⁸ o escenarios (lugares de reunión) de dichos entornos como:

- Instituciones Prestadoras de Servicios
- Barrios/veredas
- Hogares de los afiliados
- Centros residenciales para personas mayores
- Centros día
- Centros noche
- Centros vida
- Centros de bienestar para el adulto mayor
- Hogares geriátricos
- Sitios de trabajo

Otros escenarios de la vida cotidiana, dónde se reúnen adultos mayores, cómo iglesias, parroquias, salones comunales, conjuntos residenciales y parques, que frecuentemente están carentes de actividades socioeducativas y de estimulación cognitiva, y por lo tanto en riesgo de un posible deterioro cognitivo y de exclusión de otras formas de participación social.

g. Duración de las sesiones educativas y organización del ciclo de entrenamiento cognitivo y emocional

El ciclo de entrenamiento cognitivo y emocional estará comprendido por mínimo tres y máximo seis sesiones, las cuales se desarrollarán en un periodo de tiempo entre uno y tres meses. Cada sesión tendrá una duración entre 90 y 120 minutos.

⁸ De acuerdo con los avances técnicos del Ministerio de Salud y Protección Social, los entornos se comprenden como "los escenarios de /a vida cotidiana en los cuales los sujetos se desarrollan, donde constituyen su vida subjetiva, construyen vínculos y relaciones con la vida social, histórica, cultural y política de la sociedad a la que pertenecen. Son escenarios configurados por dinámicas y por condiciones sociales, físicas, ambientales, culturales, políticas y económicas, donde las personas, las familias y las comunidades conviven y en los que se produce una intensa y continua interacción y transformación entre ellos y el contexto que les rodea. Se caracterizan por tener sujetos con roles definidos y una estructura organizativa, que comprende condiciones de base socio demográfica que pueden ser urbanas o rurales"(MSPS, 2015.Estrategia entornos saludables). En este marco, se define los siguientes: hogar, educativo, comunitario, laboral e institucional.



Los grupos a trabajar deberán estar conformados por máximo 30 personas por cada ciclo. Es recomendable que las personas que hagan parte de los grupos compartan características similares respecto a estado de salud, sociales, académicas y culturales, etnia, lugar donde viven, estudian y trabajan, afectaciones sobre los procesos psicológicos, capacidades de aprendizaje, entre otros que facilite la interacción y vínculo entre los usuarios.

1. Ejecución

a. Recomendaciones para el desarrollo del ciclo de entrenamiento cognitivo y emocional

Para el desarrollo del ciclo de entrenamiento cognitivo y emocional tenga en cuenta las siguientes recomendaciones basadas en revisión de evidencia:

- a. En las personas mayores, la capacidad de aprendizaje y su interés en aprender y ampliar sus posibilidades de desarrollo personal y social son amplios y diversos. Sin embargo, se requiere de un ambiente estimulante y requiere de un diseño didáctico adecuado para motivar a los participantes en el proceso, creando situaciones y condiciones que les resulten agradables y significativas.
- b. Importante considerar que, el aprendizaje en la vejez tiene una significación especial, y representa una oportunidad de actualización, participación social, reafirmación sus potencialidades y desarrollo cognitivo y emocional
- c. Tenga en cuenta que las personas mayores, han desarrollado la habilidad de construir conocimientos a partir de su experiencia y han aprendido a aplicarlo en situaciones específicas de la vida.
- d. Considere los saberes, experiencias y conocimientos de gran valor de las personas mayores, centrándose en la riqueza de la información, datos, recursos personales, sociales, emocionales y cognitivos que poseen y pueden aportar.
- e. Durante el proceso educativo, promueve estrategias de participación activa entre los participantes, dando prelación a saberes que le aporten a su cotidianidad, generando red y vínculos entre ellos, facilitando el contacto con otras personas de edad similar.
- f. Se recomienda propiciar escenarios narrativos que faciliten la comunicación de su sabiduría y experiencias de vida, las cuales se constituyen en la materia prima para construir nuevos conceptos y aprendizajes.
- g. Realizar las sesiones educativas en los entornos que garanticen la mejor cobertura⁹.
- h. Considerar la realización de las sesiones en jornada extracurricular, extra laboral o los fines de semana (en la medida de lo posible, concertarlo con las comunidades o grupos de participantes).
- i. La definición de las condiciones para el desarrollo de las sesiones (lugar, contenidos, tiempos, etc) deberán ser concertados con la población sujeto.

b. Oferta del ciclo de entrenamiento cognitivo

Con el fin de garantizar una amplia cobertura y demanda del ciclo de entrenamiento cognitivo y emocional, las EAPB deben ofertar de manera permanente el ciclo educativo, por diferentes canales en medio físico y virtual.

⁹ La resolución 3280 de 2018, establece que los prestadores identificarán la cantidad de personas y familias afiliadas que comparten un determinado territorio o entorno, para implementar las sesiones educativas en aquellos lugares donde se logre mayor cobertura y se facilite el acceso de los participantes en el proceso (modalidad extramural).



Asimismo, el talento humano encargado de la gestión del ciclo de entrenamiento cognitivo y emocional, debe a través de diversos procesos administrativos y/o de gestión, el acceso de la población mayor de 60 años al ciclo de entrenamiento cognitivo y emocional:

- Registrar el proceso educativo en la historia clínica de cada usuario, así como en los formatos que se requieran de acuerdo con la gestión documental de la institución.
- Llevar una agenda que facilite el acceso a las citas para las sesiones grupales de educación.
- Derivar a RIAS o atenciones y procedimientos específicos (en caso de encontrar alteraciones o factores de riesgo que requieran atención específica).

2. Seguimiento y evaluación

Para el seguimiento al proceso educativo, se recomienda realizar y aplicar técnicas de observación y seguimiento continuo a los grupos, los cuales se pueden considerar los Registros Individuales de Procedimientos en Salud - RIPS. También, se deben considerar reportes que den cuenta del aprendizaje y conocimiento adquiridos para la conservación de las habilidades cognitivas y emocionales, como la aplicación y análisis de pretest y post-test.

De igual manera, realizará la evaluación del ciclo educativo mediante los criterios definidos acorde a las capacidades y competencias a desarrollar en relación con los temas abordados y su aplicación en la vida cotidiana de los participantes, para ello se plantean las siguientes recomendaciones:

- a. Coevaluación: Donde el grupo evalúa los aprendizajes y contenidos del ciclo educativo.
- b. Auto - evaluación: Cuando cada integrante de manera individual evalúa o valora su avance del aprendizaje según los contenidos propuestos
- c. Durante la planeación de cada ciclo educativo, es necesario realizar de manera conjunta con los participantes una línea de base que permita reconocer el estado inicial de saberes del grupo (conocimientos, actitudes, prácticas, ritos, imaginarios, mitos, valores y motivaciones), mediante narrativas, entrevistas grupales, relatos de vida de los participantes, aplicación de pretest.
- d. La evaluación debe realizarse sobre los objetivos concertados con el grupo para cada ciclo educativo, y dichos objetivos deben construirse teniendo en cuenta los resultados en salud, las capacidades y contenidos de educación para la salud que establece la Resolución 3280 de 2018, para el momento vital de la vejez. No obstante, es de mencionar que se pueden concertar con el grupo otros contenidos y capacidades a desarrollar.



8 Bibliografía

1. A, W. (2009). "Why is ageing so unequal?" en: Cann P, Dean M (eds). *Unequal ageing: the untold story of exclusion in old age. Policy Press Scholarship, Bristol*, 141–158.
2. Arber S, E. M. (1993). Envejecimiento, independencia y curso de la vida. . *Jessica Kingsley Publishers, Londres*.
3. Acosta y Sanchez 2020. *La semFYC se alinea con la OMS en la creación de centros de salud amigables con los mayores. Atención primaria*, 52(2), 63–64. Recuperado de : <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.01.001https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/article/s/PMC7025963/>
4. Archilla Castillo, M., Rodríguez Ruíz, J. C., & Archilla Castillo, M. I. (2017). *Mejora de las Capacidades cognitivas en personas mayores*. *Asunivep*, 1(2017), 145 - 149. Recuperado el agosto de 2021, de https://www.formacionasunivep.com/Vciise/files/libros/LIBRO_5.pdf#page=145
5. B, R., & Belleville S, H. C. (2018). "MEMO+: Efficacy, Durability and Effect of Cognitive Training and Psychosocial Intervention in Individuals with Mild Cognitive Impairment". *J Am Geriatr Soc.*, 66(4):655-663.
6. Bauer, J. (1996). Disturbed synaptic plasticity and the psychobiology of Alzheimer disease. *Behavioural Brain Research*, 78, 1-2.
7. Blanchard-Fields F. Flexible and adaptive socio-emotional problem solving in adult development and aging. *Restor Neurol Neurosci*. 2009;27(5):539-50. doi: 10.3233/RNN-2009-0516. PMID: 19847075).
8. Blieszner R, Ogletree AM, Adams RG. Friend- ship in later life: A research agenda. *Innov Ag- ing*. 2019 Mar;3(1):igz005. ; Advance Online Publication.
9. Burton, N.W.; Pakenham, K.I.; Brown, W.J. Feasibility and effectiveness of psychosocial resilience training: a pilot study of the READY program. *Psychol. Health Med.*, 2010, 15(3), 266-277. [http://dx.doi.org/10.1080/13548501003758710] [PMID: 20480432]).
10. Cattan M., W. M. (2005). Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. . *Ageing & Society*, 25, 41– 67.
11. Chen C Maung K, R. J. (2021). *Gender differences in countries' adaptation to societal ageing: an international cross-sectional comparison*. . Obtenido de *Lancet Healthy Longev*.
12. Cely-Gámez, Ingrith-Katherynne; Santana García, Nereyda; Ortiz-García, Edward-Jaime; Vargas-Clavijo, Onofre. Relaciones Interpersonales para el Buen Vivir a través de un Proceso Hermenéutico, con Población Adulto Mayor. https://www.researchgate.net/publication/350802174_Relaciones_interpersonales_para_el_buen_vivir_a_traves_de_un_proceso_hermeneutico_con_poblacion_adulto_mayor



13. CEPAL/OIT (2018). Coyuntura Laboral en América Latina y el Caribe. La inserción laboral de las personas mayores: necesidades y opciones. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/43603/1/S1800398_es.pdf
14. Chadí, M. (2000). Redes sociales en el trabajo social. Buenos Aires: Espacio Editorial. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/tsocial/article/view/15346>
15. Crespo-Santiago, D., Fernández-Viadero, C. (2012). Cambios cerebrales en el envejecimiento normal y patológico. Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias, 12(1), 21-36. Recuperado de: neurociencias.udea.edu.co/revista/?action=resumen&id=180.
16. Cotterell, N., Buffel, T., & Phillipson, C. (2018). Preventing social isolation in older people. *Maturitas*, 113, 80–84. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2018.04.014>
17. DANE (2021). Adulto Mayor en Colombia, Características Generales. <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/genero/presentacion-caracteristicas-generales-adulto-mayor-en-colombia.pdf>
18. David Iñaki López Mejía, A. V.-D.-F. (2009). El Sistema Límbico y las Emociones: empatía en humanos y primates. *Redalyc*, 60 - 69.
19. Einstein, G. &. (2005). A guide for successful aging. New Haven: Yale University Press. Memory fitness.
20. Dottori K & Soliveres C. (2013). Adultos mayores e inclusión social: la educación como una forma de participación. Publicado en: Memorias del IV Congreso Internacional de Investigación de la Facultad de Psicología: conocimiento y práctica profesional: perspectivas y problemáticas actuales - Tomo I. ISBN: 978-950-34-1027-1; <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/45291>.
21. Faye C, McGowan JC, Denny CA, David DJ. Neurobiological Mechanisms of Stress Resilience and Implications for the Aged Population. *Curr Neuropharmacol*. 2018 Mar 5;16(3):234-270. doi: 10.2174/1570159X15666170818095105. PMID: 28820053; PMCID: PMC5843978).
22. Fedesarrollo., F. S. (2015). Misión Colombia Envejece: Resumen ejecutivo. Bogotá, D.C. Colombia.: Editorial Fundación Saldarriaga Concha.
23. Ferrer I, Grenier A, Brotman S, Koehn S (2017) Understanding the experiences of racialized older people through an intersectional life course perspective. *J Aging Stud* 41:10–17. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2017.02.001>.
24. Fiori KL, Windsor TD, Huxhold O. The Increasing Importance of Friendship in Late Life: Understanding the Role of Sociohistorical Context in Social Development. *Gerontology*. 2020;66(3):286-294. doi: 10.1159/000505547. Epub 2020 Feb 21. PMID: 32088720.
25. Foster L, Walker A (2015) Active and successful aging: a European policy perspective. *The Gerontologist* 55:83–90. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu028>.
26. Freedman; Broome S. (2020) The missing million: in search of the loneliness in our communities. London, UK: bookCampaign to End Loneliness; Available from: <https://www.campaigntoendloneliness.org/wp-content/uploads/The-Missing-Million-report-FINAL.pdf>.
27. Funes, M. y. (2013). El arte en el tratamiento y rehabilitación de personas con padecimientos mentales. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
28. Garín Gómez, M. B., Briones Aranda, A., & Ballesteros Jiménez, S. (2013). Programa combinado para mejorar el estado emocional y prevenir el deterioro cognitivo de adultos mayores institucionalizados. *Información psicológica*, 106, 41 - 53.



- <file:///C:/Users/mjaim/Documents/EVIDENCIAS%20Y%20SOPORTES%20MSPS%2017/SOPORTES%202021%20II/Nueva%20carpeta/Dialnet-ProgramaCombinadoParaMejorarEIEstadoEmocionalYPrev-7448910.pdf>
29. Gardiner, C., Geldenhuys, G., & Gott, M. (2018). Interventions to reduce social isolation and loneliness among older people: an integrative review. *Health & social care in the community*, 26(2), 147–157. <https://doi.org/10.1111/hsc.12367>.
 30. González, M^a Feli, Facal, David, & Yaguas, Javier. (2013). Funcionamiento cognitivo en personas mayores e influencia de variables socioeducativas: resultados del Estudio ELES. *Escritos de Psicología (Internet)*, 6(3), 34-42. <https://dx.doi.org/10.5231/psy.writ.2013.1611>.
 31. Gloria C.T., S. M. (2016). Relationships among positive emotions, coping, resilience and mental health. *Stress Health*, 32(2):145–156.
 32. Hebb, D. (1949). *The Organization of Behavior*. Nueva York: Wiley.
 33. Herreras, E. B. (2014). Funciones ejecutivas: nociones del desarrollo desde una perspectiva neuropsicológica. Obtenido de *Revista Scielo*: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-908X2014000100003.
 34. Holman, D., Walker, A. Understanding unequal ageing: towards a synthesis of intersectionality and life course analyses. *Eur J Ageing* 18, 239–255 (2021). <https://doi.org/10.1007/s10433-020-00582-7>
 35. Hughes ME, Waite LJ, Hawkey LC, Cacioppo JT. (2004). A short scale for measuring loneliness in large surveys: results from two population-based studies. *Res Aging*. 2004;26(6):655–72.
 36. Huxhold O, Fiori KL, Windsor TD. (2013). The dynamic interplay of social network characteristics, subjective well being, and health: the costs and benefits of socioemotional selectivity. *Psychol Aging*. Mar;28(1):3–16.
 37. Kapilashrami, Anuj; Hankivsky, Olena (2018). Intersectionality and why it matters to global health. *The Lancet*, 391(10140), 2589–2591. doi:10.1016/S0140-6736(18)31431-4).
 38. Irving, J., Davis, S., & Collier, A. (2017). Aging With Purpose: Systematic Search and Review of Literature Pertaining to Older Adults and Purpose. *International journal of aging & human development*, 85(4), 403–437. <https://doi.org/10.1177/0091415017702908>.
 39. Jiménez, M. (2008). Aproximación teórica de la exclusión social: complejidad e imprecisión del término. Consecuencias para el ámbito educativo. En: *Estudios Pedagógicos XXXIV*.
 40. Kirkham, J. G. (s.f.) (2016). Meta-analysis of problem solving therapy for the treatment of major depressive disorder in older adults. Obtenido de *International journal of geriatric psychiatry*: <https://doi.org/10.1002/gps.4358>
 41. Krzemien, D., Urquijo, S. & Monchetti, A. (2004). Aprendizaje social y estrategias de afrontamiento a los sucesos críticos del envejecimiento femenino. *Psicothema*. 16(3), 350-356. España: Universidad de Oviedo.
 42. Livingston, G., Sommerlad, A., Orgeta, V., Costafreda, S. G., Huntley, J., Ames, D., ... & Mukadam, N. (2017). Dementia prevention, intervention, and care. *The Lancet*, 390(10113), 2673-2734.
 43. Lottmann, R. Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt in der Altenhilfe – Intersektionale Perspektiven und die Relevanz von Situationen und Kontexten. *Z Gerontol Geriat* 53, 216–221 (2020). <https://doi.org/10.1007/s00391-020-01704-7>.
 44. Macías, María Amarís, Madariaga Orozco, Camilo, Valle Amarís, Marcela, & Zambrano, Javier. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, 30(1), 123-145.



- Retrieved August 08, 2021, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-417X2013000100007&lng=en&tlng=es.
45. Martínez, N y cols. (2014). Programa adultos mayores: inclusión social, participación y autonomía. Universidad Nacional de La Matanza, Argentina. Disponible en: <https://extension.unicen.edu.ar/jem/completas/278.pdf>
 46. Martínez-Restrepo, Susana; Enríquez, Erika; Pertuz, María Cecilia y Alzate-Mesa, Juan Pablo. (2015). El mercado laboral y las personas mayores. Editorial Fundación Saldarriaga Concha. Bogotá, D.C. Colombia. 79p. https://www.saldarriagaconcha.org/wp-content/uploads/2019/01/pm_mercado_laboral.pdf
 47. Mehrabi F, Béland F. (2020). Effects of social isolation, loneliness and frailty on health outcomes and their possible mediators and moderators in community-dwelling older adults: A scoping review. Arch Gerontol Geriatr. 2020 Sep-Oct;90:104119. doi: 10.1016/j.archger.2020.104119. Epub 2020 Jun 6. PMID: 32562956.
 48. Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Orientaciones para la Intersectorialidad. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/orientaciones-intersectorialidad.pdf>
 49. Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.). Marco conceptual y metodológico para el desarrollo de la educación para la salud de las Rutas Integrales de Atención en salud -RIAS - Orientaciones pedagógicas, metodológicas y didácticas. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/directrices-educacion-pp.pdf>
 50. Ministerio de Salud y Protección Social (2020), Guía para implementación de políticas departamentales y distritales de envejecimiento humano y vejez, con énfasis en salud. Oficina de Promoción Social <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/guia-implementacion-politicas-departamentales-veh-3.pdf>
 51. Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento. Bogotá: Imprenta Nacional.
 52. Mondal S, Van Belle S, Maioni A. (2021). Learning from intersectoral action beyond health: a meta-narrative review. Health Policy Plan. 2021 May 17;36(4):552-571. doi: 10.1093/heapol/czaa163. PMID: 33564855; PMCID: PMC8128009).
 53. Ministerio de Salud y Protección Social Oficina de Promoción Social (2019). Sala situacional de las Personas con Discapacidad. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/sala-situacion-discapacidad.pdf>.
 54. Nyqvist, F., Forsman, A. K., Giuntoli, G., & Cattan, M. (2013). Social capital as a resource for mental well-being in older people: a systematic review. Aging & mental health, 17(4), 394–410. <https://doi.org/10.1080/13607863.2012.742490>).
 55. OIT 2002. Una sociedad inclusiva para una población que envejece: el desafío del empleo y la protección social. Documento presentado por la OIT ante la segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Madrid, 8-12 de abril de 2002. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-una-sociedad-inclusiva-una-poblacion-13035695>
 56. OMS. (2017). Global strategy and action plan on ageing and health (2016-2020). 2017. <https://www.niagaraknowledgeexchange.com/wp-content/uploads/sites/2/2018/08/WHO-GSAP-2017.pdf>



57. ONU 2013. Seguimiento del Año Internacional de las Personas de Edad: Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Informe del secretario general.
58. ONU 2014. Mensaje del secretario general Ban Ki-moon, con motivo del Día Internacional de las Personas de Edad.
59. O'Rourke HM, Collins L, Sidani S. Interventions to address social connectedness and loneliness for older adults: a scoping review. *BMC Geriatr.* 2018 Sep 15;18(1):214. doi: 10.1186/s12877-018-0897-x. PMID: 30219034; PMCID: PMC6139173
60. Ponce de León Romero, L., y García, F.J. (2013). Memoria y envejecimiento activo: recursos disponibles para prevenir el deterioro cognitivo y sus principales resultados. *Revista Española del Tercer Sector*, 25, 117 - 142.
61. Pousada, M., De la fuente, J. (2005). Envejecimiento y cambio cognitivo. En S. Pinazo y M. Sánchez. (Eds.) *Gerontología, Actualización, Innovación y Propuestas*. (pp. 185-217). España: Pearson Educación.
62. Putnam, R.D. (1993). *Making democracy work: Civic traditions in modern Italy*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
63. Redolat, R. &. (1998). ¿Es la plasticidad cerebral un factor crítico en el tratamiento de las alteraciones cognitivas asociadas al envejecimiento? Obtenido de *Anales de Psicología*, 14(1),45-53.[fecha de Consulta 12 de Octubre de 2021]. ISSN: 0212-9728.: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16714105>,
64. Redolat, R. &. (12 de octubre de 2021). ¿Es la plasticidad cerebral un factor crítico en el tratamiento de las alteraciones cognitivas asociadas al envejecimiento? Obtenido de *Anales de Psicología*: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16714105>
65. Reker, G. T. (2001). Prospective predictors of successful aging in community-residing and institutionalized Canadian elderly. *Ageing International*, 27(1), 42–64.)
66. Resnik; Belleville S, Hudon C, Bier N, et al. (2018) Efficacy, Durability and Effect of Cognitive Training and Psychosocial Intervention in Individuals with Mild Cognitive Impairment. *J Am Geriatr Soc.* 2018;66(4):655-663. doi:10.1111/jgs.15192.<http://www.acpgerontologia.com/documentacion/estimulacioncognitiva.pdf>
67. Richards, M. y Sacker, A. (2003). Lifetime antecedents of cognitive reserve. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 25, 614 - 624. <http://dx.doi.org/10.1076/jcen.25.5.614.14581>.
68. Ríos, J. Escudero, C. Bautista, L. (2017) Influencia de las emociones sobre los procesos de la memoria declarativa en el deterioro cognitivo leve. *atharsisi*, N.25. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6246263.pdf>
69. Ronzi S, Orton L, Pope D, Valtorta NK, Bruce NG. What is the impact on health and wellbeing of interventions that foster respect and social inclusion in community-residing older adults? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Syst Rev.* 2018 Jan 30;7(1):26. doi: 10.1186/s13643-018-0680-2. PMID: 29382375; PMCID: PMC5789687.
70. Santacruz, Chavarro, Venegas-Sanabria, Gama y Cano. *Universitas Medica*, vol. 60, núm. 3, 2019, Pontificia Universidad Javeriana. Desigualdades entre mujeres y hombres mayores y menores de setenta años. Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) Colombia 2015. [https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/UMED/60-3%20\(2019-III\)/231059231004/](https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/UMED/60-3%20(2019-III)/231059231004/)
71. Scheibe S, Carstensen LL. Emotional aging: recent findings and future trends. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2010 Mar;65B(2):135-44. doi: 10.1093/geronb/gbp132. Epub 2010 Jan 6. PMID: 20054013; PMCID: PMC2821944.



72. S, B. (1999). Memoria Humana: investigación y teoría, Vol. 11, nº 4,. pp. 705-723).
73. Sara Gloria Aguilar Navarro SG, G. G. (2018). Estimulación de la atención y la memoria en adultos mayores con deterioro cognitivo. Permanyer México.
74. Scheaffer, J.-M. (2018). La experiencia estética. Buenos Aires: La marca editora.
75. Schmeichel BJ. (2007) Attention control, memory updating, and emotion regulation temporarily reduce the capacity for executive control.
76. Singh-Manoux, A., Marmot, M. G., Glymour, M., Sabia, S., Kivimäki, M. y Dugravot, A. (2011). Does cognitive reserve shape cognitive decline? *Annals of Neurology*, 70, 296-304. <http://dx.doi.org/10.1002/ana.22391>. [Links]
77. Southwick S.M., Vythilingam M., Charney D.S. The psychobiology of depression and resilience to stress: implications for prevention and treatment. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2005;1:255–291. [<http://dx.doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143948>]. [PMID: 17716089].
78. Steinhardt M.A. Relationships among positive emotions, coping, resilience and mental health. *Stress Health*. 2016;32(2):145–156. [<http://dx.doi.org/10.1002/smi.2589>]. [PMID: 24962138].
79. Schroll, M. S. (1993). NORA-Nordic research on ageing. Functional capacity of 75-year-old men and women in three Nordic localities. *Danish Medical Bulletin*, 40, 618-624.
80. Southwick S.M., V. M. (2005). The psychobiology of depression and resilience to stress: implications for prevention and treatment. *Rev. Clin. Psychol*, 1:255–291.
81. Toepoel V. (2013) Ageing, leisure, and social connectedness: how could leisure help reduce social isolation of older people? *Social Indicators Research* 113 (1), 355– 372.).
82. Vicario, A., & Cerezo, G. H. (2020). El impacto cognitivo-conductual de la hipertensión. *Hipertensión y riesgo vascular*, 37(3), 125-132.
83. Walker A (2009) Why is ageing so unequal? In: Cann P, Dean M (eds) *Unequal ageing: the untold story of exclusion in old age*. Policy Press Scholarship, Bristol, pp 141–158).
84. V., T. (2013). Ageing, leisure, and social connectedness: how could leisure help reduce social isolation of older people? . *Social Indicators Research* , 113 (1), 355–372.
85. Willis, S. T. (2006). Long-term effects of cognitive training on everyday functional outcomes in older adults. *Journal of the Medical Association of America*, 296, 2805–2814.
86. World Health Organization. Global strategy and action plan on ageing and health (2016-2020). 2017. <http://who.int/ageing/global-strategy/en/>. Accessed 2 Oct 2017.
87. Y., G.-A. (2002). Rehabilitación cognitiva. Aspectos teóricos y metodológicos. *Rev Neurol*, (09):870-876.
88. Yuni, U. y. (2003). Discursos sobre el cuerpo, la estética y el envejecimiento
89. Wilkie R, Peat G, Thomas E et al. Factors associated with participation restriction in community-dwelling adults aged 50 years and over. *Qual Life Res* 2007;16:1147–1156).



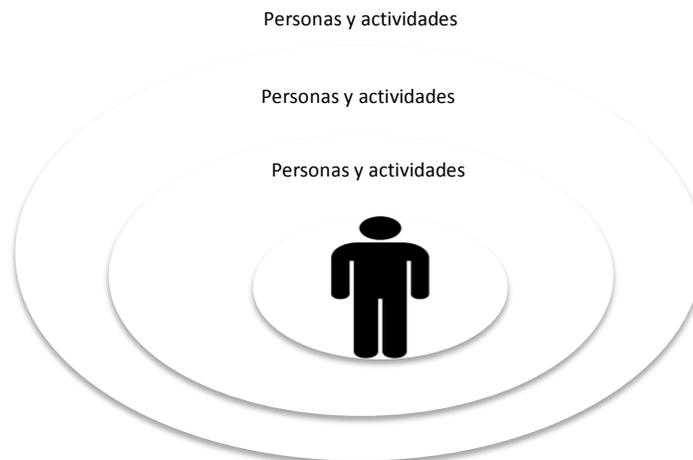
9 ANEXOS

Anexo 1. Ejercicio propuesto por la Organización Panamericana de la Salud (2016) en la Guía de Intervención MhGAP 2.0, para facilitar el fortalecimiento de redes sociales:

Instrucciones:

- Entregue a cada participante (persona mayor) una hoja de papel y un lápiz.
- Instruya a los participantes a dibujar o escribir su nombre en el centro del papel.
- Pida a los participantes que reflexionen sobre: ¿Quiénes son las personas en mi vida?, ¿Qué actividades sociales realizo?
- Anote cada persona y actividad en el mapa concéntrico (vea el ejemplo a continuación), mostrando la cercanía, es decir, colocar a las personas que son más cercanas en los círculos más cercanos. Colocar a los que están más lejos en los círculos más alejados.
- Colocar las actividades sociales que realiza con más frecuencia cerca y poner las actividades que se hacen con menos frecuencia más lejos.

Gráfica 3: Relación de las actividades sociales y la persona



Fuente: Construcción propia Grupo Gestión Integrada para la salud Mental, Minsalud, 2020.

- Una vez hecho el dibujo, pida a los participantes que reflexionen sobre:
 - ✓ ¿Está satisfecho con su red social?
 - ✓ ¿Esta red social lo fortalece?
 - ✓ ¿Hay alguien que podría mover más cerca y que le podría ofrecer más apoyo?
 - ✓ ¿Hay alguien con quien desee tener una relación más estrecha?
 - ✓ ¿Hay alguien que está cerca y que le está causando estrés?
 - ✓ ¿Cómo podría mover a esa persona más lejos?
- Pida que reflexionen sobre las actividades sociales que se han identificado:
 - ✓ ¿Hay actividades que le dan alegría y fortaleza? ¿Podría hacer esas actividades con más frecuencia?



- ✓ ¿Hay actividades sociales que le causen estrés/problemas? ¿Podría comprometerse menos con éstas? ¿Cómo podría cambiar esas actividades?
- Invite a los participantes a re-imaginar una manera de fortalecer sus redes sociales en las formas descritas anteriormente, entregue otra hoja de papel limpia y que re-escriban su red social ideal.
- Pida a los participantes pensar en ¿Qué cambios en mi vida necesito hacer para fortalecer mi red social?, de la siguiente manera:
 - ✓ Pida que hagan una lista de las acciones necesarias y piensen en cómo podrían aplicarlas.
 - ✓ Anime a los participantes a aplicar esas medidas a fin de fortalecer su red de apoyo social, especialmente si sienten que esta es una forma útil de administrar su estrés.
 - ✓ Explique que el mapeo de la red social es una forma útil de ayudar a la persona a entender su red social y encontrar formas de fortalecerla.
 - ✓ Esta intervención contribuye a reducir el estrés y la construcción de una red de apoyo.
 - ✓ También puede ayudar a las personas a desarrollar una rutina social en su vida cotidiana promoviendo la funcionalidad de sus actividades diarias.
 - ✓ Cuando se utiliza con una persona que tiene una condición de neuropsiquiátrica de prioridad puede ser útil crear una lista detallada de las acciones manejables para mejorar una red de apoyo social de la persona en su plan de tratamiento.

Anexo 2. Algunas preguntas útiles y recomendaciones que pueden usarse en el desarrollo de ejercicios para la resolución práctica de problemas (Dugas y Robichaud, 2007):

- a. ¿Cuál es el problema? Esto es, ¿cuál es la situación actual, cómo le gustaría que fuera y qué obstáculos le impiden alcanzar esta situación ideal? ¿Qué meta desea alcanzar? ¿Es realista y alcanzable?
- b. ¿Qué posibles soluciones hay para este problema? Tenga en cuenta lo siguiente: a) aplazar la crítica (las soluciones “locas” son bienvenidas), b) genere tantas soluciones como pueda, c) genere soluciones de distinto tipo.
- c. ¿Cuál es la mejor solución (no la solución perfecta)? Específicamente, decida qué solución responde mejor a las siguientes preguntas: a) ¿En qué medida resolverá su problema? b) ¿Puede llevarla a cabo realmente? ¿Cuánto tiempo y esfuerzo supondrá? c) ¿Cuáles son las consecuencias de esta solución para usted a corto y largo plazo? d) ¿Cuáles son las consecuencias de esta solución para otros a corto y largo plazo?
- d. ¿Cómo llevará a cabo esta solución? Esto es, ¿qué pasos necesita seguir para aplicarla?
- e. ¿Cómo sabrá si la solución funciona? ¿Qué indicadores empleará para saber si las cosas van tal como estaban planeadas?



En este sentido, es fundamental definir y formular bien un problema, ya que en caso contrario no se encontrarán soluciones adecuadas o bien estas serán parciales o, peor aún, complicarán más el problema. Los objetivos de esta fase son:

- Recoger la información relevante sobre el problema.
- Clarificar la naturaleza y determinantes del problema.
- Establecer metas realistas.
- Reevaluar el significado o importancia del problema.

Como mencionan Bados y García-Grau (2014), es importante determinar si el problema que se intenta resolver es el problema primario o básico o bien es: a) parte de un problema más importante y más amplio, o b) consecuencia de un problema antecedente más importante. En estos casos, el intento de solucionar el problema secundario puede fracasar sin resolver primero el problema antecedente.

En el paso de la identificación de posibles soluciones, se deben considerar aspectos como los siguientes:

Especificidad. Hay que describir las soluciones en términos específicos en vez de generales. De esta forma, se facilita la toma de decisión posterior y podrá disponerse de más posibles soluciones.

Lluvia de ideas. Para lograr un mayor número y creatividad de posibles soluciones, conviene seguir los siguientes principios:

- Cantidad. Hay que pensar en tantas soluciones como sea posible.
- La crítica queda diferida. La evaluación crítica de las soluciones es importante para la toma de decisión, pero no para la generación de soluciones, ya que limita el número de estas.
- Variedad. Se trata de lograr la mayor variedad posible de tipos de soluciones. Para ello, conviene escribir todas las soluciones y clasificarlas según el tipo de estrategia o aproximación que representan para resolver el problema.

Aumento de la cantidad y variedad de las soluciones. Una vez que se tenga una lista de soluciones siguiendo los principios enumerados arriba, puede aumentarse la cantidad y calidad de las mismas mediante los siguientes procedimientos:

- Modificaciones. Examinar la lista de soluciones y considerar qué cambios y adiciones pueden hacerse para mejorar las soluciones existentes o generar nuevas soluciones.
- Combinaciones. Examinar la lista de soluciones y considerar cómo se pueden combinar soluciones individuales para producir nuevas soluciones.
- Imaginación. Imaginarse a sí mismo afrontando la situación problemática y alcanzando la meta. Alternativamente, imaginarse cómo actúa un modelo o persona eficiente que es similar a uno mismo en ciertos aspectos, pero que sabe manejar bien la situación problemática.

En el paso de toma de decisión, se trata de ver cuál o cuáles de ellas son las más adecuadas para lograr la meta propuesta, al tiempo que se maximizan los beneficios significativos y se reducen los costes. Los pasos a seguir son los siguientes:



Criba preliminar. Tras examinar la lista de soluciones, se eliminan aquellas cuya realización conlleva obviamente consecuencias negativas inaceptables; y aquellas que no sean factibles, ya sea por falta de habilidad, falta de recursos u otros obstáculos.

Anticipación de los resultados de las soluciones. Se trata de escribir las principales consecuencias significativas que es probable que tenga cada solución, ya que esto facilitará su evaluación posterior. Hay que tener en cuenta las consecuencias probables, no las que es improbable que ocurran. Deben considerarse varios tipos de consecuencias: Positivas (beneficios, ganancias) y negativas (costos, pérdidas); a corto y a largo plazo; personales (p.ej., eficacia esperada de la solución; tiempo y esfuerzo requeridos; efectos en el bienestar emocional, físico, psicológico y económico; efectos en otras metas personales y valores) y sociales.

En el paso de implementación de la solución y en la comprobación de su utilidad, se recomienda aplicar la solución, llevar un autorregistro, en el cual se precise la aplicación de la solución y los resultados que se van obteniendo; y realizar una autoevaluación, en la cual se evalúen los resultados.