



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE GERONTOLOGÍA

DISEÑO DE UN PROGRAMA DE ABORDAJE GERONTOLÓGICO PRIMARIO PARA
ADULTOS MAYORES EN LA FUNDACIÓN ARTHUR SALUD A.C, SAN AGUSTÍN TLAXIACA,
EN EL PERÍODO OCTUBRE-DICIEMBRE 2015

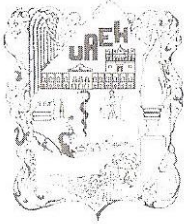
TESIS PROFESIONAL
PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIATURA EN GERONTOLOGÍA

PRESENTA
DALIA HERNÁNDEZ MARTÍNEZ
MIRIAM ITZEL MORGADO MARTÍNEZ
BRENDA ELIZABETH PÉREZ SIERRA

DIRECTOR
DR. EDUARDO GUZMÁN OLEA
DIRECTOR ADJUNTO
DR. RAÚL AGIS JUÁREZ.

PACHUCA DE SOTO, HIDALGO 2016.





26 de Septiembre de 2016

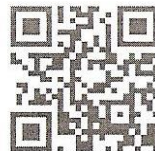
MTRA. BERTHA MARIBEL PIMENTEL PÉREZ
Jefa del Área Académica de Gerontología
 CHAIR OF THE DEPARTMENT OF GERONTOLOGY
 PRESENTE

Manifiestamos a usted que se autoriza la impresión formal del trabajo de investigación de los pasantes **Dalia Hernández Martínez, Miriam Itzel Morgado Martínez y Brenda Elizabeth Pérez Sierra** bajo la modalidad de **TESIS** cuyo título es: **Diseño de un Programa de Abordaje Gerontológico Primario para Adultos Mayores en la Fundación Arther Salud, A. C., San Agustín Tlaxiaca, en el período Octubre-Diciembre 2015** debido a que reúne los requisitos de decoro académico a que obligan los reglamentos en vigor para ser discutidos por los miembros del jurado.

Nombres de los Docentes Jurados	Cargo	Firma de Enterado
Raúl Azael Agis Juárez	Presidente	
Eduardo Guzmán Olea	Primer Vocal	
Carlos Montaña Salazar	Segundo Vocal	
Bertha Maribel Pimentel Pérez	Tercer Vocal	
María Eugenia Zaleta Arias	Secretario	
Gadimagdiel Hernández Hernández	Suplente	
José Jesús Serrano Ruíz	Suplente	

“Amor, Orden y Progreso”

c. c. p. Archivo



Dirección Ex-Hacienda La Concepción S/N
 Carretera Panajotsa Actopan
 San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo, México; C.P. 42160
 Teléfono: 52 (721) 71 700-00 Ext. 4314 y 4315
gerontologia@uaeh.edu.mx

www.uaeh.edu.mx

AGRADECIMIENTOS

Queremos reconocer a los adultos mayores con los cuales hemos compartido, trabajado y sobre todo las enseñanzas que aprendimos de ellos. A nuestros adultos mayores que estuvieron con nosotras desde pequeñas y los cuales nos dieron cariño e historias memorables, a ellos que quizá aún están con nosotras, presentes o que tal vez trascendieron pero que aún siguen en cada una de nuestras acciones. Gracias abuelos.

A nuestros padres tenemos tanto que agradecerles y reconocerles. En esta ocasión gracias por su cariño, comprensión, por alentarnos y confiar en nosotras.

El apoyo, comprensión, entendimiento y humor de nuestros hermananos también lo queremos agradecer.

A el doctor Eduardo Guzmán Olea por su paciencia, dedicación, confianza, aliento y las enseñanzas como profesionistas y sobre todo como ser humano. Gracias por guiarnos por el mundo de la investigación y hacer que nos guste aún más. Nuestro profundo respeto, admiración y aprecio para usted.

A nuestro equipo de sinodales a los cuales admiramos y agradecemos el apoyo y tiempo invertido en esta tesis.

Por ultimo como compañeras y sobre todo como amigas estamos orgullosas, felices y gratas por coincidir en nuestras vidas.

Índice

TÍTULO	1
RESUMEN	1
ABSTRACT	1
INTRODUCCIÓN	3
ANTECEDENTES	5
Aspectos epidemiológicos del envejecimiento	5
Causas de morbilidad y mortalidad en los adultos mayores	6
Morbilidad en el Adulto Mayor	6
Mortalidad en el adulto mayor	8
Atención Primaria	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
JUSTIFICACIÓN	16
OBJETIVO GENERAL:	20
Objetivos específicos:	20
META	20
MARCO TEÓRICO	21
Capítulo 1	21
ADULTO MAYOR Y ENVEJECIMIENTO	21
1.1 Adulto Mayor	21
1.2 Envejecimiento	22
Tipos de envejecimiento.....	23
Teorías del envejecimiento	26
Capítulo 2	28

EPIDEMIOLOGÍA DEL ENVEJECIMIENTO.....	28
1.1 Mortalidad	28
1.2 Morbilidad	30
Capítulo 3.....	33
ATENCIÓN PRIMARIA.....	33
3.1 Niveles de atención	34
3.2 Niveles de prevención.....	36
3.3 Atención primaria de la salud (aps)	37
3.4 Promoción de la salud	38
Capítulo 4.....	42
4.1 GUÍAS DE VALORACIÓN GERONTO-GERIÁTRICAS	42
Capítulo 5.....	45
5.1 POLÍTICAS DE SALUD EN EL ENVEJECIMIENTO	45
METODOLOGÍA.....	52
RESULTADOS.....	54
CONCLUSIONES.....	71
ANEXOS.....	75

Título

Diseño de un Programa de Abordaje Gerontológico Primario para Adultos Mayores en la Fundación Arther Salud A.C, San Agustín Tlaxiaca, en el período Octubre-Diciembre 2015.

Resumen

El presente trabajo fue elaborado con el fin de diseñar un programa de abordaje gerontológico a nivel primario en la institución, la cual lleva por nombre Fundación Arther Salud ubicada en el municipio de San Agustín Tlaxiaca, dicho diseño tuvo como resultado un modelo representado a manera de flujograma, el cual está basado en datos epidemiológicos obtenidos de la institución antes mencionada, se crearon cinco capítulos por los que está compuesto esta tesis, cada capítulo abarca información importante como lo es el adulto mayor y el envejecimiento, temas prioritarios en nuestro quehacer como gerontólogas, así también el envejecimiento, tipo de vejez y algunas teorías del envejecimiento, de igual manera se refieren las diez principales enfermedades de mortalidad de hombres y mujeres en México en el año 2012 , así como las diez principales enfermedades en el grupo de 60 años y más en hombres y mujeres. Posteriormente se aborda el tema de Atención Primaria, indicando los niveles de atención y de prevención, así como la promoción a la salud como Modelos de atención a la salud para población abierta (MASPA), el Modelo integrador de atención a la salud (MIDAS), y el Modelo de atención integral a la salud (MAIS), así como también las políticas de salud en el envejecimiento. En la metodología se describe el levantamiento y muestreo de los datos colectados de los adultos mayores que acudieron a la Fundación, plasmando los resultados en gráficas y cada una de estas con una breve descripción. El programa se realiza con toda la información antes mencionada.

Abstract

This paper was prepared in order to design a program of gerontological approach at primary level in the institution, which is called Foundation Arther Health located in the municipality of San Agustin Tlaxiaca, this design resulted in a model represented by way of flow chart, which is based on epidemiological data obtained from the aforementioned institution five chapters making up this thesis were created, each chapter includes important information such as the elderly and aging, priority issues in our work as gerontologists and also aging, kind of old age and some theories of aging, equally refer the ten major diseases mortality of men and women in Mexico in 2012, as well as the ten major diseases in the group aged 60 and more in men and women. Later the issue of primary care is addressed, indicating the levels of care and prevention as well as health promotion as well as models of health care for the general population (MASPA), the integrator model health care (MIDAS), and the Model of comprehensive health care (MAIS), as well as health policy in aging. In the methodology the survey and sampling data collected from seniors who attended the Foundation, reflecting the results in graphs and each of these with a brief description described. The program is done with all the above information.

Introducción

En el mundo existe un rápido crecimiento de la población de edad adulta de 60 años y más (Organización Panamericana de la Salud, 2012). Particularmente en México según el portal de internet “Estado de salud de adultos mayores” de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (SPPS), menciona que datos ofrecidos por Instituto Nacional de Geriátría, existen 11, 200,783 adultos mayores en México. (Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, 2013). En Hidalgo existen alrededor de 250,715 adultos mayores según las estadísticas básicas del Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía (INEGI), representando un 9.4% de la población total del estado (Gobierno del estado de Hidalgo, 2013).

Ante el notable cambio en el número de la población mundial, con las cifras antes mencionadas podemos caer en cuenta que la cantidad de adultos mayores ha incrementado notable y significativamente. Estos números tanto a nivel nacional como a nivel estatal muestran la realidad actual sobre las personas adultas mayores, y que son un porcentaje sobresaliente dentro de la población por lo tanto es importante un programa de atención específica para adultos mayores, el cual pueda brindar una atención integral y esta cubra las necesidades de atención así contribuyendo a el mejoramiento en la calidad de vida de la población adulta mayor.

Por esta razón la presente investigación tiene como objetivo el diseño de un programa de abordaje gerontológico primario para adultos mayores, el cual se realizará en la Fundación Arther Salud que se ubica en San Agustín Tlaxiaca, a través de la determinación epidemiológica de los usuarios adultos mayores que asisten a la fundación Arther Salud, posterior a esto se identificarán las áreas prioritarias en la atención primaria que se brinda al grupo etario de 60 años y más, y por último se pretende tener como resultado final el diseño del programa.

En este documento se encontrara con cinco capítulos, en el primero de ellos hay temas generales con el adulto mayor y el envejecimiento, cómo es definido,

tipología de envejecimiento y características generales de este proceso, en este capítulo por último se revisara algunas teorías del envejecimiento.

En el segundo capítulo se presentan datos relevantes sobre la epidemiología del envejecimiento tales como mortalidad y morbilidad comenzando a nivel mundial, nacional y estatal sobre este grupo de edad.

Posteriormente en el tercer capítulo se tendrá información aunada a los tres niveles de atención, pero con importante énfasis en la atención primaria, y de esta sus distintos niveles de prevención, así como los programas de atención ya antes implementados a nivel nacional.

En el capítulo cuatro se hace una recopilación de las diversas guías de práctica clínica que su elaboración y objetivos van guiados a la atención de los adultos mayores.

Capítulo cinco se hace una breve descripción de la evolución de las políticas públicas que se han hecho a favor de las personas adultas mayores en los últimos sexenios, haciendo un énfasis en la necesidad de la creación de un abordaje gerontológico.

Posteriormente de los capítulos se realizará un análisis descriptivo para obtener el muestreo de los expedientes clínicos de adultos mayores que acuden a la Fundación en un periodo de 3 meses Octubre, Noviembre y Diciembre 2015. Los resultados obtenidos se representaron en gráficas en las cuales observemos el porcentaje total de usuarios y la población total de adultos mayores por sexo, así la morbilidad que se presenta en este grupo de edad que asiste a la Fundación el producto final que se espera es el diseño de un flujograma que indique el abordaje gerontológico en el primer nivel de atención.

Antecedentes

Aspectos epidemiológicos del envejecimiento

Los actuales cambios demográficos a nivel mundial y el aumento en la esperanza de vida, han generado un aumento importante en la población global de adultos mayores (AM).

De acuerdo con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) en el resumen ejecutivo “Envejecimiento en el siglo XXI: Una celebración y un desafío”, en 2012, había 810 millones de personas de 60 o más años de edad, que representaban un 11,5% de la población mundial. Según las proyecciones, esa cantidad llegaría a 1000 millones dentro de menos de diez años y se duplicaría con creces para 2050, en que llegaría a 2000 millones de personas, las cuales constituirían un 22% de la población mundial. (Fondo de población de las naciones unidas, 2012)

Es importante destacar que la esperanza de vida se ha incrementado cada vez más, según el “Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud” publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cual establece que la población puede aspirar a vivir más de los 60 años, debido en gran parte a la notable reducción de la mortalidad en las primeras etapas de la vida. Asimismo el aumento sostenido de la esperanza de vida se debe principalmente al descenso de la mortalidad entre las personas mayores.

Particularmente en México según el portal de internet “Estado de salud de adultos mayores” de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (SPPS), menciona que datos ofrecidos por el Instituto Nacional de Geriátría, existen registrados 11, 200,783 adultos mayores en México (Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, 2013); por otro lado las proyecciones publicadas por el Consejo Nacional de Población (CONAPO) menciona que; el grupo de adultos mayores (65 años y más), aumentara su tamaño de 7.1 millones en 2010 a 9.8 millones en 2020 y a 23.1 millones en 2050.

En cuanto la esperanza de vida en nuestro país, se calcula que en el 2010 fue de 75.4 años y se espera que sea de 79 años hacia el 2030, según las proyecciones del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 2010).

Particularmente en el estado de Hidalgo, existen alrededor de 250,715 adultos mayores según las estadísticas básicas del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), repartidos en los 84 municipios de esta entidad federativa, representando un 9.40% de la población total del estado, de las cuales el 46.93% son hombres y el 53.07% son mujeres, teniendo una tasa de crecimiento de 4.10% para el periodo 2012-2016, con un promedio de esperanza de vida en el estado, para hombres es de 72.8 años y para mujeres de 75.5 años (Gobierno del Estado de Hidalgo, 2013).

Causas de morbilidad y mortalidad en los adultos mayores

Tomando en cuenta la gran relevancia del crecimiento poblacional en los adultos mayores, es importante determinar las enfermedades que presentan mayor frecuencia, incidencia y prevalencia, así como principales causas de mortalidad en este grupo poblacional.

Morbilidad en el Adulto Mayor

En el Sistema Universal de Información de Vigilancia Epidemiológica (SUIVE) en su "Perfil epidemiológico del adulto mayor en México 2010", los registros a partir de los 60 años de edad se divide para su notificación en dos grupos etarios: 60 a 64 años y 65 y más, por lo tanto, en el 2010 los reportes generados, en específico los referente a morbilidad, en su diseño no permiten conocer los casos confirmados de mayor afección para el grupo de 65 años y más. (Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 2010)

México presenta una polarización epidemiológica, en específico en el grupo de adultos mayores, donde el patrón de morbilidad, se distingue por la presencia, de enfermedades infecciosas y enfermedades crónicas no transmisibles, de tipo

carencial y desnutrición (Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 2010); y de acuerdo al Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE), podemos observar que dentro de las 10 primeras causas de morbilidad, se entremezclan enfermedades transmisibles con crónicas degenerativas, llamando la atención que la gingivitis y la enfermedad periodontal están dentro de este grupo (Secretaría de Salud, 2015). Las principales causas de enfermedades en los adultos mayores de nuestro país se enlistan en la tabla 1.

Tabla 1. Diez principales causas de enfermedad en el grupo de 60 y más años. México, 2012.

Nº	Causas	Total
1	Infecciones respiratorias agudas	2.025.046
2	Infecciones de vías urinarias	650.727
3	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	518.392
4	Úlceras, gastritis y duodenitis	282.245
5	Hipertensión arterial	505.723
6	Diabetes mellitus tipo 2	140.355
7	Gingivitis y enfermedades periodontales	87.421
8	Conjuntivitis	45.488
9	Otitis media aguda	43.002
10	Neumonías y bronconeumonías	40.940
Total 10 principales causas (92.9 %)		4.039.339
Otras		220.103
Total		4.259.442

(SUIVE/DGE/Secretaría de salud/ Estados Unidos Mexicanos, 2011)

Para el Programa Institucional de Adultos Mayores 2011-2016 (PIAM) uno de los principales problemas de los adultos mayores es la salud, destacando la pérdida de la audición, la visión y la memoria, así como la enfermedad de Alzheimer que presenta la mayor incidencia de enfermedades crónicas-degenerativas tales como diabetes, hipertensión arterial, artritis, osteoporosis, entre otras. (Gobierno del Estado de Hidalgo, 2013).

Mortalidad en el adulto mayor

En los países de ingresos altos, 7 de cada 10 muertes ocurren en personas de 70 años o más. Las personas mueren principalmente de enfermedades crónicas, principalmente: enfermedades cardiovasculares, cáncer, demencia, enfermedad pulmonar obstructiva crónica o diabetes. (Organización Mundial de la Salud, 2012)

Según La Organización Panamericana de la Salud las 5 causas principales de defunción de los adultos mayores durante el año 2008 fueron.

1. Enfermedades isquémicas del corazón
2. Enfermedades cerebrovasculares.
3. Diabetes mellitus.
4. Influenza y neumonía.
5. Enfermedades Crónicas de las vías respiratorias. (Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, 2012)

Mientras que las principales causas de mortalidad durante el 2012 se resumen en la tabla 2. En conjunto, alcanzaron un total de 276,039 defunciones, lo que corresponde al 75.38% de todas las causas. (Secretaría de Salud, 2015).

Tabla 2. Principales causas de mortalidad en las personas de 60 y más años en el sector salud. México, 2012.

N°	Causa	Numero
1	Diabetes mellitus	64,841
2	Enfermedad isquémica del corazón	57,552

3	Tumor maligno	48,972
4	Enfermedad cerebrovascular	24,315
5	Enfermedad hipertensiva	17,421
6	Cirrosis y otras enfermedades del hígado	16,280
7	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	16,028
8	Infecciones de vías respiratorias agudas bajas	12,949
9	Nefritis y nefrosis	9,603
10	Accidentes	8,078

(Dirección general de información en salud)

Atención Primaria

En la conferencia de Alma Ata en 1978 se estimó que la atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundamentados y socialmente aceptables pues está al alcance de todos los individuos y familias en la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de responsabilidad y autodeterminación. (Organización Mundial de la Salud, 1978) De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud la atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo accesible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad. (Organización Mundial de la Salud, 2016)

Por otra parte encontramos que la atención primaria para los adultos mayores se ha adecuado en distintas publicaciones se han considerado los antecedentes resumidos en la tabla 3.

Tabla 3. Principales antecedentes para la implementación de la atención primaria en adultos mayores.

Nombre del documento	Autor	Año	Resumen
<p>Guía clínica para la atención primaria a las personas adultas mayores.</p>	<p>Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud.</p>	<p>Marzo, 2002</p>	<p>Los problemas de salud de las personas mayores son difíciles de manejar en los consultorios de atención primaria sin previa guía o capacitación ya que el manejo de estos problemas requiere de normas diferenciadas.</p> <p>La guía clínica de atención primaria de las personas adultas mayores, está dividida en tres partes: parte 1: Módulos de valoración clínica, parte 2: Guías clínicas para problemas seleccionados, parte 3: Guía para el instructor.</p>
<p>Evaluación</p>	<p>y Secretaria</p>	<p>de Diciembre</p>	<p>Esta guía pone a</p>

<p>seguimiento nutricional del adulto mayor en el primer nivel de atención.</p>	<p>Salud</p>	<p>2014</p>	<p>disposición del personal de primer nivel de atención las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales acerca de los cambios fisiológicos del envejecimiento que afectan el estado de nutación del adulto mayor.</p>
<p>Diagnóstico y tratamiento del deterioro cognoscitivo en el adulto mayor en el primer nivel de atención</p>	<p>Secretaria de Marina, Secretaria de Salud y Secretaria de la Defensa Nacional</p>	<p>de 2012</p>	<p>Esta guía pone a disposición del personal del primer nivel de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre el diagnóstico y tratamiento del deterioro cognoscitivo en el adulto mayor en el primer nivel de atención.</p>
<p>Guía de consulta para el medico de primer nivel de atención. Prevención y</p>	<p>Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades.</p>	<p>2015</p>	<p>La presente guía es un documento de consulta rápida que pretende proporcionar al médico de primer nivel de atención,</p>

**atención de las
caídas en la
persona adulta
mayor.**

las herramientas mínimas
indispensables para la
detección, manejo y en su
caso, referencia al
especialista del paciente
que sufre caídas.

Planteamiento del problema

El aumento en la esperanza de vida ha favorecido el aumento de la población adulta mayor. En la actualidad las personas de 60 años y más han aumentado de 20 a 25 años el tiempo de sobrevivencia, por lo tanto este incremento conlleva distintas cuestiones en cada uno de los ámbitos ya sea biológico, psicológico y social, y traerá como consecuencia el incremento en el tiempo de cronicidad de las enfermedades que se presentan en este grupo de edad. En este sentido, las razones que anteriormente han sido explicadas son importantes para generar un programa de atención específica para los adultos mayores, el cual pueda brindar una atención integral y contemple todas las características propias del envejecimiento y sus necesidades para obtener un mejoramiento en la calidad de vida.

Actualmente en nuestro país se cuenta con un programa de atención del envejecimiento en donde se muestra que tiene algunas insuficiencias, siendo incompleto y no contando con una visión gerontológica. Consideramos que la mejor manera de atender las necesidades de los adultos mayores es a través de brindarles una atención primaria la cual puede ser la mejor forma de atacar las necesidades que demandan la población adulta mayor mediante la promoción, atención integral y tratamiento multidisciplinar.

Uno de los principales problemas sociales que enfrentan los adultos mayores se da por la ausencia de sensibilización de los distintos sectores hacia una cultura en pro del envejecimiento, provocando en ellos la falta de atención y prevención de distintas enfermedades a tiempo, conduciendo a su cronicidad en diferentes enfermedades, las cuales podrían abordarse desde la atención primaria buscando prevenir, identificar, diagnosticar y canalizar. Por lo tanto es importante diseñar e implementar un programa de abordaje gerontológico en la atención primaria, a fin de evitar las complicaciones o dependencia de los adultos mayores.

Actualmente en nuestro país el Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE), ha publicado una propuesta de

Principios de Abordaje Gerontológico en la Persona Adulta Mayor e Intervenciones Básicas, el cual nace como una necesidad derivada del envejecimiento poblacional que se viene en nuestro país, lo que obliga a realizar una serie de acciones para mantener la funcionalidad de los adultos mayores. (Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades, 2013), sin embargo para la implementación y operatividad eficiente del programa es fundamental la adaptación a las condiciones, características, metas y alcances de la institución donde se va a implementar, de acuerdo a las necesidades de la población a la cual se ofrece la cobertura.

Por otro lado, derivado de las Políticas Internacionales el gobierno del estado de Hidalgo crea el Instituto para la Atención de los Adultos Mayores del Estado de Hidalgo, cuyo objetivo es promover, apoyar, fomentar, vigilar las acciones, estrategias y programas en materia de atención a los Adultos Mayores de la Entidad, para lograr el máximo de salud bienestar y Calidad de Vida en esta población (Ley de los derechos de los A.M del Estado de Hidalgo, 2010), lo cual establece la necesidad de implementar programas de atención integral para los adultos mayores de Hidalgo en todas las instituciones de salud del estado, por lo tanto es fundamental y urgente la necesidad de que las instituciones públicas o privadas cuenten con programas de atención gerontológica enfocándose a un nivel primario para brindar una atención específica de calidad, la cual podría beneficiar la calidad de vida de los adultos mayores de nuestro estado.

El presente trabajo se realizará en la Fundación Arther Salud A.C., que es una institución privada sin fines de lucro, la cual tiene como misión: Contribuir al bienestar de la población del Municipio de San Agustín Tlaxiaca creando diversas estrategias para la prevención y atención integral en salud, así como para la creación y mantenimiento de una red social que contribuya a la sustentabilidad de la Fundación.

La propuesta del diseño del programa de abordaje gerontológico a nivel primario es una estrategia viable para que la institución antes mencionada, apegada con su misión, resaltando que la mejor forma para contribuir al bienestar de la población

adulto mayor será creando estrategias para la prevención y la atención integral. Esto podrá ser resultado de desarrollar un programa coordinado de acción e interacción que permita ofrecer una atención específica e integral a las demandas que presentan los adultos mayores que acuden a la institución.

Además, si se atiende de manera oportuna desde un nivel de atención primario se podrían evitar complicaciones de salud que ameriten mayores costos de atención y la necesidad de tener acceso a servicios de segundo o tercer nivel de atención.

Por lo tanto en el presente trabajo se pretende diseñar un programa de abordaje gerontológico basado en la atención primaria, que establezca, coordine y ejecute los procesos, procedimientos y acciones de atención, y utilice de manera eficiente todos los recursos materiales y humanos que conduzcan al mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores.

Justificación

México ocupa el séptimo lugar entre los países con mayor proporción de envejecimiento acelerado, con un 7% de la población de 60 años y más; lo que significa que enfrenta las consecuencias del envejecimiento con mayor velocidad (INEGI, 2000). Se debe tener una conciencia clara sobre las implicaciones del envejecimiento de la población mexicana, para que los organismos públicos y privados, realicen estrategias en las cuales permitan llevar a cabo los planes y programas para mejorar la calidad de vida y de atención de la población mayor de 60 años.

Dado lo anterior “El programa de acción específico. Atención del envejecimiento 2013 – 2018.” propuesto por la Secretaría de Salud. Propone que la nación se profile como un país con requerimientos especiales en la atención a las personas de 60 años y más. Lo anterior, obliga a generar política pública para la atención y desarrollo social de este grupo etario, que permitan crear estructuras programáticas firmes para mejorar los entornos y promover una cultura del envejecimiento activo y saludable en nuestro país (Secretaría de salud, 2015).

En Hidalgo actualmente se cuenta con un Programa Institucional de Adultos Mayores 2011 – 2016, en el cual se observa la carencia a nivel institucional de un programa específico para el abordaje gerontológico a un nivel primario. Adicionalmente el aumento de la prevalencia de los adultos mayores asociado al incremento en la esperanza de vida, se proyecta un aumento en la demanda de los servicios de salud, los cuales tendrán que estar preparados y capacitados para brindar una atención gerontológica especializada.

Las instituciones de salud públicas y/o privadas deberán reforzar los servicios que son proporcionados a los adultos mayores y crear las intervenciones apropiadas para este grupo de la población por lo cual es necesario crear las competencias necesarias para brindar atención apropiada para este grupo poblacional, por lo cual es necesario crear las competencias necesarias para brindar atención apropiada para la atención del primer nivel, con el fin de mejorar la calidad de vida

y funcionalidad de las personas adultas mayores, limitando o evitando que requieran del segundo o tercer nivel de atención.

Dentro del contexto social, tampoco existe un programa de Abordaje Gerontológico en el primer nivel de atención, en parte debido a que es insuficiente el número de profesionales que puedan desarrollarlos y aplicarlos, además la mayoría de las acciones han sido orientadas a cubrir las deficiencias del sistema nacional de salud con acciones paliativas como son, ubicar a los adultos mayores en la categoría de enfermos crónicos o bien subsumiéndolos dentro de la figura de familia, de tal manera que quedan invisibilizadas sus necesidades específicas, es por ello que un programa como el que se plantea diseñar permitiría subsanar el “descuido” de salud con un diagnóstico temprano que prevenga complicaciones y comorbilidades que afectan de manera contundente, tanto la calidad de vida del adulto mayor como el gasto en salud que se incrementa al llegar a un segundo o tercer nivel de atención, además de homogenizar los procesos, procedimientos y acciones a realizar para una atención integral eficiente, digna y oportuna.

Dentro de la problemática nacional, para el avance del Programa de Acción Específico de Atención al Envejecimiento se encuentra:

- 1) falta de sensibilización y educación de todos los sectores hacia una cultura del envejecimiento activo y saludable.
- 2) deficiente abasto de guías, manuales, documentos técnicos y normativos para difusión, capacitación, detección y manejo de los padecimientos de mayor impacto en la persona adulta mayor.
- 3) no existen suficientes mecanismos efectivos para garantizar la adherencia terapéutica, cambios de conducta y hábitos en los pacientes, sus familias, la comunidad y la sociedad en su conjunto.
- 4) insuficiencia y falta de continuidad en las campañas de comunicación social, para fomentar las medidas preventivas que conlleven a un envejecimiento activo y saludable.
- 5) falta de inclusión de osteoporosis como patología relevante para este grupo poblacional (Secretaría de Salud, 2015).

Particularmente para el diseño de un programa de abordaje Gerontológico primario para adultos mayores en la fundación Arther salud, San Agustín Tlaxiaca; La problemática 2 anteriormente mencionada consideramos que una propuesta de solución es el diseño de un programa de abordaje gerontológico a nivel primario.

Otras limitaciones en los programas de prevención y control para el manejo adecuado de la población adulta mayor son:

- 1) Falta de recursos necesarios para brindar una atención integral que incluya personal de salud debidamente capacitado.
- 2) Desabasto de medicamentos.
- 3) Deficiencia en el sistema de referencia y contra referencia a los diferentes niveles de atención.
- 4) Falta de infraestructura física especializada como un módulo de atención gerontológica en centros de primer nivel de atención e inexistencia de Centros de Día geronto-geriátricos, complementados ambos con servicios de atención domiciliaria (Secretaría de Salud, 2015).

Para el diseño de un programa de Abordaje Gerontológico primario para Adultos Mayores, consideramos que es importante que las instituciones que tiene demanda de asistencia adulta mayor, cuenten con un programa especializado para poder atender a este grupo de edad.

En el sub apartado 5.1 objetivos, estrategias y líneas de acción del programa de acción específico atención del envejecimiento 2013 – 2018, de la Secretaría de Salud Nacional plantea como objetivo el establecimiento de una cultura de vida saludable, con perspectiva de género, en las personas adultas mayores y en aquellas con patologías de mayor relevancia; y las estrategias propuestas consisten en:

Gestionar modelos de atención Geronto-geriátricos con atención multidisciplinaria, en unidades de primer nivel de atención. **(Estrategia 1.4.)** Para ello las líneas de acción propuestas son:

Fortalecer la implementación y seguimiento de investigaciones sobre enfermedades crónicas. (Línea de acción 1.4.1) y el diseño de un programa gerontológico integral a nivel primario.

Un abordaje oportuno podría evitar una atención a niveles mayores, que llegue a un punto de rehabilitación inclusive los que ya lo requieren, un abordaje oportuno permite intervenciones apropiadas para que el adulto mayor ya con un daño permanente tenga mejores condiciones de vida.

Objetivo general:

Diseñar un programa de abordaje gerontológico a nivel primario de atención para adultos mayores en la Fundación Arther Salud A.C, San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo.

Objetivos específicos:

- * Determinar el panorama epidemiológico de los usuarios Adultos Mayores que asisten a la Fundación Arther Salud A.C, San Agustín Tlaxiaca.
- * Identificar las áreas prioritarias de atención primaria de los adultos mayores.
- * Diseñar un programa de abordaje gerontológico de las primeras necesidades de atención primaria en la Fundación Arther Salud A.C, San Agustín Tlaxiaca.

Meta.

Diseñar un programa de abordaje gerontológico primario para adultos mayores de la fundación Arther Salud A.C de San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo.

Marco teórico

Capítulo 1

ADULTO MAYOR Y ENVEJECIMIENTO

1.1 Adulto Mayor

En este capítulo se presentarán algunas definiciones sobre el término de adulto mayor, para esclarecer el concepto de algunas etiquetas que se les dan a las personas que viven en esta etapa del ciclo vital.

Según la OMS, las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobre pasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamara de forma indistinta persona de la tercera edad. (Organización Mundial de la Salud, Organización Panamerica de Salud, 2014).

Para Gutiérrez y Caro en el 2012 lo que se refiere a la categorización de la población envejecida, es necesario establecer –más allá de las categorías funcionales– una clara distinción entre los que pudiéramos llamar *seniors* (60 a 75); los adultos mayores jóvenes (75 a 85) y los adultos mayores muy ancianos (por encima de los 85), (Gutiérrez Robledo & Caro López, 2012)

En artículo 3° sección 1 de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, se entenderá por persona adulta mayor, aquellas que cuenten con sesenta años o más de edad y que se encuentren domiciliadas o en tránsito en el territorio nacional.

Para los fines de esta investigación nos apegáramos a la definición de adulto mayor que brinda la Ley de los Derechos de los Adultos Mayores del estado de Hidalgo, Adultos Mayores son: Aquellas mujeres y hombres que cuenten con sesenta años o más de edad y que se encuentren domiciliadas o de tránsito en el Estado de Hidalgo. (Artículo 4, Sección 1)

1.2 Envejecimiento

Se habla de envejecimiento como un proceso que se vive desde el nacimiento y se caracteriza por diferentes cambios en niveles físicos, mentales, individuales y colectivos. (Rodríguez Daza, 2011).

El envejecimiento es el conjunto de procesos que sigue un organismo después de su fase de desarrollo, estos procesos dinámicos implican un cambio, es decir transformaciones biológicas, psicológicas y/o sociales del organismo en función del tiempo. (Espinosa Zepeda, 2010).

Espinosa en su tesina “El Adulto Mayor no es sinónimo de muerte; aún vive” hace mención que para la OPS el envejecimiento es referido como el conjunto de procesos que sigue un organismo después de su fase de desarrollo, estos procesos dinámicos implican un cambio, es decir transformaciones biológicas, psicológicas y/o sociales del organismo en función del tiempo. (Espinosa Zepeda, 2010).

La Universidad de Cantabria enlista las siguientes características propias del envejecimiento:

a) Universal:

El envejecimiento afecta a todos los seres vivos y constituye la etapa final de su ciclo vital.

b) Progresivo:

Es un proceso en el cual es difícil determinar su punto de inicio, pero, una vez establecido ocurre de forma progresiva aunque su cinética es variable para cada especie y cada individuo concreto de cada especie.

c) Determinado-regulado:

Con este bi-vocablo pretendemos señalar que existen dos aspectos fundamentales en el envejecimiento. En primer lugar, la base genética que determina gran parte de este proceso y por otro, el efecto regulador que el ambiente puede ejercer sobre esta base genética.

d) Supresor:

Como consecuencia del envejecimiento se van perdiendo capacidades que, en última instancia, conducen a un fallo generalizado de la actividad. De forma concomitante al paso de los años, nuestros organismos acumulan alteraciones a nivel molecular, celular, tisular y sistémico que van dificultando la capacidad de adaptación a las variaciones del medio interno y externo (homeostasis-hormesis).

e) Irreversible:

El envejecimiento no puede ser revertido a fases previas.

f) Específico:

Cada especie envejece de una forma diferente a las demás. Esto establece que el envejecimiento es específico de especie. Inclusive hay diferencias intraespecie (el envejecimiento humano no es igual en los países desarrollados que en los subdesarrollados). Esta característica hace que esta etapa del ciclo vital en humanos esté acompañada de las siguientes consecuencias:

- Un incremento de la mortalidad a medida que progresa la edad.
 - Cambios bioquímicos en la composición de los tejidos del organismo.
 - Progresiva reducción de la capacidad funcional de los órganos.
 - Disminución de la capacidad de las respuestas de adaptación.
 - Incremento de la susceptibilidad y vulnerabilidad a las enfermedades.
- (Universidad de Cantabria, 2011)

Tipos de envejecimiento

De esta manera se delimitan cuatro formas de envejecimiento:

- Envejecimiento ideal: las personas de este grupo son completamente capaces en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria; no se les ha diagnosticado ninguna enfermedad crónica; se perciben en muy buen estado físico; su deterioro cognitivo no está presente, y llevan un estilo de vida positivo, es decir, no consumen alcohol o tabaco y realizan actividad física.

- Envejecimiento activo: a estas personas se les ha diagnosticado alguna enfermedad crónica; presentan dificultad en alguna AIVD; consideran su estado de salud bueno; no tienen deterioro cognitivo, y su factor de riesgo es bajo.
- Envejecimiento habitual: personas que presentan más de una enfermedad crónica; perciben su estado de salud regular; tienen una ligera incapacidad funcional que no causa dependencia; su deterioro cognitivo puede ser ligero o no estar presente, y tienen factores de riesgo bajo o medio.
- Envejecimiento patológico: las personas de este grupo presentan una mala autoevaluación del estado de salud; tienen deterioro cognitivo y se les han diagnosticado enfermedades crónicas. Los factores de riesgo en este tipo de envejecimiento no hacen diferencia, ya que el estado de salud está afectado en varias dimensiones, cualesquiera que sean los hábitos y comportamientos. En este grupo se encuentran esencialmente personas cuya sobrevivencia depende de terceros.

Como parte de los supuestos sobre las diferencias en la forma y el ritmo de envejecimiento se incluyen las variables de edad, sexo y condición urbana o mixta. (González y Ham-Chande, 2007).

Hablando del envejecimiento desde una perspectiva biopsicosocial, lo podemos analizar claramente desde tres dimensiones base: envejecimiento biológico, envejecimiento psicológico y envejecimiento social.

Envejecimiento biológico: Los órganos están formados por una variedad de tejidos y estos por una variedad de células y elementos extra-celulares; cada uno de estos órganos envejece a su propia velocidad, el grado de deterioro varía de acuerdo con el tipo celular. (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, 2012).

Las señales más evidentes del envejecimiento son: arrugas, caídas de cabello, pérdidas de sensibilidad en los sentidos, lentitud de movimientos y amenazas de sufrir crisis de diversos tipos, con consecuencias a veces mortales, debilidad para encarar infecciones, niveles anómalos de tensión, menor ímpetu de recuperación tras una enfermedad y secuelas, frecuentemente se tornan inseparables a partir de ésta. (Cobo Domingo, 2014).

Envejecimiento psicológico: Los cambios de cariz psicológico tampoco son despreciables: un frecuente deterioro intelectual, menor rapidez mental, lagunas en la memoria, disminución de las respuestas adaptativas al entorno, imposibilidad para concentrarse más allá de cortos periodos de tiempo, etc. (Cobo Domingo, 2014).

Una definición de Sánchez sobre el envejecimiento psicológico es que este está determinado por la transformación que se da de la habilidad motora, sensorial, mental, personalidad, motivaciones sensaciones e impulsos. Dentro del mismo se encuentra el envejecimiento afectivo y cognitivo. El primero está relacionado con la capacidad de adaptación a las nuevas o diferentes situaciones de la vida, el segundo tiene que ver con la capacidad de incorporar o memorizar datos y la de aprender otras cosas. (Sánchez Pérez, 2012).

Envejecimiento social: La edad social se refiere a los roles y hábitos sociales de un individuo con respecto a otros miembros de una sociedad. Pero las bases de esta edad, de la conducta esperada, es un producto que se deriva de la propia cultura y de las características del sujeto. Las normas y los valores del contexto estarían de por medio (Saez Narro, Aleixandre, & De Vicente, 1993).

El envejecimiento social está vinculado al ámbito social y a las actividades o interacciones que las personas tienen en la sociedad. (Sánchez Pérez, 2012).

Dentro de este apartado podríamos hablar desde dos enfoques. Un enfoque socioeconómico y enfoque sociocultural.

Socioeconómico: Es necesario tener en cuenta que debido al aumento de la población de personas mayores y a la incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas en ellas, los sistemas de salud y pensiones no están preparados para asumir la sobrecarga y han influenciado drásticamente las garantías de derechos y la calidad de vida de las personas mayores (Rodríguez Daza, 2011).

Sociocultural: La organización jerárquica de cada sociedad tiene un comportamiento diferente según su cultura y sus desarrollos particulares. En occidente para la sociedad la persona mayor ha perdido el valor moral que se merece debido a la multiplicidad de estereotipos y a la concepción biologista que

reconoce a la persona mayor como sinónimo de declive, pérdida e improductividad (Rodríguez Daza, 2011).

En el envejecimiento social es necesario e importante trabajar hacia una cultura del envejecimiento, que las personas y la sociedad dejen de lado las representaciones sociales que aún se tienen. Tener una concientización que el envejecimiento es un proceso natural y universal por lo cual se tendrían que eliminar los estereotipos y viejísimos. Además de ser necesario el mejoramiento de las políticas públicas para las personas mayores.

Y dentro de esta clasificación de envejecimiento cada uno puede ser explicado por diversas teorías.

Teorías del envejecimiento

Teoría de los radicales libres.

Esta teoría fue propuesta por Denham Harman, 1956. Se formula que el envejecimiento sería la consecuencia de una incorrecta protección contra los daños ocasionados en los tejidos por los radicales libres. En este sentido los cambios originados por dichos radicales serían una causa importante de envejecimiento, al deteriorar estructural y funcionalmente las diferentes biomoléculas. Estos radicales libres procederían de una fuente endógena (subproductos del metabolismo celular) o exógena (fármacos, humos, reacciones, etc.), (Universidad de Cantabria, 2011).

Teoría del desarrollo de Erik Erickson:

Erikson reformuló las fases psicosexuales propuestas por Freud y enfatizando aspectos sociales en cada una de estas etapas.

En la fase del envejecimiento Erickson veía un conflicto entre la integridad y la desesperación.

La teoría de Erikson sobre las etapas y conflictos que deben resolverse a lo largo de la vida, ha proporcionado una base fundamental para entender el desarrollo psicosocial en todas las etapas del ciclo vital; desde la infancia, adolescencia y adultez, hasta el final del ciclo. (Meléndez Moral & Cerdán Ferrer, 2001).

Para Erikson la superación de esta etapa, es decir, el hecho de que la persona consiguiera la integridad, haría que la muerte perdiera ese carácter atormentador que tiene en nuestra sociedad. Por el contrario, si no se consigue esta integración se teme a la muerte. La desesperación expresa el sentimiento de que ahora el tiempo que queda es corto, demasiado corto para intentar otra vida y para probar caminos alternativos hacia la integridad. La persona que no logra esta integridad tiene remordimientos y se encuentra desesperada (Meléndez Moral & Cerdán Ferrer, 2001).

Capítulo 2

EPIDEMIOLOGÍA DEL ENVEJECIMIENTO

1.1 Mortalidad

Los actuales cambios demográficos a nivel mundial y el aumento de la esperanza de vida, han generado un aumento importante en la población global de adultos mayores.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) mortalidad indica el número de defunciones por lugar, intervalo de tiempo y causa (Organización Mundial de la Salud, 2016).

Para la Secretaría de Salud de Hidalgo (SSH) en su “Diagnostico sectorial de salud 2014”, considera que la mortalidad expresa la magnitud con la que se presenta la muerte en una población en un momento determinado. La mortalidad es la segunda causa del cambio demográfico y junto con la fecundidad son los actores centrales de la dinámica de la población. Como es natural, es hacia las últimas edades de la vida donde las tasas de mortalidad alcanzan sus valores más altos, en gran medida por el proceso de envejecimiento en el que está inmersa la población; siendo a la vez causa y consecuencia de un incremento importante en la esperanza de vida (Secretaría de Salud de Hidalgo, 2014).

Para la Secretaría de Salud (SS), en el programa de acción específico “Atención Del Envejecimiento 2013-2018” principales causas de mortalidad durante el 2012 fueron las que se enlistan en la tabla 2.

Tabla 4. Diez principales causas de mortalidad en el hombre. México 2012

N°	Causas	Numero
1	Enfermedades isquémicas del corazón	30,123
2	Diabetes mellitus	29,933
3	Tumor maligno	26,003
4	Enfermedad cerebrovascular	11,301
5	Cirrosis y otras	10,341

	enfermedades del hígado	
6	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	8,783
7	Enfermedad hipertensiva	7,518
8	Infecciones de vías respiratorias agudas bajas	6,671
9	Accidentes	5,120
10	Nefritis y nefrosis	5,107

(Dirección general de información en salud)

Tabla 5. Diez principales causas de mortalidad en la mujer. México, 2012.

N°	Causas	Numero
1	Diabetes mellitus	34,894
2	Enfermedad isquémica del corazón	27,410
3	Tumor maligno	22,958
4	Enfermedad cerebro vascular	13,006
5	Enfermedad hipertensiva	9,897
6	Enfermedad obstructiva crónica	7,288
7	Infecciones de vías respiratorias agudas bajas	2,273
8	Cirrosis y otras enfermedades del hígado	5,925
9	Nefritis y nefrosis	4,492
10	Accidentes	2,952

(Dirección general de información en salud)

La Secretaría de Salud de Hidalgo (SSH) da a conocer en su diagnóstico sectorial de salud 2014, que en los últimos 20 años se presenta un importante cambio en la mortalidad en todos los grupos de edad, que se ha acompañado de un cambio significativo en las principales causas de muerte (Secretaria de Salud de Hidalgo, 2014).

En lo que respecta a la mortalidad en edad pos productivo en el estado de Hidalgo para la población de 65 y más años se registran 4504.4 por 100 mil habitantes.

Las tres principales causas de mortalidad en edad pos productiva son: enfermedades isquémicas del corazón, diabetes mellitus, y enfermedad cerebrovascular; con tasas de 838.7, 654.0, y 380.5 por 100 mil habitantes respectivamente de 65 y más años. (Secretaria de Salud de Hidalgo, 2014)

Hidalgo tiene la tasa más alta de mortalidad en todo el país respecto a enfermedad hipertensiva (Secretaria de Salud, 2013).

Tabla 6.

Enfermedad hipertensiva	
2012	
Estado	Tasa
Hidalgo	303.3
Colima	280.5
Veracruz	256

(Dirección general de información en salud)

1.2 Morbilidad

Con relación a la morbilidad de la población adulta mayor, los datos son difíciles de obtener y menos confiables, ya que los sistemas de información no permiten conocer los casos confirmados de las enfermedades de mayor afectación para el grupo de 60 años y más, sin embargo de acuerdo con lo reportado por la Secretaria de Salud las 10 principales causas de enfermedades en el grupo de 60 años y más en México se enlistan en la tabla 1 (Secretaria de Salud, 2015).

Tabla 7. 10 principales causas de enfermedad en el grupo de 60 años y más en el hombre México, 2012.

N°	Causas	Total
1	Infecciones respiratorias agudas	786,629
2	Infecciones de vías urinarias	221,016
3	Infecciones intestinales, otros organismos y las mal definidas.	196,772
4	Ulceras, gastritis y duodenitis	112,713
5	hipertensión arterial	86,214
6	Diabetes mellitus	60,619
7	Gingivitis y enfermedades periodontales	39,772
8	Conjuntivitis	19,802
9	Neumonías y bronconeumonías	19,229
10	Otitis media aguda	19,059
Total 10 principales causas. (92.06 %).		1,561,878
	Otras	134.570
Total		1,696,448

(SUIVE/DGE/Secretaria de salud/ Estados Unidos Mexicanos 2011)

Tabla 8. 10 principales causas de enfermedades en el grupo de 60 años y más en la mujer México, 2012.

N°	Causas	Total
1	Infecciones respiratorias	1,238,416

	agudas	
2	Infecciones de vías urinarias	429,711
3	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	321,620
4	Ulceras, gastritis y duodenitis	169,542
5	Diabetes mellitus	79,736
6	Gingivitis y enfermedades periodontales	47,649
7	Hipertensión arterial	42,509
8	Conjuntivitis	25,686
9	Otitis media aguda	23,943
10	Neumonías y bronconeumonías	21,648
Total 10 principales causas (76.9 %)		2,040,461
	Otras	253,305
Total		2,653,766

(SUIVE/DGE/Secretaria de salud/ Estados Unidos Mexicanos 2011)

Capítulo 3

ATENCIÓN PRIMARIA

A pesar de que se han efectuado diversas campañas para la prevención, tratamiento y control de enfermedades infecciosas así como también enfermedades cronicodegenerativas, es preciso generar una innovación en las estrategias de promoción y prevención para hacer un desvío de lo curativo a lo preventivo. Es importante considerar que la atención primaria de la salud se deriva de la primera atención que reciben los usuarios en las instituciones de primer nivel.

Dentro del Sistema Nacional de Salud, existen tres niveles de atención a la salud uno de ellos es el primer nivel de atención. El Sistema Nacional de Salud menciona que este primer nivel de atención lo constituyen las Unidades de Medicina Familiar (IMSS), Centros de Salud (SSa) y Clínicas Familiares (ISSSTE), en donde se proporcionan los servicios de salud básicos, y además constituyen el principal escenario de la salud preventiva y es el nivel en donde se atiende y resuelve 80% de los padecimientos. En estos centros de atención se implementan las medidas preventivas de salud pública, y se realiza el diagnóstico de las enfermedades que son más frecuentes y extendidas en la población como los cánceres de mama, cérvico uterino o de próstata, así como las enfermedades que se manifiestan en amplios grupos humanos, como diabetes, obesidad e hipertensión. El primer nivel de atención es la puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud. Desde el primer nivel se remite al segundo o tercer nivel de atención quien así lo requiera.

La Atención primaria de salud generalmente ubica los principales problemas de salud que afectan a la población de adultos mayores así como también a cualquier grupo de edad. Como consecuencia a esto la atención primaria de la salud presta servicios de promoción, prevención y tratamiento para resolver los problemas que se hacen presentes en la población, esto evitara que las problemáticas se remitan a una atención de segundo o tercer nivel de atención.

3.1 Niveles de atención

Los niveles de atención se establecen como parte fundamental de lo que es la atención primaria, lo que responde que son una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población, dichos niveles se clasifican en tres niveles y que a continuación se mencionan.

3.1.1 Primer nivel de atención

Es el más cercano a la población, es decir es el nivel en el que se tiene el primer contacto, permite resolver las necesidades de atención básica y más frecuente, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. Se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, centros de salud entre otros.

El primer nivel de atención permite una accesibilidad adecuada y por ende una atención oportuna y eficaz hacia la población. (Vignolo, 2011), y de esta manera tratar de evitar en los adultos mayores el que lleguen a un segundo o tercer nivel de atención.

3.1.2 Segundo Nivel de atención

En este nivel de atención se ubican los hospitales y establecimientos donde se prestaran los servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, gineco obstetricia, cirugía general y psiquiatría. Y se estima que entre el primer nivel y el segundo nivel se pueden resolver en conjunto hasta un 95% de problemas de salud que se presentan en la población (Vignolo, 2011).

En este nivel se trata de evitar que los adultos mayores lleguen al tercer nivel de atención mediante el uso de estrategias más específicas.

3.1.3 Tercer nivel de atención

El tercer nivel de atención es considerado para la atención de problemas poco prevalentes, se refiere a la atención de patologías complicadas en las que se requieren procedimientos especializados y de alta tecnología. El tercer nivel de atención debe abarcar en su totalidad a todo el país, o por lo menos gran parte de él. En el tercer nivel se resuelven por lo menos aproximadamente el 5% de los problemas de la salud que se planteen (Vignolo, 2011).

Es importante considerar que el hablar de un tercer nivel de atención, específica que los adultos mayores que requieran la atención de este nivel, es precisamente porque ya requieren de un cuidado con una tecnología o tratamiento específico que solo instituciones de este nivel logran tenerlo, y en México un ejemplo de las instituciones son los Institutos Nacionales de Cardiología, de Pediatría, El Hospital Siglo XXI, el hospital de la Raza, entre otros.

Al igual que los niveles de atención es importante señalar que dentro de la atención primaria de la salud no solo se lleva acabo niveles atención si no también los niveles de prevención que enseguida se dan conocer.

El Programa de Acción: Atención al Envejecimiento establece Acciones y estrategias que por consiguiente benefician a los adultos mayores y que les brinda una mejor calidad de vida y son las que a continuación se mencionan:

Realizar una campaña permanente para favorecer la cultura y lograr una vejez activa y sana.

- Promover la utilización de la Cartilla Nacional de Salud para instrumentar el esquema básico de prevención y control de enfermedades frecuentes en el adulto mayor.
- Desarrollar con periodicidad anual, la "Semana Nacional para Gente Grande".
- Promover la aplicación de vacunas para prevenir las neumonías y otras enfermedades de importancia epidemiológica (tétanos, difteria y hepatitis).
- Crear mecanismos de apoyo para la atención y el cuidado familiar al adulto mayor.
- Incorporar a los adultos mayores con hipertensión, mediante el control de su presión arterial, en las actividades consideradas en el plan para la reducción de la mortalidad por enfermedad cerebrovascular.
- Asegurar la participación del adulto mayor, independientemente de su estado de salud a los grupos de ayuda mutua.
- Participar en la formación de profesionales en la materia y promover su integración al Sistema Nacional de Salud.

- Capacitar al personal del Sistema Nacional de Salud, así como a los cuidadores informales (familia y amigos), responsables de la atención de los adultos mayores (Secretaría de Salud, 2002).

3.2 Niveles de prevención

Es importante considerar que la atención primaria busca garantizar mejores resultados de salud, equidad, acceso, eficiencia, menores costos, y satisfacción de la población de adultos mayores, así como una mejor calidad de vida y una atención gerontológica es la que nos ayuda a que los adultos estén con una atención primaria.

La Organización Mundial de La Salud define La Prevención como las Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida (Organización Mundial de la Salud, 1998, Colimón, 1978).

Las actividades preventivas o de prevención se establece que son clasificadas en tres tipos:

3.2.1 Prevención primaria

Para la organización mundial de salud son medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes.

Las estrategias para la prevención primaria pueden estar dirigidas a prohibir o disminuir la exposición del individuo al factor nocivo, hasta niveles no dañinos para la salud. Medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud, mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes (Organización Mundial de la Salud, 1998, Colimón, 1978).

Cuyo objetivo de las acciones de prevención primaria es disminuir la incidencia de la enfermedad.

3.2.2 Prevención secundaria

La prevención secundaria está destinada al diagnóstico precoz de la enfermedad incipiente (sin manifestaciones clínicas). Significa la búsqueda en sujetos aparentemente sanos de enfermedades lo más precozmente posible.

El diagnóstico temprano, la captación oportuna y el tratamiento adecuado, son esenciales para el control de la enfermedad. La captación temprana de los casos y el control periódico de la población afectada para evitar o retardar la aparición de las secuelas es fundamental. Esto es particularmente importante cuando se trata de enfermedades crónicas. Pretende reducir la prevalencia de la enfermedad (Organización Mundial Salud, 1998, Colimón, 1978).

3.2.3 Prevención Terciaria

Se refiere a las acciones relativas a la recuperación, la enfermedad clínicamente se manifiesta mediante un correcto diagnóstico, tratamiento y la rehabilitación física, psicológica y social en caso de invalidez o secuelas buscando reducir de este modo las mismas. En la prevención terciaria son fundamentales el control y seguimiento del paciente, para aplicar el tratamiento y las medidas de rehabilitación oportunamente.

Trata de minimizar los sufrimientos causados al perder la salud; facilitar la adaptación de los pacientes a problemas incurables y contribuir a prevenir o a reducir al máximo, las recidivas de la enfermedad (Organización Mundial de la Salud, 1998, Colimón, 1978).

3.3 Atención primaria de la salud (aps)

El 12 de septiembre de 1978 se llevó a cabo en Alma-Ata, Kazajistán, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (APS), la cual es una estrategia, donde se estableció un avance para superar los modelos biomédicos, centrados en la enfermedad que privilegian servicios curativos, caros, basados en establecimientos de segundo y tercer nivel por modelos basados en la promoción de salud y preventivos de la enfermedad a costos razonables para la población.

En la conferencia o declaración de Alma Ata en 1978 se define a la Atención primaria de la salud como: La asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y

tecnologías prácticos científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación (Organización Mundial de la Salud, 1998).

Es de manera importante mencionar que la atención primaria de salud (APS), no es considerada una atención de segunda clase, esta atención nace para comunidades vulnerables así como población, cabe mencionar que dicha atención es dirigida a todos los sectores sociales sin distinción alguna.

La estrategia refiere algunas líneas de acción para su implementación que son las que a continuación se mencionan:

- Reorientación del personal de salud hacia la APS.
- Participación de la comunidad.
- Coordinación intersectorial e interinstitucional.

3.4 Promoción de la salud

Estrategia establecida en Ottawa, en 1986 donde la definen como el proceso que proporciona a los individuos y las comunidades los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla.

La promoción a la salud propone la creación de ambientes y entornos saludables, que facilita la participación social construyendo ciudadanía y estableciendo estilos de vida saludables. Está ligada íntimamente a la salud e involucra sustancialmente a la vida cotidiana.

La declaración Alma Ata específica que la atención primaria de salud o primer nivel de atención se comprenden actividades que se fomentan ante la población.

(Organización Mundial de la Salud, 1978). Por lo tanto, los gobiernos deben formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales, con objeto de iniciar y mantener la atención de salud comparte de un sistema nacional de salud completo y en coordinación con otros sectores.

La conferencia examinó las estrechas relaciones y la interdependencia que existe entre la salud y el desarrollo social y económico, ya que con la salud mejoran las

condiciones y la calidad de vida y al mismo tiempo aquélla depende del progresivo mejoramiento de éstas (Cruz, 2011).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) da a conocer beneficios generales de la Atención Primaria de la Salud como son los que a continuación se mencionan:

- Mejores resultados de salud a nivel poblacional
 - Mayor equidad en el nivel de salud y en el acceso a los servicios.
 - Mejor eficiencia global del sistema, menores costos.
 - Mayor satisfacción de los usuarios con los servicios de salud.
- (Organización Panamericana de la Salud, 2007).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su “Informe sobre la salud en el Mundo 2003” considera que los principios de la Atención Primaria de Salud (APS) establecen pautas para el funcionamiento de salud y se integran al mismo como un todo.

El enfoque de la APS abarca los siguientes principios:

- Equidad.
- Envolvimiento de la comunidad.
- Colaboración Intersectorial.
- Tecnología apropiada y costos Accesibles.
- Promoción a la salud. (Organización Mundial de la Salud, 2003).

Cabe mencionar que México ha implementado diferentes modelos ejemplos de estos son los Sistemas Locales de Salud (SILOS), Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta.(MASPA), Modelo Integrador De Atención a la Salud (MIDAS), y que en la actualidad está en proceso lo que es el Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS), estos modelos son evoluciones de los modelos de la atención no necesariamente es atención primaria de manera que tienen sus diferencias, pero nos es interesante hacer referente como se han establecido los diferentes modelos de Atención.

Pero es importante mencionar que en estos programas o modelos que a continuación se mencionan no se ha dado un énfasis como tal en el rubro Gerontológico.

3.4.1 Sistemas Locales de Salud (SILOS)

Consiste en un conjunto interrelacionado de recursos de salud, sectoriales y extra sectoriales, responsable de la salud de una población en una región geográfica, específica, cuyos límites son casi siempre los de una o varias unidades geopolíticas (Gutiérrez G. 1991).

Los SILOS, fueron creados por la necesidad de acelerar la aplicación de la estrategia de APS y alcanzar la meta de salud para todos con equidad, calidad, eficiencia y una mayor participación social, para cumplir con el objetivo, el programa se basa en cinco estrategias básicas: a) información a la población; b) capacitación del personal; c) modernización del sistema de información; d) reorganización de los servicios de medicina preventiva, y e) evaluación sistemática de las coberturas y de los impactos (Gutiérrez G. 1991).

3.4.2 Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta. (MASPA)

Se propone que el modelo se aplique en la secretaria de Salud, en su totalidad de las entidades federativas, y constituye la forma de atención que se sugiere sea adaptado para otras instituciones, que brinden atención a la población abierta. Cuyo enfoque integral del modelo incorpore acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. (Secretaría de Salud, 1995).

3.4.3 Modelo Integrador De Atención a la Salud (MIDAS)

El Modelo Integrador de Atención a la Salud (MIDAS) que aquí se presenta establece los lineamientos generales de un nuevo paradigma de atención de las necesidades de salud de nuestra población. Se trata de un modelo consistente con una reforma que fortalece la demanda, es decir, que fortalece la capacidad de decisión de los usuarios de los servicios; responde a una realidad epidemiológica caracterizada por un creciente predominio de las enfermedades no transmisibles y las lesiones; reconoce la diversidad cultural de nuestra población, y ve en la pluralidad de prestadores de servicios de salud una fortaleza del sistema.

(Secretaría de la salud, 2006).

3.4.4 Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS)

El diseño, implementación e institucionalización del Modelo de Atención Integral de Salud (MAI) se basa en la Renovación de la APS definida inicialmente en Alma Ata en 1978.

Entre las razones que justifican la renovación de la Atención Primaria de Salud se encuentran: los nuevos desafíos epidemiológicos que la APS debe asumir; la necesidad de corregir las debilidades e incoherencias presentes en algunos de los distintos enfoques de la APS; el desarrollo de nuevos conocimientos e instrumentos sobre buenas prácticas que pueden incorporarse para incrementar la efectividad de la APS (Secretaría de Salud, 2015), así como también articular las redes sociales de salud, de igual forma promover la participación ciudadana.

Pero es importante mencionar que en estos programas o modelos que se mencionaron anteriormente no se ha dado como tal un énfasis en el rubro Gerontológico, puesto que es necesario el Diseño de un programa de abordaje Gerontológico a nivel primario. Por último podemos concluir que llevar a cabo una atención primaria con los adultos mayores sería de gran utilidad para prevenir enfermedades o futuras complicaciones así como la reducción en costos de servicio de atención.

Capítulo 4

4.1 GUÍAS DE VALORACIÓN GERONTO-GERIÁTRICAS

Para el presente trabajo es necesario conocer que existen diversas guías de práctica clínica, que su elaboración y objetivos van guiados a la atención de los adultos mayores, las cuales enseguida serán descritas.

“Guía clínica para la atención primaria” elaborada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS). Menciona como objetivo: Entregar elementos conceptuales y metodológicos para los equipos que trabajan en los programas de atención primaria de la salud integren los conceptos básicos de geriatría en la valoración de la salud de los adultos mayores (Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, 2004).

Asimismo el “Protocolo 2: Atención general de la persona adulta mayor en atención primaria de la salud” realizada por la OPS y en colaboración con el Ministerio de Salud y Bienestar Social los cuales tienen como objetivos los siguientes.

1. Conocer la situación actual de la persona mayor y documentar los cambios en el transcurso de tiempo.
2. Identificar a la población de mayor riesgo.
3. Mejorar la sensibilidad diagnóstica para identificar problemas no referidos.
4. Conocer los factores de riesgo sociales y sanitarios para la planificación de la atención.
5. Establecer objetivos y plan de cuidados individualizados.
6. Prevenir la discapacidad y promover la autonomía. (Organización Panamericana de la Salud, 2011).

Mientras en México la Secretaría de Salud (SS), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y Secretaría de Marina (SEMAR) en su publicación Guía de práctica clínica “Diagnóstico y tratamiento del deterioro cognoscitivo en el adulto mayor en el primer nivel de atención con actualización en el 2012”. La guía anteriormente mencionada tiene como objetivos:

1. Describir las características clínicas del deterioro cognoscitivo leve y su diferencia con la demencia.
2. Señalar los instrumentos clínicos para la detección oportuna del deterioro cognoscitivo en el primer nivel de atención.
3. Recomendar las opciones terapéuticas no farmacológica y farmacológicas para el deterioro cognoscitivo en el primer nivel de atención
4. Establecer los criterios de referencia del adulto mayor con deterioro cognoscitivo o demencia al segundo nivel de atención. (Secretaria de Salud, Secretaria de la Defensa Nacional, Secretaria de Marina, 2012).

Por otro lado el gobierno federal con énfasis en la SS, SEDENA y SEMAR, realizó la Guía de referencia rápida “Valoración geronto-geriátrica integral en el adulto mayor ambulatorio”. Los objetivos de esta guía son:

1. Proporcionar al personal de atención primaria, las herramientas clínicas para la evaluación integral de las condiciones de salud e las personas adultas mayores.
2. Promover y difundir la importancia de la aplicación de los instrumentos de valoración.
3. Sistematizar la atención el adulto mayor en la atención primaria.
4. Concientizar al personal de atención primaria en la aplicación de las escalas e índices de valoración geronto-geriátricas
5. Concientizar al personal de atención primaria de la importancia de la estimulación física, mental, emocional y social, a través de los servicios de atención a la salud. (Secretaria de Salud, Secretaria de la Defensa Nacional, Secretaria de Marina, 2008).

Asimismo existe la “Guía de práctica clínica evaluación y seguimiento nutricional del adulto mayor en primer nivel de atención” realizada por la SS, SEDENA, SEMAR en la actualización 2014. Los objetivos de la guía antes mencionada son los siguientes:

1. Describir los cambios fisiológicos propios del envejecimiento que afectan el estado de nutrición del adulto mayor.

2. Describir los instrumentos disponibles para clasificar el estado de nutrición del adulto mayor.
3. Mencionar la utilidad que tienen los estudios paraclínicos en la evaluación del estado del adulto mayor.
4. Reconocer los parámetros antropométricos de utilidad para evaluar el estado de nutrición del adulto mayor.
5. Explicar la relación de la mal nutrición con los síndromes geriátricos.
6. Presentar los parámetros antropométricos que sugieren la obesidad sarcopénica. (Secretaría de la Defensa Nacional, Secretaría de Marina, 2014)

Existe también, "Principios del abordaje gerontológico en la persona adulta mayor e intervenciones básicas". Creado por el Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE). El presente documento describe las intervenciones básicas para la realización de un diagnóstico e intervenciones terapéuticas de tipo gerontológico aplicables en las diversas modalidades de atención geronto-geriátricas.

Para CENAPRECE el texto pretende ser un documento de apoyo para el gerontólogo, el médico, el estudiante de medicina y aquellos profesionales interesados en brindar una atención integral a la persona adulta mayor. (Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades, 2012)

Capítulo 5

5.1 POLÍTICAS DE SALUD EN EL ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento en México ha tenido un aumento significativo en los últimos años, el cual no es un problema de salud o financiera sino todo lo contrario. Es una gran oportunidad para la modificación de las políticas públicas enfocadas en la etapa de la vejez, al sujeto viejo y al proceso de envejecimiento, así permitiendo esto en la mejora en los servicios de atención en cualquier de sus niveles de atención, encontramos en el escrito “envejecimiento y salud. Un propuesta para un plan de acción “lo siguiente:

Una política social apropiada reconoce el valor de los recursos humanos representados por un gran número de personas en edad mayor, apoya su papel en el mejoramiento de la calidad de nuestras sociedades y protege su derecho a vivir decentemente y con dignidad en la parte final de su vida (Gutiérrez, 2010).

Si bien lo anterior nos dice que debe haber una atención para mantener la dignidad de las personas adultas mayores. Estas políticas de envejecimiento enfocado a atenderlo, se dan en una sociedad que aún no ésta preparada para esta etapa de la vida, o que no cuenta con una cultura de recibir una atención personalizada al adulto mayor , sin embargo lo ven como a un objeto así teniendo una idea errónea sobre el envejecimiento, lo cual impactan directamente en la calidad de vida de las personas que envejecen, así siendo necesario que estas políticas públicas sean creadas por personal capacitado en temas relacionados con el proceso de envejecimiento como son los licenciados en gerontología.

Teniendo lo anterior como un referente a lo que nos describen Vialdo y Martínez en el siguiente texto nos explican cómo se han manejado algunas políticas públicas enfocadas a las personas adultas mayores.

El proceso de envejecimiento y la construcción de las políticas enfocadas a atenderlo se dan, entonces, en un marco de contradicciones sociales que impactan directamente en la calidad de vida de las personas que envejecen y ha influido en la falta de acceso a un desarrollo integral gerontológico. (Vivaldo y Martínez, 2012).

Las políticas públicas para la atención al grupo etario de 60 años y más se han visto modificadas constantemente, así que cada sexenio se enfoca en prioridades o necesidades que ellos consideran importantes, es necesario aclarar que aunque algunas entidades federativas de nuestro país muestran importantes avances en la materia no cuentan un enfoque gerontológico el cual va más allá de cubrir necesidades básicas sino enfocado en la mejora continua de la calidad de vida del adulto mayor, así pues es lo que busca este capítulo, el saber cuáles son las políticas que están disponibles para la atención de las personas longevas.

Así bien exponiendo lo anterior en este capítulo veremos las distintas políticas que hay dirigidas para el adulto mayor, si bien lo mencionamos antes es importante resaltar que hay más personas interesadas en estos temas pero no con ese enfoque gerontológico que estamos implementando en este escrito.

La política pública para este sector ha sido una política o conjunto de políticas gubernamentales creadas a partir de coyunturas, pero que no han permitido la consolidación de un sistema integral de atención al envejecimiento. (Vivaldo y Martínez, 2012).

Es así como encontramos que aunque desde mediados del siglo XIX se crearon instituciones para atender a las personas envejecidas en situación de vulnerabilidad, el interés en el tema se dio hasta mediados de la década de 1970. La atención a los ancianos en México era responsabilidad de la Secretaría de Salubridad y Asistencia desde la promulgación de la Ley Orgánica de Administración Pública Federal, el 29 de diciembre de 1976, cuando se le otorgaron facultades genéricas para otorgar servicios asistenciales a la población necesitada. No se explicitaba el tema de los ancianos, pero implícitamente se legitimó a esa institución para prestar dicha atención.

Pero, a finales de la década de los setenta, el tema de la vejez y de las personas mayores comenzó a tomar relevancia en otros sectores de la vida pública nacional. Esto se debió en primer lugar al impacto que el tema de la transición demográfica y epidemiológica cobró en este momento histórico para los países desarrollados. La convocatoria en 1978 de la Organización de las Naciones

Unidas para la realización de la Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento llevada a cabo en 1982, fue la expresión más clara de la importancia que estos países dieron al tema. En segundo lugar, el interés por el envejecimiento se debió también al impulso de la Coordinación de Asuntos Internacionales de la Secretaría de Salud, que logró que México fuera sede de la Conferencia Preparatoria de la OMS para la Primera Asamblea Mundial del Envejecimiento, y participara en la elaboración de un documento que serviría para las reuniones de Viena, titulado “La Política de Salud y el Envejecimiento”.

En tercer lugar, pero no menos importante, la creación de Dignificación de la Vejez, A.C. en 1977 fue un parte aguas para la introducción de la problemática de los mayores de 60 años en la agenda del gobierno. Gracias al interés de personajes como Emma Godoy, de demógrafos y especialistas del área, se propiciaron las condiciones para que durante la administración de José López Portillo se crearan en México dos instituciones responsables de la atención de este grupo etario: el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF) en 1977, El 13 de enero de 1977 se da a conocer por decreto, la creación del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, como un organismo público descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propios, es el coordinador del Sistema Nacional de Asistencia Social Pública y Privada tanto en materia de asistencia social y de salubridad general, sustentando para ello la coordinación y concentración de acciones del Sistema, así como la realización de las demás acciones que establezcan las disposiciones legales aplicables. Corresponde al SNDIF ser la instancia encargada de normar las acciones de asistencia social, enfocadas al desarrollo del individuo, la familia y la comunidad. (Diario oficial de la federación, 2006).

Así el 22 de agosto de 1976, el ejecutivo federal creó el instituto de la senectud con el objetivo de “proteger, ayudar, atender y orientar a la vejez mexicana y estudiar sus problemas para lograr las soluciones adecuadas. Esta sección en beneficio de las personas de 60 años de edad y más permitió, por una parte desarrollar programas económicos, sociales, educativos, psicológicos y de

investigación ” (Dirección de atención geriátrica subdirección de certificación y supervisión, 2006).

El INSEN tuvo un inicio difícil, con una asignación presupuestal tardía y en extremo limitada, sin embargo comenzó su labor con una propuesta de programas de implementación muy orientada a la investigación gerontológica (propuesta desde una perspectiva interdisciplinaria), los servicios educativos (a través de la formación de recursos humanos en Gerontología y Geriatria y otros programas educativos) (Vivaldo y Martínez, 2012).

Si bien se hace mención que existen estas políticas que se encargan de las personas adultas mayores pero no se da el seguimiento necesario que garantice una atención primaria de calidad.

Con la llegada del sexenio de Vicente Fox no solo se dio un cambio en el poder sino que esto significó un gran cambio en las políticas enfocadas o dirigidas hacia las personas adultas mayores a través de la ley de los derechos de las personas adultas mayores, se le confiere al Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) la rectoría de las políticas públicas para la atención de este grupo de la población. Así mismo, la ley dota al instituto de atribuciones para impulsar políticas y programas que garanticen el cumplimiento de su objetivo. (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, 2011).

El cual se rige por 5 ejes rectores en los cuales se guía esta institución los cuales mencionaremos a continuación comenzando con:

1. **Cultura del envejecimiento:** Están encaminados a propiciar una transformación cultural de la sociedad para que se valore y reconozca la dignidad de las personas adultas mayores, y de esta manera asegurar y ampliar la protección efectiva de sus derechos humanos; asimismo, se busca resarcir las diferencias sociales marcadas por la edad y combatir el desprecio, la discriminación, el despojo y la segregación.
2. **Envejecimiento activo y saludable:** Proporcionar los medios y las oportunidades a los adultos mayores para el goce de una vejez saludable, a través de actividades y eventos de recreación, de esparcimiento, de

asociación y de participación, que contribuyen directamente en su bienestar y en su autoestima.

3. **Seguridad económica:** desempeñan una función clave para revertir esta situación en nuestro país. Las políticas públicas en materia de seguridad económica se dirigen a incentivar la participación de la población adulta mayor en el sector formal, a generar mejores oportunidades de autoempleo y a lograr una mayor cobertura del sistema de jubilaciones y pensiones.
4. **Protección social:** garantizar las necesidades mínimas de las personas de edad, tales como salud, alimento, abrigo y vivienda con la finalidad de mejorar sus niveles de bienestar, especialmente de quienes se encuentran en condiciones de vulnerabilidad o desventaja social, entendida como pobreza, enfermedad, invalidez, discriminación, abandono e indefensión.
5. **Derecho de las personas adultas mayores:** garantizar y ampliar la protección efectiva de los derechos humanos de las personas adultas mayores, especialmente para asegurar la igualdad y la no discriminación por razón de edad (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores ,2002)

Así con la llegada del sexenio de Vicente Fox se emite la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores las cuales en el artículo 10 sección 4 y 5 nos dice lo siguiente:

Artículo 10.

Sección 4.

Establecer las bases para la planeación y concertación de acciones entre las instituciones públicas y privadas, para lograr un funcionamiento coordinado en los programas y servicios que presenten a este sector de la población, a fin de que cumplan con las necesidades y características específicas que se requieren.

Sección 5.

Impulsar la atención integral e interinstitucional de los sectores, público y privado y de conformidad a los ordenamientos de regulación y vigilar el funcionamiento de los programas y servicios de acuerdo con las características de este grupo social.

Si bien se hace un gran esfuerzo por proporcionar una atención dirigida al grupo de edad avanzada en México, no es lo suficiente ya que como lo hemos mencionado anteriormente se necesita que estas políticas sean dirigidas por profesionales que cuenten con un enfoque gerontológico y bien sean realizados por gerontólogos los cuales estén interesados en las políticas que beneficien al adulto mayor, así buscando una atención de calidad no solo el satisfacer necesidades y hacer programas asistencialistas dejando de lado acciones más importantes como es la prevención de enfermedades o si ya existen estas evitar una complicación de la misma, así se busca romper con esta idea negativa que se tiene del adulto mayor ante la sociedad.

También haciendo mención del ex Presidente Felipe Calderón el tema del envejecimiento logró introducirse en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012:

Grupos vulnerables.

Es obligación del Estado propiciar igualdad de oportunidades para todas las personas, y especialmente para quienes conforman los grupos más vulnerables de la sociedad, como los adultos mayores, niños y adolescentes en riesgo de calle, así como a las personas con discapacidad. La igualdad de oportunidades debe permitir tanto la superación como el desarrollo del nivel de vida de las personas y grupos más vulnerables. Estas oportunidades deben incluir el acceso a servicios de salud, educación y trabajo acorde con sus necesidades. La situación de estos grupos demanda acciones integrales que les permitan llevar una vida digna y con mejores posibilidades de bienestar.

Objetivo 17.

Abatir la marginación y el rezago que enfrentan los grupos sociales vulnerables, para proveer igualdad en las oportunidades que les permitan desarrollarse con independencia y plenitud.

Estrategia 17.3.

Se focalizará el apoyo a la población de 70 años y más, con prioridad a quienes habitan en comunidades de alta marginación o que viven en condiciones de

pobreza. Mediante esta estrategia, se otorgará un apoyo económico bimestral a los ancianos de 70 años y más que vivan en áreas rurales con menos de 2,500 habitantes.

Sin embargo con la llegada de Enrique Peña Nieto al poder se realiza en el 2013, el programa de acción específico, atención del envejecimiento 2013 – 2018. El cual consiste en lo siguiente Plantea la utilización de las estrategias de prevención, control, atención y limitación del daño, para la persona adulta mayor, lo que permite conjuntar esfuerzos y organizar los servicios de salud para una mejor capacidad de respuesta en los distintos órdenes de gobierno. Se priorizan las acciones de prevención y promoción de la salud e integración de prácticas exitosas e innovadoras, sustentadas en las mejores evidencias científicas con el propósito de atenuar la carga de enfermedad en las personas adultas mayores. Para ello, se consideraron las estrategias y medidas de intervención costo beneficio que han probado ser útiles, así como el desarrollo del modelo operativo que permita su adecuada instrumentación y aplicación en todo el territorio nacional, para el primer nivel de atención. (Programa de acción específico, atención del envejecimiento, 2013).

Si bien todo lo anterior nos sirve como una serie de antecedente de lo que se tiene de las políticas públicas que son dirigidas a los adultos mayores, como anteriormente lo mencionamos, si se tiene o cuenta con ciertos programas o se hace mención de acciones gerontológicas pero no realmente no hay uno hecho por gerontólogos, que tenga un enfoque de esta disciplina el cual sea basado en sus necesidades y que diga como tal cual es el procedimiento o unifique una atención integra dirigido a este grupo etario de 60 años y más.

Metodología

Muestreo y levantamiento de datos

Para la realización de un programa de atención primaria integral dirigida a adultos mayores que reciben atención médica en la Fundación Arther A.C., inicialmente se realizó un análisis descriptivo de las causas de atención registradas en los expedientes clínicos de los adultos mayores que acuden a la clínica. Los datos fueron representados en tablas de contingencia de acuerdo a estratificación por edad (60-64 años, 65-70, 71-74, 75-79, 80-84 y 85 y más), sexo y diagnóstico de enfermedad, establecido por la clasificación internacional de enfermedades CIE10.

El tamaño de la muestra fue de 222 adultos mayores de acuerdo al total de adultos mayores que acudieron a consulta médica durante el período Octubre – Diciembre 2015.

Metodología de análisis de los resultados

Los datos recogidos de los registros de asistencia a consulta y los diagnósticos médicos, fueron analizados con el software Excel de la paquetería Office de Microsoft M.R. y statistical Package for social sciences (sPss) versión 15 M.R.

Las variables seleccionadas para este reporte fueron analizadas en tres pasos:

1. Frecuencias y Porcentajes: representan en términos absolutos y porcentuales la presencia de una patología o característica que se observa. Puede establecerse la prevalencia de una patología asumiendo que la muestra utilizada en el estudio es representativa del total de la población adulta mayor que acudió a consulta médica.
2. análisis de tendencia por grupos de edad: se utilizó la prueba chi cuadrada (X^2) de tendencia con un grado de libertad y un nivel de significancia (p) 95% (< 0.05), lo que permite establecer si existe o no una tendencia lineal en la variable edad (agrupada por quinquenios en 6 categorías como sigue, 60-64, 65-69-70-74, 75-79, 80-84, y 85 y más años de edad) de presentarse un fenómeno. Esta prueba tiene la limitación de no poder asociar un fenómeno a una categoría de una variable, en este caso a un grupo de

edad (quinquenio). Es decir solo puede determinarse si una patología o característica se presenta o no a mayor o menor grupo de edad.

3. Análisis de comparación de proporciones entre géneros: se utilizó la prueba Z con un nivel de significancia (p) 95% (< 0.05) o 99% (< 0.01) según el caso para la comparación de porcentajes sobre la presencia de alguna patología o característica entre hombres y mujeres. Esta prueba establece si existe o no diferencia significativa entre dos porcentajes que demuestren la presencia de una patología entre hombres y mujeres.

Determinación de las áreas clínicas de atención a adultos mayores

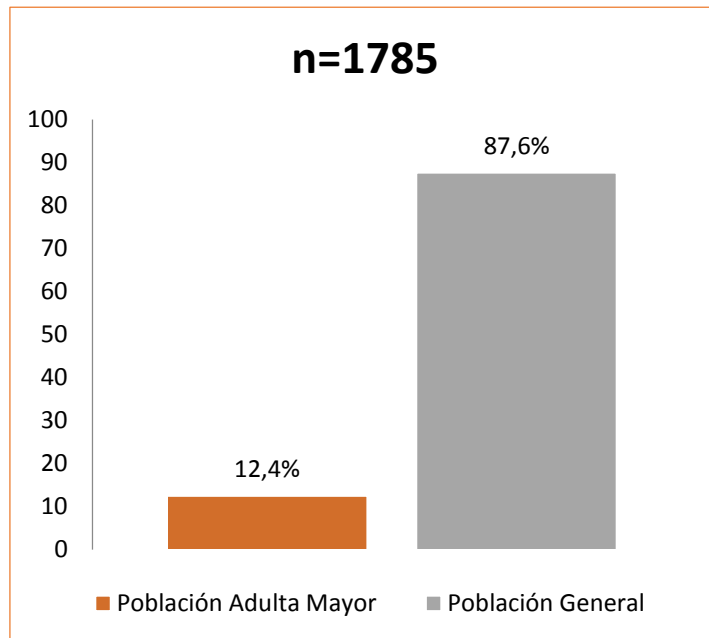
Se realizó un registro de las principales áreas de atención, instrumentos y capacidad con que cuenta la fundación Arther. Dicha evaluación se registró en tablas de datos con información obtenida directamente con el responsable médico de la institución.

Planteamiento del programa de atención primaria integral

El diseño del programa de atención primaria se realizó a partir de la determinación de las principales causas de atención en consulta médica y la capacidad, infraestructura y áreas de atención con que cuenta la Fundación Arther A.C., el planteamiento del programa se realizó de acuerdo a la Guía de Consulta para el médico de 1er nivel de atención 2015 y los lineamientos y recomendaciones realizadas por el programa de salud del adulto y anciano "principios del abordaje gerontológico en la persona adulta mayor e intervenciones básicas", de la subdirección de atención al envejecimiento del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE), de la Secretaría de Salud Federal. Así mismo se emplearon como referencia para el diseño de la propuesta de modelo de atención las Normas Oficiales Mexicanas correspondientes a las principales causas de atención registradas en el estudio.

Resultados

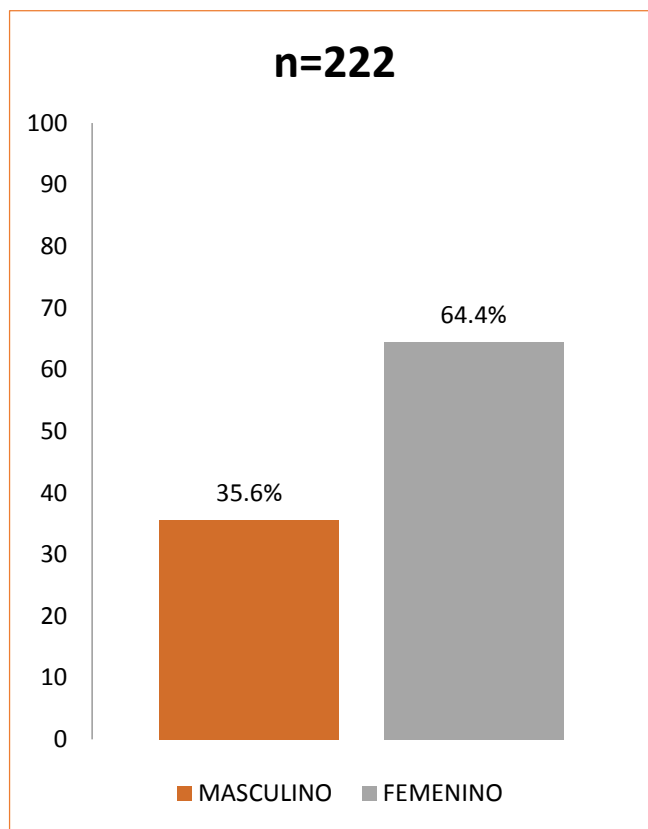
Porcentaje total de usuarios Adultos Mayores atendidos de Octubre a Diciembre 2015 en la Fundación Arther



Grafica 1.

Durante el año 2015, se realizó el seguimiento de la población usuaria de los servicios de salud de la fundación Arther A.C. El 12.4% del total (n=222) corresponde a personas de 60 años a más, caracterizadas además por el diagnóstico de multipatologías.

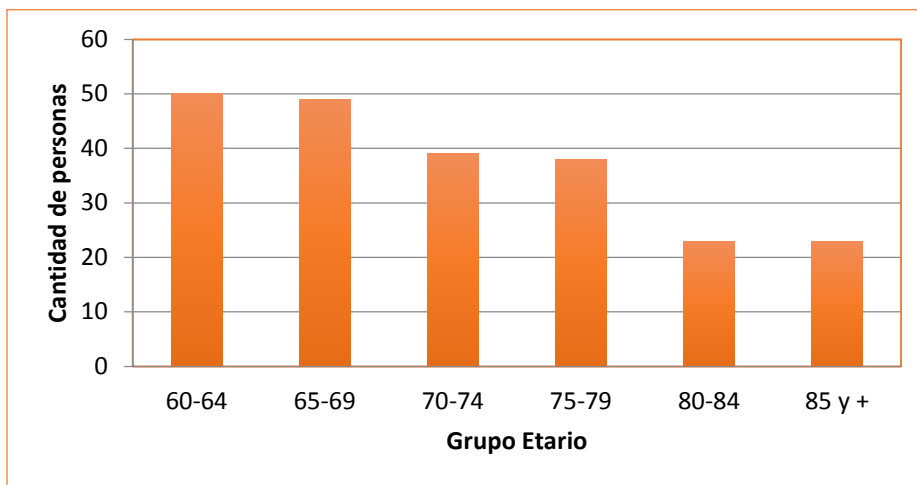
Población total Adultos Mayores, por sexo, atendidos de Octubre a Diciembre 2015, en la Fundación Arther



Grafica 2.

De 1,785 usuarios de los servicios médicos de la Fundación Arther A.C., 222 corresponden a personas de 60 años. Mediante los expedientes clínicos se determinó que el 35.6% corresponden al sexo masculino, mientras que el 64.4% al femenino.

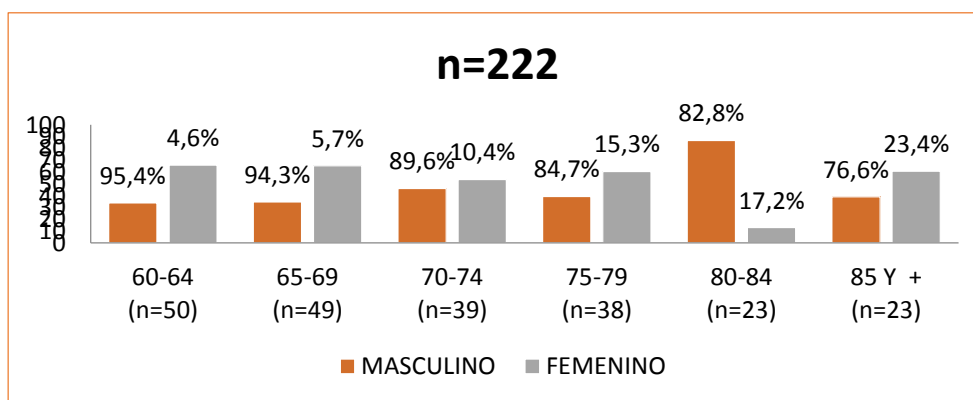
Población total por grupo etario, atendidos de Octubre a Diciembre 2015, en Fundación Arther



Grafica 3.

Al analizar la media de edad fue de 68.26 \pm 5.34 años con un rango de 50 (60 a 102). Se agruparon a las personas usuarias según quinquenios, a partir de los 60 años hasta los 85 y más años.

Población por grupo etario, por sexo, atendidos de Octubre a Diciembre 2015, en Fundación Arther



Grafica 4.

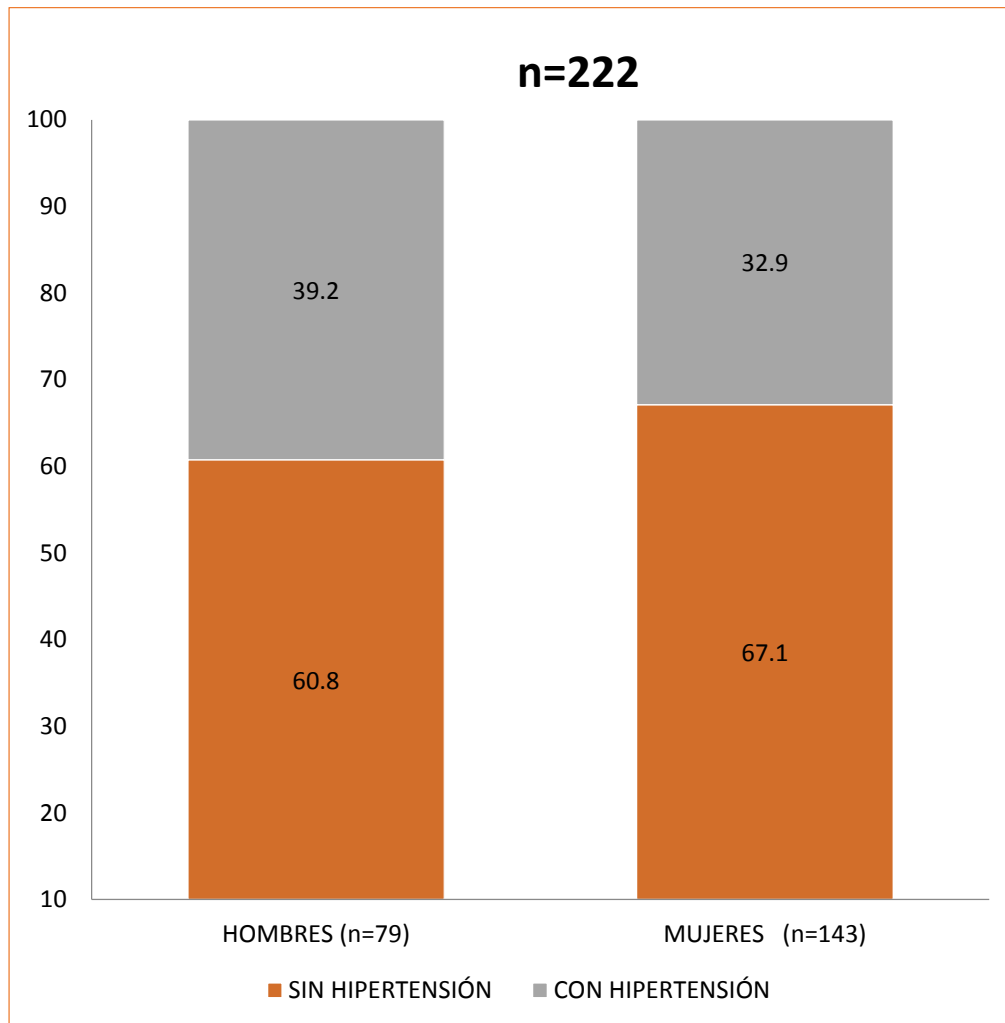
Morbilidad de los Adultos Mayores asistentes a Fundación Arther Salud A.C. en el periodo Octubre-Diciembre 2015.

PRINCIPALES CAUSAS DE ENFERMEDAD	%	Fr
Hipertensión Arterial	21.19	78
Diabetes Mellitus	17.39	64
Obesidad Y Sobrepeso Por IMC	11.9	44
Infeción De Vías Urinarias	7.06	26
Gastritis/ Otras Colitis Y Gastroenteritis No Especificadas / Síndrome Del Colon Irritable	5.97	22
Insuficiencia Venosa	4.07	15
Faringitis	3.80	14
Caries Dental	3.53	13
Arritmia Cardíaca No Especificada	2.17	8
Trastornos De La Función Vestibular (Vértigo Paroxístico Benigno. Otros Vértigos Periféricos)	2.17	8
Artritis Reumatoide, No Especificada	1.90	7
Dislipidemia Y Trastornos Metabólicos De Las Lipoproteínas Y Otras Lipidemias	1.90	7
Contractura Muscular	1.63	6
Osteoartritis	1.35	5
Rinofaringitis (Resfriado Común)	1.35	5
Fracturas (Columna Torácica, Codo, Costilla, Cuello Del Fémur)	1.08	4
Otros	13.71	42
Total		368

Tabla 9.

Del total de las principales causas de morbilidad registradas en el 2015, destacan las enfermedades crónicas como la hipertensión arterial sistémica, la diabetes mellitus, la obesidad y el sobrepeso, misma tendencia que se puede observar en las estadísticas de morbilidad para adultos mayores a nivel nacional.

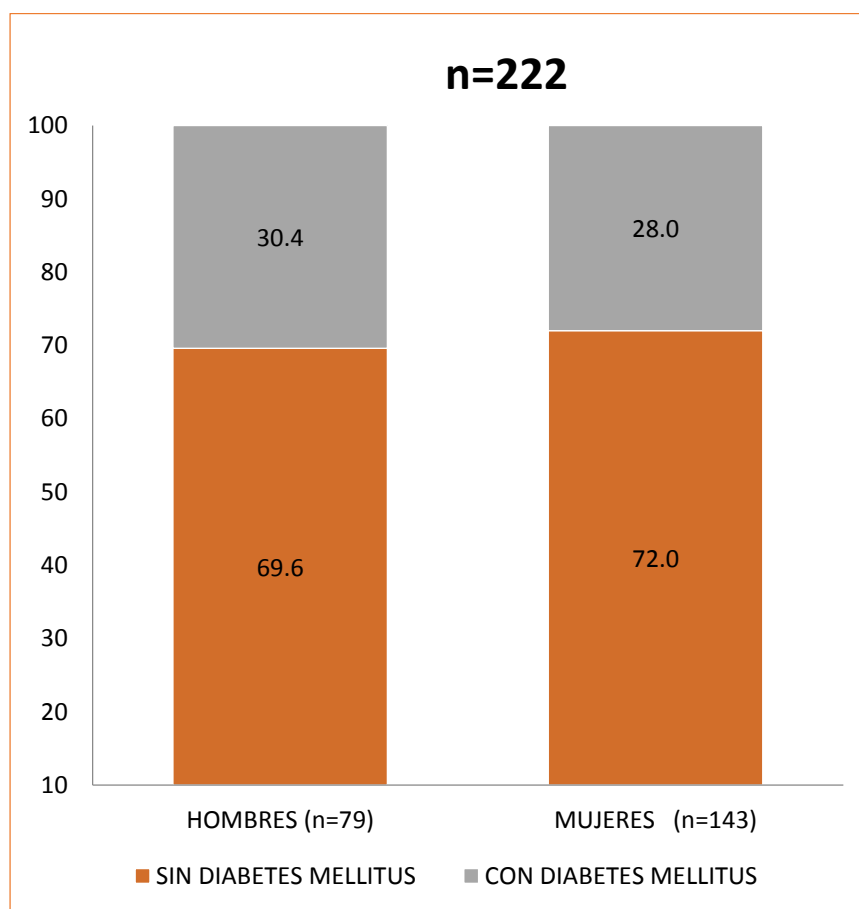
Diagnóstico de Hipertensión Arterial, en los adultos mayores por sexo, atendidos de Octubre a Diciembre 2015, en Fundación Arther



Grafica 5.

En cuanto a la presencia de hipertensión arterial sistémica (HAS), el 21.19% refirió tener diagnóstico. Al comparar la presencia de HAS por género se encontró el valor de $Z=-0.94$; $p>0.05$, lo que muestra que no hay diferencia respecto al sexo.

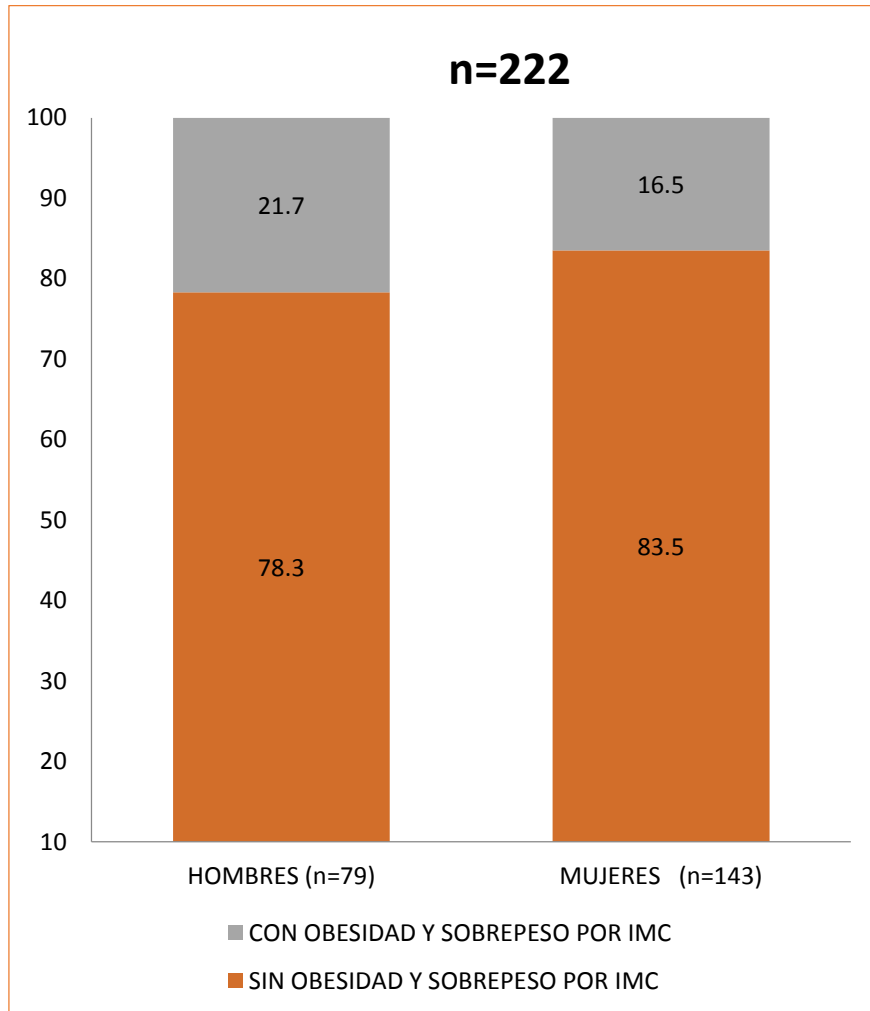
Diagnóstico de Diabetes Mellitus, en los Adultos Mayores por sexo, atendidos de Octubre a Diciembre 2015, en Fundación Arther



Grafica 6.

El diagnóstico clínico de Diabetes mellitus, el 17.39% del total padecen la enfermedad. Al analizar la presencia de la enfermedad por sexo, el 30.4% de los hombres y 28.0% de las mujeres padecen la enfermedad, sin mostrar diferencia estadística respecto al sexo ($Z=-0.38$; $p>0.05$).

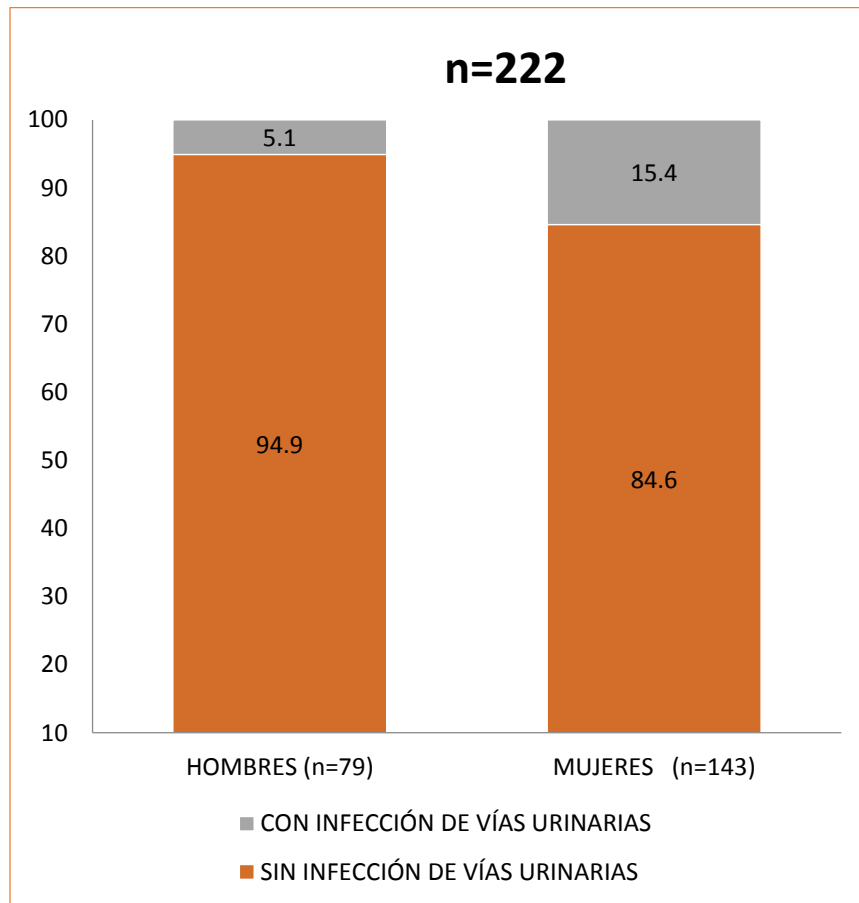
Diagnóstico de Obesidad y Sobrepeso por IMC, en los Adultos Mayores por sexo, atendidos de Octubre a Diciembre 2015, en Fundación Arther



Grafica 7.

El diagnóstico clínico de Obesidad y sobrepeso por IMC, el 11.9% del total padecen la enfermedad. Al analizar la presencia de la enfermedad por sexo, el 21.7% de los hombres y 16.5% de las mujeres padecen la enfermedad sin mostrar diferencia estadística respecto al sexo ($Z=-1.34$; $p>0.05$).

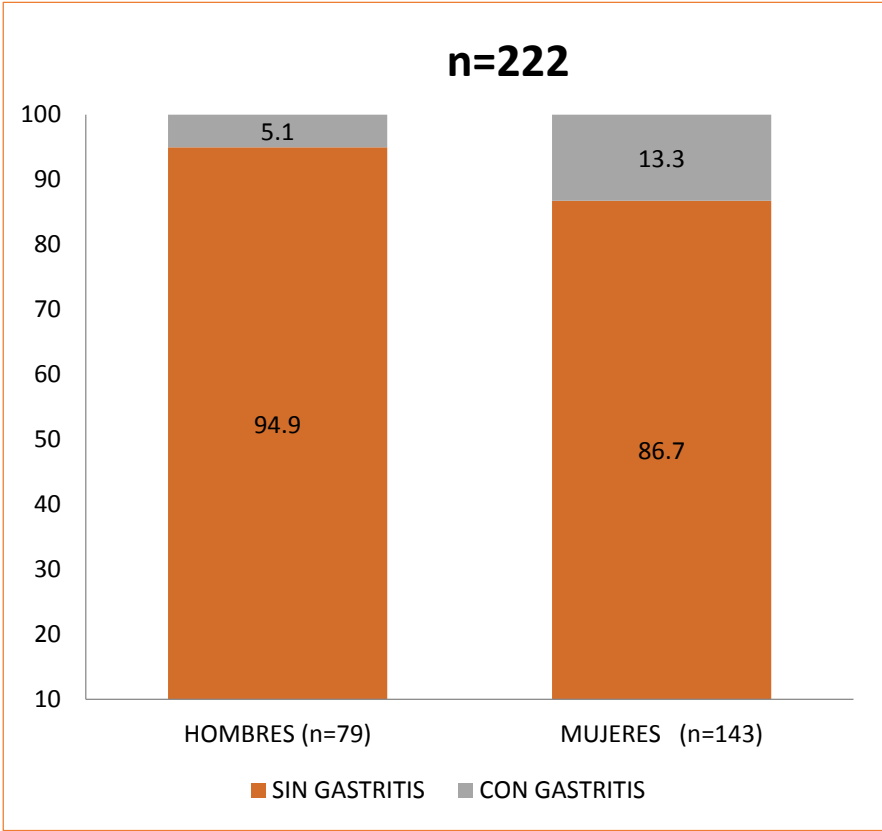
Diagnóstico de Infección de Vías Urinarias, en los Adultos Mayores por sexo, atendidos de Octubre a Diciembre 2015, en Fundación Arther



Grafica 8.

Interesantemente al analizar el diagnóstico de Infección de vías urinarias, el 7.6% del total fue diagnosticado con la enfermedad, además se observó una tendencia estadísticamente significativa hacia el sexo femenino ($Z=2.28$; $p<0.05$).

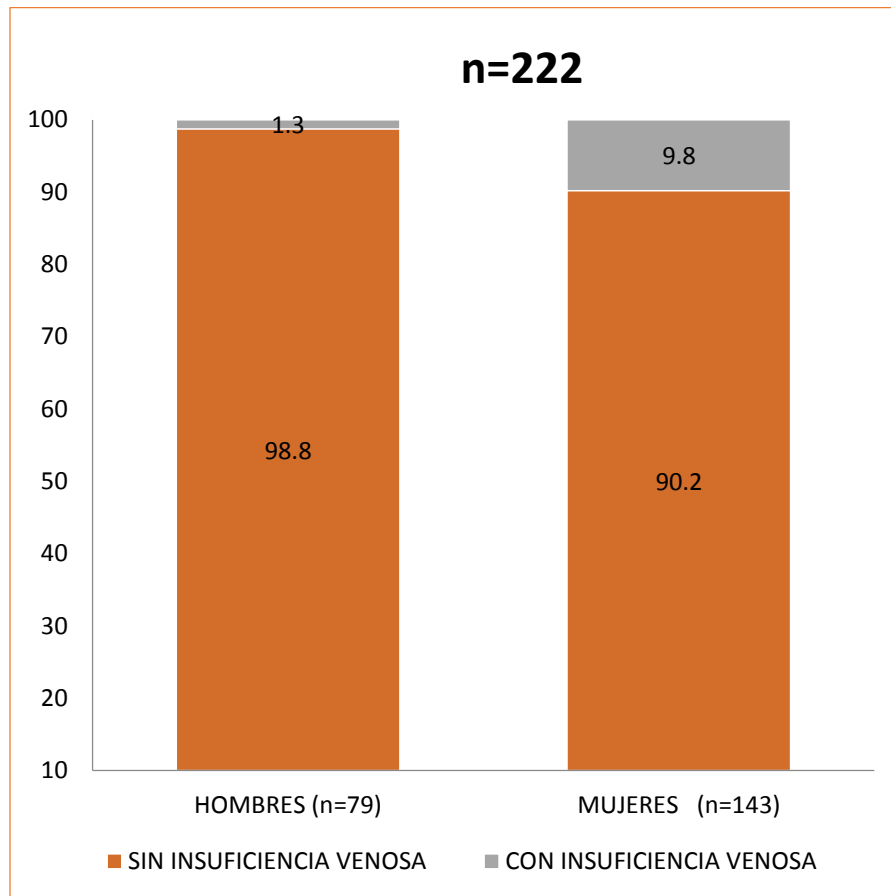
Diagnóstico de Gastritis, en Adultos Mayores por sexo, atendidos de Octubre a Diciembre 2015, en Fundación Arther



Grafica 9.

Con relación al diagnóstico de caries dental, el 5.1% de los hombres y el 13.3% de las mujeres padecen la enfermedad. Observándose una tendencia estadísticamente significativa hacia el sexo femenino.

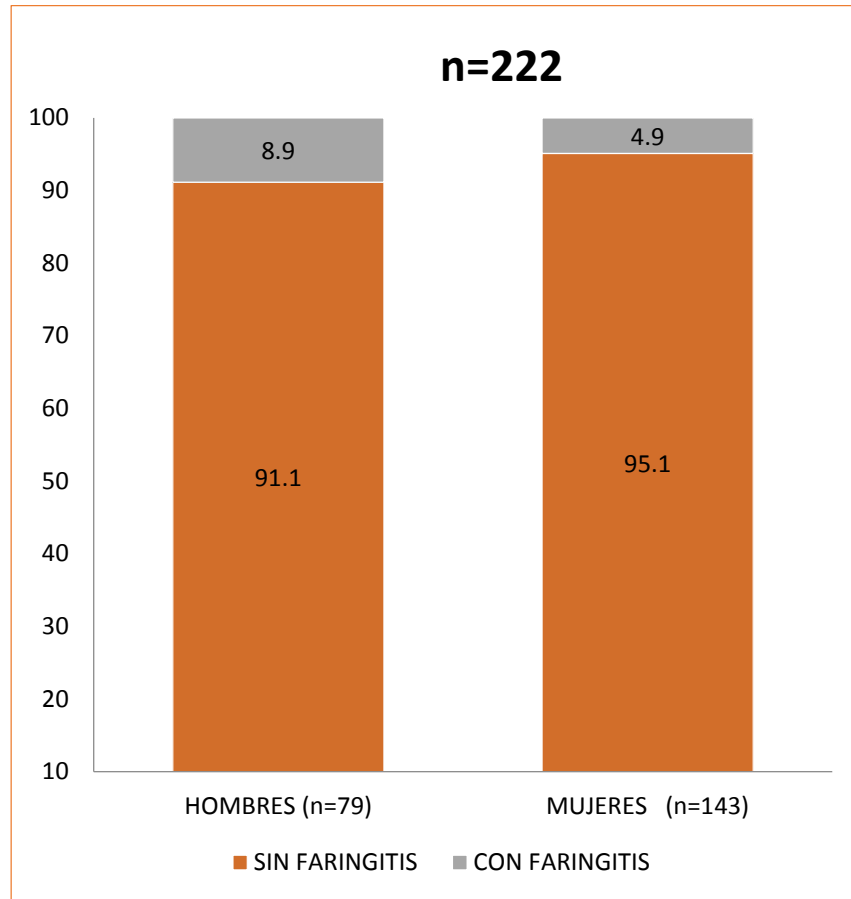
Diagnóstico de Insuficiencia Venosa, en los Adultos Mayores por sexo, atendidos de Octubre a Diciembre 2015, en Fundación Arther



Grafica 10.

A diferencia de los datos nacionales, la insuficiencia venosa se encuentra dentro de las principales patologías presentes en la fundación Arther A.C. con más del 4% del total, presentándose en el 1.3% de los hombres y el 9.8% de las mujeres observándose una tendencia estadísticamente significativa hacia el sexo femenino ($Z=2.41$; $p<0.05$).

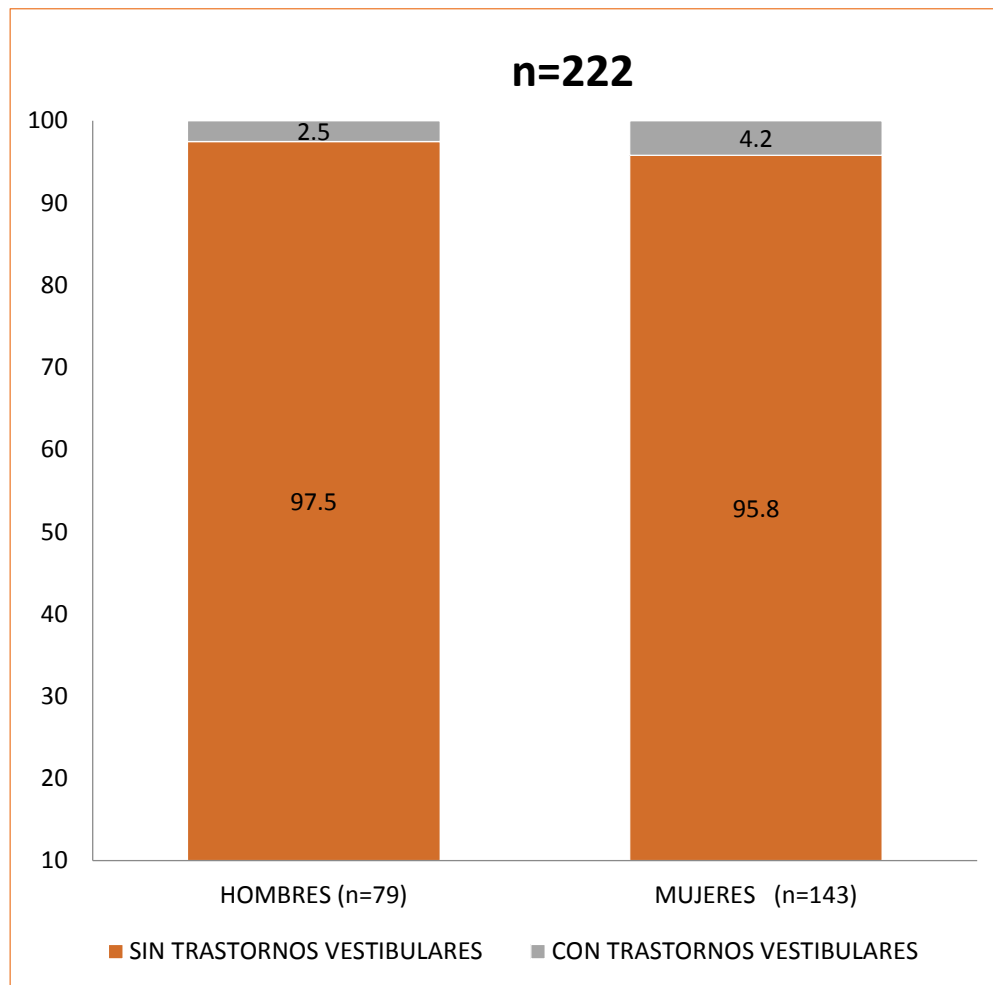
Diagnóstico de Faringitis, en los Adultos Mayores por sexo, atendidos de Octubre a Diciembre 2015, en Fundación Arther



Grafica 11.

Al analizar el diagnóstico clínico de Faringitis, el 3.8% del total padecen la enfermedad. Al analizar la presencia de la enfermedad por sexo, el 8.9% de los hombres y 4.9% de las mujeres padecen la enfermedad sin mostrar diferencia estadística respecto al sexo ($Z=-1.17$; $p>0.05$).

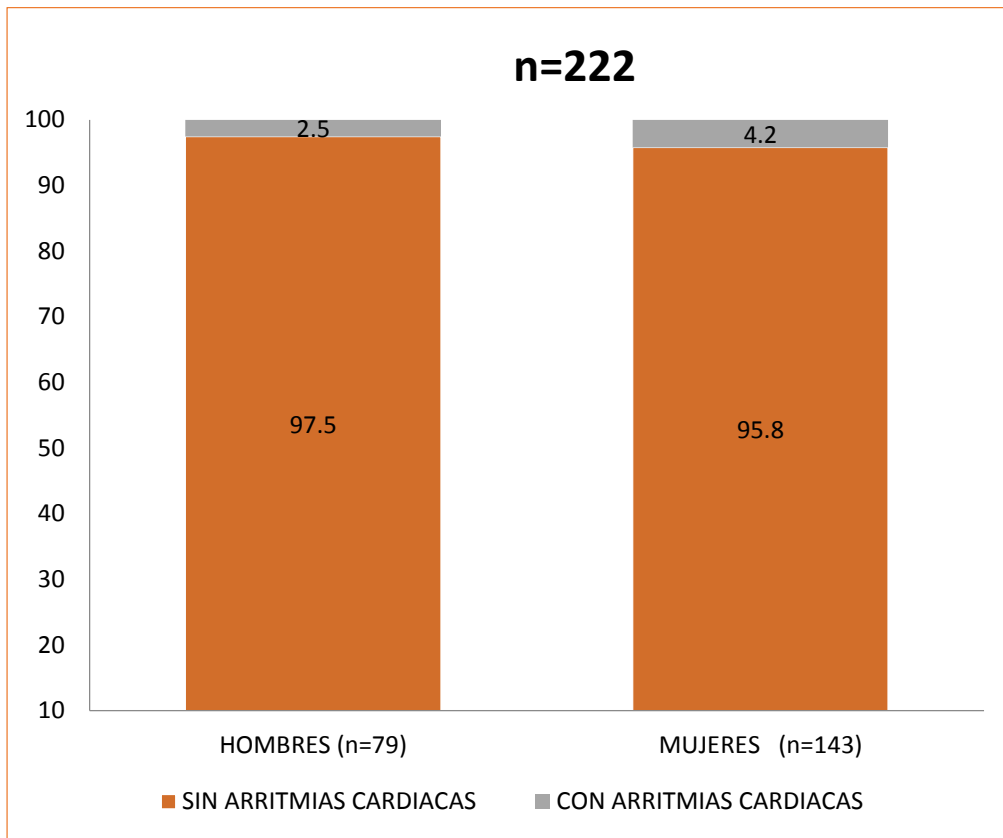
Diagnóstico de Caries Dental, en los Adultos Mayores por sexo, atendidos de Octubre a Diciembre 2015, en Fundación Arther



Grafica 12.

Con relación al diagnóstico de caries dental, el 2.5% de los hombres y el 4.2% de las mujeres padecen la enfermedad.

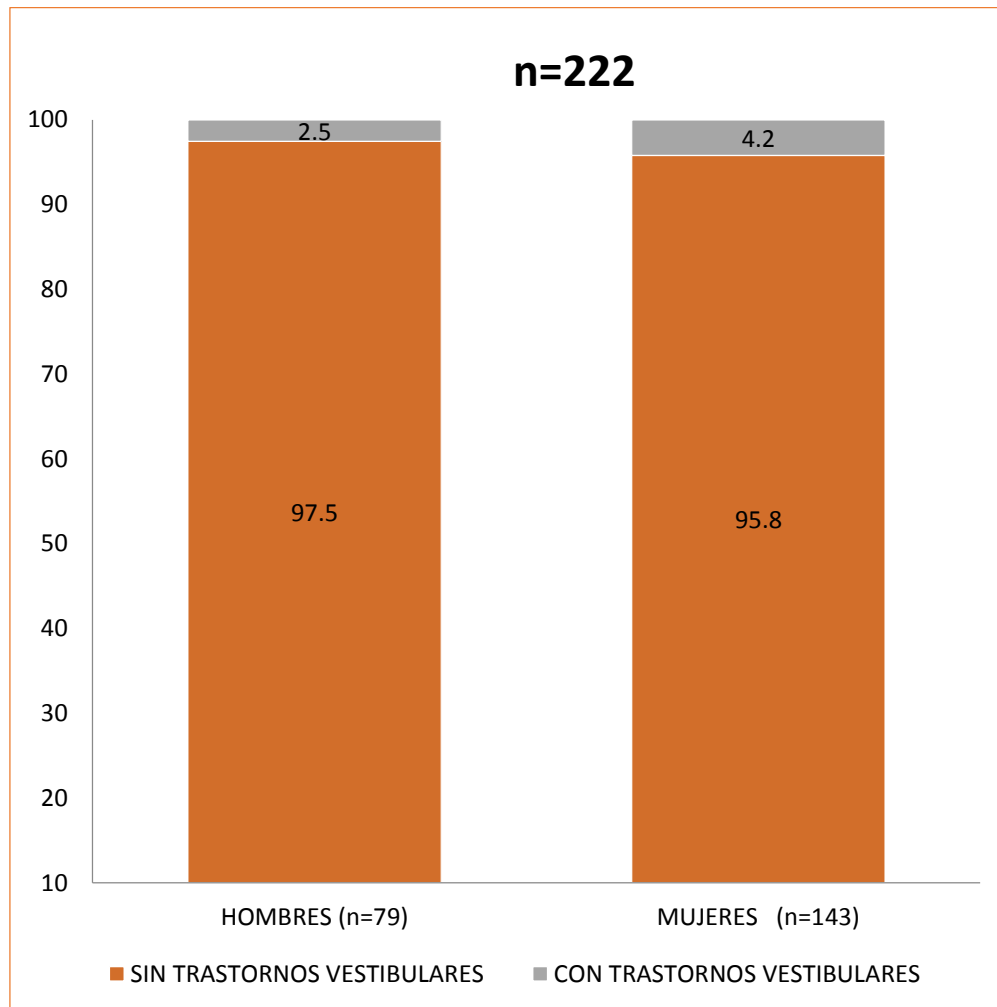
Diagnóstico de Arritmia Cardíaca No Especificada, en los Adultos Mayores por sexo, atendidos de Octubre a Diciembre 2015, en Fundación Arther



Grafica 13.

Al analizar el diagnóstico de Arritmia Cardíaca No Especificada el 2.17% padece la enfermedad, y no se observó una tendencia específica con respecto al sexo.

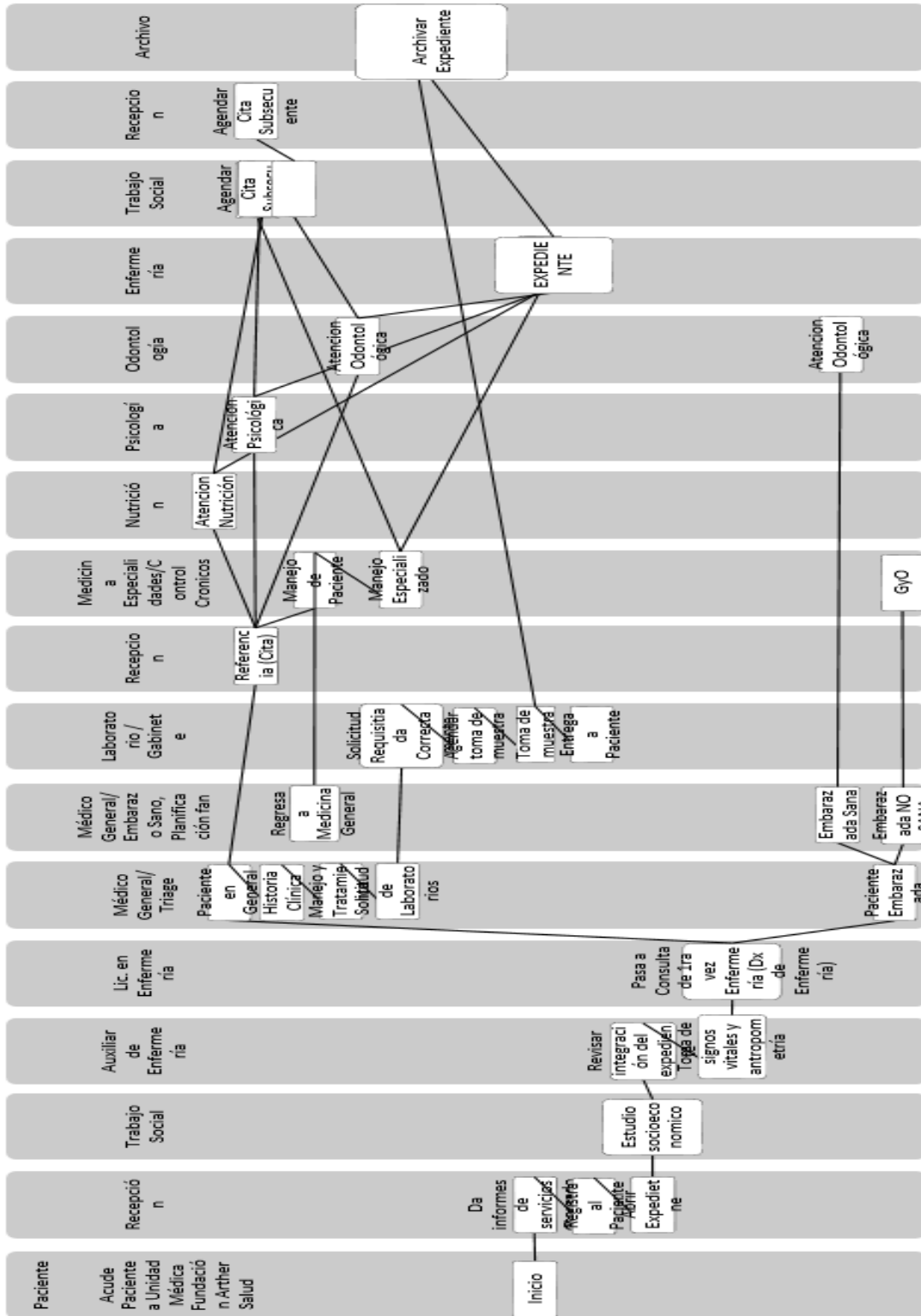
Diagnóstico de Trastornos de la Función Vestibular, en los Adultos Mayores por sexo, atendidos de Octubre a Diciembre 2015, en Fundación Arther



Grafica 14.

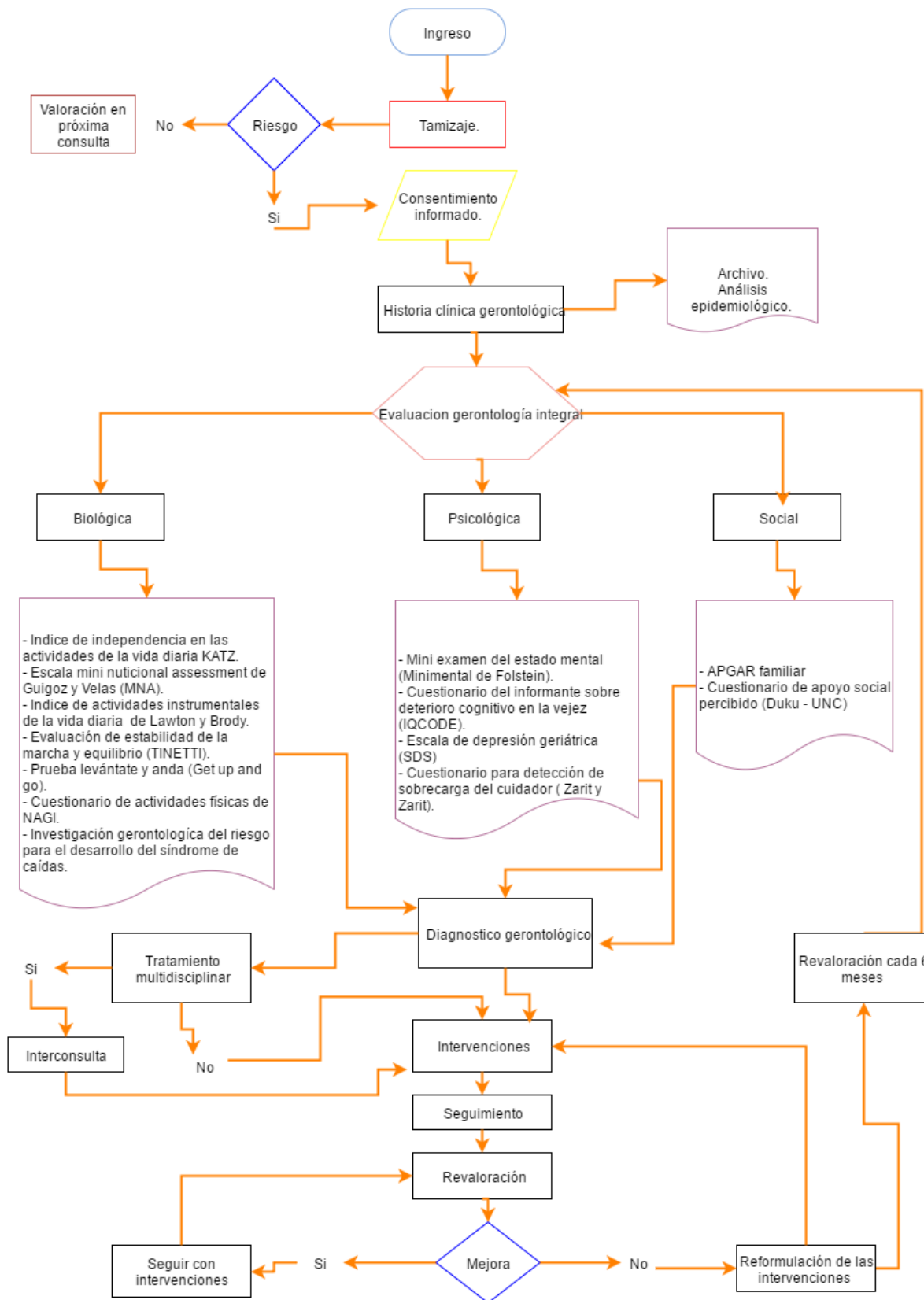
Al analizar el diagnóstico de Trastornos de la Función Vestibular por sexo, el 2.5% de los hombres y el 4.2% de las mujeres padecen la enfermedad.

Flujograma de atención en la Fundación Arther Salud A.C.



LOGISTICA DE OPERACIÓN PARA LA CONSULTA DE CONSULTA MEDICA GENERAL/EMBARAZADA

Flujograma de Abordaje Gerontológico en primer nivel de atención.



Al realizar el análisis comparativo entre el modelo de atención operativo de la fundación Arther Salud A.C y la propuesta realizada en el presente trabajo, podemos identificar de manera precisa las acciones y recursos disponibles en la institución, así como las áreas de oportunidad que permitan implementar un programa de atención a los adultos mayores, con un enfoque multidimensional a favor de este grupo etario. Por un lado, el registro de los usuarios y la intervención del área de trabajo social permiten la realización de un estudio socioeconómico, que contemple la actual realidad económica y social que permita adecuar un esquema financiero accesible, que favorezca la incorporación, adherencia y seguimiento a un programa de atención integral. Además el registro clínico actualmente implementado en la institución, podría ser empleado para la generación del área de epidemiología de la fundación Arther Salud A.C. También el diagnóstico clínico realizado a los usuarios, permitirá la canalización a la aplicación de un tamizaje gerontológico rápido (Anexo 1) que permitirá identificar las necesidades específicas de atención y determinar las acciones enfocadas al restablecimiento de la salud, a limitar el daño(Anexo 3-15) o prevenir la discapacidad, a controlar riesgos y favorecer la adherencia al tratamiento, lo cual puede impactar en la disminución de las complicaciones y mejoramiento en la evolución de la enfermedad.

Con la propuesta presentada se puede desarrollar un sistema de atención primaria integral con abordaje gerontológico, bajo un esquema ético, de respeto e informado (Anexo 2), que permita la utilización adecuada de los recursos institucionales, enfocados en restablecer la salud, bajo un esquema claro, accesible y evaluable, que re-direccione un sistema de medicalización de la atención primaria, hacia un esquema de corresponsabilidad entre los usuarios y su familia, así como los profesionales de la salud y la institución, empoderando al paciente como el eje central de la atención médica con una participación activa, que permita impactar sus determinantes en salud y conduzca al mejoramiento de la calidad de vida.

Conclusiones

Se determinó el panorama epidemiológico de los usuarios adultos mayores que asistieron a la Fundación Arther Salud, en San Agustín Tlaxiaca obteniendo un total de 222 adultos mayores de los cuales el 64.4% son mujeres y el 35.6 son hombres además se obtuvo la morbilidad en adultos mayores de esta institución.

En base a lo anterior se identificaron las áreas prioritarias dentro de la atención primaria que deben recibir los Adultos Mayores, lo cual nos abrió a un panorama diferente sobre lo que necesita una persona mayor, haciendo que resaltemos una vez más el valor de dicha investigación, ya que se demuestra la importancia de diseñar un programa especializado para este grupo etario de 60 años basado en sus necesidades, también es considerable destacar que estos diseños sean propuestos por personal capacitado en los conocimientos en la gerontología.

Concluyendo así podemos decir que el abordaje gerontológico es una forma de potencializar la atención primaria que es otorgada a los adultos mayores para obtener una mejor calidad tanto de atención y de vida.

Un flujograma es el resultado final el planteamiento de nuestro diseño de abordaje gerontológico primario para adultos mayores. De esta manera se cumplieron con los objetivos planteados en la investigación.

Bibliografía.

- Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades. (2012). *Principios del abordaje gerontológico en la persona adulta mayor e intervenciones básicas*. México, D.F.: Secretaria de Salud.
- Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades. (2015). *Guía de consulta para el médico de primer nivel de atención. Prevención y atención de las caídas en la persona adulta mayor*. México, D.F.: CENAPRECE.
- Cobo Domingo, J. C. (2014). Cambios físicos y psíquicos de la vejez. En *Atención sociosanitaria a personas en el domicilio* (pág. 50).
- Consejo de Salubridad General . (2012). *Diagnóstico y tratamiento del deterioro cognoscitivo en el adulto mayor en el primer nivel de atención* . México, D.F: CENETEC.
- Consejo de Salubridad General. (2014). *Evaluación y seguimiento nutricional del adulto mayor en el primer nivel de atención*. México, D.F.: CENETEC.
- Espinosa Zepeda, M. I. (2010). *El Adulto Mayor no es sinónimo de muerte, aún vive*. México, D.F.
- Fondo de Población de Naciones Unidas. (2012). *Envejecimiento en el siglo XXI: Una Celebración y un Desafío*. Nueva York: Fondo de Población de Naciones Unidas .
- Gobierno del Estado de Hidalgo. (23 de Septiembre de 2013). *Intituto para la Atención de las y los Adultos Mayores del Estado de Hidalgo* . Recuperado el 7 de Noviembre de 2015, de Intituto para la Atención de las y los Adultos Mayores del Estado de Hidalgo: <http://adultosmayores.hidalgo.gob.mx/Normatividad/PIAM.pdf>
- González, C., & Ham-Chande, R. (2005). Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México. *Salud pública de México*, s450.
- Gutiérrez Robledo , L. M., & Caro López, E. (2012). Recomendaciones para la acción. Propuesta para un Plan de Acción en Envejecimiento y Salud. En L. M. Gutiérrez Robledo , & S. D. Kershenobich, *Envejecimiento y Salud: una propuesta para una plan de acción* (pág. 322). México, D.F: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2012). Una perspectiva del envejecimiento . En I. N. Mayores, *Modelos de Atención Gerontológico* (pág. 37). México: INAPAM.
- Ley de los derechos de los Adultos Mayores del Estado de Hidalgo. (12 de Abril de 2010). *Periódico Oficial*. Hidalgo.
- Meléndez Moral, J. C., & Cerdán Ferrer, C. (2001). Emociones y tercera edad: un camino por recorrer. *Gerontopsicología*, 49-50.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Atención Primaria de Salud*. Recuperado el 14 de Enero de 2016, de Atención Primaria de Salud: http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/

- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Las 10 causas principales de defunción en el mundo*. Recuperado el 11 de Enero de 2016, de Las 10 causas principales de defunción en el mundo: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/index2.html>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Mortalidad*. Recuperado el 23 de Marzo de 2016, de Mortalidad: <http://www.who.int/topics/mortality/es/>
- Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia . (1978). *Informe de la conferencia internacional sobre Atención Primaria de Salud*. Ginebra : Organización Mundial de la Salud .
- Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de Salud. (2014). *Salud del Adulto Mayor*. Recuperado el 9 de Diciembre de 2015, de Salud del Adulto Mayor: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1245&Itemid=1497&lang=es
- Organización Panamericana de la Salud. (2002). *Guía clínica para la atención primaria a las personas adultas mayores*. Washington, D.C.: OPS/OMS.
- Organización Panamericana de la Salud. (15 de Marzo de 2012). *Crecimiento acelerado de la población adulta de 60 años y más de edad: Reto para la salud pública*. Recuperado el 20 de Abril de 2016, de Crecimiento acelerado de la población adulta de 60 años y más de edad: Reto para la salud pública: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2796%3A2010-crecimiento-acelerado-poblacion-adulta-60-anos-mas-edad-reto-salud-publica&catid=1796%3Afacts&Itemid=1914&lang=es
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. (11 de Abril de 2012). *Causas principales de defunción en Adultos Mayores de 60 años y más años*. Recuperado el 11 de Enero de 2016, de Causas principales de defunción en Adultos Mayores de 60 años y más años.: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=6610&Itemid=2391
- Rodríguez Daza, K. D. (2011). *Vejez y Envejecimiento*. Colombia: Universidad del Rosario.
- Saez Narro, N., Aleixandre, M., & De Vicente, P. (1993). Cambio y socialización en la tercera edad. *Investigaciones psicológicas*, 131.
- Sánchez Pérez, D. O. (2012). *Proyecto de mejoramiento de la calidad de vida del Adulto Mayor residente en la fundación hogar geriátrico luz de esperanza (fundeluz)*. Colombia.
- Secretaria de Salud. (2015). *Programa de Acción Específico. Atención del Envejecimiento 2013-2018*. México: Secretaria de Salud.
- Secretaria de Salud de Hidalgo. (2014). *Diagnóstico Sectorial de Salud*. Pachuca, Hgo: Gobierno del Estado de Hidalgo .
- Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. (2010). *Perfil Epidemiológico del Adulto Mayor en México 2010*. México: Secretaria de Salud.

Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. (23 de Abril de 2013). *Estado de Salud de Adultos Mayores*. Recuperado el 16 de Enero de 2016, de Estado de Salud de Adultos Mayores: <http://www.spps.gob.mx/avisos/1550-estado-de-salud-de-adultos-mayores-.html>

Universidad de Cantabria. (2011). *Open Course Ware*. Recuperado el 18 de Abril de 2016, de Open Course Ware: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/biogerontologia>

Anexos.

Anexo 1.

Tamizaje gerontológico. Primer nivel de atención aplicación a personas de 60 años y mas	Fecha: ____/____/____ Hora de inicio:_____ Hora terminación:_____
<p>I. Identificación del paciente</p> <p>A. Nombre completo:_____</p> <p>B. Género: Hombre () Mujer ()</p> <p>C. Edad: ____ Peso: ____ Kg Talla: ____ Cm.</p> <p>D. Ocupación:_____</p> <p>E. Teléfono:_____</p> <p>F. ¿Cuál es su ingreso mensual?_____</p> <p>G. ¿Depende económicamente de alguien?____</p> <p>H. ¿De quién?</p> <p style="margin-left: 20px;">1) Pareja. 4) Familiares.</p> <p style="margin-left: 20px;">2) Hijos. 5) Otros.</p> <p style="margin-left: 20px;">3) Hermanos.</p> <p>Ñ. ¿usted vive con alguien?</p> <p style="margin-left: 20px;">1) Pareja. 4) Familiares.</p> <p style="margin-left: 20px;">2) Hijos. 5) Otros.</p> <p style="margin-left: 20px;">3) Hermanos.</p> <p>O. ¿El lugar en donde vive es?</p> <p style="margin-left: 20px;">1) propio. 2) de alguien mas _____</p> <p>II. Condición actual del paciente.</p> <p>1) Diagnósticos conocidos: _____</p> <p>_____</p> <p>2) Medicamentos que toma: _____</p> <p>_____</p> <p>3) Afección principal: _____</p> <p>_____</p> <p>III. Evaluación del paciente.</p> <p>1) ¿Tiene problemas familiares? Si () No ()</p> <p>2) ¿Cuáles?_____</p> <p>3) ¿tiene dificultad para hacer cosas que antes hacía frecuentemente? _____</p> <p>4) ¿tiene dificultad para caminar? Si () No ()</p> <p>5) ¿Se ha caído últimamente? Si () No ()</p> <p>6) ¿Necesita que alguien lo ayude? Si () No ()</p> <p>7) ¿cómo? _____</p>	<p>8) ¿Usted cuida de alguien? Si () No ()</p> <p>9) ¿a quién? _____</p> <p>10) ¿En las últimas semanas se la han olvidado algunas cosas? Si () No ()</p> <p>11) Cuales: _____</p> <p>12) ¿Tiene alguna situación que le cause miedo? Si () No ()</p> <p>13) Cual : _____</p> <p>14) ¿Últimamente ha perdido el apetito? Si () No ()</p> <p>15) ¿en la última semana ha tenido dificultades para dormir? Si () No ()</p> <p>16) ¿Tiene problemas para ver bien? Si () No ()</p> <p>17) ¿tiene alguna dificultad para escuchar bien? Si () No ()</p> <p>18) ¿algún problema con sus dientes? Si () No ()</p> <p>19) ¿Ha tenido problemas a la hora de orinar? Si () No ()</p> <p>20) ¿tiene problemas con la digestión? Si () No ()</p> <p>21) Cuales: _____</p> <p>VI. Vacunas y pruebas.</p> <p>1) ¿Tiene vacunas? Si () No ()</p> <p>2) Cuales: _____</p> <p>3) ¿Se ha realizado una exploración mamaria? Si () No ()</p> <p>4) ¿Se ha realizado un antígeno prostático? Si () No ()</p> <p>IV. Riesgos identificados.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

Anexo 2.

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN¹

El suscrito _____ de _____ años de edad con domicilio en _____ sin presión alguna acepto someterme al tratamiento médico y psicológico necesario para la atención de mi padecimiento, el cuál será efectuado por los médicos y psicólogos de esta FUNDACIÓN ARTER SALUD y por el personal auxiliar y técnico que se requiera y de acuerdo a su perfil profesional y a los principios científicos y éticos que se rigen la práctica médica.

He sido informado de que el procedimiento mencionado tiene por objeto

Estoy consciente de que no todas las enfermedades y enfermos son iguales, por lo que no pueden generalizarse las soluciones, y de que en virtud de que la Medicina no es una ciencia exacta, aun cuando el médico o psicólogo (a) me han informado de los resultados, éstos no pueden ser generalizados.

Acepto también, ante cualquier complicación o efecto adverso durante la atención que se me otorgue, especialmente ante la urgencia médica, que se practiquen las técnicas y procedimientos necesarios para la protección de mi salud.

He sido plenamente informado de la autorización que otorgo y del contenido de esta carta y de que la misma no excluye la necesidad de recabar la correspondiente a cualquier otro procedimiento que extrañe un alto riesgo.

(Lugar y fecha)

REPRESENTANTE

USUARIO

¹ De conformidad con los artículos 80, 81 y 82 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica.

Anexo 3

HISTORIA CLÍNICA GERONTOLÓGICA

Ficha de identificación

Nombre:

Edad: _____ Género: _____

Estado civil: _____

Ocupación: _____

Lugar de nacimiento:

Domicilio:

Escolaridad: _____

Religión: _____

Familiograma

Justificación del estudio

Integrantes de la familia de acuerdo a su rol
(Iniciando por el jefe de familia)

Nombre	Edad	Parentesco	Escolaridad	Ocupación	Edo. Civil

Antecedentes de importancia que justifican el estudio

Antecedentes Psicosociales (Historia de la familia)

- Fase de expansión

Fase de dispersión

- Fase de independencia

- Fase de ritmo y muerte

- Crisis familiares

Defunciones

-Tipología familiar

- Con base en su desarrollo

- Con base en su demografía

- Con base en su integración

- Con base en su ocupación

-Ámbito social, ingreso familiar y su distribución

- Vivienda

- Alimentación

- Recreación

- Utilización de servicios de salud y sociales

-Participación comunitaria

-Ámbito psicológico (funciones familiares básicas) socialización

- Cuidado

- Afecto

- Reproducción

- Estatus

-Crisis familiares actuales

-Etapa actual del ciclo de vida familiar

Estructura familiar

Generaciones

Abuelos	
Padres	
Hijos	

Jerarquización de problemas

- Individual

- Familiar

Análisis y discusión del estudio

- Individuales

- Familiares

Simbología





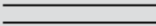

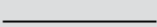
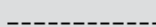
Las generaciones deben señalarse mediante el uso de números romanos, a la izquierda de la hoja.

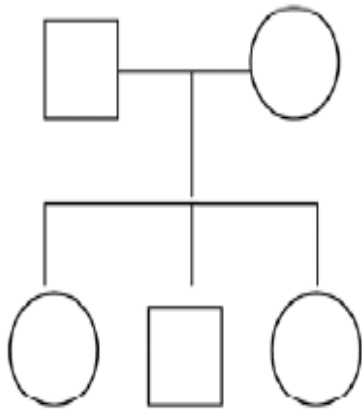
Los símbolos utilizados para cada integrante de la familia deben ser del mismo tamaño.

n = fecha de nacimiento

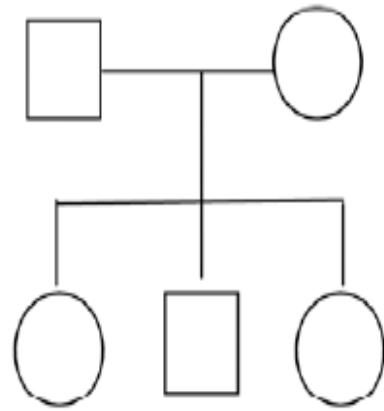
M= fecha de muerte

m= fecha de matrimonio

Hombre		Mujer	
Familiares bajo el mismo techo			
Muerte X		Aborto	
Matrimonio		Buena relación	
Líneas descendentes			
Conflictos - no comunicación		Dependencia excesiva	



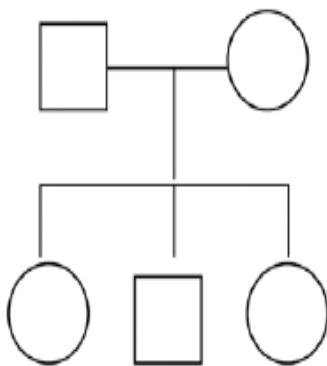
Línea Paterna



Línea Materna

Disposición por Edad

Disposición por Género



Del mayor al menor de los hijos

Esquema gráfico del familiograma

Motivo de la atención:

(Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades, 2012)

Anexo 4

Índice de Independencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria (Katz)

Nombre: _____ Edad: _____

Género: _____ Fecha: _____

Puntaje total: _____

INSTRUCCIONES:

Necesitamos como parte del estudio integral de su salud, conocer las actividades de la vida diaria que puede realizar de forma independiente o con ayuda de una persona ya sea cuidador o familiar suyo. Es importante que nos comente de las siguientes actividades cuales realiza realmente, no aquellas que podría hacer.

BAÑARSE (Con esponja, en bañera o ducha)		
1	No recibe asistencia (entra y sale de la bañera por sí mismo).	0
2	Recibe asistencia al lavar únicamente una parte del cuerpo (espalda o una pierna).	0.5
3	Recibe asistencia al lavar más de una parte del cuerpo (o no se lava).	1
	Calificación parcial	

VESTIRSE (Saca la ropa de los armarios y los cajones - incluyendo la ropa interior, la ropa exterior y el manejo de botones, incluyendo ropa interior)		
4	Saca la ropa y se viste completamente sin asistencia.	0
5	Saca la ropa y se viste con asistencia parcial.	0.5
6	Recibe asistencia total para sacar la ropa o vestirse.	1
	Calificación parcial	

UTILIZAR EL SANITARIO (Ir al servicio para eliminar orina y heces; lavarse a sí mismo tras la eliminación y		
--	--	--

arreglarse la ropa)		
7	Va al sanitario, evacua, se lava, se arregla la ropa sin asistencia.	0
8	Recibe asistencia para ir al sanitario o para lavarse o arreglarse la ropa tras la evacuación de excretas.	0.5
9	Incapaz de ir al baño para el proceso de evacuación de excretas.	1
Calificación parcial		
LEVANTARSE DE LA CAMA		
10	Se acuesta y se levanta de la cama, así como de la silla sin ayuda (puede utilizar un objeto de apoyo como un bastón.	0
11	Se acuesta y se levanta de la cama o la silla con asistencia.	0.5
12	No se puede levantar de la cama por sí mismo.	1
Calificación parcial		
CONTINENCIA DE ESFÍNTERES		
13	Controla la micción y la defecación por sí mismo y a cualquier hora del día.	0
14	Sufre accidentes “ocasionalmente” (incontinencia urinaria o fecal).	0.5
15	Usa una sonda o es incontinente urinario o fecal independientemente de la hora.	1
Calificación parcial		
COMER		
16	Come sin asistencia.	0
17	Se alimenta solo excepto al requerir asistencia para cortar la carne o untar el pan.	0.5
18	Recibe asistencia al alimentarse o es alimentado parcial o completamente mediante sondas o líquidos endovenosos.	1
Calificación parcial		

Total de calificación parcial () Línea de corte

- Una puntuación de 0 indica que no hay deterioro funcional.
- Una puntuación de 1 a 2 indica deterioro funcional leve.
- Una puntuación de 3 a 4 indica deterioro funcional moderado.
- Una puntuación de 5 a 6 indica deterioro funcional severo.

*Fuente. Branch L. G. Katz, Kniepmann K. Papsidero JA. A Prospective study of functional status among community elders. Am J Public Health. 1984; 74: 266–26.

Anexo 5.

Escala de Depresión Geriátrica Abreviada (GDS)

Nombre: _____ Edad: _____ Género: _____

Escolaridad (años): _____ Fecha: ____/____/____

Puntaje total: _____

INSTRUCCIONES:

Responda a cada una de las siguientes preguntas según como se ha sentido usted en el último mes

1.	¿Está usted, básicamente satisfecho con su vida?	sí	No
2.	¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	Sí	no
3.	¿Siente que su vida está vacía?	Sí	no
4.	¿Se siente aburrido frecuentemente?	Sí	no
5.	¿Está usted de buen ánimo la mayoría del tiempo?	Sí	No
6.	¿Está usted preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	Sí	no
7.	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Sí	No
8.	¿Se siente con frecuencia desamparado?	Sí	no
9.	¿Prefiere usted, quedarse en casa o salir a hacer cosas nuevas?	Si	no
10.	¿Siente usted que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	Sí	No
11.	¿Cree usted que es maravilloso estar vivo?	Sí	No
12.	¿Se siente inútil o despreciable? ¿Cómo está usted actualmente?	Sí	no
13.	¿Se siente lleno de energía?	Si	No
14.	¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	Sí	no
15.	¿Cree usted que las otras personas están en general mejor que usted?	Sí	no

SUME TODAS LAS RESPUESTAS SÍ EN NEGRITAS O NO EN NEGRITAS

Sí = 1; sí= 0; No= 1; no= 0

Línea de corte: Calificación: 0–5 no deprimido; 6–15 deprimido

Sheikh JL, Yesavage, JA. "Geriatric Depression Scale: recent evidence and development of a shorter version," Clinical Gerontology 1986, 5: 165-172.

Anexo 6.

Cuestionario de Apoyo Social Percibido (DUKE-UNC)

Nombre: _____ Edad: _____

Género: _____ Fecha: ____/____/____

INSTRUCCIONES: Marque con una X la respuesta

Instrucciones para el paciente: En la siguiente lista se muestran algunas de las cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporciona. Elija para cada una las respuesta que mejor describa o refleje su situación:	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
	1	2	3	4	5
1. Recibo visitas de mis amigos y familiares.					
2. Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa.					
3. Recibo elogios y reconocimientos Cuando hago bien mi trabajo.					
4. Cuento con personas que se Preocupan de lo que me sucede.					
5. Recibo amor y afecto.					
6. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa.					
7. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares.					

8. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos.					
9. Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas					
10. Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida.					
11. Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama					
PUNTUACIÓN TOTAL					

Anexo 7.

Índice de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (Lawton & Brody)

Nombre _____ Edad _____
Género _____ Fecha _____ Puntaje total _____

INTRUCCIONES:

Necesitamos como parte del estudio integral de su salud, conocer las actividades de la vida diaria que puede realizar de forma independiente o con ayuda de una persona ya sea cuidador o familiar suyo. Es importante que nos comente de las siguientes actividades cuales realiza realmente, no aquellas que podría hacer.

CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO	
Utiliza el teléfono por iniciativa propia.	1
Es capaz de marcar bien algunos números familiares.	1
Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar.	1
No es capaz de usar el teléfono.	0
	Calificación parcial

HACER COMPRAS	
. Realiza todas las compras necesarias de forma independiente.	1
Realiza de forma independiente pequeñas compras.	0
Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra.	0
. Totalmente incapaz de comprar.	0
	Calificación parcial

PREPARACIÓN DE LA COMIDA	
. Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente.	1
Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes.	0
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada.	0
Necesita que le preparen y sirvan las comidas.	0
Calificación parcial	

CUIDADO DE LA CASA	
Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados).	1
Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas.	1
Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado de limpieza.	1
Necesita ayuda en todas las labores de la casa.	0
No participa en ninguna labor de la casa.	0
Calificación parcial	

LAVADO DE LA ROPA	
Lava por sí solo toda la ropa.	1
Lava por sí solo pequeñas prendas.	1
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro.	0
Calificación parcial	

USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE	
Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche.	1
Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte.	1
Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona.	1
Solo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros.	0
No viaja.	0
Calificación parcial	
RESPONSABILIDAD RESPECTO A SUS MEDICAMENTOS	
Es capaz de tomar por sí mismo sus medicamentos a la hora y con la dosis correcta.	1
Toma sus medicamentos si la dosis le es preparada previamente.	0
No es capaz de administrarse sus medicamentos.	0
Calificación parcial	
MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS	
Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo.	1
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos, etc.	1
Incapaz de manejar dinero.	0
Calificación parcial	

Línea de corte

0= dependiente

6= semiindependiente

8= independiente

*Fuentes: Lawton MP, Brody EM, And Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist, 1969; 9: 179-186.

Anexo 8.
Prueba Levántate y Anda
(Get up and Go)

Nombre: _____ Edad: _____

Género: _____ Fecha: ____/____/____

Resultado: _____

Recomiende al paciente usar calzado normal y sentarse en una silla sin descansar los brazos.

Al paciente se le pide que haga lo siguiente:

1. Levantarse de la silla.
2. Caminar 3 metros (en línea).
3. Caminar de regreso a la silla.
4. Sentarse.

En el momento del regreso, observe en el paciente la estabilidad postural y la longitud del paso.

Línea de corte

NORMAL: se completa la tarea en menos de 20 segundos.

ANORMAL: se completa la tarea en > 20 segundos.

*Fuentes. Get-Up and Go Test en: S Mathias, USL Nayak, Isaac B. El equilibrio en pacientes ancianos "El" Get Up and Go "Prueba. Phys. Arch Med Rehabil (1986) 67: 387-38.

Anexo 9.

Cuestionario de Actividades Físicas de Nagi

Nombre: _____ Edad: _____
 Género: _____ Fecha: ____/____/____ Puntaje total: _____

INSTRUCCIONES: Marca con una "X" la respuesta.

Actividad	Capaz de realizar sin dificultad	Capaz de realizarla con dificultad	No la realiza
1. Extender los brazos por debajo de los hombros (Demostrativo).			
2. Extender los brazos por arriba de los hombros (Demostrativo).			
3. Levantar objetos de un peso menor de 5 Kg (Demostrativo, de 2 a 4 kg aproximadamente)			
4. Permanecer sentado por más de una hora (Autoreporte, no es demostrativo).			
5. Tomar (Agarrar y sostener) Pequeños objetos (Demostrativo).			
6. Permanecer parado por más de 15 minutos (Autoreporte, no es demostrativo).			
7. Mover objetos grandes (Auto reporte, no es demostrativo: sillas, muebles, cajas).			
8. Levantar objetos de un peso mayor de 5 Kg (Demostrativo, máximo 10Kg).			
9. Encorvarse, agacharse y arrodillarse (Demostrativo, si no puede, no forzar la ejecución).			

1			2			3			4			5			6			7			8			9					
SI	DIF	NO	SI	DIF	NO	SI	DIF	NO	SI	DIF	NO	SI	DIF	NO	SI	DIF	NO	SI	DIF	NO	SI	DIF	NO	SI	DIF	NO			
3	2	1	3	2	1	3	2	1	3	2	1	3	2	1	3	2	1	3	2	1	3	2	1	3	2	1	3	2	1

SÍ= Capaz de realizarlo con dificultad.
 DIF= Capaz de realizarlo con dificultad.
 NO= No es capaz de realizarlo.

Fuentes. Nagi SE. Milbank Mem Fund Q Health a Society 1976: 54 (4): 439-468.

Anexo 10.

Examen del Estado Nutricio

Nombre: _____ Edad: _____

Género: _____ Fecha: ____/____/____

Resultado: _____

I Antropometría.	Puntaje
1.- Índice de masa corporal (peso/talla) en kg/m 0=<19 1=19<IMC<21 2= 21<IMC<22 3=IMC>23	
2.- Circunferencia del medio branquial. (CMB) (cm) 0=CMB<21 .5=21<CMB<22 1=CMB>22	
3.- Circunferencia de pantorrilla (CP) (cm) 0=CP<31 1=CP>=31	
4.- Pérdida ponderal en los últimos tres meses. 0=>3 kg. 1= no lo sabe. 2= 1 a 3 kg. 3= no hubo pérdida ponderal.	
II Evaluación Global	
5.- ¿El paciente vive independientemente o es dependiente de sus familiares, o vive en una institución? 0=Sí 1=No	
6.- ¿La persona toma más de tres medicamentos al día? 0=Sí	

1=No	
7.- ¿En los últimos tres meses, la persona ha sufrido enfermedad aguda o estrés psicológico? 0=Sí 1=No	
8.- Movilidad 0=Confinado a cama o sillón. 1=Capaz de moverse únicamente dentro de su habitación. 2=Además puede salir a exteriores sin ayuda.	
9.- Problemas Neuropsicológicos. 0=Demencia o depresión graves. 1=Demencia o depresión leves. 2=Ningún problema psiquiátrico.	
10.- Ulceras por presión. 0=Sí 1=No	
III Evaluación Dietética	
11.- ¿Cuántas comidas realiza al día? 0=1 Comida. 1=2 Comidas. 2=3 Comidas.	
12.- Consume usted: - más de una ración de alimentos lácteos al día (leche, queso, yogurt) ___ Sí ___ No. - dos o más raciones de leguminosas o huevos por semana ___ Sí ___ No. - ¿Carnes, pescado o aves diariamente? ___ Sí ___ No. 0=0 ó 1 afirmativos. .5=2 afirmativos. 1=3 afirmativo.	
13.- ¿Consume 2 o más raciones de frutas o verduras al día?	

0=No 1=Sí	
14.- ¿Has disminuido el consumo de alimentos en los últimos 3 meses? (por pérdida del apetito, problemas digestivos, o por dificultades para tragar o masticar los alimentos) 0=perdida severa del apatito 1=perdida moderada del apetito 2=no ha tenido perdida del apatito	
15.- ¿Cuántos vasos de líquido consume diariamente? (incluye agua, jugos, café, té, leche) 0=menos de 3 vasos 1=de 3 a 5 vasos 2=más de 5 vasos	
16.- Modo de alimentación 0=con asistencia 1=autoalimentación con dificultades 2=autoalimetación sin dificultades	
IV Evaluación Subjetiva	
17.- ¿Tiene usted alguna enfermedad o atraviesa por alguna situación que le obliga a Modificar la cantidad y/o tipo de alimentos que usted consume? 0=si, en gran medida 1=igualmente buena 2=ningún problema	
18.- En comparación con otras personas de su edad, ¿cómo considera usted su salud? 0=no tan buena .5=no lo sabe 1=igualmente buena 2=mejor	
	Total

Anexo 11.

ESCALA DE TINETTI

EVALUACION DE EQUILIBRIO.

Nombre: _____ Edad: _____

Género: _____ Fecha: ____/____/____

Resultado: _____

1	Equilibrio Sentado	Se inclina o se desliza en la silla.	=0
		Seguro y firme.	=1
2	Levantarse	Incapaz sin ayuda.	=0
		Capaz pero usa los brazos para ayudarse.	=1
		Capaz de levantarse en el primer intento.	=2
3	Intentos de levantarse	Incapaz sin ayuda.	=0
		Capaz pero necesita más de un intento.	=1
		Capaz de levantarse en el primer intento.	=2
4	Equilibrio inmediatamente después de ponerse de pie. (Primeros 5 segundos)	Inestable (Oscila, mueve los pies, movimientos acusados del tronco).	=0
		Estable pero usa un andador o bastón o se agarra de otros objetos para apoyarse.	=1
		Estable sin andador, bastón ni ningún otro soporte	=2
5	Equilibrio de pie	Inestable.	=0
		Estable pero ampliando la base de sustentación (Talones separados más de 10 cm.) usa bastón, andador u otras ayudas.	=1
		No requiere ayuda, ni ampliar la base	=2

		de sustentación.	
6	Empujón (Paciente en posición firme con los pies lo más juntos posible, el explorador empuja ligeramente 3 veces sobre el esternón del paciente)	Comienza a caer. Oscila, se agarra pero se estabiliza. Firme	=0 =1 =2
7	Ojos cerrados (En posición de firme como en el No. 6)	Inestable. Firme	=0 =1
8	Giro de 360°	Pasos discontinuos. Pasos continuos.	=0 =1
9	Sentarse	Inseguro (Calcula mal la distancia, se deja caer en la silla). Usa los brazos o movimientos no suaves. Seguro, movimiento suave.	=0 =1 =2
			Total

ESCALA DE TINETTI

EVALUACION DE MARCHA.

10	Iniciación de la marcha. (Inmediatamente después de decirle adelante).	Cualquier duda o múltiples intentos para comenzar. Ausencia de dudas.	=0 =1
11	Longitud y altura del paso.	<p><i>a) Oscilación del pie derecho.</i></p> <p>No sobrepasa el pie izquierdo al dar el paso. =0 =1</p> <p>Sobrepasa el pie izquierdo al dar el paso. =0</p> <p>El pie derecho no se separa totalmente del suelo al dar el paso, =1</p> <p>El pie derecho se separa totalmente al dar el paso.</p> <p><i>a) Oscilación del pie izquierdo.</i></p> <p>No sobrepasa el pie derecho al dar el paso. =0 =1</p> <p>Sobrepasa el pie derecho al dar el paso. =0</p> <p>El pie izquierdo no se separa totalmente del suelo al dar el paso, =1</p> <p>El pie izquierdo se separa totalmente al dar el paso.</p>	
12	Simetría del paso.	Longitudes desiguales de los pasos derecho e izquierdo. (Estimadas). Los pasos izquierdo y derecho parecen iguales.	=0 =1
13	Continuidad del paso	Paradas o discontinuidad entre los pasos.	=0

		Los paso parecen continuos.	=1
14	Camino. (Estimado en relación con las baldosas del suelo unos 30 cm) (Observar excursión de un pie sobre unos 3 mts. de recorrido)	Desviación pronunciada.	=0
		Desviación leve/moderada o uso de ayuda para caminar.	=1
		Recto, sin ayuda para caminar.	=2
15	Tronco	Oscilación pronunciada o uso de ayuda para caminar.	=0
		No oscila pero flexiona las rodillas o espalda o separa los brazos mientras camina.	=1
		No oscila, no flexiona ni utiliza los brazos o ayuda para caminar.	=2
16	Estancia al caminar	Talones separados.	=0
		Los talones casi se tocan al caminar.	=1
			Total

Anexo 12.

PGAR Familiar.

Nombre: _____ Edad: _____ Genero: _____

Fecha: ____/____/____ Puntaje total: _____

Las siguientes preguntas son de gran ayuda para entender mejor su salud integral. Familia es definida como el(los) individuo(s) con quien(es) usted usualmente vive. Si usted vive solo, su “familia” consiste en la(s) persona(s) con quien(es) usted tiene ahora lazo emocional más fuerte.

Pregunta	0	1	2	3	4
	Nunca.	Casi nunca.	Algunas veces.	Casi siempre.	Siempre.
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo un problema y/o necesidad.					
Me satisface cómo en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas.					
Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					
Me satisface cómo mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					
Me satisface cómo compartimos en mi familia el tiempo para estar juntos, los espacios en la casa y el dinero.					
¿Usted tiene algún amigo(a) cercano(a) a quien pueda buscar cuando necesita ayuda?					
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigas o amigos.					
Total.					

Línea de corte:

De 18–20 puntos= Buena función familiar.

De 14–17 puntos= Disfunción familiar leve.

De 10–13 puntos= Disfunción familiar moderada.

De 9 o menos puntos= Disfunción familiar severa

Fuente. Bellon JA, Delgado A, Luna del Castillo JD, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. Aten Primaria 1987; 18(6): 289-96.

Anexo 13.

Cuestionario del Informante sobre Deterioro Cognoscitivo en el Anciano (IQCODE)

Nombre: _____ Edad: _____ Genero: _____

Fecha: ____/____/____ Puntaje total: _____

	1	2	3	4	5
Recuerda cosas relacionadas con sus familiares y amigos (cumpleaños, ocupación, direcciones).	Mucho mejor.	Un poco mejor.	No ha cambiado Mucho.	Un poco Peor.	Francamente Peor.
Recuerda cosas que han pasado recientemente.	Mucho mejor.	Un poco mejor.	No ha cambiado Mucho.	Un poco Peor.	Francamente Peor.
Recuerda conversaciones recientes pocos días después.	Mucho mejor.	Un poco mejor.	No ha cambiado Mucho.	Un poco Peor.	Francamente Peor.
Recuerda su dirección y número de teléfono.	Mucho mejor.	Un poco mejor.	No ha cambiado Mucho.	Un poco Peor.	Francamente Peor.
Recuerda en qué día y mes estamos hoy.	Mucho mejor.	Un poco mejor.	No ha cambiado Mucho.	Un poco Peor.	Francamente Peor.
Recuerda dónde guarda usualmente las cosas.	Mucho mejor.	Un poco mejor.	No ha cambiado Mucho.	Un poco Peor.	Francamente Peor.
Recuerda dónde encontrar las cosas que han sido guardadas en un lugar distinto al usual.	Mucho mejor.	Un poco mejor.	No ha cambiado Mucho.	Un poco Peor.	Francamente Peor.
Sabe cómo utilizar nuevas máquinas de uso doméstico (licuadora, TV, radio).	Mucho mejor.	Un poco mejor.	No ha cambiado Mucho.	Un poco Peor.	Francamente Peor.
Aprende a utilizar nuevas máquinas de uso doméstico.	Mucho mejor.	Un poco mejor.	No ha cambiado Mucho.	Un poco Peor.	Francamente Peor.
En general aprende cosas nuevas.	Mucho mejor.	Un poco mejor.	No ha cambiado Mucho.	Un poco Peor.	Francamente Peor.
Toma decisiones en asuntos de la vida diaria.	Mucho mejor.	Un poco mejor.	No ha cambiado Mucho.	Un poco Peor.	Francamente Peor.
Maneja el dinero de sus compras.	Mucho mejor.	Un poco mejor.	No ha cambiado Mucho.	Un poco Peor.	Francamente Peor.
Maneja asuntos financieros (cobros de	Mucho	Un poco	No ha	Un poco	Francamente

pensión, trámites bancarios).	mejor.	mejor.	cambiado Mucho.	Peor.	Peor.
Resuelve cálculos matemáticos sencillos relacionados con la vida diaria (porciones adecuadas de comida).	Mucho mejor.	Un poco mejor.	No ha cambiado Mucho.	Un poco Peor.	Francamente Peor.
Usa su inteligencia para entender qué está pasando y razona las cosas.	Mucho mejor.	Un poco mejor.	No ha cambiado Mucho.	Un poco Peor.	Francamente Peor.

Resultado de la prueba

Sume el total de puntaje y el resultado divídalo entre 16.

Línea de corte: igual o mayor a 3.5 es probable deterioro cognitivo.

*Fuente. CONAEN. Guía de consulta para el Médico de Primer Nivel de Atención Alteraciones en la Memoria de la Persona Adulta Mayor. 2010. Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades.

Anexo 14.

Mini examen del estado mental (Mini mental de Folstein).

Nombre: _____ Edad: _____

Género: _____

Escolaridad (años): _____ Fecha: ____/____/____

Sabe leer: si () no () Sabe escribir: si () no () Puntaje total: _____

INSTRUCCIONES:

En todos los casos, las respuestas de la persona adulta mayor se califican con el número 1 cuando son correctas y con cero, cuando son incorrectas. Las calificaciones deben anotarse en cada espacio y al final sumarlas y anotar en la casilla derecha. Finalmente sume todas las calificaciones de cada apartado para obtener la puntuación total en el espacio destinado para la calificación total.

Orientación.					
Máximo 5 Tiempo			Máximo 5 Lugar.		
	Correcto	Incorrecto		Correcto.	Incorrecto.
¿En qué año estamos?	()	()	¿En dónde estamos ahora?	()	()
¿En qué mes estamos?	()	()	¿En qué piso estamos?	()	()
¿Qué día del mes es hoy?	()	()	¿Qué colonia es esta?	()	()
¿Qué día de la semana es hoy?	()	()	¿Qué ciudad es esta?	()	()
¿Qué hora es aproximadamente?	()	()	¿En qué país estamos?	()	()
Total correcto_____	()	()	Total correcto_____	()	()

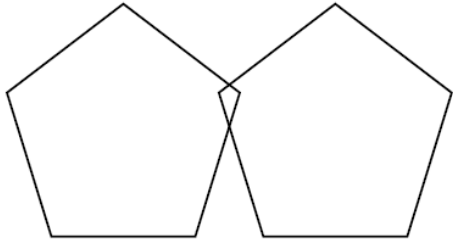
Memoria.
LE VOY A DECIR 3 OBJETOS. Cuando yo termine quiero que por favor usted los repita. Máximo 3. Papel Correcto() Incorrecto () Bicicleta Correcto() Incorrecto() Cuchara Correcto() Incorrecto() Total correcto_____

Lenguaje.
Total correcto _____

Atención y calculo		Memoria diferida.
Escolaridad > 8años Máximo 5 Le voy a pedir que reste de 7 en 7 a partir de 100 93 () 86 () 79 () 72 () 65 () Total correcto _____	Escolaridad < 8años Máximo 5 Reste de 3 en 3 a partir de 20 17 () 14 () 11 () 8 () 5 () Total correcto _____	Máximo 3 Dígame los 3 objetos que le mencioné al principio Papel () Bicicleta () Cuchara () Total correcto _____

Máximo 2 Muestre un reloj y pregunte ¿Qué es esto? () Muestre un lápiz y pregunte ¿Qué es esto? () Total correcto _____	Máximo 1 Repetición de una frase Ahora le voy a pedir que repita esta frase, sólo la puede repetir una sola vez. “NI NO, NI SI, NI PERO ()” Total correcto _____
Máximo 3 Comprensión Tome este papel con la mano derecha () Dóblelo por la mitad () Y déjelo en el suelo () Total correcto _____ Nota: dar la orden junta	Máximo 1 Comprensión escrita (muestre la orden abajo escrita) CIERRE LOS OJOS Total correcto _____

Máximo 1	Máximo 1
----------	----------

<p>Escritura de una frase:</p> <p>Quiero que escriba una frase que tenga sentido(en área para escribir la frase) ()</p> <p>Total correcto_____</p>	<p>Copia de un dibujo Muestre al entrevistado el dibujo. Con dos pentágonos que se entrecruzan. La acción es correcta si los dos pentágonos se entrecruzan, debe tener 10 ángulos.</p> 
<p>Área para escribir la frase:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

Línea de corte: calificación menor de 24 indica probable deterioro cognoscitivo.

* Fuentes: Folstein MF, Folstein SE, Mc Hugh PR."Mini mental state" A Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinical. Jpsichiatr res, 1975; 12: 189-9.

Anexo 15.

Investigación Gerontológica del Riesgo para el Desarrollo del Síndrome de Caídas

Nombre: _____ Edad: _____ Género: _____
 Fecha: ____/____/____

INSTRUCCIONES:
 Marque con una "X" la respuesta.

Pregunte lo siguiente	Respuestas.
¿Los pisos y tapetes están en buenas condiciones, sin obstáculos que pudieran ocasionar tropiezos y caídas?	Sí () No ()
¿Están bien fijos los bordes de las alfombras?	Sí () No ()
¿Hay desorden en los pasillos o sitios por donde transita la persona adulta mayor?	Sí () No ()
¿La luz es adecuada (esto es, sin que deslumbre o produzca destellos)?	Sí () No ()
¿Las luces de noche están distribuidas estratégicamente en la casa sobre todo en lugares peligrosos como las escaleras y el baño?	Sí () No ()
¿Las camas, sillas y sofás tienen la altura suficiente para permitir que la persona adulta mayor se siente y levante con facilidad?	Sí () No ()
¿Los teléfonos están localizados de tal forma que las personas no tengan que apresurarse a contestarlos?	Sí () No ()
¿Los cables eléctricos se encuentran en los sitios de paso?	Sí () No ()
Baño	
¿Se usa alfombra o adhesivo antiderrapante en la bañera o ducha?	Sí () No ()
¿Los tapetes tienen una superficie antiderrapante, sobre todo aquellos que están camino al baño?	Sí () No ()
Cocina	
¿Los derrames se limpian pronto para evitar resbalar con ellos?	Sí () No ()
¿Los utensilios más usados se encuentran a la altura de la cintura?	Sí () No ()
¿La mesa y sillas de la cocina son firmes y seguras?	Sí () No ()
Pasillos	
¿Hay desorden en los pasillos?	Sí () No ()
¿Permanecen apartados del camino los cables del teléfono y de otros aparatos?	Sí () No ()
Escalera	
¿Cuentan, según sea el caso, con uno o dos pasamanos a	Sí () No ()

l(os) lado (s) de la (s) escalera (s)?	
¿Cuándo es posible, se coloca cinta brillante antideslizante en el primer y último escalón para indicar dónde empieza y termina la escalera?	Sí () No ()
Calzado	
¿Tienen sus zapatos suela o tacones que eviten los deslizamientos?	Sí () No ()
¿Utiliza zapatos, zapatillas o sandalias bien ajustadas que no se salgan del pie?	Sí () No ()
¿Evita caminar descalzo?	Sí () No ()
¿Sustituye el calzado cuando se gastan y se vuelve resbaladizo?	Sí () No ()

*Fuente. Clinical Report On Aging, Vol. 1, Modificado y adaptado por el Programa de Atención al Envejecimiento, Secretaría de Salud. Calleja O.J.A., Lozano D. M.E., Olivares L.A.M., Osio F.Y 2011.