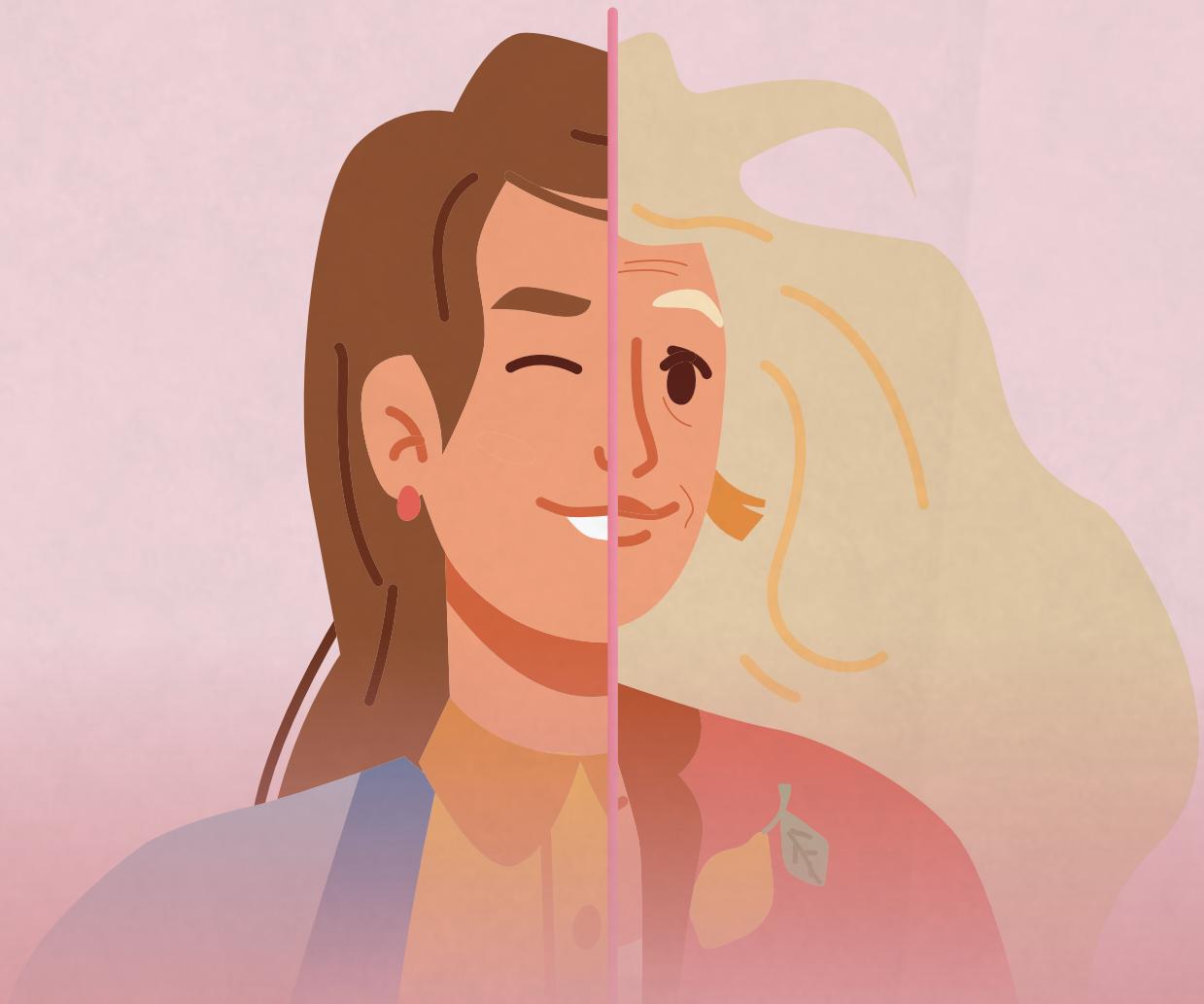


Guía asistencial DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA MUJER



Sacyl



Junta de
Castilla y León

Diciembre 2025

Guía asistencial
DEL PROGRAMA DE
ATENCIÓN INTEGRAL
A LA MUJER

ÍNDICE

Introducción	5
1. Programa de atención integral a la salud de la mujer 50+	8
1.1. Subprograma salud cardiovascular	9
1.1.1. Promoción y prevención en salud cardiovascular	9
1.1.2. Detección precoz en salud cardiovascular	11
1.1.3. Atención a la salud cardiovascular	13
1.1.4. Atención grupal y comunitaria en salud cardiovascular	15
1.2. Subprograma salud sexual y ginecología	16
1.2.1. Promoción y prevención en salud sexual y ginecológica	16
1.2.2. Detección precoz en salud sexual y ginecológica	18
1.2.3. Atención a la salud sexual y ginecológica	19
1.2.4. Atención grupal y comunitaria en salud sexual y ginecológica	21
1.3. Subprograma salud emocional	22
1.3.1. Promoción y prevención en salud emocional	23
1.3.2. Detección precoz en salud emocional	23
1.3.3. Atención a la salud emocional	23
1.3.4. Atención grupal y comunitaria en salud emocional	25
1.4. Subprograma de atención a la cuidadora	26
1.4.1. Promoción y prevención de la salud de la cuidadora	27
1.4.2. Detección precoz de problemas en la mujer cuidadora	27
1.4.3. Atención a la salud de la mujer cuidadora	28
1.4.4. Atención grupal y comunitaria en salud de las cuidadoras	28
1.5. Subprograma de bienestar activo y ejercicio físico	29
1.5.1. Promoción y prevención del ejercicio físico	29
1.5.2. Detección precoz de dificultades funcionales	29
1.5.3. Atención a los problemas de capacidad funcional	30
1.5.4. Atención grupal y comunitaria	31
2. Programa de atención integral a la salud de la mujer 70+	34
2.1. Subprograma capacidad funcional y autónoma	35
2.1.1. Promoción y prevención de la capacidad funcional y la autonomía	35
2.1.2. Detección precoz de problemas funcionales	37
2.1.3. Atención a la salud física y problemas de fragilidad	38
2.1.4. Atención grupal y comunitaria de bienestar activo	42
2.2. Subprograma de la atención a la soledad no deseada	42
2.2.1. Promoción de las relaciones sociales y prevención de la soledad no deseada	42
2.2.2. Detección precoz de la soledad no deseada	42
2.2.3. Atención a la soledad no deseada	42
2.2.4. Atención grupal y comunitaria para prevención de soledad no deseable	43
2.3. Subprograma de la atención a la pluripatología crónica compleja	42
2.3.1. Promoción y prevención a las personas con enfermedad crónica	42
2.3.2. Detección precoz de descompensaciones en mujeres con pluripatología crónica	42
2.3.3. Atención a la salud de la mujer con pluripatología crónica compleja	42
2.3.4. Atención grupal y comunitaria en enfermedades crónicas	43
Implementación y evaluación	49
Justificación y normativa	51
Bibliografía	53

INTRODUCCIÓN

Históricamente, el abordaje de la salud de la mujer ha sido limitado a la atención de la salud sexual y reproductiva considerada propia de la condición de mujer y diferencial de la del hombre. El resto de los aspectos de su salud se consideraba bajo los patrones anatómicos, fisiológicos y patológicos masculinos, lo que ha supuesto un vacío en la investigación y por lo tanto en los conocimientos científicos sobre distintos ámbitos diferenciales de la salud de las mujeres.

Desde hace más de 30 años se vienen estudiando muchos de estos aspectos de la salud de las mujeres que no se han tenido en cuenta:

- Diferencias biológicas (sexo) en todos los sistemas corporales, existiendo diferencias incluso hasta nivel celular¹, lo que tiene que ser considerado en todas las especialidades de la salud.
- Diferentes riesgos en su salud debidas a las desigualdades sociales (roles de género) aún existentes entre hombres y mujeres: mayor sobrecarga de cuidados de la familia, ideales de belleza, violencia de género, sexual, etc².
- Diferencias en la investigación y atención de los problemas de salud de las mujeres, con un mayor nivel de sesgos de género en la atención a las mismas.³

Con todo ello, es importante conocer que existe un infradiagnóstico y retraso diagnóstico de muchas enfermedades en las mujeres. En un importante estudio poblacional danés publicado en *Nature Communications* se detectó un retraso diagnóstico de hasta 700 enfermedades, desde enfermedades crónicas como la diabetes a cánceres, lo que puede conllevar empeoramiento del pronóstico y la mortalidad de las mismas.⁴

También destacar que algunas mujeres, además, sufren una mayor situación de vulnerabilidad como la pobreza, la precariedad laboral, las menores prestaciones económicas en la jubilación, todo ello indiscutiblemente también va a afectar en gran medida su salud.

Por todo ello, es necesario priorizar y realizar un mayor esfuerzo en el abordaje de la salud de las mujeres, mejorando la equidad en la atención sanitaria en Castilla y León, como así se está tratando de incorporar en los programas y estrategias desde hace años⁵, siguiendo las recomendaciones internacionales y las estrategias de otros países.^{6,7,8}

Este programa de salud integral, que en muchos aspectos puede servir para mujeres de otras edades, trata de priorizar y visibilizar a las mujeres mayores de 50 años que en nuestra comunidad son 638.430 castellanasy leonesas y constituyen una gran parte de la población con enfermedades crónicas, dolor crónico, fragilidad, dependencia, cuidadoras, problemas de salud mental, etc. Entre 50 y 69 años contamos con 370.175 mujeres y a partir de los setenta años, 268.255 mujeres. (Fuente INE 1 julio 2025). Las mujeres mayores de 50 suponen el 27% de toda la población de Castilla y León.

Además, sabemos que, por las tareas de cuidados hacia otras personas de la familia y otras sobrecargas sociales que sufren, las mujeres acuden más a los servicios sanitarios de atención primaria y a veces tendemos a medicalizar muchos de sus malestares, en vez de abordarlos de una forma holística con un enfoque biopsicosocial, en el que pueden intervenir otros agentes de apoyo como servicios sociales o asociaciones comunitarias. Entre ellas son fundamentales las asociaciones de mujeres.

Las recomendaciones y acciones de este programa se deben individualizar para cada mujer considerando la atención sanitaria más adecuada de conformidad a la evidencia científica actual centrada en la mujer y adaptada a su edad, con sus necesidades biológicas, psíquicas y sociales.

Aunque existe una gran variabilidad individual en el estado de salud, se han definido dos tramos orientativos que permiten adaptar la atención a las necesidades características de esas etapas de la vida:

Programa de atención integral a la salud de la mujer 50+

Programa de atención integral a la salud de la mujer 70+

Para esta atención integral, se promueve una atención multidisciplinar en la que participarán profesionales del equipo de atención primaria (AP) como medicina Familiar y comunitaria, enfermería familiar y comunitaria, matronas, fisioterapia y trabajo social de AP, así como equipos hospitalarios en ginecología y obstetricia, salud mental y otras especialidades médicas como neurología. Además se tendrá en cuenta que en el abordaje a la salud intervienen otros ámbitos, como lo social y comunitario, donde existen servicios y equipos que tenemos que conocer y coordinarnos con ellos.

Para garantizar el desarrollo y aplicación de los subprogramas en condiciones de máxima accesibilidad y calidad se incorporarán soluciones digitales: apoyo en registro en guías asistenciales estructuradas específicas de historia clínica, consulta no presencial, telepresencia e interconsulta con otros especialistas no presencial.

1

PROGRAMA
DE ATENCIÓN
INTEGRAL A
SALUD DE LA
MUJER 50+

1. PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A SALUD DE LA MUJER 50+

Realización de una valoración y atención integral de 5 aspectos esenciales en estas mujeres:

- 1.1 SUBPROGRAMA SALUD CARDIOVASCULAR
- 1.2 SUBPROGRAMA SALUD SEXUAL Y GINECOLÓGICA
- 1.3 SUBPROGRAMA SALUD EMOCIONAL
- 1.4 SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A LA CUIDADORA
- 1.5 SUBPROGRAMA BIENESTAR ACTIVO Y EJERCICIO FÍSICO

1.1. SUBPROGRAMA SALUD CARDIOVASCULAR

Los mecanismos específicos por sexo en la fisiopatología y la historia natural de la enfermedad cardiovascular siguen estando poco comprendidos ya que las mujeres continúan estando subrepresentadas en la mayoría de los ensayos clínicos cardiovasculares (hasta hace relativamente pocos años se les excluía completamente de los mismos). ⁹

Es necesario revisar los protocolos para incorporar aspectos diferenciales de la salud cardiovascular que nos vayan dando claves para mejorar la prevención y atención en las mujeres, lo que suponen un punto crítico de la Estrategia de Salud Cardiovascular del SNS.

Las mujeres a menudo experimentan síntomas atípicos de infarto, como fatiga, dificultad para respirar, dolor de espalda o mandíbula, lo que puede retrasar la consulta sanitaria. La prevalencia ajustada por edad de la enfermedad cardiovascular en mujeres está aumentando en algunos de los países más poblados del mundo. Además, el infarto de miocardio y la mortalidad por enfermedad cardiovascular están aumentando en mujeres jóvenes.

1.1.1. Promoción y prevención en salud cardiovascular

Para la promoción de la salud cardiovascular en mujeres es necesaria la promoción de estilos de vida saludables, así como el manejo de los factores de riesgo y enfermedades que aumentan el riesgo cardiovascular.

Para ello, es fundamental adaptar el Servicio de prevención y promoción de hábitos de vida saludable en persona adulta a la mujer de nuestra Cartera de Servicios de Atención Primaria.¹⁰ Es necesario implementar el enfoque de género para incluir los aspectos diferenciales de la mujer en este y en todos los programas de prevención. Este programa incluye aspectos de prevención de la salud a personas desde 20 a 69 años.

-Servicio de Prevención y promoción de hábitos de vida saludable en mujer adulta de 50 a 69 años:

Se trata tratar de reducir los factores de riesgo cardiovascular (FRCV), como el tabaquismo, la

obesidad y la inactividad física con educación para la salud en la consulta individual. Este servicio es integral, incluyendo otros aspectos de la salud recogidos en otros subprogramas.

En la **Tabla 1** se establecen los criterios de calidad del servicio, donde se incluyen muchos aspectos del ámbito cardiovascular.

VALORACIÓN

Al menos cada cuatro años.

- Valoración por patrones funcionales de salud.
- Consumo de tabaco. Herramienta de ayuda: test de Fagerström.
- Consumo de alcohol. Herramienta de ayuda: cuestionario AUDIT-C.
- Consumo de otras drogas y su vía de administración. Herramienta de ayuda: cannabis test de CAST.
- Valorar automedicación.
- Comprobar el calendario vacunal del adulto.
- Antecedentes y riesgo de caídas sobre todo en mayores de 65 años. Test Levántate y anda.
- Conductas de riesgo en la seguridad vial.
- Valoración nutricional. Cuantificación del consumo de sal (OMS <5gr/24h). Dieta mediterránea (PREDIMED).
- Ejercicio físico, tipo e intensidad.
- Detección de trastorno del sueño y consumo de benzodiazepinas.
- Valorar el estado de la memoria. Herramienta de ayuda: Mini examen cognoscitivo de Lobo.
- Detección precoz de los trastornos de la conducta alimentaria.
- Valorar el estado emocional. Herramientas de ayuda: preguntas facilitadoras, cuestionario GAD-7 de ansiedad, cuestionario PHQ-9 de depresión.
- Sospecha de cualquier tipo de maltrato.
- Detección precoz de los trastornos asociados a las TIC. Herramientas de ayuda: Cuestionario de videojuegos, Escala CIUS.
- Detección precoz de ludopatías. Herramienta de ayuda: Cuestionario de Lie/Bet.
- Cribado de violencia de género. Herramienta de ayuda: WAST largo.
- Identificación de la condición de cuidadora.
- Conductas sexuales y exploración salud sexual.
- Utilización de métodos anticonceptivos y tipo.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Prevención cardiovascular.

- Peso, talla, IMC y perímetro de cintura cada 4 años.
- Realizar toma de Presión Arterial (PA) en la consulta para el cribado de HTA:
 - De 20 a 40 años: cada 3 o 5 años.
 - A partir de los 40 años o si hay factores de riesgo para el desarrollo de HTA: cada año.
- Incluir el colesterol total y cHDL en cualquier analítica para cribado de dislipemia.
 - Mujeres <45 años: 1 determinación.
 - Mujeres de 45 a 74 años: cada 5 o 6 años.
- Cribado diabetes mellitus; realizar glucemia plasmática en ayunas:
 - Cada 4 años en personas ≥45 años aprovechando otra analítica por control de otros FRCV.
 - Anual en adultos con sobrepeso y uno o más factores de riesgo.

- Cribado de fibrilación auricular (FA): tomar el pulso en personas ≥ 65 años cada año, con realización de ECG si el pulso es irregular.
- A partir de los 60 años de edad aprovechando cualquier analítica pedir albuminuria y creatinina para Filtrado Glomerular estimado.

PLAN DE ACCIÓN Y SEGUIMIENTO

Plan de cuidados.

Vacunación frente a gripe ≥ 60 años y neumococo en ≥ 65 años.

Vacunación frente a tétanos difteria: dosis de recuerdo a los 65 años a las personas correctamente vacunadas en la infancia/adolescencia.

Información y consejo al menos cada 4 años sobre:

- Refuerzo positivo de hábitos saludables.
- Tabaco, alcohol y otras drogas.
- Prevención y protección solar.
- Prevención de accidentes.
- Adherencia al plan terapéutico.
- Alimentación saludable.
- Ejercicio físico.
- Educación sanitaria sobre el uso de preservativo y prácticas sexuales sin riesgo.
- Información de cambios del ciclo menstrual/fertilidad y seguimiento de anticonceptivos hormonales si procede.

Intervención social si procede.

Tabla 1. Criterios de Calidad del servicio de Prevención y promoción de hábitos de vida saludable en mujer adulta de 50 a 69 años. Cartera de Servicios de AP. 2019.

1.1.2. Detección precoz en salud cardiovascular

Se trata de identificar precozmente los factores de riesgo cardiovascular, sabiendo que es importante conocer las diferencias asociadas al sexo por ser mujer. Estas diferencias, añadiendo además la pérdida del efecto cardioprotector que tienen los estrógenos tras la menopausia, resaltan la importancia de un enfoque específico en el manejo en mujeres. De hecho, se sabe que los factores de riesgo cardiovasculares diferenciales en la mujer todavía son infradetectados e infratratados.¹¹

La hipertensión, la dislipidemia y la diabetes son los factores de riesgo más importantes que contribuyen a la mortalidad por enfermedad cardiovascular en mujeres.

Al trabajar la prevención que se ha indicado en el apartado anterior en Servicio de Prevención y promoción de hábitos de vida saludable en mujer adulta, se incluyen herramientas para la valoración que permite detectar precozmente estos factores de riesgo.

En la **Tabla 2** se exponen algunos de los aspectos a tener en cuenta en estos factores de riesgo cardiovascular en mujeres:

HIPERTENSIÓN ARTERIAL
<p>-La hipertensión es el principal factor de riesgo global para la morbilidad y mortalidad cardiovascular, siendo especialmente significativa en las mujeres. Estudios han demostrado que las mujeres tienen un mayor riesgo de infarto agudo de miocardio asociado con hipertensión en comparación con los hombres. La hipertensión también es un factor de riesgo importante para el accidente cerebrovascular en mujeres, y su manejo adecuado es crucial para reducir la carga de enfermedades cardiovasculares en esta población.</p> <p>-Además, la hipertensión en mujeres puede conducir a complicaciones como hipertrofia ventricular izquierda, disfunción diastólica, insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada, rigidez arterial aumentada y enfermedad renal crónica.</p> <p>-Las mujeres reportan más efectos secundarios relacionados con los medicamentos antihipertensivos y pueden tener cifras de hipertensión refractarias al tratamiento si han desarrollado hipertrofia ventricular izquierda.</p>
DISLIPEMIA
<p>-Las mujeres experimentan un aumento significativo en los niveles de colesterol total y LDL durante la transición menopáusica, lo que incrementa el riesgo de enfermedad cardiovascular.</p> <p>-Las mujeres con enfermedad coronaria establecida se benefician de los tratamientos con estatinas, pero su uso en prevención primaria está menos estudiado en mujeres. Además, las mujeres son menos propensas a recibir estatinas en comparación con los hombres, incluso cuando están indicadas.</p> <p>-Las mujeres posmenopáusicas que usan estatinas pueden tener un mayor riesgo de desarrollar diabetes.</p>
DIABETES
<p>-Las mujeres con diabetes tienen un riesgo 44% mayor de desarrollar enfermedad coronaria en comparación con los hombres con diabetes. El riesgo de infarto de miocardio asociado con diabetes es 29% más alto en mujeres que en hombres. Las mujeres con diabetes gestacional tienen un mayor riesgo de desarrollar diabetes tipo II y enfermedad cardiovascular a lo largo de su vida.</p> <p>-Las mujeres tienden a ser diagnosticadas con diabetes a una edad más avanzada, con un índice de masa corporal más alto y en etapas más avanzadas de la enfermedad en comparación con los hombres.</p>
OBESIDAD
<p>-La obesidad en mujeres está asociada con peores resultados en enfermedades cardiovasculares, como la fibrilación auricular, insuficiencia cardíaca y dislipidemia.</p>
DIETA NO SALUDABLE
<p>-Las mujeres son más propensas que los hombres a seguir una dieta saludable. Pero se ha detectado un aumento en el consumo de alimentos de alta densidad energética y bebidas azucaradas y las mujeres parecen verse afectadas de manera más significativa por el mismo nivel de consumo.</p>
ESTILO DE VIDA SEDENTARIO
<p>-Las niñas y mujeres son menos propensas a participar en actividades físicas desde una edad temprana, lo que se perpetúa en la adolescencia y la adultez.</p> <p>-A medida que las mujeres envejecen, su participación en actividades físicas recomendadas disminuye progresivamente.</p>

TABAQUISMO O CONSUMO DE TABACO

-El riesgo de enfermedad cardiovascular asociado con el tabaquismo es un 25% más alto en mujeres que en hombres, esto es importante teniendo en cuenta que el tabaquismo en mujeres ha mostrado un aumento preocupante especialmente entre mujeres jóvenes y adolescentes.

ANTECEDENTES FAMILIARES PREMATUROS

-Destacar que las mujeres con antecedentes familiares prematuros tienen incremento proporcional mayor en riesgo de enfermedad coronaria.

Tabla 2. Diferencias en los factores de riesgo cardiovasculares clásicos en mujeres. Vogel et al. 2021.

Es fundamental tener en cuenta que, además de los factores de riesgo establecidos, existe evidencia científica de Factores de riesgo específicos por sexo en mujeres indicados en la **Tabla 3**.

Menopausia prematura
Diabetes gestacional
Antecedentes de trastornos hipertensivos del embarazo
Antecedentes de parto pretérmino
Terapia hormonal sustitutiva (uso individualizado, teniendo en cuenta edad, otros factores de riesgo, etc.)
Síndrome de ovario poliquístico
Trastornos inflamatorios y autoinmunes sistémicos

Tabla 3. Factores de riesgo específicos por sexo en mujeres. Vogel et al. 2021

Además, debido a los roles sociales de género existen determinantes sociales de la salud que afectan más a las mujeres y que han demostrado ser factores de riesgo hasta ahora poco reconocidos (**Tabla 4**).

Factores de riesgo psicosociales: estrés crónico, ansiedad, depresión, insuficiente apoyo social, duelo o viudedad, etc.
Abuso y violencia de pareja íntima
Deprivación socioeconómica, desempleo
Baja alfabetización en salud
Factores de riesgo ambientales

Tabla 4. Determinantes sociales que actúan como factores de riesgo cardiovascular más prevalentes en mujeres. Vogel et al. 2021

1.1.3. Atención a la salud cardiovascular

Es necesario el correcto tratamiento y seguimiento de todas las enfermedades crónicas asociadas a la enfermedad cardiovascular de la cartera de servicios de Atención Primaria donde se establecen las valoraciones y seguimientos necesarios a realizar (anamnesis, exploración física y pruebas complementarias) y el plan de acción y seguimiento específico para cada una, teniendo en cuenta que hay una mayor prevalencia de pluripatología crónica en mujeres.

En Cartera de Servicios de Atención Primaria se organizan una serie de servicios en relación con la salud cardiovascular, que se deben trabajar como se ha comentado anteriormente, con enfoque hacia la salud de la mujer:

-**VALORACION DEL RIESGO CARDIOVASCULAR:** en este apartado se valoran los factores de riesgo y se estratifica el riesgo cardiovascular según estos factores. Dentro de las distintas escalas y consideraciones, se recomienda para mujeres de estas edades:

- Para una mujer de 50 a 69 años: usar SCORE2 o REGICOR
- Para una mujer ≥ 70 años: usar SCORE2-OP
- Es importante complementar con factores específicos de la mujer (menopausia precoz, antecedentes obstétricos, autoinmunidad), que muchas escalas aún no incluyen.

Para los siguientes Procesos de Atención se debe tener en cuenta lo indicado en la Tabla 2 y se añade alguna consideración ya recogida en las Guías Clínicas recientes (ESC, AHA, ADA, KDIGO, etc.):

-Atención a la mujer con hipertensión arterial: Mayor riesgo de daño cardiovascular tras la menopausia, incluso con cifras tensionales moderadas. Las mujeres posmenopáusicas tienen más rigidez arterial y riesgo de Accidente Cerebrovascular (ACV) a igual presión que los hombres.

-Atención a la mujer con diabetes mellitus: La diabetes multiplica más el riesgo cardiovascular en la mujer que en el hombre.

-Atención a la mujer con obesidad: La distribución central de la grasa tras la menopausia aumenta más la aterosclerosis.

-Atención a la mujer con dislipemia: El descenso de estrógenos empeora el perfil lipídico y eleva el riesgo coronario.

-Atención a la mujer con enfermedad renal crónica: La progresión es más lenta, pero el impacto cardiovascular es mayor que en hombres.

-Atención a la mujer fumadora: El tabaquismo aumenta de forma desproporcionada el riesgo de infarto y ACV en mujeres.

-Atención a la mujer con insuficiencia cardiaca crónica: Predomina la fracción de eyección preservada, con síntomas más limitantes y menos respuesta a fármacos clásicos.

-Atención a la mujer bebedora de riesgo: Mayor daño hepático y cardiovascular con menor consumo de alcohol que en hombres.

-Atención a la mujer con tratamiento anticoagulante: Mayor riesgo de sangrado uterino y necesidad de ajustar dosis según peso y función renal.

-Atención a la mujer con pluripatología crónica compleja: Mayor carga de fragilidad y depresión, con riesgo de infratratamiento y polimedication.

Con el fin de conocer la situación de partida antes de la implantación de este programa, se presentan los datos de prevalencia alcanzada de algunos de los procesos clínicos señalados con anterioridad (Tabla 5):

CARTERA DE SERVICIOS Indicadores de proceso (prevalencia alcanzada)	POBLACIÓN TOTAL	HOMBRES	MUJERES
DM2 (diabetes mellitus tipo 2)	9,24%	10,54%	8.01%
Dislipemia	34,63%	33,9%	35,32%
ERC (enfermedad renal crónica)	3,61%	3,63%	3,60%
EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica)	3,24%	4,3%	2,26%
HTA (hipertensión arterial)	24,77%	24,73%	24,68%
IC (insuficiencia cardiaca)	2,08%	1,97%	2,19%
PCC (paciente crónico complejo)	5.83%	5.46%	6.17%
CARTERA DE SERVICIOS Indicadores de proceso (prevalencia alcanzada)	POBLACIÓN TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Porcentaje de personas con DM2 <65 años con hemoglobina glicosilada <7	37,71%	35,66%	41,14%
Porcentaje de personas con DM2 sin ERC con la media de la PA (presión arterial) <140/90	45,66%	44.13%	47.62%
Porcentaje de personas con DM2 con ERC con la media de la PA <130/80	28,99%	29,62%	28,27%
Porcentaje de personas con DM2 con revisión de los pies en los 2 últimos años	23.33%	23.7%	22.86%
Porcentaje de personas con DM2 con revisión del fondo de ojo en los 2 últimos años	35.61%	36%	35.13%
Porcentaje de personas con HTA con la media de la PA <140/90	39.19%	37.07%	41.25%

Tabla 5. Datos de procesos clínicos con relación a la salud cardiovascular. (Fuente Bision CyL Septiembre 2025).

1.1.4. Atención grupal y comunitaria en salud cardiovascular

Dentro de la Estrategia de salud comunitaria tienen un lugar importante las actividades con mujeres para la promoción de la salud cardiovascular. De hecho, es de destacar que las mujeres participan más activamente en todas las acciones comunitarias que se realizan desde los centros de salud, tanto grupales como comunitarias.

En relación con la salud cardiovascular desde los equipos de AP se realizan preferentemente:

-Actividades grupales de promoción de alimentación saludable: donde se trabaja con las mujeres el etiquetado de los alimentos, la elección saludable y equilibrada de la dieta y las dificultades que se encuentran para llevar esta alimentación saludable.

-Actividades grupales de promoción del ejercicio físico en la comunidad: muchas mujeres se están apuntando a las actividades de promoción del ejercicio físico desde el centro de salud (Caminatas saludables, etc.) o se les aconseja activos locales de la comunidad donde realizarlo.

-Educación grupal y comunitaria en Reanimación Cardiopulmonar: una de las líneas que más se está desarrollando es la realización de educación para formar a primeros intervinientes en Reanimación Cardiopulmonar, tanto en centros educativos como con otros colectivos de la comunidad.

-Grupos de paciente activa y experta de diabetes: donde se realiza educación para la salud específica de esta patología. Se promueve que las mujeres participen como pacientes expertas que puedan apoyar a otras mujeres que comienzan con la enfermedad o tienen más dificultades para abordarla adecuadamente.

-Mapeos de activos: desde los centros de salud se están creando redes con asociaciones de pacientes de enfermedades crónicas. Desde la consulta o los grupos se puede aconsejar la participación de las usuarias en asociaciones de pacientes con su misma enfermedad o problema de salud cardiovascular para que puedan tener una red de apoyo social experta en el tema.

-Ferias de Salud: desde los centros de salud se realizan eventos para la promoción de la salud comunitaria, donde se realiza educación para la salud cardiovascular, tomas de tensión para la detección, actividades preventivas, etc.

1.2. SUBPROGRAMA SALUD SEXUAL Y GINECOLÓGICA

1.2.1. Promoción y prevención en salud sexual y ginecológica

Al finalizar la etapa de salud reproductiva, la salud sexual y ginecológica a veces queda en un segundo plano y es necesario reforzar la promoción de esta para el completo bienestar de la mujer. La matrona del EAP, es la profesional más adecuada para dar recomendaciones y herramientas que favorezcan la salud sexual de las mujeres.

- Cuidados del Suelo pélvico:

Es fundamental enseñar la importancia del fortalecimiento del piso pélvico para prevenir incontinencia urinaria, infecciones de orina y mejorar la función sexual:

o Ejercicios de suelo pélvico para la pérdida de elasticidad, sobre todo si tiene antecedentes de embarazo: ejercicios de Kegel, respiración diafragmática y entrenamiento funcional adaptado.

Se puede aconsejar la visualización de los ejercicios y recomendaciones de la Escuela de Pacientes:

**CONSULTAR
RECOMENDACIONES**

- o Otras recomendaciones para la prevención: evitar sedentarismo, sobrepeso y esfuerzos físicos inadecuados que debiliten la musculatura pélvica.

- Promoción de una salud sexual sana:

En esta etapa, en la que la vida reproductiva ha finalizado, resulta esencial promover la salud sexual como parte integral del bienestar. La educación en salud debe favorecer el disfrute de una sexualidad plena mediante información sobre lubricación natural, alternativas para la sequedad vaginal, prevención de infecciones de transmisión sexual con el método más adecuado para cada mujer, así como el fortalecimiento de la autoestima, la comunicación en pareja y la superación de mitos y tabúes que aún persisten en torno a la sexualidad en la madurez, anticipándose además a la posible disminución del deseo sexual propio de la menopausia.

Por otro lado, es importante también a esta edad seguir reforzando la educación en derechos sexuales y reproductivos: la importancia del consentimiento y deseo mutuo en la pareja, la autonomía y la toma de decisiones sobre la propia sexualidad. Es fundamental tener espacios donde seguir realizando prevención de violencias: espacios de sensibilización sobre violencia sexual, psicológica y otras, con orientación sobre rutas de apoyo y servicios comunitarios disponibles.

- Prevención de otros síntomas en relación con la etapa de climaterio:

Dentro de la promoción de salud de las mujeres, es fundamental adelantarse a los síntomas o pérdidas que se pueden producir en esta etapa al disminuir los estrógenos, para minimizarlos o retrasarlos lo máximo posible.

- o **Promoción de estilos de vida saludables:** alimentación equilibrada para prevenir el sobrepeso e hiperlipemias, rica en calcio y vitamina D, actividad física regular, reducción del consumo de tabaco y alcohol.

- o **Educación sobre autocuidado:** técnicas de manejo del estrés, ejercicios de relajación, higiene del sueño y prácticas de autocuidado emocional que favorezcan el bienestar integral, que se desarrollan más en el subprograma de salud mental.

1.2.2. Detección precoz en salud sexual y ginecológica

Es fundamental seguir promoviendo en las mujeres de estas etapas los Programas de cribado de enfermedades de salud sexual incluidos en Cartera de servicios de Atención Primaria:

-Cribado y diagnóstico precoz de cáncer de cuello de útero.

El Virus del Papiloma Humano (VPH) se transmite cuando se mantienen relaciones sexuales (sexo vaginal, oral o anal) sin protección (preservativo), con una persona que tiene la infección por VPH (hombre o mujer). Esta infección no suele presentar síntomas, por lo que la mayor parte de las personas infectadas no saben que lo tienen.

La infección por VPH desaparece de forma natural en un 90% de los casos. Si esta infección se mantiene en el tiempo se pueden desarrollar lesiones premalignas y cáncer.

Un resultado de VPH positivo no quiere decir que ya existan lesiones, sino que presenta una infección. Sólo un 10% de las mujeres mayores de 35 años que se realizan la prueba presentan un resultado positivo, y de ellas sólo un 30% presenta una lesión en el cuello del útero.

El programa va dirigido a mujeres que cumplan las siguientes condiciones:

- Edad comprendida entre 25 y 64 años.
- Que tengan o hayan tenido relaciones sexuales.
- Que actualmente no presenten molestias ginecológicas o genitales.

En las mujeres mayores de 50 (entre 30 y 64 años), se le realizará la determinación de la presencia de VPH.

En el 2024 se ha realizado la actualización del Programa y sus criterios de decisión basados en el riesgo.

Ver información del programa en el Portal de Salud:

VER INFORMACIÓN
DEL PROGRAMA

-Cribado y diagnóstico precoz de cáncer de mama

El cáncer de mama es un importante problema de salud, que afecta a una de cada 10 mujeres a lo largo de su vida. La frecuencia de aparición de este tipo de tumores aumenta con la edad.

En 2024 se actualizó el programa aumentando la franja de edad de mujeres de 69 años hasta los 74 años.

Este cáncer se puede detectar cuando es de pequeño tamaño, con lo que se consigue la curación en más del 80% de los casos. La mamografía es la mejor prueba de detección precoz de que disponemos en la actualidad. Con ella podemos detectar el 90-95 % de los tumores, aunque sean muy pequeños. Deben repetirse las mamografías en general cada 2 años, salvo que se indique otro intervalo.

Las mujeres dentro de este intervalo de edad recibirán una carta del programa en su domicilio o pueden solicitar información en su centro de salud.

Más información del programa en el Portal de Salud:

[VER INFORMACIÓN
DEL PROGRAMA](#)

1.2.3. Atención a la salud sexual y ginecológica

Dentro de la Cartera de Servicios de AP se abordan la atención a la salud sexual de las mujeres de esta edad en el servicio:

- Servicio Atención a la mujer en el Climaterio

Los criterios de inclusión en el servicio serían mujeres de 50 a 59 años que en ausencia de embarazo presentan uno de estos criterios:

- Amenorrea superior a seis meses.
- Amenorrea inferior a seis meses con alguno de los siguientes síntomas: alteraciones vaso-motoras, sudoración, palpitaciones, insomnio, tristeza, irritabilidad, sequedad vaginal o dispareunia.

El **Climaterio** es un proceso de transición biológica en la vida de la mujer en la que finaliza su fase reproductiva. Incluye los cambios hormonales y clínicos que ocurren antes, durante y después de la menopausia (que sería el evento puntual de la última menstruación espontánea en la vida de la mujer, por fin definitivo de la función ovárica, edad promedio 50-51 años).

La etapa del climaterio abarca aproximadamente desde los 40 hasta los 65 años y existe mucha variabilidad en los síntomas y el grado de estos en cada mujer:

- Síntomas vasomotores: sofocos, sudoraciones, palpitaciones, insomnio,
- Síntomas genitales irregularidades menstruales, sequedad y atrofia vaginal, disminución de la libido o dispareunia
- Síntomas urinarios: como urgencia miccional, infecciones recurrentes de orina.
- Síntomas de la esfera mental: problemas del sueño e insomnio (a veces por los sofocos), cambios de ánimo.
- También son frecuentes los cambios metabólicos con hiperlipemia, etc. ya tratados en otros subprogramas.

Esta etapa natural de la vida de las mujeres a veces tiene connotaciones negativas, asociadas con el proceso de envejecimiento y la pérdida de la fertilidad y es vivida como una fase de pérdidas y dificultades.

Como dicen diferentes estudios, las actitudes negativas hacia la menopausia y el escaso conocimiento de la fisiología y las experiencias asociadas a los síntomas más frecuentes tienen un efecto creciente sobre la gravedad de los malestares. Según el estudio COMEM¹² el grado de conocimiento de las mujeres españolas sobre la menopausia es bajo, este desconocimiento sobre el propio proceso influye negativamente en la experiencia y las vivencias de las mujeres.

También hay estudios que muestran que las mujeres reportan una serie de resultados positivos después de la menopausia, como sensación de libertad al dejar las molestias de los ciclos menstruales y las preocupaciones por el riesgo de embarazo no deseado, mayor confianza en sí mismas y en sus competencias y capacidad para decir lo que piensan. La experiencia de la menopausia se ve influenciada por las creencias y valores predominantes en el entorno sociocultural, los antecedentes de las mujeres y la forma en que estas abordan los cambios en esta etapa de la vida.¹³

Por otro lado, a veces la propia mujer entiende la menopausia como un "proceso natural" que hay que "aguantar" y que habitualmente todo lo que suceda en su vida será relacionado con su nuevo "estado". Esto hace que muchas mujeres demoren sus consultas médicas justificando sus síntomas como normales.¹⁴

A las mujeres incluidas en el servicio se les realizará valoración de todos estos aspectos, así como de los incluidos en los otros subprogramas: valoración funcional, emocional, factores de riesgo de fractura y otros factores de riesgo.

Se realizará el plan de seguimiento y cuidados según los aspectos detectados con recomendaciones de hábitos de vida saludables de alimentación, ejercicios, incluido de suelo pélvico, informando sobre la importancia de consulta ante la presencia de sangrado vaginal postmenopáusico.

Respecto a los tratamientos, es fundamental el equilibrio entre no percibir como una enfermedad una etapa normal de la vida, pero tampoco impedir la toma de la medicación cuando sea necesaria debido a la intensidad de ciertos síntomas, siempre según la evidencia científica disponible.

La Tabla 6 recoge los criterios de calidad del servicio de cartera de AP de atención a la mujer en el climaterio, que abordan esta etapa de una forma integral, con aspectos biopsicosociales.

VALORACIÓN

Anamnesis

- Antecedentes gineco-obstétricos.
- Valoración por patrones funcionales de salud.
- Valoración de los factores de riesgo de fracturas por fragilidad.

Prevención de fracturas por fragilidad | Profesionales

- Consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.
- Síntomas: alteraciones vasomotoras, sudoración, palpitaciones, insomnio, tristeza, irritabilidad, sequedad vaginal o dispareunia.
- Incontinencia urinaria.
- Valoración emocional.

PLAN ACCIÓN Y SEGUIMIENTO

- Plan de cuidados.
- Prevención de fracturas por fragilidad.
- Informar sobre riesgo de embarazo durante los 12 primeros meses de amenorrea.
- Ejercicios para la rehabilitación del suelo pélvico.
- Recomendaciones para evitar obesidad o bajo peso (IMC por debajo de 18,5).
- Consejo para evitar automedicación: especialmente los hipnosedantes y tratamiento del dolor.
- Informar sobre la importancia de consultar ante la presencia de sangrado vaginal posmenopáusico o, en el caso de mujeres en tratamiento hormonal sustitutivo que incluya gestágenos, ante la presencia de sangrado atípico.

Tabla 6. Criterios de Calidad del servicio de Atención a la Mujer en el Climaterio. Cartera de Servicios de AP. 2019.

Son recomendables para consultar las Menoguías para mujeres y para profesionales de la Asociación Española para el estudio de la Menopausia:

Menoguías para profesionales - aeem

Menoguías para mujeres - aeem

Además, existe material de interés en la Escuela de Pacientes:

Climaterio | Escuela de pacientes

1.2.4. Atención grupal y comunitaria en salud sexual y ginecológica

Dentro de la actividad grupal comunitaria realizada en los centros de salud, uno de los grupos más activos después de los relacionados con el embarazo y la lactancia, son los Grupos de mujeres en etapa de climaterio y menopausia dirigidos por las matronas y enfermería familiar y comunitaria. En estos grupos se trabajan tanto los cambios biológicos como emocionales y sociales de esta fase de la vida de las mujeres, siendo claves en su papel de crea-

ción de redes de iguales, favoreciendo vínculos sociales.

Será muy importante contar con las Asociaciones de mujeres de la comunidad, algunas apoyan a colectivos vulnerables con las que se puede trabajar la accesibilidad de las mismas a los programas de salud.

1.3. SUBPROGRAMA SALUD EMOCIONAL

La mujer en esta etapa de la vida enfrenta, además de sus propios cambios físicos, cambios y pérdidas que afectan a la esfera psicosocial.

En esta etapa vital muchas mujeres viven distintas situaciones difíciles como el "síndrome del nido vacío", la separación o pérdida de pareja, la jubilación, lo que les hace tener que pasar por procesos de adaptación más o menos complicados.

Sabemos que existen desigualdades sociales que hacen a algunas mujeres muy vulnerables en su salud mental, como la pobreza, las menores pensiones, la sobrecarga de los cuidados (enfermos o personas mayores familiares, hijos/as, nietos, etc).¹⁵

Además, otros colectivos vulnerables que debemos tener en cuenta serían las mujeres con enfermedad mental, discapacidad física o intelectual, mujeres de diferentes etnias o migrantes, que pueden sufrir emocionalmente por una mayor discriminación.

Es fundamental tener en cuenta que las mujeres de esta edad siguen sufriendo violencia de género. La violencia de género en mujeres mayores es una realidad oculta y normalizada, a veces por ellas mismas.¹⁶ Las mujeres mayores muestran prevalencias de violencia más altas que las que tienen menos de 65 años, y acuden en menor medida a los servicios de ayuda disponibles (Macroencuesta de Violencia contra la Mujer, 2019).

Las mujeres mayores son más vulnerables a la violencia de género por mayor dependencia y dificultades para poner fin a la relación de maltrato: ¹⁷

- Maltratos muy crónicos de muchos años de duración, que han creado en ellas sentimientos de incapacidad e impotencia frente al maltratador.

- Dependencia económica por no haber realizado trabajos remunerados o haber tenido trabajos precarios con una pensión muy reducida.

- En la jubilación el hombre está más tiempo en casa y la convivencia puede empeorar, la mujer puede perder la única parcela en la que se desenvolvía más libremente.

- Al irse los hijos/as de casa la mujer se queda a solas con el maltratador y pierde el apoyo que tenía en ellos.

- En otras ocasiones son los hijos/as mayores que no apoyan las decisiones de la mujer de separarse, para que no deje sólo al padre sin cuidado, etc.

- Algunas mujeres se ven en la obligación de cuidar al hombre agresor porque está enfermo

y en situación de dependencia. Otras mujeres son ellas las que están en situación de mala salud o discapacidad a esta edad y son dependientes de su pareja para su cuidado, con lo que el maltrato es posible que aumente en intensidad y gravedad.

1.3.1. Promoción y prevención en salud emocional

En el servicio de promoción y prevención de la salud ya indicado en el Subprograma 1.1, se establece el refuerzo positivo de hábitos saludables, también en la esfera emocional. Por eso es fundamental favorecer los autocuidados, promocionar el ocio, actividad física, cultural... así como la recomendación de activos locales en relación con la salud mental que existan en la zona básica.

1.3.2. Detección precoz en salud emocional

Dentro de la promoción y prevención de la salud mental se incluyen unas herramientas que ayudan a la detección precoz de problemas de salud mental al realizar la valoración del estado emocional de la persona.

- Herramientas de ayuda en la valoración del estado emocional: preguntas facilitadoras, cuestionario GAD-7 de ansiedad, cuestionario PHQ-9 de depresión.
- Sospecha de cualquier tipo de maltrato. Cribado de violencia de género. Herramienta de ayuda: WAST largo. En el caso de detección de un caso de violencia de género o sexual, se seguirán la pautas indicadas en las diferentes guías y protocolos de atención a la violencia de género de SACYL.
- Detección precoz de los trastornos asociados a las TIC.¹⁸ Herramientas de ayuda: Escala CIUS de Uso Compulsivo de Internet. Señales de alarma para la detección de abuso de las TIC. Test de Adicción a Internet (IAT).
- Detección precoz de ludopatías. Herramienta de ayuda: Cuestionario Lie/Bet: Escala de valoración de la aparición de problemas con juegos con apuestas.
- Identificación de la condición de cuidadora y Escala de Sobrecarga de la persona Cuidadora de Zarit.

1.3.3. Atención a la salud emocional

Es fundamental una atención a la salud con enfoque biopsicosocial que favorezca conocer los ciclos vitales de las mujeres, su estado familiar, laboral, económico y social, ya que todo ello va a influir en su salud y bienestar.

Varios servicios de cartera de AP tienen relación con la salud mental, como el servicio de atención a la persona con depresión, servicio de atención a la persona con ansiedad, o el servicio de atención a la persona bebedora de riesgo. En las Tablas 7 y 8 incluimos las acciones más importantes y criterios de calidad en los servicios de ansiedad y depresión.

-Servicios de atención a la ansiedad y depresión en la mujer

SERVICIO DE ATENCIÓN A LA PERSONA CON ANSIEDAD
<p>Anamnesis</p> <ul style="list-style-type: none">• Antecedentes familiares de enfermedad mental.• Antecedentes personales: enfermedad mental, otras enfermedades, consumo de tabaco, alcohol y otras drogas. Valoración de violencia de género/sexual o traumas.• Tratamientos farmacológicos previos.• Valorar por patrones funcionales de salud.• Síntomas de ansiedad. Grado/nivel de ansiedad. Herramienta de ayuda: GAD-7 para la ansiedad.• Apoyo social. Identificar si la persona vive sola. Herramienta de ayuda: cuestionario MOS de apoyo social.• Exploración de ideas de suicidio o autolisis. Herramientas de ayuda: SAD PERSONS y MINI SUICIDIO.
PLAN DE ACCIÓN Y SEGUIMIENTO
<ul style="list-style-type: none">• Información básica sobre la naturaleza, curso y tratamiento de la enfermedad.• Plan de cuidados.• Terapia psicoeducativa básica.• Tratamiento farmacológico sólo si es necesario. Como consideraciones al tratamiento: no utilizar antipsicóticos para el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada en AP.• Intervención social si es reactiva a problemática social/laboral/familiar.• Reevaluar en Atención Primaria (AP) en un plazo máximo de una semana.<ul style="list-style-type: none">– Revisión del estado y síntomas del paciente.– Valoración de la adherencia al plan terapéutico.• Revisiones posteriores según sintomatología del paciente.<ul style="list-style-type: none">– Evolución del paciente a través del cuestionario GAD-7.• Educación para la Salud Grupal.
CRITERIOS DE INTERCONSULTA AL EQUIPO DE SALUD MENTAL
<ul style="list-style-type: none">• No existe respuesta al tratamiento inicial.• Necesidad de tratamientos psicoterapéuticos que no puedan ser asumidos en AP.• Sintomatología muy intensa e incapacitante.
SERVICIO DE ATENCIÓN A LA PERSONA CON DEPRESIÓN
<p>VALORACIÓN</p> <p>Anamnesis</p> <ul style="list-style-type: none">• Antecedentes familiares de enfermedad mental.• Antecedentes personales de enfermedad mental, otras enfermedades, consumo de tabaco, alcohol y otras drogas. Valoración de violencia de género/sexual o traumas.• Tratamientos farmacológicos previos.• Valoración por patrones funcionales de salud.

- Caracterización del episodio: duración, síntomas e intensidad.
- Presencia de síntomas de ansiedad acompañantes.
- Valoración de síntomas depresivos. Herramienta de ayuda: cuestionario PHQ-9.
- Identificar si la persona vive sola. Apoyo social. Cuestionario de ayuda: MOS de apoyo social.
- Exploración de ideas de suicidio o autolisis. Herramientas de ayuda: escalas SAD PERSONS y MINI SUICIDIO.

Plan de acción y seguimiento. Anual.

- Información básica sobre la naturaleza, curso y tratamiento de la enfermedad.
- Plan de cuidados.
- Terapia psicoeducativa básica.
- Tratamiento sólo si es necesario, de 1^a elección farmacológico con ISRS.
- Intervención social si es reactiva a problemática social/laboral/familiar.
- Reevaluar en AP en un plazo máximo de una semana.
 - Revisión del estado y síntomas del paciente.
 - Valoración de la adherencia al plan terapéutico.
- Revisiones posteriores en función del estado y síntomas del paciente.
 - Evolución del paciente a través del cuestionario PHQ-9.
- Educación para la salud grupal.

Tablas 7 y 8. Criterios de Calidad de los Servicios de atención a la persona con Ansiedad y Depresión. Cartera de Servicios de AP. 2019.

Como se destaca en estos servicios, es fundamental la valoración del riesgo de suicidio ante un problema de salud emocional, así como la coordinación adecuada con los servicios de salud mental.

Se está desarrollando un Programa de psicoeducación de AP de abordaje del malestar emocional, que refuerza la formación y la calidad en la prevención y atención en salud mental desde AP, ante un caso de problema emocional leve, teniendo en cuenta el enfoque integral de determinantes sociales y apoyados por todos los servicios comunitarios locales.

Es fundamental tener en cuenta aspectos diferenciales de los problemas de salud mental en las mujeres que comentábamos en la introducción de este apartado, ya que, se tiende a tildar de emocionales o psicosomáticos, problemas de salud que tienen causa orgánica, infradiagnosticando o retrasando el diagnóstico y el tratamiento de estas. Por otro lado, se tiende a medicalizar más los malestares cotidianos en las mujeres, a veces sin criterios clínicos, debiendo abordarse el malestar con técnicas de psicoeducación y sobre todo las causas del mismo con apoyo familiar y social.

1.3.4. Atención grupal y comunitaria en salud emocional

Los grupos socioeducativos en Atención Primaria son una herramienta para trabajar malestares o realizar apoyo a grupos de mujeres. Son útiles para ayudar a personas que acuden a los centros de salud a manejar los síntomas emocionales que le llevan a consulta^{19,20} Los

más habituales han sido grupos de mujeres con malestar psicoemocional, donde se trabajan los roles de género y los problemas por la sobrecarga de los cuidados que padecen muchas mujeres. De esta forma, se trata de reforzar sus capacidades y autocuidados, aprender a valorarse y ganar autoestima y confianza para expresar sus opiniones, tomar decisiones y afrontar situaciones personales y sociales con mayor seguridad.

También, como ya se ha comentado, será de interés apoyarse en el Mapeo de Activos de Salud que tiene la comunidad. Muchas asociaciones de mujeres o de pacientes tienen espacios de apoyo emocional, donde las mujeres puedan aumentar sus redes de relaciones.

1.4. SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A LA CUIDADORA

En este grupo de edad se localizan las cuidadoras por excelencia, mujeres que se ocupan de padres/madres, hijos/as, personas enfermas o discapacitadas de la familia y, en ocasiones, cónyuges, y al mismo tiempo, mantienen su actividad laboral.

Como nos indica María Ángeles Duran en "La riqueza invisible del cuidado" el perfil de persona cuidadora en España sería:

1. Mujer
2. Edad entre 50 y 80 años
3. No tiene empleo, si lo tuvo ha tenido que abandonarlo
4. Dedica más de 40 horas semanales al cuidado del dependiente. No es raro que esta cifra se duplique o tripique
5. Tiene dificultades económicas
6. Asume casi en exclusiva el cuidado del dependiente. Tiene dificultad para mantener relaciones sociales
7. Lo hace durante largos años, y su expectativa es que seguirá haciéndolo. No tiene tiempo ni oportunidad de cuidarse a sí misma/o
8. Padece patologías múltiples, especialmente cansancio, carencia y trastornos del sueño, dolores de espalda y, frecuentemente, depresión.
9. No tiene tiempo ni oportunidad de cuidarse a sí misma
10. Siente miedo respecto a su futuro

La responsabilidad de los cuidados, asumida mayoritariamente por las mujeres, impacta directamente en su bienestar físico, emocional y social. La sobrecarga derivada del cuidado de personas dependientes, la falta de reconocimiento y el escaso reparto equitativo de estas tareas generan estrés, agotamiento y desigualdades en la salud. Es clave visibilizar y redistribuir los cuidados para avanzar en la equidad de género y en la mejora de la salud de las mujeres.²¹

1.4.1. Promoción y prevención de la salud de la cuidadora

Es fundamental la promoción de los autocuidados en salud con las mujeres cuidadoras familiares, ayudarlas a la gestión de su tiempo de descanso y ocio, favorecer que pongan límites y soliciten ayuda y corresponsabilidad familiar, trabajar el abordaje de la culpa cuando no se llega a todo o se ponen dichos límites, potenciar el desarrollo de la autonomía de la persona a la que se cuida, y alentar las redes entre iguales y grupos comunitarios.

1.4.2. Detección precoz de problemas en la mujer cuidadora

Es preciso un seguimiento cercano de la mujer cuidadora para detectar el momento de sobrecarga, antes de que pueda claudicar o ver dificultados sus cuidados a la persona dependiente.

Cuando atendemos cuidadoras vulnerables o el Test de valoración de la Sobrecarga de la persona cuidadora de ZARIT es mayor de 17, es fundamental la coordinación con servicios sociales y comunitarios para buscar apoyos formales e informales a la mujer y trabajar con sus dificultades e incluso sus propios problemas de salud.

1.4.3. Atención a la salud de la mujer cuidadora

Para una atención integral en todos los aspectos biopsicosociales de la salud de la mujer cuidadora, se creó el Servicio de atención a la cuidadora con todas las valoraciones a realizar y herramientas para hacerlo, así como el plan de seguimiento ([Tabla 9](#)).

VALORACIÓN
<p>Anamnesis</p> <ul style="list-style-type: none">• Identificación de la persona a la que cuida: nombre, edad, parentesco, enfermedad que motiva la dependencia.• Identificación de cuidadores vulnerables.• Antecedentes personales.• Valoración por patrones funcionales de salud.• Valoración de la sobrecarga del cuidador con la escala Zarit abreviada con 7 ítems• Valoración emocional, despistaje de alteraciones del ánimo y autoestima• Valoración sociofamiliar: red de apoyo familiar, red de apoyo social.• Valoración de la calidad de vida. Herramienta de ayuda: encuesta de calidad de vida COOPWONCA• Valoración de preferencias y valores.
PLAN ACCIÓN Y SEGUIMIENTO
<p>Anual.</p> <ul style="list-style-type: none">• Plan de cuidados de la persona cuidadora.• Educación para la salud individual. Recomendar Guía para las personas cuidadoras del aula de pacientes.

- Propuesta de inclusión en el servicio de educación grupal a cuidadores.
- Apoyo emocional.
- Reevaluación de la sobrecarga del cuidador con escala Zarit abreviada.
- Reevaluación de la calidad de vida.
- Plan de intervención social establecido.
- Atención al duelo cuando proceda.

Revisión del plan de cuidados:

- Trimestral en cuidadores con diagnóstico de Riesgo de Cansancio del rol de cuidador.
 - Detección de signos y síntomas de sobrecarga.
 - Revisión del plan de actuación.
 - Interconsulta con trabajador social del EAP.
- Mensual en cuidadores con diagnóstico de Cansancio del rol de cuidador riesgo o Zarit abreviada >17.

COORDINACIÓN

- Interconsulta/coordinación con Servicios Sociales: Centros de acción social (CEAS).
 - Cuidadoras vulnerables*.
 - Cuidadores con diagnóstico de Cansancio del rol de cuidador riesgo o Zarit abreviada >17.
- Coordinación con el equipo sanitario de la persona dependiente.
- Contacto con asociaciones de pacientes.

<https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/asoc-pacientes>

*Cuidadora vulnerable: persona que presenta al menos uno de estos criterios:

- Cuidadora de >80 años
- Cuidadora con enfermedad incapacitante
- Cuidadora con dependencia reconocida
- Cuidadora con varios dependientes a su cargo

Tabla 9. Criterios de Calidad del Servicio de atención a la persona cuidadora. Cartera de Servicios de AP. 2019.

1.4.4. Atención grupal y comunitaria en salud de las cuidadoras

Durante el desarrollo de la Estrategia de salud comunitaria se ha dado un papel fundamental al apoyo de las personas cuidadoras 22 y por ello se están implementando Grupos de intervención desde AP con personas cuidadoras que mayoritariamente son mujeres. Son fundamentales las metodologías participativas como los procesos correctores comunitarios (ProCC) en la atención a mujeres cuidadoras que buscan generar espacios colectivos de apoyo, reconocimiento y empoderamiento. A través de la participación comunitaria se favorece la visibilización de su rol, la construcción de redes de ayuda mutua y la promoción de la corresponsabilidad en los cuidados. Estos procesos permiten transformar la sobrecarga individual en un abordaje compartido, mejorando la salud y el bienestar de las cuidadoras y contribuyendo a reducir las desigualdades de género.

-El **Mapeo de activos** desde los centros de salud favorecerá la creación de redes con asociaciones de pacientes de enfermedades crónicas locales, que a veces organizan acciones para las personas cuidadoras de estos pacientes.

1.5. SUBPROGRAMA BIENESTAR ACTIVO Y EJERCICIO FÍSICO

La práctica de ejercicio físico está relacionada con múltiples beneficios para la salud y la condición física de la mujer, en todas las etapas de su vida. Estos beneficios están fuertemente respaldados por la evidencia científica, y se ha demostrado que el ejercicio físico es capaz de prevenir y tratar numerosas enfermedades no transmisibles, entre las que se encuentra la enfermedad cardiovascular. En la etapa de transición a la menopausia y posmenopausia el entrenamiento de fuerza individualizado es fundamental para intentar contrarrestar los cambios físicos y emocionales de la etapa.²³

1.5.1. Promoción y prevención del ejercicio físico

Se debe favorecer el mantenimiento de la capacidad funcional durante el mayor tiempo posible con promoción del ejercicio físico en mujeres de más de 50 años que debe fundamentarse en la evidencia sobre los beneficios de la actividad física en la prevención de enfermedades crónicas y la mejora de la calidad de vida. Se recomienda diseñar intervenciones multicomponente que incluyan:

- Entrenamiento aeróbico (caminar, bicicleta estática, natación) a intensidad moderada, al menos 150 minutos semanales, para mejorar la capacidad cardiorrespiratoria.
- Ejercicios de fuerza 2–3 veces por semana, enfocados en grandes grupos musculares, con el fin de prevenir la sarcopenia y mejorar la densidad ósea.
- Ejercicios de flexibilidad y equilibrio (yoga, tai chi, estiramientos) para reducir el riesgo de caídas y mantener la movilidad articular.

El programa debe acompañarse de una valoración inicial individualizada, teniendo en cuenta su forma física, las enfermedades crónicas y las preferencias de la mujer, estableciendo una progresión gradual de cargas y asegurando la supervisión profesional para minimizar riesgos. La dimensión grupal resulta estratégica para aumentar la adherencia, generar apoyo social y potenciar el empoderamiento en la autogestión de la salud.

1.5.2. Detección precoz de dificultades funcionales

Es fundamental, como ya se ha comentado en otros subprogramas (Ver Tabla 1: Servicio de Prevención y promoción de hábitos de vida persona adulta), la evaluación de la capacidad funcional y estado físico de la mujer, su edad de menopausia y riesgo de osteoporosis, así como la actividad física que realizaba previamente.

La pérdida de secreción de las hormonas sexuales pone a las mujeres en riesgo de sufrir una disminución de la densidad ósea y un mayor riesgo de fractura ósea por dos razones: por un lado, el déficit de progesterona que es una hormona que ayuda a la formación ósea, y por otro la disminución de los estrógenos, que aumenta la resorción o degradación de la masa ósea.

Es fundamental la valoración de los factores de riesgo de fracturas por fragilidad, descritos en el **Proceso Asistencial de Prevención de Fracturas por Fragilidad**:

<https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesos-asistenciales/procesos-asistenciales-gerencia-regional-salud/prevencion-fracturas-fragilidad>

FACTORES DE RIESGO DE FRACTURAS POR FRAGILIDAD	
CRITERIOS MAYORES (Factores de riesgo elevados, riesgo x 2 o más.)	CRITERIOS MENORES (Factores de riesgo moderados, riesgo entre 1 y x 2)
<ul style="list-style-type: none"> -Fractura previa por fragilidad. -Antecedentes familiares de osteoporosis. -Edad = o > 65 años. -Índice de masa corporal <20 Kg/m². -Tratamiento general con glucocorticoides. -Fallo ovárico prematuro. -Caídas en el último año. -Hiperparatiroidismo. -trastornos de la conducta alimentaria (anorexia, bulimia, etc.) -Malnutrición crónica, malabsorción. 	<ul style="list-style-type: none"> -Consumo > 3 unidades de alcohol/d -Fumadora habitual -Diabetes mellitus tipo I -Artritis reumatoide -Hipertiroidismo -Sexo femenino -Menopausia temprana (40-45)
Ante el antecedente personal de fractura previa por fragilidad, más de 2 criterios mayores o más de 4 menores se valorará la realización de la densitometría ósea	

Tabla 10. Factores de riesgo de Fracturas por Fragilidad. Proceso Asistencial Integrado de Fracturas por Fragilidad (CyL).

1.5.3. Atención a los problemas de capacidad funcional

Dentro de los problemas en relación con la capacidad funcional de las mujeres de esta edad, además de la detección de enfermedades osteomusculares, etc, es relevante la atención al dolor crónico no oncológico debido a su gran prevalencia.

-Servicio de atención a la mujer con dolor crónico

Es necesario visibilizar el impacto social y personal del dolor crónico en la vida de las mujeres, ya que puede afectar de forma significativa la calidad de vida, la vida laboral, las relaciones sociales y la salud mental.

Está ampliamente documentado que las mujeres sufren dolor crónico con mayor frecuencia e intensidad que los hombres. Enfermedades como la fibromialgia, migrañas, dolor pélvico crónico o artrosis tienen una prevalencia claramente superior en la población femenina. Además, se sabe que existen diferencias por sexo tanto en la fisiología y percepción del dolor como en la respuesta a los tratamientos, y que históricamente las mujeres han sufrido una cierta invisibilización o infravaloración de sus síntomas en el ámbito sanitario. ²⁴

Por todo ello, en este servicio se busca ofrecer una atención integral y personalizada, que incluya no solo el tratamiento farmacológico, sino también fisioterapia, apoyo psicológico y estrategias de autocuidado.

La **Tabla 11** incluye los criterios de calidad en la valoración del dolor crónico no oncológico de la cartera de servicios de AP:

VALORACIÓN

Anamnesis

- Causa del dolor (proceso clínico), tipo de dolor, intensidad (Escala EVA), desencadenantes, atenuantes, localización, sensibilización central.
- Evaluación multidimensional del dolor. Herramienta de ayuda: Índice de Lattinem.
- Tratamiento previo.
- Valoración del consumo previo de opioides. Herramienta de ayuda: Opioid Risk Tool (ORT)
- Valoración por patrones funcionales de salud.
- Estado emocional.
- Comorbilidad psiquiátrica, kinesifobia, catastrofismo.
- Valoración sociofamiliar.
- Consumo de tabaco, alcohol, drogas ilegales, benzodiacepinas.

PLAN DE ACCIÓN Y SEGUIMIENTO

- Plan de cuidados.
- Educación sobre hábitos de vida saludables: actividad física, alimentación, patrón de sueño, relaciones sociales.
- Terapias psicoeducación básica.
- Educación para la salud grupal.
- Ayudar a mejorar el afrontamiento.
- Tratamiento farmacológico escalonado.

SEGUIMIENTO

Evaluar la efectividad de las intervenciones (la funcionalidad, el alivio del dolor) y los efectos adversos:

- Mínimo al mes del inicio, aunque dependerá de la situación del paciente.
- Posteriormente cada tres meses como pauta genérica.

Ante el fracaso del tratamiento modificar las intervenciones y reevaluarlas.

COORDINACIÓN

- **UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE AP DE AFRONTAMIENTO DEL DOLOR ACTIVO:** dolor musculo-esquelético con características de sensibilización central, tras fracaso del tratamiento convencional. Protocolo de dolor crónico.
- **Equipos de Salud Mental:** cuando asocie importante ansiedad, dificultad de afrontamiento y/o desajuste vital y requiere tratamiento psicológico complementario.
- **Unidad del dolor hospitalaria:** si, al cabo de 6 meses de tratamiento y seguimiento adecuado con un plan integral de tratamiento, la intensidad del dolor y/o funcionalidad no han alcanzado los objetivos, debe considerarse como un cuadro de dolor crónico de difícil control y valorar su derivación.

Tabla 11. Criterios de Calidad del Servicio de atención a la persona con dolor crónico no oncológico. Cartera de Servicios de AP. 2019.

1.5.4. Atención grupal y comunitaria

Dentro los grupos de mujeres anteriormente citados en otros subprogramas se trabajan los hábitos de vida saludable y ejercicio físico, pero también de forma específica se realizan Grupos de Alimentación saludable o de Promoción del Ejercicio Físico ("Caminatas Saludables").

Estas actividades favorecen la participación grupal, generan redes de apoyo y constituyen una intervención accesible y sostenible para mejorar la salud cardiovascular, el control del peso y el bienestar emocional y funcional. La organización con/desde los centros de salud, en coordinación con asociaciones locales y recursos municipales, permite integrar la actividad en el entorno cotidiano, potenciar la adherencia y visibilizar el ejercicio como una herramienta de autocuidado y empoderamiento en salud.

Destacar como se indica en la **Tabla 11**, las Unidades de Afrontamiento del Dolor Activo de Fisioterapia de AP donde también se trabaja con abordaje Grupal del dolor lo que favorece la motivación conjunta en el ejercicio físico y la red de apoyo.

OTROS programas de interés a promocionar en la mujer 50+

- Detección precoz del Cáncer colorrectal.

El cáncer colorrectal es uno de los cánceres más frecuentes, tanto en mujeres como en hombres, a partir de los 50 años.

La mayor parte de los cánceres colorrectales se originan a partir de pólipos existentes en la mucosa del colon. No existe una única causa, sino que intervienen diferentes factores de riesgo para su desarrollo: edad, presencia de diversas enfermedades intestinales, dieta pobre en fibra y rica en grasas saturadas, ingesta de alcohol y tabaco...

Es por ello por lo que es de vital importancia su prevención primaria a través del consumo de alimentos ricos en fibras, frutas y verduras, la ingesta abundante de leche y derivados, evitar la obesidad, realizar ejercicio de manera regular y evitar el consumo de alcohol y tabaco son condiciones que se asocian a una disminución en el riesgo de cáncer colorrectal.

Así mismo el cáncer colorrectal es uno de los pocos cánceres que se pueden diagnosticar precozmente, antes de que la persona note algún síntoma. La medida más eficaz para la prevención secundaria de este tipo de cáncer es participar en el Programa de Detección Precoz de Cáncer Colorrectal en Castilla y León que se dirige a personas de 50 a 74 años. En este programa se realizan una serie de pruebas que comienzan con la realización del test de sangre oculta en heces (TSOH) para analizar la presencia de mínimas cantidades de sangre oculta en las heces, basándose en que los pólipos y cánceres suele producir sangrado. En función del resultado del test se realizan pruebas complementarias como la colonoscopia y seguimiento.

-Promoción de otras actividades preventivas:

- Recomendada vacunación frente a Gripe a partir de los 60 años
- Recomendada vacunación frente a Covid-19 en personas de 70 o más años de edad.
- Recomendada vacunación frente a Neumococo a personas de más de 65 años

-Se está llevando a cabo el desarrollo de la vacunación frente al Herpes Zoster a partir de los 65 años, según protocolo de implantación.

-Recomendada la vacunación frente al Virus sincitial en personas mayores de 50 años institucionalizadas en residencias de mayores y en centros de atención a personas con discapacidad de Castilla y León e independientemente de sus patologías de base.

-Recomendada la Vacuna frente al tétanos a partir de los 65 años como un refuerzo final si la pauta infantil fue correcta, consultando siempre en el centro de salud para verificar el estado individual.

Siempre es recomendable la revisión del calendario vacunal a lo largo de toda la vida y sobre todo en mujeres que acaban de migrar de otros países para comprobar que se encuentran protegidas.

2

PROGRAMA
DE ATENCIÓN
INTEGRAL A
SALUD DE LA
MUJER 70 +

2. PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A SALUD DE LA MUJER 70+

Es necesario tener en cuenta que las mujeres son muy diversas, así como su estado de salud. Además, debido a las mejoras en las condiciones de vida generales en nuestro país, las mujeres pueden llegar a los 70 años en un estado de muy buena salud. Por lo tanto, algunos de los subprogramas de la mujer 50 podrán seguir aplicándose a partir de los 70. De hecho, como se ha comentado, en 2024 se ha ampliado en nuestra comunidad el Cribado de cáncer de mama a mujeres mayores de 70 años hasta los 75.

Pero en este programa de atención integral a la salud de la mujer 70+ se quieren priorizar aspectos de la salud más prevalentes en esta etapa vital que queremos mejorar. Se trata del abordaje de 3 aspectos esenciales para este grupo de mujeres:

2.1. SUBPROGRAMA CAPACIDAD FUNCIONAL Y AUTONOMÍA

Capacidad Funcional y Autonomía: valoración de la fragilidad y el riesgo de caídas, valoración nutricional, cognitiva (demencia). CÓMO: Escalas y cuestionarios incluidos en cartera de servicios de AP. Demencia.

2.1.1. Promoción y prevención de la capacidad funcional y la autonomía

Al igual que en las mujeres más jóvenes, se debe favorecer el mantenimiento de la capacidad funcional durante el mayor tiempo posible con promoción del ejercicio físico adaptado a esta edad y a su capacidad funcional.

Un programa multicomponente para mujeres mayores de 70 años debe integrar de forma adaptada ejercicios de resistencia aeróbica, fuerza, equilibrio, flexibilidad y estimulación cognitiva. Se recomienda caminar o realizar actividad aeróbica moderada varias veces por semana, junto con entrenamientos de fuerza 2–3 veces semanales orientados a grandes grupos musculares y ejercicios de equilibrio y coordinación para prevenir caídas. La inclusión de actividades grupales favorece la socialización y la adherencia. La progresión debe ser gradual y con supervisión profesional para garantizar seguridad y eficacia en la mejora de la autonomía y la calidad de vida.

Todo ello va a actuar en la prevención de la fragilidad y por lo tanto de las caídas.

-Servicio de actividades de prevención y promoción de hábitos y estilos de vida saludable en mujeres mayores (70 o más años)

Es necesario evaluar todos los ámbitos de la salud a las mujeres de esta edad de una forma integral y continuada ya que pueden irse deteriorando y, de esta forma, se promueve un envejecimiento saludable. En la **Tabla 12** se presentan las valoraciones y actuaciones a realizar a esta edad de forma preventiva.

VALORACIÓN

Anamnesis. Al menos cada dos años.

- Valoración por patrones funcionales de salud.
- Higiene personal.
- Consumo de tabaco. Herramienta de ayuda: Test de Fagerstrom.
- Consumo de alcohol. Herramienta de ayuda: Cuestionario Audit C.
- Consumo de otras drogas. Herramienta de ayuda: Cannabis test CAST.
- Revisión de prescripciones de medicación, adherencia al tratamiento, automedicación. Dificultad para la utilización de medicamentos.
- Antecedentes de caídas.
- Ingresos hospitalarios en el último año.
- Valoración nutricional. Herramienta de ayuda: MNA-SF. Cuantificación del consumo de sal (OMS <5gr/24h). Dieta mediterránea (PREDIMED).
- Ejercicio físico: tipo e intensidad.
- Detección de trastorno del sueño y consumo de benzodiazepinas.
- Valoración funcional de actividades instrumentales. Herramienta de ayuda: Cuestionario VIDA
- Valoración funcional de actividades básicas de la vida diaria. Herramienta de ayuda: Índice de Barthel
- Valoración del riesgo de caídas. Herramientas de ayuda: Levántate y anda.
- Eliminación: incontinencia, estreñimiento.
- Valorar estado de la memoria. Herramienta de ayuda: Mini examen cognoscitivo de Lobo.
- Alteraciones visuales/auditivas.
- Presencia/ausencia de problemas de conducta.
- Valorar el estado emocional. Herramientas de ayuda: preguntas facilitadoras, cuestionario GAD-7 de ansiedad, escala de depresión de Yesavage abreviada.
- Red de apoyo familiar y social. Identificar si la persona vive sola.
- Cambios frecuentes de domicilio.
- Identificación de la condición de cuidador.
- Cribado de violencia de género (cada 4 años). Herramienta de ayuda: cuestionario WAST largo.
- Factores de riesgo psicosocial.
- Detección de malos tratos en anciano.
- Conductas sexuales.

Exploración y pruebas complementarias

- PA, FC, peso, talla, IMC.
- Exploración bucodental: caries, periodontitis, prótesis y ausencia de piezas dentales y/o lesiones.
- Exploración del conducto auditivo externo.
- Determinación de colesterol si no se había realizado anteriormente ninguna determinación.
- Aprovechando cualquier analítica pedir albuminuria y creatinina para FG estimado.

PLAN DE ACCIÓN Y SEGUIMIENTO

Plan de cuidados.

Plan de cuidados de prevención de caídas.

Vacunación frente a gripe en personas de ≥ 60 y neumococo en ≥ 65 años.

Información y consejo al menos cada 2 años sobre:

- Refuerzo positivo de hábitos saludables.

- Consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.
- Higiene corporal y dental.
- Prevención y protección solar.
- Prevención de accidentes.
- Adherencia al plan terapéutico.
- Alimentación saludable.
- Ejercicio físico, adaptado en intensidad y estructurado.

En función del resultado en la valoración del riesgo de caídas:

- Resultado negativo: consejos actividad física.
- Resultado positivo:
 - Personas con Barthel ≥ 90 incluir en servicio de persona mayor frágil.
 - Personas con Barthel <90 : incluir en servicio de atención a la persona dependiente.

Consejos/intervenciones en personas con cambios de domicilio u otros factores estresantes (perdida de seres queridos, hospitalizaciones...).

Tras un alta por ingreso hospitalario realizar una valoración funcional. Herramientas de ayuda:

Índice Barthel y/o cuestionario VIDA.

Intervención social si procede.

- Exploración del conducto auditivo externo.
- Determinación de colesterol si no se había realizado anteriormente ninguna determinación.
- Aprovechando cualquier analítica pedir albuminuria y creatinina para FG estimado.

Tabla 12. Criterios de Calidad del Servicio de actividades de prevención y promoción de hábitos y estilos de vida saludable en personas mayores. Cartera de Servicios de AP. 2019.

2.1.2. Detección precoz de problemas funcionales

Es fundamental la detección precoz de ciertos aspectos que van a deteriorar con la edad y la cronicidad, y que puede llegar a afectar a la capacidad funcional y autonomía de las mujeres.

Como ya se ha comentado en el anterior apartado, la escala de Barthel y el cribado de fragilidad en mujeres mayores de 70 años, va a clasificar en: robustas, frágiles o dependientes y en función de esta clasificación ofertar las actividades preventivas más adecuadas.

– Personas con Barthel ≥ 90 : realizarles el cribado de fragilidad y solo si es positivo incluirles en el Servicio de Fragilidad.

– Personas con Barthel <90 : incluir en Servicio de atención a la persona dependiente.

El cribado de fragilidad para detectar la situación de fragilidad en mujeres mayores de 70 consiste en valorar las pruebas de ejecución de la marcha y/o Cuestionario FRAIL.

- Pruebas de ayuda para valorar la marcha (realizar cualquiera de ellas):
 - Prueba Levántate y anda.
 - Test de velocidad de la marcha.
 - SPPB (Short Physical Performance Battery).

Tras un resultado positivo, se recomienda una Valoración Geriátrica Integral (VGI) para confirmar el diagnóstico y diseñar un plan de intervención personalizado.

Es importante la identificación de factores de riesgo en domicilio (barreras arquitectónicas, aislamiento social).

Además, se deberá seguir haciendo una Valoración funcional periódica (fuerza de prensión, test "levántate y anda") y seguimiento de los hallazgos que encontrados.

Enlace a las pruebas de cribado de Fragilidad:

<https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/catalogo-prestaciones/cartera-servicios/cartera-servicios-atencion-primaria/cribado-fragilidad-atencion-personas-mayores>

2.1.3. Atención a la salud física y problemas de fragilidad

Para el abordaje de las situaciones de fragilidad o de dependencia en mujeres mayores existen los correspondientes servicios de cartera que se deben adaptar a las necesidades de las mujeres de esta edad y situación.

-Servicio de atención a la mujer en situación de fragilidad

Como se ha comentado en el apartado anterior, cuando a las mujeres con 70 o más años se detecta un Índice de Barthel ≥ 90 y alteraciones en la marcha, se las considera en situación de Fragilidad.

En la **Tabla 13** se recoge la valoración integral a la persona con sospecha de fragilidad y la atención a la misma.

VALORACIÓN
<p>Anamnesis</p> <ul style="list-style-type: none">• Antecedentes personales, comorbilidad: osteoartrosis, alteraciones sensoriales, patología cardiovascular, mental...• Patrones funcionales de salud.• Número de hospitalizaciones en el último año.• Estado nutricional. Herramienta de ayuda: MNA-SF.• Valoración del entorno domiciliario: condiciones de la vivienda, barreras arquitectónicas e identificación de riesgos.• Antecedentes de caídas en el último año que hayan precisado atención sanitaria.• Valoración emocional. Herramientas de ayuda: escala de depresión de Yessavage abreviada y escala de ansiedad GAD-7.• Valoración cognitiva. Herramienta de ayuda: Mini examen cognoscitivo de Lobo.

- Valoración social familiar básica:
 - Identificar si la persona vive sola.
 - Red familiar y social. Herramienta de ayuda: Cuestionario MOS.
 - Factores de riesgo psicosocial.
 - Signos y síntomas de maltrato en personas mayores.
 - Perdida de persona conviviente en el último año.
 - Cambios frecuentes de domicilio.
- Valorar calidad de vida. Herramienta de ayuda: encuesta de calidad de vida COOP-WONCA.
- Valoración de preferencias y valores.

Exploración

- Peso, IMC, PA, FC.

PLAN DE ACCIÓN Y SEGUIMIENTO

Al menos semestral

- Plan de cuidados del síndrome de fragilidad en el anciano/prevención de caídas.
- Actividad física estructurada y adaptada: resistencia, flexibilidad, fuerza y equilibrio.
- Alimentación saludable. intervención nutricional.
- Prevención de accidentes en el hogar.
- Fomento de actividades recreativas y sociales.
- Adherencia al plan terapéutico: revisión periódica de la medicación habitual y estrategias de desprescripción (retirada/suspensión). Dificultad para la utilización de los medicamentos.

Anualmente

- Valorar de nuevo los criterios de inclusión: índice de Barthel, cualquiera de pruebas de ayuda para valorar la marcha, cuestionario VIDA.
- Valorar la calidad de vida. Herramienta de ayuda: encuesta de calidad de vida COOP-WONCA.

Si precisa:

- Intervención del trabajador social de EAP.
- Atención en situaciones estresantes: hospitalizaciones, cambios de domicilio, inmovilismo, nuevas medicaciones, perdida de personas convivientes.
- Tras un alta por ingreso hospitalario realizar una valoración funcional. Herramientas de ayuda: índice Barthel y/o cuestionario VIDA.
- Derivación al fisioterapeuta de AP.

Interconsulta con el segundo nivel asistencial, Geriatría, Medicina Interna, según la situación del paciente.

Tabla 13. Criterios de Calidad del Servicio de atención a la fragilidad. Cartera de Servicios de AP. 2019.

Enlace a vídeos de Valoración y Atención a la Fragilidad:

<https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/catalogo-prestaciones/cartera-servicios/cartera-servicios-atencion-primaria/cribado-fragilidad-atencion-personas-mayores>

-Servicio de atención a la mujer en situación de dependencia

Los criterios de inclusión a este servicio serían:

- Precisar de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), por razones derivadas de la edad, enfermedad o la discapacidad.
- Presentar un Índice de Barthel <90.
- Reconocimiento de nivel de dependencia por Servicios Sociales.

Las valoraciones y actuaciones a realizar adaptadas a las condiciones de las mujeres se describen en la [Tabla 14](#).

VALORACIÓN

Anamnesis. Anual

- Valoración por patrones funcionales de salud.
- Alimentación: estado nutricional. Herramienta de ayuda: MNA-SF.
- Actividad y ejercicio.
- Eliminación urinaria y fecal.
- Valoración funcional:
 - Índice de Barthel para ABVD. Excepción: personas con Índice de Barthel ≤ 20 realizar solo en la inclusión en el servicio.
 - Cuestionario VIDA para actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), si procede.
- Valoración cognitiva. Herramienta de ayuda: Mini examen cognoscitivo de Lobo. Excepción personas con diagnóstico de demencia.
- Valoración emocional. Herramientas de ayuda: preguntas facilitadoras, cuestionario GAD-7 de ansiedad, cuestionario PHQ-9, escala de depresión de Yesavage abreviada para mayores de 65 años. Excepción personas con diagnóstico de depresión/ansiedad.

- Valoración sociofamiliar: identificar si la persona vive sola. Identificación del cuidador, red de apoyo familiar, red de apoyo social, valoración del entorno domiciliario, cambios frecuentes de domicilio.
- Calidad de vida. Herramienta de ayuda: encuesta de calidad de vida COOP-WONCA.
- Tratamiento farmacológico y adherencia al tratamiento. Dificultad para la utilización de medicamentos.
- Factores de riesgo psicosocial.
- Investigar la existencia de malos tratos.
- Valoración de preferencias y valores.

En función de los problemas detectados en la valoración inicial se realizará:

- Valoración del riesgo de caídas. Herramientas de ayuda, Escala J. Down y Levántate y anda. Excepción: personas con Índice de Barthel ≤ 45 .
- Riesgo de ulceración. Herramienta de ayuda: Escala de Norton.
- Valoración domiciliaria: condiciones de habitabilidad del domicilio y riesgos en el mismo.

PLAN DE ACCIÓN Y SEGUIMIENTO

Al menos cada 6 meses:

- Prevención de lesiones relacionadas con la dependencia: caídas, úlceras por presión.
- Plan de cuidados del paciente dependiente: información sobre su enfermedad, adherencia al tratamiento, prevención de accidentes y caídas, favorecer medidas de autocuidados, fomento del ejercicio, ingesta de líquidos y alimentación adecuada, cuidados de la piel, potenciar la socialización. Entregar documento de cuidados recomendados en domicilio.
- Tras un alta por ingreso hospitalario realizar una valoración funcional. Herramientas de ayuda: Índice Barthel y/o cuestionario VIDA.
- Plan de intervención social, si precisa.
- Información sobre ley de dependencia.
- Formación al cuidador. Evaluación de resultados de cuidados, si precisa*.

*En el caso de reconocimiento de dependencia con recurso de cuidados en el entorno familiar, el informe de resultados de cuidados es una información que podemos remitir a los servicios sociales para revisar la idoneidad del recurso de cuidados en el entorno familiar cuando se considere que los cuidados que recibe la persona dependiente no son los adecuados y en su caso proponer otra alternativa.

COORDINACIÓN ASISTENCIAL

- Consultar al segundo nivel asistencial en aquellas personas dependientes que cumplan criterios de interconsulta según el consenso en cada área de salud.
- Servicios Sociales: Trabajadores sociales de los CEAS y Equipos de Atención Temprana del Centro Base.

Tabla 14. Criterios de Calidad del Servicio de atención a la dependencia. Cartera de Servicios de AP. 2019.

2.1.4. Atención grupal y comunitaria de bienestar activo

De forma similar al subprograma de Bienestar Activo y Ejercicio físico de las mujeres mayores de 50, las mujeres de 70 pueden beneficiarse de los Grupos de Alimentación saludable o de Promoción del Ejercicio Físico ("Caminatas Saludables"), que se realizan desde AP. Estas actividades favorecen la participación grupal, generan redes de apoyo y constituyen una intervención accesible y sostenible para mejorar la salud cardiovascular, el control del peso y el bienestar emocional y los autocuidados. La organización desde los centros de salud se coordina con asociaciones locales y recursos municipales.

2.2. SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A LA SOLEDAD NO DESEADA

En esta edad es crucial la valoración social dentro de la valoración integral de la salud de la mujer, teniendo en cuenta que, aunque sabemos que las mujeres tienen mayor longevidad que los hombres, a estas edades siguen siendo muchas veces cuidadoras principales de alguna persona, tienen peor salud que los hombres con más enfermedades crónicas, peores condiciones económicas y desigualdades sociales y además mayor probabilidad de vivir en soledad.

Sentirse solo/a se asocia con una peor salud, tanto general como mental por lo que es fundamental en estas mujeres, realizar una valoración social de sus redes de apoyo, sus relaciones sociales y familiares.

2.2.1. Promoción de las relaciones sociales y prevención de la soledad no deseada

Dentro de la promoción de la salud mental y social serán fundamental fomentar la participación de las mujeres en acciones comunitarias a ser posible grupales y si no es posible por sus condiciones funcionales, contar con la familia y sus redes sociales para encontrar apoyo a las mujeres que lo necesiten.

2.2.2. Detección precoz de la soledad no deseada

Dentro de la valoración integral descrita en la Tabla 12 de actividades preventivas en esta etapa de la vida, se debe valorar la red de apoyo familiar y social e identificar si la persona vive sola y como vives esa situación de soledad.

Además, desde el año 2024 se ha incluido en la Historia Clínica Electrónica la valoración de la soledad no deseada a través del Cuestionario de Jong Gielverd.

2.2.3. Atención a la soledad no deseada

En este sentido cuando desde el sector salud se detecta que existe soledad no deseada, se puede derivar a la red que existe en servicios sociales vía CEAS.

El mapeo de activos favorece detectar las asociaciones locales que estén trabajando en la

prevención o atención a la soledad no deseada y así favorecer la creación de redes sociales para estas mujeres.

Es fundamental conocer los recursos del Plan de acción contra la soledad no deseada y el aislamiento social 2022-2025:

<https://serviciossociales.jcyl.es/web/es/personas-mayores/soledad-aislamiento.html>

2.2.4. Atención grupal y comunitaria para prevención de soledad no deseable

Es importante conocer toda la red de Envejecimiento saludable de servicios sociales que favorece las redes ciudadanas de personas mayores con talleres de hábitos saludables, además de los realizados en los propios centros de salud: atención a la persona cuidadora, grupos de mujeres etc. o en la comunidad por las diversas asociaciones.

2.3. SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A LA PLURIPATOLOGÍA CRÓNICA COMPLEJA

La pluripatología, entendida como la coexistencia de dos o más enfermedades crónicas en una misma persona, constituye uno de los principales retos para los sistemas sociosanitarios actuales. Su prevalencia aumenta con la edad, y afecta de forma especialmente significativa a las mujeres, quienes no solo presentan una mayor esperanza de vida que los hombres, sino también un mayor número de años vividos con discapacidad y condiciones crónicas.

Diversos estudios han evidenciado que las mujeres mayores presentan perfiles de pluripatología más complejos: mayor frecuencia de enfermedades osteoarticulares (osteoporosis, artritis), trastornos endocrinos y metabólicos (diabetes tipo II, hipotiroidismo), patologías cardiovasculares, deterioro cognitivo y problemas de salud mental como la depresión y la ansiedad. Estas condiciones, sumadas a la fragilidad, incrementan la dependencia funcional y la necesidad de cuidados prolongados.

El abordaje de la pluripatología en mujeres no puede desligarse de factores sociales y de género. A lo largo del ciclo vital, muchas mujeres han sido las principales proveedoras de cuidados, lo que influye en el estado de salud en etapas avanzadas. Asimismo, la viudedad, la soledad no deseada y pensiones más precarias son más frecuentes en mujeres mayores, lo que condiciona tanto su salud física como emocional.

2.3.1. Promoción y prevención a las personas con enfermedad crónica

En mujeres con pluripatología resulta esencial prevención de la fragilidad y dependencia funcional, como hemos comentado con actividades de ejercicio físico adaptado y estimulación cognitiva. Además, también es fundamental la promoción de la salud cardiovascular con el control de las enfermedades crónicas y factores de riesgo. La promoción en salud

mental supone trabajar la prevención de la depresión y ansiedad, más prevalentes en las mujeres mayores, como ya se ha comentado. Un aspecto crucial también va a ser promoción de las relaciones sociales y valoración de los cuidados y red de apoyo. Todo ello va a favorecer en el abordaje integral de la Pluripatología crónica compleja.

2.3.2. Detección precoz de descompensaciones en mujeres con pluripatología crónica

En las mujeres con pluripatología, los controles de seguimiento periódicos resultan esenciales, ya que permiten detectar tanto la evolución de las enfermedades ya diagnosticadas como la aparición de nuevas patologías. La complejidad de la pluripatología implica que cualquier reagudización puede desestabilizar varios sistemas simultáneamente, comprometiendo un equilibrio de por sí muy frágil.

Es fundamental establecer protocolos individualizados que integren el seguimiento sistemático de enfermedades crónicas prevalentes en mujeres: cardiovasculares, osteoarticulares, enfermedades neurodegenerativas y trastornos afectivos.

Además, son fundamentales las Revisiones periódicas de polimedication, valorando la adherencia terapéutica y realizando una conciliación farmacológica periódica, revisando los tratamientos prescritos y ajustándolos a la situación actual de la paciente. Este proceso debe incluir:

- Deprescripción (retirada/suspensión) de fármacos ya no necesarios, por la edad, la evolución de la enfermedad o cambios en el estado funcional.
- Simplificación de pautas de polimedication, reduciendo el riesgo de interacciones, duplicidades y efectos adversos.
- Adaptación de dosis a la fragilidad, insuficiencia renal o hepática frecuente en la vejez.
- Revisión desde la perspectiva de género, conociendo los diferentes efectos secundarios por sexo y evitando la medicalización de síntomas inespecíficos en mujeres (ansiedad, insomnio, dolor) que pueden estar vinculados a factores sociales o emocionales.

La detección precoz, unida a la conciliación farmacológica, permite mantener la estabilidad clínica, mejorar la adherencia terapéutica y preservar la calidad de vida en mujeres con pluripatología.

2.3.3. Atención a la salud de la mujer con pluripatología crónica compleja

-Servicio de pluripatología crónica compleja

Las personas que cumplen criterios clínicos de pluripatología del Sistema Nacional de Salud (enfermedades de dos o más de las categorías clínicas incluidas) y que presentan complejidad, bien sea por el nivel de gravedad de la enfermedad o por factores sociosanitarios son incluidas en el servicio de Pluripatología Crónica compleja ([Tabla 15](#)) y el proceso de atención integrado.

<https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesos-asistenciales/procesos-asistenciales-gerencia-regional-salud/proceso-atencion-paciente-cronico-pluripatologico-complejo>

VALORACIÓN

Anamnesis. Valoración de la situación clínica del paciente.

- Valoración por patrones funcionales de salud.
- Valoración funcional:
 - Índice de Barthel y, si es mayor de 90, realizar Cuestionario VIDA para actividades instrumentales de la vida diaria.
 - Antecedentes y riesgo de caídas. Herramientas de ayuda: Levántate y anda.
 - Alimentación: estado nutricional. Herramienta de ayuda: MNA-SF.
 - Actividad y ejercicio.
 - Valoración del sueño-descanso.
 - Valoración cognitiva. Herramientas de ayuda: Mini examen cognoscitivo de Lobo, Test de Pfeiffer.
 - Valoración emocional. Herramientas de ayuda: preguntas facilitadoras, cuestionario GAD-7 de ansiedad, cuestionario PHQ-9, escala de depresión de Yesavage abreviada para los >65 años. Excepción personas con diagnóstico de depresión/ansiedad.
 - Valorar calidad de vida. Herramienta de ayuda: encuesta de calidad de vida COOP-WONCA.
 - Ingresos hospitalarios en el último año.
 - Valoración sociofamiliar básica:
 - Identificar si la persona vive sola.
 - Con quién vive, identificación del cuidador y vulnerabilidad.
 - Red de apoyo familiar, red de apoyo social, valoración del entorno domiciliario.
 - Factores de riesgo psicosocial. Detección de malos tratos/abandono.
 - Dependencia reconocida.
 - Herramientas de apoyo: escala Gijón, Cuestionario MOS.
 - Valoración de preferencias y valores.

Periodicidad de la valoración:

- La primera vez que se incluye a la persona en el servicio.
- Siempre que se produzca algún cambio importante en su estado de salud: tras alta hospitalaria, aparición de una nueva categoría diagnóstica, disminución de índice de Barthel en 20 puntos o más.
- Cambios en la situación sociosanitaria: perdida de conviviente, cambio de domicilio, institucionalización.

Exploración

- PA, FC, peso, IMC.

Pruebas complementarias en función de los procesos del paciente.

PLAN DE ACCIÓN Y SEGUIMIENTO

- Plan de cuidados de la persona pluripatológica crónica compleja (PCC)/individualizado en función de la situación del paciente.
- Control de los síntomas y signos guía. Educar y colaborar con paciente y/o cuidador en las actividades para mejorar el manejo de la enfermedad.
- Optimización farmacoterapéutica: adherencia, prescripción adecuada, conciliación terapéutica.

- Plan de intervención social si es necesario.
- Planificación anticipada de decisiones e instrucciones previas.
- Valorar si procede la inclusión en el servicio de atención a la persona con necesidad de cuidados paliativos.

Seguimiento proactivo presencial (en consulta o domicilio*) y/o no presencial (telefónico y/o telemático).

- Como mínimo cada 2 meses:
 - Estado general del paciente, pérdida de peso.
 - Signos y síntomas de descompensación en función de las patologías del paciente.
 - Adherencia terapéutica.
 - Alteraciones del ánimo y ansiedad.
 - Cambios sociofamiliares.
 - Reevaluación del plan de cuidados.
- Anualmente: reevaluar el estado nutricional, de memoria y funcionalidad.

* Si la mujer presenta un Barthel inferior a 60, el seguimiento se realizará en su domicilio, al menos dos veces al año.

COORDINACION Y DERIVACIÓN

- Criterios de derivación a la Unidad de continuidad asistencial (UCA): descompensación del estado de salud que no se resuelve en Atención Primaria o en el centro residencial.
- Unidades de paliativos, servicios sociales, instituciones residenciales.

Tabla 15. Criterios de Calidad del Servicio de atención a la persona con pluripatología compleja. Cartera de Servicios de AP. 2019

Se debe fomentar el empoderamiento favoreciendo la participación activa de las mujeres mayores en la toma de decisiones sobre su salud y bienestar evitando paternalismo y sesgos de género, teniendo en cuenta sus preferencias y valores.

Son momentos fundamentales para revalorar, la situación el alta tras un ingreso hospitalario y el paso a la institucionalización si es necesario con una toma de decisiones compartida con la paciente y su entorno.

2.3.4. Atención grupal y comunitaria en enfermedades crónicas

Son fundamentales los Programas de “Paciente activa y experta” en enfermedades crónicas, adaptados al perfil de mujeres mayores (lenguaje claro, actividades accesibles, red de apoyo) y fomentar la adherencia terapéutica, así como la promoción de grupos de mujeres ya citados que combatan la soledad y mejoren la autonomía y autoestima.

Además, es muy importante conocer la red de asociaciones de enfermedades crónicas que pueden favorecer las redes comunitarias e incluso ciertos apoyos profesionales especializados en las enfermedades crónicas.

IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN

IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN

Para el desarrollo de esta atención integral a las necesidades de salud de la mujer es fundamental, como se ha comentado incorporar la perspectiva de la salud de la mujer en todos los programas, protocolos y guías que se elaboran en la Consejería de Sanidad.

Para ello es necesario realizar análisis Sexo-Género de los problemas de salud, evaluar los datos e indicadores desagregando por sexo y edad y valorar la accesibilidad y el impacto de los programas en las mujeres de estas edades.

Es necesario que el enfoque de género se incluya de forma transversal en la formación de los profesionales y en la investigación en salud.

También las campañas públicas pueden aumentar la conciencia sobre detección de problemas de salud, accesibilidad al sistema y autocuidados de las mujeres. Será fundamental tener en cuenta especificidades y vulnerabilidades de algunos grupos de mujeres para llegar a su problemática teniendo en cuenta sus condicionantes sociales de la salud.

En Atención Primaria existe una Guía de Incorporación de la Perspectiva de Género en la estrategia de Atención Primaria que da unas sencillas pautas para profesionales asistenciales, gestores, formación e investigación.

Como se ha ido comentando a lo largo del documento, es crucial crear redes con otros activos comunitarios en salud que están desarrollando acciones para la salud de las mujeres y que se pueden recomendar desde los equipos de AP a las mujeres con ciertas necesidades. Un ejemplo fundamental son los programas de INTRAS para el apoyo dirigido a mujeres con discapacidad y el programa de la Federación de Salud mental de Castilla y León "JULIA", orientado a mujeres del medio rural con enfermedad mental.

La evaluación de los servicios de Cartera de servicios de Atención Primaria y Hospitalaria con la desagregación de los datos y el enfoque de género nos permite detectar las posibles desigualdades en la atención y promover cambios de mejora.

MATERIALES DE LECTURA Y VISIONADO DE INTERÉS

MATERIALES DE LECTURA Y VISIONADO DE INTERÉS

-Guía de Práctica Clínica sobre el abordaje de síntomas vasomotores y vaginales asociados a la menopausia y a la postmenopausia. Ministerio de Sanidad. Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. 2017. Guías de Práctica Clínica en el SNS.

<https://observatoriosaludmujeres.sanidad.gob.es/saludSexualReproductiva/saludReproductiva/guiasProtocolos/menopausia/home.htm>

-Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud

<https://observatoriosaludmujeres.sanidad.gob.es/saludSexualReproductiva/saludReproductiva/guiasProtocolos/menopausia/home.htm>

-Perspectiva de género en Medicina. María Teresa Ruiz Cantero. 2019.

<https://mujeresconciencia.com/2019/06/04/perspectiva-de-genero-en-medicina/>

-Libro Blanco sobre Salud y Género en España. 2024.

<https://www.observatoriodesalud.es/libro-blanco-salud-y-genero-3/>

- Informe Salud y Género. Ministerio de Sanidad.

<https://observatoriosaludmujeres.sanidad.gob.es/transversalidadGenero/politicasDeGenero/informeSaludGenero/home.htm>

-Cuadernos para la Salud de las Mujeres (Escuela Andaluza de Salud Pública).

<https://www.easp.es/project/cuadernos-para-la-salud-de-las-mujeres/#c7>

-Observatorio de Salud de las Mujeres. Ministerio de Sanidad.

<https://observatoriosaludmujeres.sanidad.gob.es/>

-Observatorio de Salud y Género Sociedad de Medicina Familiar y Comunitaria de Castilla y León.

<https://www.socalemfyc.org/observatorio-salud-genero/>

JUSTIFICACIÓN Y NORMATIVA

JUSTIFICACIÓN Y NORMATIVA

Existe abundante normativa y recomendaciones Europeas, nacionales y regionales que incluyen el fomento de la investigación científica y la atención en salud teniendo en cuenta las diferencias entre mujeres y hombres en relación con la protección de su salud, especialmente en lo referido a la accesibilidad y el esfuerzo diagnóstico y terapéutico y a tener en consideración la participación de la mujer en las decisiones de su salud.

Ámbito Europeo:

- Estrategia para la Igualdad de Género 2020-2025 de la Comisión Europea.

<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52020DC0152>

-Health and gender equality: policy brief (OMS-Europa, 2019)

<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/07e77a06-7977-403c-829e-8eb1b71c18dd/content>

Ámbito Nacional:

- Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres.

<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2007-6115>

-III Plan Estratégico para la Igualdad efectiva de mujeres y hombres 2022-2025. Instituto de las Mujeres Ministerio de Igualdad. Línea de trabajo II. Salud, derechos sexuales y reproductivos: incorporando la igualdad de género y la voz de las mujeres en las políticas públicas sanitarias, y garantizando derechos.

<https://www.inmujeres.gob.es/publicacioneselectronicas/documentacion/Documentos/DE1824.pdf>

- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.

<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2004-21760>

Ámbito Castilla y León:

- Ley 1/2003, de 3 de marzo, de Igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres en Castilla y León.

<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-5910>

-Ley 1/2011, de 1 de marzo, de Evaluación del Impacto de Género en Castilla y León. y Protocolo para la Evaluación de Impacto de Género en Castilla y León.

<https://familia.jcyl.es/web/es/mujer/normativa-impacto-genero.html>

- Plan Estratégico de Igualdad de Género 2022-2025 de Castilla y León, con 64 medidas en relación a la salud de las mujeres de nuestra comunidad teniendo en cuenta la equidad en género y salud con interseccionalidad: mujeres con problemas de salud mental, migrantes, discapacidad, en situación de prostitución, extrema pobreza, drogadicción, mujeres mayores, etc.

<https://familia.jcyl.es/web/es/mujer/agenda-igualdad-genero.html>

- Ley 13/2010, de 9 de diciembre, contra la violencia de género en Castilla y León.

<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2010-20072>

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

- 1** Oliva M, Muñoz-Aguirre M, Kim-Hellmuth S, Wucher V, Gewirtz ADH, Cotter DJ, Parsana P, Kasela S, Balliu B, Viñuela A, Castel SE, Mohammadi P, Aguet F, Zou Y, Khramtsova EA, Skol AD, Garrido-Martín D, Reverter F, Brown A, Evans P, Gamazon ER, Payne A, Bonazzola R, Barbeira AN, Hamel AR, Martinez-Perez A, Soria JM; GTEx Consortium; Pierce BL, Stephens M, Eskin E, Dermitzakis ET, Segrè AV, Im HK, Engelhardt BE, Ardlie KG, Montgomery SB, Battle AJ, Lappalainen T, Guigó R, Stranger BE. The impact of sex on gene expression across human tissues. *Science*. 2020 Sep 11;369(6509):eaba3066. doi: 10.1126/science.aba3066. PMID: 32913072; PMCID: PMC8136152.
- 2** Veas C, Crispi F, Cuadrado C. Association between gender inequality and population-level health outcomes: Panel data analysis of organization for Economic Co-operation and Development (OECD) countries. *EClinicalMedicine*. 2021 Jul 31;39:101051. doi: 10.1016/j.eclim.2021.101051. PMID: 34386759; PMCID: PMC8342902.
- 3** Ruiz Cantero Mª Teresa (Coord.). *Perspectiva de Género en Medicina*. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve, Monografía.
- 4** Westergaard David, Moseley Pope, Hemmingsen Sørup, Freja Karuna, Baldi Pierre, Brunak Søren. Population-wide analysis of differences in disease progression patterns in men and women. *Nat Commun* 2019; 10: 666.
- 5** Salvador-Sánchez L. *Guía de incorporación de la perspectiva de género en la estrategia de Atención Primaria*, Castilla y León. Valladolid: Gerencia Regional de Salud, Consejería de Sanidad, Junta de Castilla y León; 2020.
- 6** Australian Government, Department of Health and Aged Care National women's health strategy 2020–2030.
- 7** Department of Health and Social Care, UK Government Women's health strategy for England. 2022.
- 8** WHO Regional Office for Europe Strategy on women's health and well-being in the WHO European region World Health Organization, Geneva, 2016.
- 9** Burgess S, Zaman S, Towns C, Coylewright M, Cader FA. The under-representation of women in cardiovascular clinical trials: State-of-the-art review and ethical considerations. *Am Heart J*. 2025 Apr;282:81-92. doi: 10.1016/j.ahj.2024.12.011. Epub 2024 Dec 27. PMID: 39733919.
- 10** Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. *Cartera de servicios de Atención Primaria* 2019. Valladolid: Gerencia Regional de Salud; 2019. ISBN 978-84-9718-705-3.

11 Vogel B, Acevedo M, Appelman Y, Bairey Merz CN, Chieffo A, Figtree GA, Guerrero M, Kunadian V, Lam CSP, Maas AHEM, Mihailidou AS, Olszanecka A, Poole JE, Saldarriaga C, Saw J, Zühlke L, Mehran R. The Lancet women and cardiovascular disease Commission: reducing the global burden by 2030. *Lancet*. 2021 Jun 19;397(10292):2385-2438. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00684-X. Epub 2021 May 16. PMID: 34010613.

12 Baquedano L, Fasero M, Gabasa L, Coronado P, Presa J, Mendoza N; COMEM Study Spanish Investigators#. What do Spanish women know about menopause? COMEM study. *J Obstet Gynaecol*. 2022 Jul;42(5):1448-1454. doi: 10.1080/01443615.2021.1998892. Epub 2022 Jan 12. PMID: 35019792.

13 Hoga L, Rodolpho J, Gonçalves B, Quirino B. Women's experience of menopause: a systematic review of qualitative evidence. *JBI Database System Rev Implement Rep*. 2015 Sep 16;13(8):250-337. doi: 10.11124/jbisrir-2015-1948. PMID: 26455946.

14 Polo, R.; Gil de Miguel, Á. (coords.) (2024). Libro Blanco Salud y Género. Observatorio de Salud / Estudio de Comunicación.

15 Millán Carrasco A, Pérez Corral O, Maroto Navarro G, et al. La salud mental de las mujeres. Mitos y realidades. Cuaderno nº 7, Cuadernos para la salud de las mujeres. Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer / Escuela Andaluza de Salud Pública; 2020.

16 Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Estudio sobre las mujeres mayores de 65 años víctimas de violencia de género. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.

17 Gerencia Regional de Salud, Junta de Castilla y León. Guía clínica de actuación sanitaria ante la violencia de género. Valladolid: Gerencia Regional de Salud; 2019.

18 Junta de Castilla y León. Guía de Promoción del Buen Uso de las TIC en la Comunidad desde los Servicios Sanitarios. Valladolid: Consejería de Sanidad, Castilla y León; 2025.

19 Iáñez Domínguez Antonio, Álvarez Pérez Raúl, García-Cubillana de la Cruz Pablo, Luque Ribelles Violeta, Morales Marente Elena y Palacios Gálvez María Soledad. La desmedicalización de la vida cotidiana de las mujeres: los grupos socioeducativos en el Sistema Sanitario Público Andaluz. *Gac Sanit*. 2019;33(4):398–400.

20 Rodríguez Fernández-Viagas Cristina, García Gil Carmen, Bayo Barroso Nora, Villalba Quesada Cristina y Álvarez Girón Manuela. Implantación de un programa de promoción de la salud de las mujeres en zonas de exclusión social de la ciudad de Sevilla. *Gac Sanit*. 2018;32(6):584–587.

21 Instituto Andaluz de la Mujer; Escuela Andaluza de Salud Pública. Cuaderno 3: Los cuidados y la salud de las mujeres. Sevilla: IAM / EASP; 2019.

22 Ministerio de Sanidad; Grupo de Trabajo de Salud Comunitaria. Recomendaciones para el diseño de estrategias de salud comunitaria en Atención Primaria a nivel autonómico. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022.

23 Masiá Mondéjar MD, López-Ruiz I, Quiles J, et al. El papel del ejercicio físico en la salud cardiovascular de la mujer: documento de posicionamiento de la SEC-Asociación de Cardiología Preventiva/SEC-GT Ejercicio Físico y Salud Cardiovascular. REC: CardioClinics. 2025.

24 Gil-García E, Cáceres Matos R. Dolor crónico: consecuencias en la salud de las mujeres. Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer / Escuela Andaluza de Salud Pública; 2020.

25 Martín-Roncero U, González-Rábago Y. Soledad no deseada, salud y desigualdades sociales a lo largo del ciclo vital. *Gaceta Sanitaria*. 2021;35(5):432-437. doi:10.1016/j.gaceta.2020.07.010.

*Dirección General de Asistencia
Sanitaria y Humanización
Diciembre 2025*



Guía asistencial DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL **A LA MUJER**

