

# **SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA**



## **Modelo de Intervención Gerontológica para el Bienestar**

**Dirección General de Integración Social**

Dirección de Centros Gerontológicos y Campamentos Recreativos

**Enero, 2023**



## Contenido

|   |     |
|---|-----|
| <b>INTRODUCCIÓN</b> .....   | 1   |
| <b>ESQUEMA DEL MODELO</b> .....   | 5   |
| <b>JUSTIFICACIÓN</b> .....  | 7   |
| <b>ANTECEDENTES</b> .....   | 10  |
| Línea del tiempo .....  | 18  |
| <b>POBLACIÓN MOTIVO DE INTERVENCIÓN</b> .....   | 19  |
| Esquema de la Población Motivo de Intervención (PMI) .....  | 20  |
| Descripción de las causas de la situación de vulnerabilidad .....   | 21  |
| Factores sociales y económicos .....  | 21  |
| Factores familiares: .....  | 22  |
| Descripción de las características frecuentes en las personas mayores que residen en centros gerontológicos y las casas hogar del SNDIF. .... | 25  |
| Efectos y/o características sociales y económicas .....   | 25  |
| Efectos y/o características Familiares.....   | 26  |
| <b>MARCO NORMATIVO</b> .....  | 30  |
| Índice de Ordenamientos Jurídicos e Instrumentos Internacionales y Nacionales aplicables.....   | 38  |
| Marco Normativo e Instrumentos Internacionales .....  | 38  |
| Marco Jurídico Nacional.....  | 40  |
| <b>MARCO CONCEPTUAL</b> .....   | 42  |
| <b>Acciones Sustantivas para la intervención</b> .....  | 91  |
| a) Matriz de Acciones Sustantivas (MAS).....  | 97  |
| b) Descripción de Acciones Sustantivas.....   | 100 |
| Intervención Interdisciplinaria .....   | 101 |
| Promoción de la Gerontagogía y la Gerontoprofilaxis .....   | 114 |
| Generación y Fortalecimiento de Vínculos Afectivos .....  | 120 |
| Gestión del Conocimiento.....   | 126 |
| Gestión Institucional.....  | 133 |
| <b>SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL MODELO</b> .....  | 139 |
| Destinatarios y responsables de la evaluación .....   | 140 |
| Propósito y objeto de la evaluación .....   | 143 |

|  |     |
|--|-----|
| Matriz Síntesis de Evaluación: indicadores para la verificación de resultados                                | 143 |
| <b>CONSIDERACIONES FINALES</b>   | 162 |
| <b>FUENTES DE CONSULTA</b>   | 163 |
| <b>GLOSARIO</b>  | 167 |
| <b>SIGLAS Y ACRÓNIMOS</b>  | 180 |
| <b>LISTADO DE ACTORES INVOLUCRADOS Y FORMATOS E INSTRUMENTOS<br/>REQUERIDOS PARA LA OPERACIÓN DEL MODELO</b> | 183 |
| 1. Intervención Interdisciplinaria   | 183 |
| 2. Promoción de la Gerontagogía y la Gerontoprofilaxis   | 188 |
| 3. Generación y Fortalecimiento de Vínculos Afectivos  | 190 |
| 4. Gestión del conocimiento  | 192 |
| 5. Gestión Institucional   | 196 |
| <b>DIRECTORIO</b>  | 198 |
| <b>ELABORACIÓN DE CONTENIDOS</b>   | 199 |

## INTRODUCCIÓN

Ante el aumento en el número y proporción de Personas mayores en la población día con día, así como los cambios constantes en los distintos entornos en que se desenvuelven éstas y que no siempre resultan favorables para transitar con bienestar en esta etapa de la vida, es de vital importancia el papel que corresponde a la Asistencia Social en la atención de las necesidades de esta población.

Lo anterior cobra mayor relevancia cuando se combinan el avance de la edad, la disminución de la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria, el incremento en la prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas, las carencias socioeconómicas y el alto costo de los cuidados en las personas mayores. Por lo que resulta imprescindible la generación de alternativas desde el estado y las instituciones gubernamentales, como la creación de programas de intervención que permitan generar, diferentes estrategias de afrontamientos para los cambios en esta etapa de la vida y con ello transformar, a través de la difusión y capacitación, los factores de riesgo en elementos de protección para las Personas mayores.

De ahí que los modelos, planes y programas se enfoquen principalmente en la prevención y atención oportuna, a fin de disminuir los riesgos de dependencia, enfermedad y necesidades de cuidados prolongados. Además, el presente Modelo está enfocado en acercar a las Personas mayores al bienestar, entendiendo que el bienestar de una persona es lo que en última instancia es bueno y está en el interés propio de esta persona<sup>1</sup>, combinando el sentirse bien y tener realmente sentido en la vida, buenas relaciones y logros, a través de cinco elementos que son: emoción positiva, compromiso, sentido, relaciones positivas y logro<sup>2</sup>.

Por lo tanto, en el presente Modelo de Intervención se documentan los servicios institucionales ofertados para la población adulta mayor tanto, en modalidad residencia (24 horas, 7 días de la semana), como en modalidad de día (horario diurno).

La experiencia documentada, corresponde así a la labor que realiza el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF) a través de sus cuatro

---

<sup>1</sup> Crisp, Roger, "Well-Being", The Stanford Encyclopedia of Philosophy (Winter 2021 Edition).

<sup>2</sup>Seligman, Martin E. Florecer: la nueva psicología positiva y la búsqueda del bienestar Primera edición, Editorial Océano. México, 2014. ISBN 9786077351108. OCLC 892461360.

Centros de Asistencia Social (CAS) cuya población focal son las Personas mayores, siendo estos cuatro espacios los siguientes:

- Centro Gerontológico “Arturo Mundet”: Avenida Revolución 1445, Col. Tlacopac San Ángel, Alcaldía de Álvaro Obregón, C.P. 01040
- Centro Gerontológico “Vicente García Torres”: Avenida Azcapotzalco 59, Col. San Álvaro Tacuba, Alcaldía de Azcapotzalco, C.P. 02090
- Casa Hogar para Ancianos “Olga Tamayo”: Plan de Ayala esq. Cerrada de Tequesquitengo, Cuernavaca, Morelos, C.P. 62430
- Casa Hogar para Ancianos “Los Tamayo”: Manuel Crespo 507 esquina Allende, Col. Figueroa Centro, C.P. 68000, Oaxaca, Oaxaca.

En el contexto anterior, si bien se presenta la experiencia de los Centros de Asistencia Social bajo la responsabilidad de la Dirección General de Integración Social (DGIS) del SNDIF, cabe hacer mención que el documento elaborado bajo la estructura de Modelo, más allá de representar una recuperación histórica, tiene la finalidad de proporcionar información que facilite comprender la relevancia de la intervención dirigida a la población adulta mayor y a su vez, compartir elementos que puedan ser replicados en instancias afines. En tal sentido, los contenidos se encuentran organizada bajo los siguientes puntos clave:

### **Esquema del Modelo**

Representación gráfica de los puntos esenciales del Modelo y de la interacción entre los mismos: Población Motivo de Intervención (PMI), Acciones Sustantivas del Modelo, Objetivos Específicos y Estrategias alineadas a dichas acciones y, Objetivo General del Modelo, esto es, logro esperado derivado de la operación de las Acciones Sustantivas.

### **Justificación**

Apartado en el que se plasma la conveniencia, la relevancia y las implicaciones prácticas, de contar con un Modelo de Intervención que responda a las condiciones actuales de la población adulta mayor, tanto para la intervención que se lleva a cabo en el propio SNDIF como, para la sociedad en su conjunto. Rubro en el que se destaca también, la aportación de la labor en los Centros Gerontológicos y Casas Hogar en la formación de especialistas y la generación de conocimiento especializado.

### **Antecedentes**

Recopilación de eventos a partir de los cuales se evidencia la necesidad de la intervención institucional y en su caso, el redireccionamiento de la misma.

### **Población Motivo de Intervención**

Identificación del sector poblacional al cual se dirigen los servicios en los Centros Gerontológicos y Casas Hogar, destacándose: edad y situación de vulnerabilidad que comparten.

En este apartado, se presentan tanto de manera esquemática como descriptiva, factores que suelen encontrarse asociados con la situación de vulnerabilidad en la población adulta mayor motivo de intervención, ya sea como detonantes de dicha situación o como condiciones derivadas de ésta. Asimismo, es posible identificar características relacionadas con la propia etapa de vida.

En tal sentido, en este apartado se identifican todos aquellos elementos a considerar para el planteamiento de la intervención.

### **Marco Normativo**

Enunciación de los ordenamientos jurídicos que enmarcan la labor institucional, representándose en este Principio las facultades y atribuciones del Sistema Nacional DIF para atender a las Personas mayores, llevar a cabo acciones con sus familias o redes de apoyo y para, contribuir en la formación de especialistas y la generación de conocimiento en materia de gerontología y geriatría.

### **Marco Conceptual**

Ejes temáticos mínimos a considerar para comprender tanto la situación de vulnerabilidad de la Población Motivo de Intervención como, las acciones institucionales propuestas para llevar a cabo un cambio favorable entre dicho sector.

### **Acciones Sustantivas**

Título en el que se reflejan las acciones que se llevan con y para la atención de las Personas mayores y sus redes de apoyo (familiares o sociales); para la operación de los propios Centros Gerontológicos y Casas Hogar, así como la formación continua de las personas colaboradoras y la gestión del conocimiento especializado. En este apartado, es posible encontrar así, los resultados esperados en el corto y mediano plazo (Objetivos del Modelo), las personas involucradas en cada una de las Acciones Sustantivas, así como los instrumentos que se requerirán en el día a día.

### **Seguimiento y evaluación del Modelo**

Finalmente y como cierre de los elementos esenciales que caracterizan a un Modelo, se encuentra la presentación de elementos guía para identificar la medida en que se han logrado los resultados esperados en el corto y mediano plazo. De la misma manera que en la descripción de las Acciones Sustantivas, en el seguimiento y evaluación es posible identificar a las personas colaboradoras

involucradas, formatos e instrumentos requeridos y meta estimada entre otros criterios a tomar en cuenta.



## ESQUEMA DEL MODELO

A fin de proporcionar a la persona lectora una visión general sobre la temática central del Modelo y la forma en que operan los servicios en los Centros Gerontológicos y las Casas Hogar para Personas mayores, en este apartado se presenta de manera sintetizada y gráfica los siguientes elementos:

La **Población Motivo de Intervención**, es decir, el sector poblacional al cual se enfocan las acciones de Asistencia Social y que, además de encontrarse en un mismo rango etario, se caracteriza por compartir una determinada situación de vulnerabilidad.

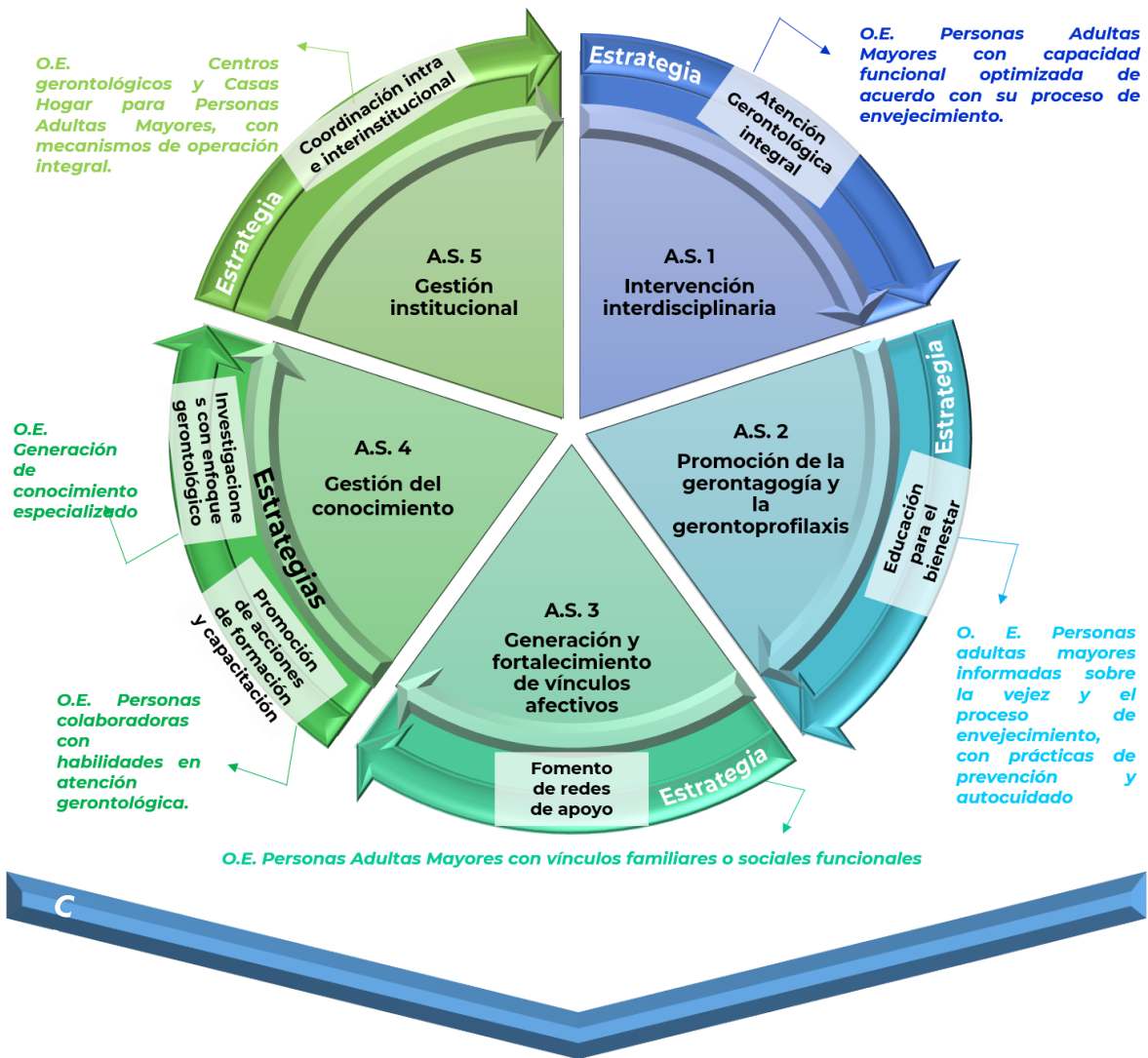
El **Objetivo General del Modelo**, enfatizándose en éste, el cambio esperado en la Población Motivo de Intervención, de acuerdo con la situación de vulnerabilidad identificada y a través de las Acciones Sustantivas que caracterizan la oferta institucional.

Las **Acciones Sustantivas del Modelo (A.S.)**, entendiéndose por éstas, a los conjuntos de actividades que, agrupadas con base en su naturaleza y fin, representan las labores institucionales esenciales a través de las cuales se busca el logro de metas a corto plazo (**Objetivos Específicos –O.E.–**), ya sea con la finalidad de contribuir al cambio esperado en la Población Motivo de Intervención (**Objetivo General del Modelo –O.G.–**) o, con la finalidad de hacer posible la propia operación de los Centros y Casas Hogar.

Las **Estrategias**, que se traducen en los planes de acción que a juicio de quienes dinamizan el Modelo, resultan pertinentes y efectivos para lograr el cumplimiento de la condición establecida en cada uno de los Objetivos Específicos del Modelo, mismos para los que cabe señalar, cada uno de éstos se encuentra alineado a una Acción Sustantiva en particular.

El esquema se lee de arriba hacia abajo y en el sentido de las manecillas del reloj, de forma tal que, en la parte superior es posible observar a la Población Motivo de Intervención; al centro del gráfico las cinco Acciones Sustantivas, identificándose para cada una de éstas la o las Estrategias a través de las cuales se dinamiza la intervención y, el o los Objetivos Específicos a promoverse con cada Acción Sustantiva. El resultado de la articulación de los elementos referidos tiene como propósito promover un cambio determinado en la Población Motivo de Intervención, señalándose ello en la parte inferior del esquema como: Objetivo General del Modelo.

**Población Motivo de Intervención:** Personas mayores de 60 años y más que por sus condiciones físicas, jurídicas, económicas o sociales, requieren de servicios de Asistencia Social para su plena integración al bienestar.



Personas mayores de 60 años y más, integradas al bienestar y con mejor calidad de vida, a través de mecanismos de protección y de atención que permitan conservar o mejorar en lo posible su capacidad intrínseca y favorezcan su autonomía, independencia y participación en la sociedad.

## JUSTIFICACIÓN

El presente Modelo de Asistencia Social se sustenta en la experiencia institucional que, como se revisará en el siguiente apartado data de más de 40 años de atención directa a población adulta mayor, periodo en el que si bien la intervención se ha documentado a través de los años en diferentes momentos clave; hoy en día se recupera la incorporación de actualizaciones que responden a demandas vigentes y específicas entre las Personas mayores, su entorno familiar o social inmediato, así como, en los propios Centros Gerontológicos, Casas Hogar y el personal que labora en y para éstos.

Con lo escrito en el presente Modelo, se pretende no únicamente mostrar información que brinde un contexto histórico institucional, sino que, de manera interna, proporcione pautas para homologar los servicios en los cuatro Centros de Asistencia Social dirigidos a Personas Adultas Mayor, bajo parámetros de actuación en los que se consideren los enfoques de Derechos Humanos, Interculturalidad y Tercera edad, así como la Perspectiva de Género. Modelo que estructurado a partir de dichos puntos, se convierte también en referente para la atención de la población adulta mayor en instancias afines a la Asistencia Social. Esto es, un referente para ser replicado parcial o totalmente a nivel nacional por instancias públicas, privadas o de la sociedad civil.

Lo anterior, con base en el hecho de que el Sistema Nacional DIF como ente rector de la Asistencia Social plantea en su Estatuto Orgánico "... promover el desarrollo, implementación y evaluación de Modelos de Intervención que permitan la estandarización y mejora de los servicios que presta el Organismo"...<sup>3</sup>. En las subsecuentes páginas se plantea, en tal sentido, la necesidad de contar con un Modelo en el que se propongan elementos a partir de los cuales contribuir al bienestar económico y social de la población adulta mayor, así como se establezcan prácticas en el ámbito de la salud que favorezcan la conservación de la capacidad funcional y la realización de intervenciones a través de las cuales se fomente su inclusión en la comunidad; presentando en su conjunto, una propuesta con mecanismos mediante los cuales se garantice la calidad de vida entre el sector de Personas mayores en situación de vulnerabilidad.

En concordancia, cabe destacar que la esperanza de vida ha aumentado casi 28 años entre 1950 y 2017, lo que ha ocasionado un aumento en la proporción de Personas mayores que residen en el país, proyectándose que para 2050 serán

---

<sup>3</sup> Estatuto Orgánico del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, modificación publicada el 5 de diciembre de 2019.

poco más de 33 millones; <sup>4</sup> es decir, en aproximadamente 100 años habrá aumentado casi 26 veces el número de personas en dicho sector poblacional<sup>5</sup>.

De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2020, en México residían 15.1 millones de personas de 60 años o más que representan el 12% de la población total, de los cuales 2.4 millones de Personas mayores no saben leer, ni escribir, lo que equivale al 16% de la población total de este grupo de edad <sup>6</sup>, siendo importante considerar que el nivel de escolaridad favorece el acceso al mundo laboral formal, lo que representa la posibilidad de mejores condiciones económicas durante la vejez, una de las situaciones a considerar cuando se habla de vulnerabilidad. En este contexto, se suma también el debilitamiento de los lazos familiares, fuente primaria de apoyo y reciprocidad, escenario ante el cual en el Modelo se plantea la importancia del fortalecimiento de las redes familiares o sociales como provisoras de apoyo material y económico, pero, sobre todo, como redes proveedoras de afectividad y cuidado durante la vejez.

Específicamente en cuanto al aspecto económico, cabe hacer mención que la desigualdad y la pobreza en México propician circunstancias que dificultan el bienestar personal y social, aspectos que en el largo plazo pueden reflejarse en un proceso de envejecimiento poco saludable; rubro desde el cual el presente Modelo cobra especial **relevancia social** al ofrecer espacios para la protección física y mental de un sector que puede encontrarse vulnerable tanto, por las condiciones económicas externas que le rodean como, por las circunstancias propias de este periodo de la vida.

Ahora bien, ante las problemáticas previamente descritas resulta evidente que el SNDIF enfrenta distintos retos en la atención e intervención dirigidas a la población adulta mayor, situaciones que implican la incorporación de servicios especializados para la promoción de su bienestar y entre las que pueden encontrarse: el envejecimiento acelerado de la población, la dependencia e incapacidad física y emocional entre las Personas mayores para enfrentar sus propias carencias, la pérdida del patrimonio e, incluso, la pérdida de la vivienda.

---

<sup>4</sup> Encuesta Nacional sobre discriminación 2017.

<sup>5</sup> CONAPO [Consejo Nacional de Población] (2018). Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas, 2016–2050. Documentos, infografías y bases de datos. Gobierno de México, 14 de septiembre. Recuperado CONAPRED [Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación] (2011), Encuesta Nacional

<sup>6</sup> INEGI. Censo de Población y Vivienda 2020. Consulta interactiva de datos. Cuestionario Básico. SNIEG. Información de Interés Nacional.

Conforme a lo anterior, la **pertinencia** de contar con el Modelo radica en:

1. Enfatizar las intervenciones tomando en cuenta las necesidades y características de la población adulta mayor y su entorno inmediato,
2. Definir mecanismos a partir de los cuales dar continuidad a una intervención gerontológica fortalecida,
3. Promover la profesionalización del personal que dinamiza el Modelo, e
4. Impulsar una cultura del envejecimiento saludable

Contexto en el que los puntos previamente citados, contribuyen a la delimitación de estructuras de operación y responsabilidades entre las personas involucradas en la intervención; condiciones que se traducen en **implicaciones prácticas** tales como: facilitar la toma de decisiones, promover a las personas colaboradoras del Modelo y llevar a cabo la revisión regulatoria permanente de las atribuciones y facultades institucionales para la intervención.

La **conveniencia** de contar con el *Modelo de Intervención Gerontológica* se centra así en que simplifica las estrategias para dar respuesta oportuna a las diferentes situaciones que colocan a la población adulta mayor en estado de vulnerabilidad; mejora la operatividad mediante la agilización de líneas de acción y facilita la gestión de los elementos técnicos, administrativos y financieros.

Con esta propuesta se espera a su vez, inspirar la **generación de conocimiento** a partir de la evidencia obtenida a lo largo de décadas de experiencia institucional, así como plantear recomendaciones para afrontar la complejidad del panorama del envejecimiento, avanzando así hacia la consecución de nuevos objetivos.

Finalmente, entre algunas de las circunstancias a considerar para la operación del Modelo y su fortalecimiento se encuentran:

- Especialización del personal de manera continua y con base en requerimientos de la población.
- Revisión y adecuación permanente de los recursos materiales y tecnológicos, así como de la infraestructura requerida para la intervención oportuna a las Personas mayores.
- Identificación de mejoras y presupuestación de las mismas de manera periódica.
- Seguimiento del cumplimiento de los objetivos para favorecer la mejora y continuidad del Modelo.

## ANTECEDENTES

### *Marco histórico de referencia de los Centros Gerontológicos y Casas Hogar para Personas mayores*

En materia de acciones de Asistencia Social dirigidas a población adulta mayor, cabe destacar que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF), aunado a su labor de coordinar el Sistema Nacional de Asistencia Social Pública y Privada, opera entre otros Centros de Asistencia Social (CAS), dos Centros Gerontológicos y dos Casas Hogar dirigidas a dicho sector, espacios desde los cuales procura el pleno ejercicio de Derechos entre las Personas mayores (PAM); es a través de las experiencias obtenidas en su conjunto que hoy en día resulta necesario actualizar el planteamiento de la intervención y documentarla en el presente Modelo de Intervención.

En la actualidad, los Centros Gerontológicos y Casas Hogar operan bajo una misma Dirección, área desde se establecen los planes generales de actuación de acuerdo con los lineamientos que los diferencian, toda vez que los primeros cuentan con profesionales como Médicos Geriatras, Psiquiatras, Odontólogos, Trabajadores Sociales, así como acciones de formación de especialistas e investigación.

En el contexto anterior, cabe señalar la evolución de la que han sido objeto los servicios otorgados en los Centros y Casas Hogar para llegar a la oferta vigente, sentido en el que a continuación se destacan los eventos que han trascendido a lo largo de la operación de los mismos.

La intervención en Centros de Asistencia Social dirigidos a Personas mayores por parte del SNDIF se remonta al año de **1982**, periodo en el que por Decreto Presidencial la Asistencia Social en México es responsabilidad de este Organismo y, la **Casa Hogar para Ancianos “Arturo Mundet”** y la **Casa Hogar para Ancianos “Vicente García Torres”**, se integran al Sistema Nacional DIF, sectorizándose de esta manera a la Secretaría de Salud.

Previo a la sectorización, la Casa Hogar para Ancianos “Vicente García Torres” fue inaugurada en 1919 bajo la denominación “Asilo de ancianos”, con domicilio en la calle San Salvador el Verde en la Ciudad de México. En 1934, derivado de la donación de la hacienda denominada “Torre Blanca” ubicada en Tacuba, por parte del Señor Vicente García Torres, la Casa se traslada a dicha ubicación y toma

el nombre de su benefactor, siendo la fecha en que abre sus puertas en esta nueva ubicación el 28 de noviembre de ese mismo año.

La sectorización, en ambos casos, implicó importantes transformaciones tanto en el aspecto físico-funcional, como en el organizacional y la prestación de servicios; lo que significó modificar su operación e iniciar de esta manera con la conformación de un **Modelo de Atención Multidisciplinario**.

A la labor en los Centros de Asistencia previamente referidos, se sumaron la **Casa Hogar “Olga Tamayo”** con domicilio en **Cuernavaca, Morelos**, en el año de **1986** y la **Casa Hogar “Los Tamayo”** localizada en **Oaxaca de Juárez, Oaxaca**, en el año de **1991**. Ambas Casas, son parte del legado del pintor mexicano Rufino Tamayo, quien dona a DIF Nacional los inmuebles, con la encomienda de ser destinados a la atención de Personas mayores.

En el año de **1987**, el esquema de Atención Multidisciplinaria al interior de las Casas Hogar fue enriquecido con los **programas de extensión a la comunidad**, mismos a través de los cuales se atendía a población adulta mayor no institucionalizada y se otorgaba orientación a familiares y responsables de las Personas mayores, enfatizándose en aspectos tales como características biopsicosociales del envejecimiento.

Con los programas referidos previamente, además de fortalecerse los servicios otorgados al interior de los Centros de Asistencia Social, se benefició a la población adulta mayor con posibilidades de continuar en su núcleo familiar, pues aun permaneciendo en éste, se le facilita el acceso a los servicios especializados que proporciona el Sistema Nacional DIF en dichos Centros.

Las acciones a partir de las cuales se definieron los programas de extensión a la comunidad se conocieron como: Programa de Atención de Día; Escuela para hijos y Consulta externa.

En marzo de **1996**, las Casas Hogar “Vicente García Torres” y “Arturo Mundet”, ambas ubicadas en la Ciudad de México, llevaron a cabo quizá uno de los primeros esfuerzos institucionales por documentar su labor en un **Modelo de Atención Gerontológica**, impulso enfocado principalmente en la recuperación de causas de ingreso y egreso de las Personas mayores, así como en las etapas de la atención: ingreso, inducción, atención y egreso. Modelo en el que además de hacerse referencia a los Programas de extensión específicos (Atención de día; Atención Gerontológica a Domicilio; Consulta Externa Gerontológica y Escuela para Hijos), se citaba a su vez, la atención a través del Modelo de convivencia y el Modelo personalizado (Proyecto de Vida)

Por otra parte, con el incremento en la esperanza de vida y la incidencia de síndromes geriátricos derivado de ello, aumentó también la **demanda de especialistas**, escenario en el que el Sistema Nacional DIF inició en el año de **1990** con la **formación de especialistas en Geriatría** en la **Casa Hogar para Ancianos “Vicente García Torres”**; acción retomada en el año **2002** en la **Casa Hogar para Ancianos “Arturo Mundet”** y vigente únicamente en esta última.

Es importante mencionar que el incremento de la esperanza de vida y de la incidencia de los síndromes geriátricos han aumentado la demanda de especialistas, por lo que el Sistema Nacional DIF inicia en **1990** la formación de especialistas en Geriatría en la Casa Hogar para Ancianos “Vicente García Torres”, acción que fue retomada en el **2002** en la Casa Hogar para Ancianos “Arturo Mundet” y que continúa realizándose únicamente en esta última.

En ese mismo año **2002**, conforme al acuerdo de la Junta de Gobierno y tomando en cuenta el incremento demográfico en la población adulta mayor (debido al aumento de la esperanza de vida y las nuevas patologías en este grupo de edad en México), el Sistema Nacional DIF fortaleció el quehacer en las dos Casas Hogar para Ancianos del entonces Distrito Federal, reorientación que se reflejó en una atención integral acorde a las actualizaciones médicas y gerontológicas; en la generación de investigaciones multidisciplinarias en relación con la Persona mayor; en la capacitación a los DIF Estatales, Municipales, Organizaciones de la Sociedad Civil y con las Familias, así como en promover la formación de cuidadores primarios y de especialistas en Geriatría y Gerontología. La renovada oferta institucional hizo a las Casas Hogar citadas merecedoras de la Certificación de sus servicios, reconociéndose desde ese momento como **Centros Nacionales Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Gerontológica (CNMAICG) “Arturo Mundet” y “Vicente García Torres”**, con el fin de otorgar atención integral acorde a las actualizaciones médicas y gerontológicas, generar investigación multidisciplinaria en relación con el adulto mayor, brindar capacitación a los DIF Estatales, Municipales, Organismos de la Sociedad Civil y familias, así como promover la formación de cuidadores primarios y de especialistas en Geriatría y Gerontología.

En el año **2003**, con una visión de servicios renovados, en el **CNMAICG “Arturo Mundet”** se desarrolla el **Modelo de Atención Gerontológica**; documento en el que se definió como objetivo general *“ofrecer con calidad y calidez la protección física, mental y social a personas mayores de 60 años en estado de desamparo o desventaja, al proporcionarles los servicios de alojamiento, alimentación, vestido, atención médica, rehabilitación y trabajo social, así como actividades ocupacionales, recreativas y culturales”*; mientras que para el adulto mayor de la



comunidad, la atención integral estaba orientada en retrasar o evitar su institucionalización. En ambos grupos, el propósito estaba direccionado a mantener y recuperar su integridad y autosuficiencia, promoviendo su desarrollo integral, demorando su deterioro y favoreciendo su integración familiar y social, garantizando su seguridad y subsistencia para una vida digna; o bien, en su caso, proporcionar los cuidados paliativos necesarios para un buen morir. Cabe mencionar que dicho Modelo no fue difundido en los demás Centros gerontológicos y Casas hogar, por lo que solamente fue una experiencia local.

En consecuencia, de la renovada perspectiva de calidad que se hizo evidente en el Sistema Nacional DIF, el Organismo como rector de las políticas públicas en Asistencia Social enfatizó el hecho de velar porque todo servicio dirigido a la población vulnerable y en este caso específico, dirigido a Personas mayores, se llevara a cabo bajo estándares de calidad que favorecieran a su vez, la réplica de acciones consideradas como eficaces.

Con la implementación del Modelo de Calidad INTRAGOB y las acciones correspondientes a Trámites y Servicios de Alto Impacto Ciudadano (TySAIC) en lo relativo a la solicitud de atención e ingreso de las Personas mayores, se dio pauta a la elaboración de **Manuales de Organización** en los que se definieron responsabilidades y funciones para cada área; documentos que resultaron clave para orientar al personal tanto de las Casas Hogar “Olga Tamayo” y “Los Tamayo”, como de los recién denominados Centros Nacionales Modelos de Atención Investigación y Capacitación Gerontológica del Distrito Federal (en adelante, Centros Gerontológicos). Ahora bien, cabe señalar que con respecto a la labor cotidiana en los Centros de Asistencia Social, la Dirección de cada uno de éstos en colaboración con la Coordinación Técnica, reforzó la asignación de funciones con base en la Estructura Orgánica vigente para el año **2005**.

En el año **2006**, el CNMAICG “Arturo Mundet” obtuvo la Certificación en ISO 9001-2000 en los procesos de: Atención a población albergada, Atención de Día, Consulta Externa, Escuela para Hijos y Formación de recursos humanos.

La vigencia de dicha Certificación implicó el llevar a cabo tres auditorías, una para la obtención propiamente de la Certificación y dos más de vigilancia, logrando así el mantener el dicho reconocimiento durante tres años. Institucionalmente, el proceso robusteció con auditorías internas cuya intención se focalizó en verificar que el Sistema de Gestión de Calidad continuara en marcha, haciéndose necesario evaluar la operación a través de indicadores creados para este fin en reuniones de revisión directiva.

El Sistema de Gestión de Calidad estaba en proceso de cambiar a indicadores; cuando por necesidades administrativas en el Sistema Nacional DIF, se determinó no dar continuidad a las modificaciones programadas.

Para el año **2007**, personal estratégico y operativo de los dos Centros Gerontológicos y las dos Casas Hogar, se reúnen para desarrollar en conjunto una propuesta que refleje una visión homologada sobre los servicios a proporcionar a la población adulta mayor, de dicho esfuerzo resulta el **Modelo de Atención Integral al Adulto Mayor Albergado en Casas Hogar y Centros Gerontológicos** en el Sistema Nacional DIF, documento bajo la asesoría de la Dirección General de Profesionalización de la Asistencia Social (DGPAS) y la coordinación de la entonces Dirección General de Rehabilitación y Asistencia Social (DGRAS), esta última actualmente reconocida como Dirección General de Integración Social (DGIS)

El Modelo referido, fue creado con la finalidad de difundir nuevas propuestas de planes de trabajo interdisciplinario, evidenciándose la relevancia de la alineación al marco normativo institucional y visualizándose como objetivo general del documento:

*“Ofrecer con calidad y sentido humano, la protección física, mental y social a personas de 60 años y más en estado de desamparo y/o abandono, a través de proporcionarles servicios de alojamiento, alimentación, vestido, atención médica, atención psicológica y de trabajo social, así como actividades ocupacionales, educativas, recreativas y culturales, para favorecer su bienestar con cuidados paliativos y tanatológicos orientados a conservar su calidad de vida.”<sup>7</sup>*

En el año **2009**, se desarrolló un Proyecto denominado **“Propuesta de Mejora para Centros Gerontológicos”** el cual, si bien se implementó únicamente en la Casa Hogar “Olga Tamayo”, se retoma para el desarrollo del Modelo vigente.

En el año **2012**, se lleva a cabo la actualización del Modelo desarrollado en el año 2007, incorporándose a éste una visión en la que se enfatiza en la relevancia de los cuidados paliativos y tanatológicos orientados a conservar la calidad de vida o, en su caso, para un buen morir. Asimismo, se pondera la capacitación e investigación como actividades complementarias para fortalecer la atención gerontológica. El Modelo resultado de dicho proceso de actualización es reconocido entonces como: **“Modelo de Atención Integral a Personas mayores**

---

<sup>7</sup>Modelo: “Atención integral al Adulto Mayor albergado en Casas Hogar y Centros Gerontológicos en el Sistema Nacional DIF”, Dirección de Asistencia Social, SNDIF, agosto 2007, p.29.

**residentes de Centros Nacionales Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Gerontológicos y Casas Hogar para Ancianos del Sistema Nacional DIF”** y en éste se reconoce como objetivo general:

*“Proporcionar atención integral a la Persona mayor, con el fin de contribuir a su bienestar, conservando su funcionalidad y autonomía y retardando la comorbilidad y el deterioro, mediante la implementación de programas y servicios integrales, orientados a promover su autocuidado, coadyuvando en el desarrollo de su sentido de vida y/o a su bien morir.”*

De este esfuerzo realizado de manera conjunta mediante la colaboración de personal de los Cuatro Centros de Asistencia Social y de la Dirección General a la cual están adscritos éstos, destacó el hecho de recuperar propuestas acordes a las necesidades de su tiempo, tomando en cuenta la experiencia del Sistema Nacional DIF a lo largo de los años de atención directa a población y el conocimiento documentado a través de diferentes esfuerzos a los que quizás no se les dio la continuidad esperada.

En el contexto de un Plan Nacional de Desarrollo 2013 – 2018 y en específico en la meta identificada como México Incluyente, se considera necesario replantear la intervención para, en forma prospectiva, homologar el Modelo de Atención y direccionar las acciones para diseñar una propuesta acotada a una perspectiva del **envejecimiento activo** hacia la población de adultos mayores, por lo que conforma un equipo interdisciplinario conformado por personal de la Dirección General de Integración Social, de los dos Centros Gerontológicos y de las dos Casas Hogar para Ancianos, contando con la asesoría de la Dirección General de Profesionalización de la Asistencia Social, durante el periodo 2013 - 2014 se documenta la intervención bajo el nombre de **“Modelo de Intervención Gerontológica”**.

Finalmente, si bien a lo largo del presente apartado se ha destacado la evolución de los servicios otorgados a la población adulta mayor por el Sistema Nacional DIF a través de sus cuatro Centros de Asistencia Social dirigidos a dicho sector, cabe hacer mención también, de la labor realizada en torno a la generación de publicaciones entre las que destacan el Manual de Alimentación para el Adulto Mayor, en conjunto con el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”; el cuadernillo “El Buen Comer”, la Guía de Alimentación Balanceada para el Adulto Mayor y el Manual de Estancias de Día, entre otros documentos importantes, esfuerzos institucionales a los que se suman también las acciones encaminadas a la formación de especialistas entre las que se encuentran:

**1984, 1985, 1986 y 1987** *Seminarios de Asistencia Social para el Anciano.* Eventos caracterizados por tratarse de intercambios interinstitucionales en el ámbito de la Asistencia Social.

**2001** *Primer Encuentro Nacional de Atención Integral a las Personas mayores.* Evento en el que se convocó a los Sistemas Estatales DIF y cuyos objetivos se centraron en:

- Recuperar los servicios y programas de cada entidad.
- Dar capacitación gerontológica.
- Establecer la continuidad de las reuniones de trabajo con los DIF Estatales.

**2001** *Primera Reunión Nacional de Trabajo en Xalapa Veracruz,* encuentro realizado para elaborar el *Programa Nacional de Atención Integral para las Personas mayores del DIF Nacional.*

**2002** Encuentros Nacionales caracterizados por el trabajo en torno a la  
–  
**2005** continuidad del Programa Nacional Gerontológico del DIF:

- Diversos *Encuentros Nacionales* con sede en la Ciudad de México.
- *4to Encuentro Nacional* con sede en Coahuila. Destacando por ser la apertura de la capacitación a personas que atienden a las Personas mayores.
- *5to Encuentro Nacional* en Guanajuato, Gto. Evento en el cual se llevó a cabo la suscripción del Programa Nacional Gerontológico DIF, mismo en el que se sumaban las voluntades y disposición de las 31 entidades y el DIF D.F., con la finalidad de homologar programas, brindar capacitación, fortalecer programas de extensión a la comunidad, presentar el directorio de Casas hogar y Estancias de día, promover la formación de especialistas, así como sensibilizar y difundir prácticas sobre la rehabilitación e integración de las Personas mayores en la comunidad y la familia
- *Curso de auto cuidado*, destacado por la incorporación de ponentes extranjeros.

**2005** Congreso Internacional de Geronto-geriatría

**2006** 3er Congreso Internacional de Gerontología  
VI Encuentro Nacional en Boca del Río, Veracruz, destacado por la participación de los 31 Sistemas DIF Estatales y el DIF D.F., así

como 310 DIF Municipales, Organismos de la Sociedad Civil y un grupo representativo de Personas mayores.

Primer Curso de Cuidadores Primarios avalado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Secretaría de Salud.

Los eventos y reuniones tanto de tipo académico como de intercambio de experiencias han servido para enriquecer la operación, introduciendo acciones de mejora en la práctica y dejando ver la necesidad de homologar criterios de atención, establecer estrategias claras de intervención, así como definir indicadores que permitan visualizar los resultados obtenidos.

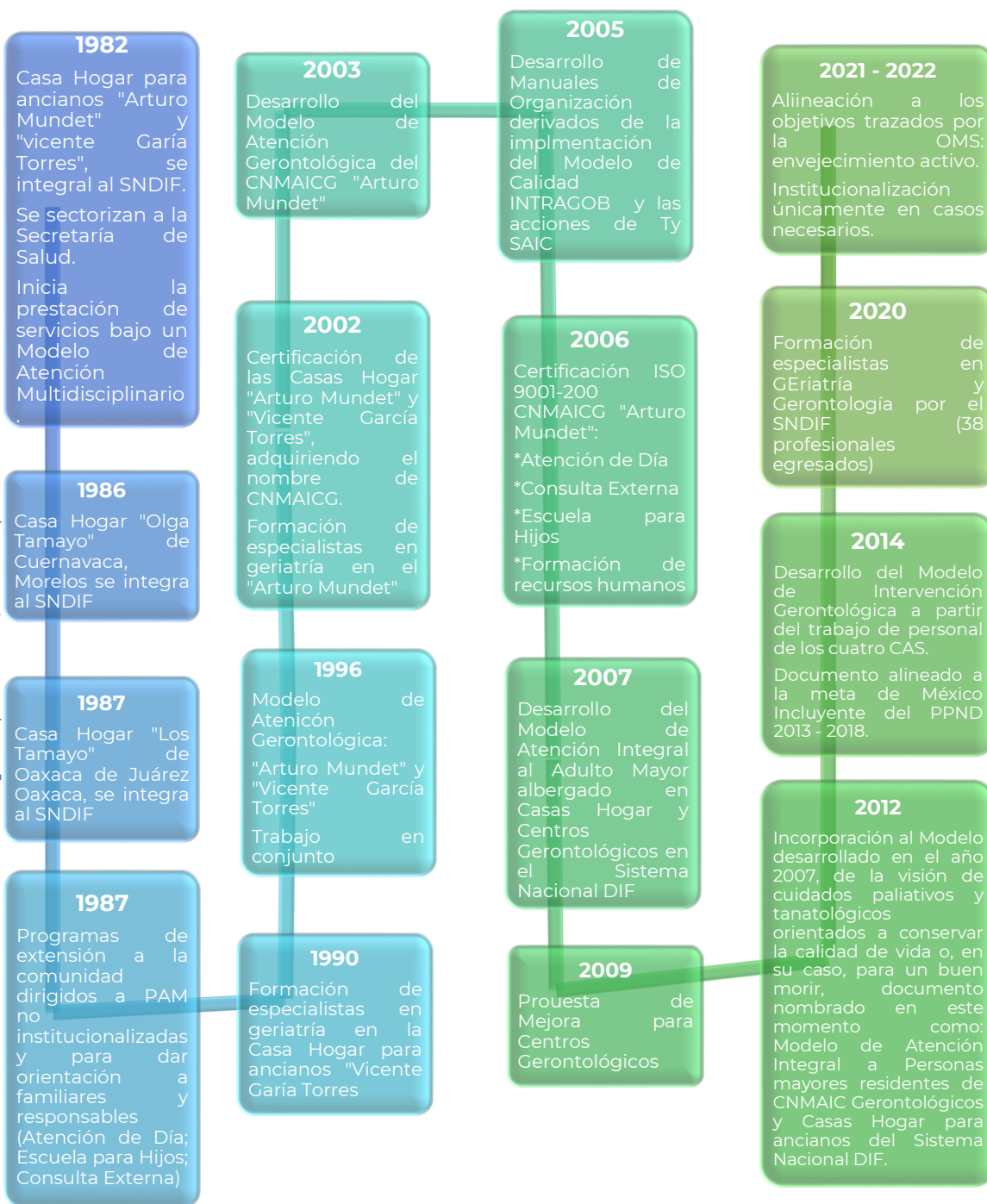
El interés de continuar promoviendo la formación de especialistas en Geriatria y Gerontología por el Sistema Nacional DIF se continuó hasta el año **2020** con un total de 38 profesionales egresados.

La experiencia institucional acumulada a través de la labor en los Centros Gerontológicos y Casas Hogar, ha permitido visualizar que la institucionalización debe considerarse solamente como una alternativa en casos necesarios, como la situación física, social o económica de la Población Motivo de Intervención del presente Modelo. Hoy en día, con la alineación del trabajo del SNDIF a los objetivos trazados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) con respecto al **envejecimiento activo**, se pretende que la implementación del **Modelo de Intervención Gerontológica para el Bienestar**, impulse el que la Persona mayor ejerza el empoderamiento en la autoayuda y la autogestión para una vejez participativa y productiva.

Tales acciones se vieron reflejadas en la atención de las personas mayores vulnerable durante la pandemia por SARS CoV 2 (COVID 19), ya que de no haber existido la atención en los Centros Gerontológico y Casas Hogar, el panorama pudo haber sido más catastrófico para la población adulta mayor.

## Línea del tiempo

Legado del pintor mexicano, Rufino Tamayo



## POBLACIÓN MOTIVO DE INTERVENCIÓN

Los programas de cuidado a largo plazo para Personas mayores surgen de la necesidad de contar con espacios que brinden protección y atención continua para dicho sector poblacional, por lo que el Gobierno Federal contribuye, a través de los Centros Gerontológicos y las Casas Hogar del SNDIF, con alternativas para las personas y sus familias que requieren de estos servicios.

El conocimiento de las características que comparten las Personas mayores que se atienden en dichos Centros Gerontológicos y Casas Hogar, permite que el SNDIF brinde protección física y atención integral para promover entre las Personas mayores, la oportunidad de mantener en un estado lo más óptimo posible su capacidad funcional y calidad de vida; por lo que resulta especialmente relevante delimitar la población a la cual se dirige el Modelo de Intervención Gerontológica para el Bienestar (MIGE):

***Personas mayores de 60 años y más que, por sus condiciones físicas, jurídicas, económicas o sociales, requieran de servicios de asistencia social, para su plena integración al bienestar***

## Esquema de la Población Motivo de Intervención (PMI)

El esquema se aborda en sentido de abajo hacia arriba, encontrando en la parte inferior (raíces) las causas que explican la situación de vulnerabilidad entre la Población Motivo de Intervención (la cual se observa en el centro(tronco)); y en la parte superior (follaje) se señalan los efectos o características, mismas que, si bien no se presentan en su totalidad en cada una de las Personas mayores atendidas en los Centros Gerontológicos y Casas Hogar, es posible encontrar al menos una de ellas.





## Descripción de las causas de la situación de vulnerabilidad

A continuación, se describen las causas identificadas y relacionadas con la situación de vulnerabilidad, las cuales fueron agrupadas en dos secciones: socio-económicas y familiares.

### Factores sociales y económicos

De acuerdo con el estudio “Pobreza y personas mayores en México”, publicado por el CONEVAL (2019), en la población de 65 años y más se observa mayor incidencia de vulnerabilidad por efecto de los ingresos económicos, en comparación que por carencias sociales, por lo que en este rubro se consideraron aquellas situaciones del contexto social y económico que han colocado a las personas mayores y a sus familias en condiciones de precariedad o desprotección, entre las cuales se encuentran las siguientes:

#### a) Baja o nula escolaridad

La escolaridad está ligada con diversos aspectos del desarrollo de las personas; entre otras, el acceso a empleos formales, el cuidado de sí mismo y la formulación de un proyecto de vida; por lo que un bajo nivel educativo puede estar relacionado probablemente con menor capacidad de autocuidado, con oportunidades reducidas de empleo formal y por ende con una escasa planeación para la vejez. En México, el 40% de las personas de 65 años o más que presentan rezago educativo, no saben leer ni escribir.<sup>8</sup>

#### b) Falta de oportunidades laborales

Cerca del 60% de las personas mayores de 65 años o más, trabaja en un negocio o alguna actividad por su cuenta, al considerar que en un trabajo independiente pueden poner en práctica los conocimientos y habilidades aprendidas durante su trayectoria laboral; además de que los empleadores prefieren a personas más jóvenes para desempeñar los puestos disponibles.<sup>9</sup>

Ambas condiciones favorecen la inserción laboral de las personas mayores en empleos temporales con pocas o nulas prestaciones, con carencia de servicios médicos y acceso a préstamos, créditos y pensiones.

#### c) Hogares en situación de pobreza

Las personas mayores están expuestas al riesgo de encontrarse en situación de pobreza al igual que otros sectores poblacionales sin embargo, otros factores como la nulidad de oportunidades para emplearse, el retiro o jubilación del

---

<sup>8</sup> (CONEVAL, 2019).

<sup>9</sup> (CEPAL, 2018)

mercado laboral, el deterioro de sus condiciones de salud, la disminución de la capacidad física y el limitado nivel educativo pueden tener un impacto negativo en su ingreso. En el periodo comprendido entre los años 2008 y 2018, se observó una disminución de 4 puntos porcentuales (de 45% a 41%) de la incidencia de pobreza en la población de 65 años o más; sin embargo, esta cifra tenía muy poca diferencia en comparación con el resto de la población (42%).<sup>10</sup>

#### d) Acceso limitado a servicios de salud y seguridad social

Si bien en la actualidad la mayoría de las personas mayores cuentan con seguridad social, en gran medida por programas de pensión no contributiva (30%) y por acceso directo (20%), el 17% de este grupo poblacional carece de dicho beneficio. Por otro lado, cerca del 10% de las personas de 65 años y más carece de acceso a los servicios de salud.<sup>11</sup>

Lo anterior está determinado por condicionantes del sistema de salud como los siguientes:

- Escasa disponibilidad de los Servicios de salud.
- Unidades carentes de adaptación a las necesidades de esta población.
- Personas mayores que a pesar de ser beneficiarios de la seguridad social, no cuenta con recursos económicos suficientes para solventar los costos de traslado e incluso tienen problemas de movilidad y requieren de ayudas especiales debido al deterioro de sus condiciones de salud.

#### Factores familiares:

La familia considerada como un sistema o unidad ambiental, otorga un sentimiento de pertenencia y en esta se desempeñan dos tareas esenciales: apoya el desarrollo del individuo y proporciona un sentimiento de pertenencia constructiva. También es en ella donde se obtienen los recursos y elementos indispensables para enfrentar el mundo exterior en toda su complejidad.

Esta sección aborda aquellos aspectos que forman parte de la historia familiar de las personas mayores:

#### a) Redes sociales insuficientes y carencia de vínculos afectivos

Es común en la sociedad mexicana depositar la confianza en terceros para cuidar de alguien. En el caso de las personas mayores, el cuidado suele encargarse a otro

---

<sup>10</sup> (CONEVAL, 2019).

<sup>11</sup> (ídem)

miembro de la familia y principalmente recae en las mujeres con algún lazo cercano (vecinas, amigas, comadres).

Sin embargo, tras el paso de los años las personas mayores experimentan pérdidas sociales, entre las cuales se cuentan familiares, amistades, vecinos, compañeros de trabajo, lo que en su conjunto se asocia con una disminución significativa de personas capaces de brindar apoyo o cuidados adecuados.

#### b) Falla en la capacidad familiar para brindar cuidado

El proceso de envejecimiento y la vejez ofrecen escenarios complejos que, a su vez, son poco comprendidos por la familia, generando en consecuencia dificultad para proporcionar los cuidados adecuados a las personas mayores y un impacto negativo en la salud, en el estado emocional y la falta de interés e involucramiento en actividades sociales.

La mayoría de las familias de las personas mayores que solicitan el servicio de residencia en los Centros Gerontológicos y Casas Hogar del SNDIF carecen de recursos para solventar los costos de atención que requieren; lo cual, aunado a la necesidad de salir de casa para desempeñar su trabajo, limita la posibilidad de brindar el cuidado necesario y adecuado.

#### c) Migración

También influyen fenómenos como la movilización demográfica, debido a que las familias o algunos de sus integrantes dejaron su lugar de origen para residir en grandes ciudades, con el afán de obtener mejores oportunidades que les permitiera la sobrevivencia y asegurar la satisfacción de necesidades básicas, por lo que dejaban atrás a sus grupos familiares, teniendo pocas o nulas posibilidades de regresar a su lugar de origen.

En consecuencia las personas mayores se encontraron que los lazos afectivos se habían roto, o aquellos familiares con los que más convivían habían muerto y entonces ya no eran reconocidos por las nuevas generaciones.

Aun cuando la migración es un factor de gran importancia, la intersección con el envejecimiento no ha sido suficientemente estudiada, las consecuencias de la misma ya sea interna o internacional, sobre las condiciones económicas, sociales y de salud de la población de adulta mayor ha sido poco estudiada.

También hay que considerar que el fenómeno de la migración es parte del estilo de vida en algunos estados de la República y es la gente joven quien emigra por falta de oportunidades de empleo entre otros factores, lo cual genera transformaciones en la vida familiar de aquellos que se quedan en el lugar de

origen. Se presentan problemas como la suma de responsabilidades de la manutención y cuidado de los más pequeños, de los enfermos y de los ancianos, que regularmente recae en uno de los miembros; situación que propicia el desgaste de la familia en cuanto a recursos económicos y emocionales, así como el distanciamiento de vínculos afectivos, se diluye la autoridad y se enfrascan en actitudes de desinterés, negligencia e incluso maltrato, pudiendo detonar en la desintegración familiar y el abandono de la descendencia y de las personas mayores, pues en algunos casos los integrantes de la familia que emigran rompen su afiliación con el grupo familiar y con el grupo de su comunidad, para unirse a una sociedad diferente en cuanto a costumbres, cultura y cohesión social. Por lo tanto la migración puede ser una condicionante de las causas de ingreso a los Centros Gerontológicos y Casas Hogar ante el rompimiento de redes familiares.

#### d) Abuso, violencia

Se ha observado que las personas mayores con tres o más discapacidades, síntomas emocionales, historia de hospitalización, desempleo y auto-reporte de mala salud son las más susceptibles de presentar algún tipo de abuso o violencia.

La prevalencia de abuso hacia este sector de la población en México es elevada (1 de cada 3 personas), siendo la forma más frecuente la psicológica (28%). El 58% de las personas mayores refiere que ha sufrido al menos un tipo de abuso, el 34% que ha sufrido dos tipos (la combinación más frecuente es abuso financiero y psicológico) y el 8% tres tipos o más de abuso.<sup>12</sup>

La población adulta mayor se ve obligada a aportar económicamente sus recursos provenientes de las transferencias contributivas (pensiones, jubilaciones y ahorros) así como transferencias no contributivas (ayudas económicas de los diferentes niveles de gobierno), a fin de garantizar su permanencia en el hogar, por lo que los problemas de economía familiar se tornan en un factor importante a considerar, que pueden detonar en una manipulación e incluso explotación de los bienes y recursos económicos del adulto mayor que vive con familiares y obviamente en violentar sus Derechos.

Esta situación requiere atención inmediata y especializada, para lo cual el SNDIF cuenta con Centros Gerontológicos y Casas Hogar que brindan protección física y mental, así como servicios orientados a mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

---

<sup>12</sup> (Giraldo, 2015).

## Descripción de las características frecuentes en las personas mayores que residen en centros gerontológicos y las casas hogar del SNDIF.

Dada la complejidad de la vejez y el proceso de envejecimiento es imperante que el personal de los Centros Gerontológicos y Casas Hogar, conozcan las situaciones por las que atraviesan las personas mayores, ya que estas características en su conjunto, ayudarán a establecer las acciones que generarán un cambio que permita integrarlos al bienestar y mejorar su calidad de vida.

### Efectos y/o características sociales y económicas

#### a) Trabajo informal

Si bien el trabajo informal no es privativo de las personas mayores, es en este grupo poblacional donde alcanza mayor proporción ya que más del 80% tienen un trabajo considerado como informal o se emplean por temporadas, lo que les ocasiona una inestabilidad y carecen de prestaciones socio-económicas. El mercado informal se caracteriza porque la productividad es mínima, las jornadas son largas y los ingresos bajos, elementos que conforman una situación de desventaja.

#### b) Alta demanda de servicios de salud y seguridad social

El envejecimiento de la población implica una mayor demanda de servicios de salud, debido a que en este grupo de edad se presentan las mayores tasas de morbilidad y necesidades de atención médica de toda la población, en contraposición de las restricciones en los servicios de salud para las personas mayores, debido a que regularmente por ser dependientes económicos, reciben la prestación del servicio médico por parte de los hijos y están sujetos a la permanencia en el empleo por parte de éstos, lo cual puede propiciar inestabilidad en el seguimiento de tratamientos, dotación de medicamentos y terapias rehabilitatorias, entre otros.

Cabe mencionar que las enfermedades crónico-degenerativas son de más larga duración, implican terapias y medicamentos más costosos y se asocian a periodos de hospitalización más prolongados, por lo que las oportunidades de recuperar un estado de salud adecuado y estable se limitan para las personas mayores, dado que no les es posible acceder a sistemas de seguridad social porque no son derechohabientes de ninguna institución de asistencia pública, ya sea porque carecen de empleo, no forman parte de la población pensionada o no cuentan con familiares que los puedan beneficiar con dicha prestación.

El incremento de la población en edades avanzadas representa mayor presión hacia las instituciones públicas de seguridad social, en el ámbito de la atención a la salud.

Esta transición también compromete la viabilidad de las distintas formas de apoyo familiar a la vejez, ya que es el núcleo familiar quien frecuentemente se ha hecho cargo tradicionalmente del cuidado y sostenimiento de la población en edades avanzadas.

#### c) Falta de oportunidades sociales

Se presenta debido a la cantidad mínima de centros y clubes especializados en actividades para personas mayores de acuerdo a sus intereses, capacidades y posibilidades, así como a las barreras arquitectónicas y urbanas para desplazarse en las ciudades, además de que para la administración del tiempo libre, que en esta etapa de la vida es considerable, hay pocos profesionales especializados en la atención de la población adulta mayor.

Es por ello que deben existir medidas para evitar la dependencia y prevenir la discapacidad generada por las enfermedades crónico-degenerativas que las personas mayores presentan y que merman en gran medida su calidad de vida y ocasionan grandes costos para las familias en primera instancia y para el gobierno.

### Efectos y/o características Familiares

#### a) Carencia de vivienda

Este factor puede ser el resultado de diversos componentes mencionados anteriormente en las causas como por ejemplo, la falta de un trabajo estable o bien remunerado, la pérdida de lazos familiares, la carencia de recursos económicos e incluso el abuso o violencia patrimonial, estrechamente vinculada a trasgredir los Derechos de la población adulta mayor.

Como resultado de la combinación de dichos factores, algunas personas mayores llegan a vivir en situación de calle, por lo que se vuelve necesario contar con espacios adaptados y servicios adecuados.

#### b) Aislamiento

El aislamiento es definido por la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association, 2001) como la soledad experimentada por el individuo y percibida como negativa o amenazadora e impuesta por otros.

En México, un porcentaje considerable de personas mayores viven en aislamiento, debido a factores de índole tanto social como de personalidad del adulto mayor como son:

- I. Dificultad para establecer relaciones interpersonales estrechas durante su vida lo cual lo lleva a padecer la falta de redes de soporte y apoyo significativas (familiares, amigos, etc.)
- II. Recursos personales inadecuados como falta de adaptación al cambio, baja tolerancia a la frustración, baja autoestima, miedo al rechazo.
- III. Discriminación por raza, orientación o preferencias sexuales, lengua, discapacidad, etcétera.
- IV. Falta de redes sociales por factores de migración.
- VI. Pobreza.
- VII. Alteraciones del aspecto físico o del estado mental.
- VIII. Deficiencias sensoriales, visuales, auditivas, motoras, entre otras.
- IX. Conductas socialmente no aceptadas.
- X. Cuando la familia está impedida para convivir y brindar el cuidado hacia el adulto mayor, debido a la inversión de tiempo e interés que implica por esa persona.

La importancia de que la persona mayor viva en aislamiento radica en que puede ser determinante para que se detonen enfermedades tanto físicas como mentales y cognitivas, debido a la falta de actividad y estimulación recibida, lo cual puede llevarla a un estado de deterioro, dependencia y pérdida de sus capacidades para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria, propiciando que asuma un estado de invalidez total y permanente que inclusive lo lleve a proyectar su muerte.

El aislamiento puede tener graves consecuencias en la salud al privar al adulto mayor al acceso de servicios necesarios para su sobrevivencia, tal vez la familia ante su desconocimiento de que la persona mayor, puede anhelar compañía y su necesidad natural de ser gregario, lo expone a la muerte social privándolo de compañía, de salidas en grupo, lo que produce la desmotivación, se produce la desorientación en tiempo, espacio y persona, posiblemente la desnutrición ante el olvido de tomar alimentos o de llevárselos a su lugar, propiciando la muerte física.

En el contexto social prevalece una ideología que se había mencionado anteriormente y que se le reconoce como “viejismo”, en la cual se define a la vejez como una etapa de mera decadencia en lo físico y lo mental, proyectando en las personas mayores una imagen de incapacidad, de rigidez y de inutilidad social que va en detrimento de ellas mismos, ya que al hacer suyas dichas ideas acaban por percibirse en tales términos, aceptando su deterioro como algo fatal y asumiendo una actitud de resignación y apatía frente a lo que les acontece, limitando sus iniciativas de superación (Carmen Barros: 1994; 36-41).

Si no se analiza la repercusión de estas creencias, surge el “síndrome de la invisibilidad”, cuando los individuos y la sociedad en general dan la espalda a las necesidades físicas, económicas y psicológicas del anciano” (José Buendía: 1994; 236)

La condición de aislamiento puede estar estrechamente ligada a los recursos personales, debido a la resistencia al cambio que experimenta, la baja tolerancia a la frustración y su falta de destreza para llevar a cabo ciertas actividades (como son limitación en la movilidad, visión borrosa, cansancio), lo que propicia una baja autoestima y miedo al rechazo.

Al identificar a la población adulta mayor que se encuentra en aislamiento social, es posible que carezca de personas significativas de soporte, por lo que se muestran hostiles, presentan retraimiento, mutismo, evitan el contacto visual y son inseguros ante personas desconocidas, aumentando el temblor de manos.

Sus dificultades físicas y/o mentales afectan su bienestar y su relación con otras personas, ya sean familiares, congéneres, etc., por lo que buscan estar solos o simplemente lo expresan y rechazan la compañía impuesta, sus conductas y valores son rechazadas por otros, al considerar que no forman parte de la vida y sufren el rechazo hacia sí mismo y hacia las cosas que considera valiosas, como por ejemplo recuerdos, fotografías. Estas circunstancias derivan en una baja autoestima y temor a las críticas, a ser enjuiciado por otras personas y presentan un déficit en actividades de autocuidado: como el baño, higiene, vestido, acicalamiento.

### c) Muerte Social

Se produce cuando se ha perdido el reconocimiento social de la persona, ya sea porque pasa a ser tratado como si ya hubiera muerto (enfermos terminales), como un número (expedientes para diversos trámites en instituciones públicas), como seres sin capacidad de decisión propia (personas mayores con deterioro cognitivo), o sea, como un ser que al estar solo físicamente presente y medianamente activo, de facto pasa a la categoría de objeto.

Sin embargo, en algunos de los casos no siempre son los demás los que determinan la muerte social de algunas personas mayores, sino que a veces es el propio adulto mayor el que determina su muerte social, al considerar que ha dejado de ejercer un papel en la vida y que ya no forma parte ni de su familia, ni de su comunidad, o cuando se retira por unos u otros motivos de la interacción social (como por ejemplo la persona mayor que tras la pérdida de su cónyuge decide encerrarse en casa con sus recuerdos y “morir” para todo lo demás).



La muerte social evidencia una ruptura de los lazos sociales y familiares,<sup>13</sup> y el siguiente paso es la muerte física.

#### d) Discriminación y marginación

Se puede entender como discriminación “una conducta culturalmente fundada, sistemática y socialmente extendida, de desprecio contra una persona o grupo de personas, sobre la base de un prejuicio negativo o un estigma, relacionado con una desventaja inmerecida y que tiene por efecto (intencional o no) dañar sus Derechos y libertades fundamentales”.<sup>14</sup>

El término “viejismo” fue acuñado en 1969 por R. Butler que lo define como el conjunto de prejuicios, estereotipos y discriminaciones que se aplican a los adultos mayores simplemente en función de su edad. Sus consecuencias son comparables a los prejuicios que se sustentan contra las personas de distinto color, raza o religión o contra las mujeres en función de su sexo.

En sociología, se denomina marginación o exclusión a una situación social de desventaja económica, profesional, política o de estatus social, producida por la dificultad que una persona o grupo tiene para integrarse a algunos de los sistemas de funcionamiento social (integración social).

La marginación puede ser el efecto de prácticas explícitas de discriminación que dejan efectivamente a la clase social o grupo social segregado al margen del funcionamiento social en algún aspecto, o más indirectamente, ser provocada por la deficiencia de los procedimientos que aseguran la integración de los factores sociales, garantizándole a la persona la oportunidad de desarrollarse plenamente.

El fenómeno de la discriminación es uno de los grandes problemas que enfrenta la población adulta mayor mexicana, debido a los mitos y prejuicios que se tienen sobre esta etapa, así como la percepción social, ya que tiende a asociarse con enfermedad, improductividad, dependencia, soledad, depresión, falta de belleza física y representan una “carga” para la sociedad y la familia entre otras connotaciones negativas.

La visión de la vejez es una de las causas principales que lleva a la persona mayor a vivir en un estado de marginación, que se define más ampliamente como

---

<sup>13</sup> (Moragas, 2003)

<sup>14</sup> (Rodríguez Zepeda, 2007).

cualquier prejuicio o discriminación en contra de una categoría de edad,<sup>15</sup> ya que regularmente la población adulta mayor se ve impedida a realizar actividades que los integren a la familia y a la sociedad, optando por decidir o verse forzada a vivir en un lugar donde le brinden cuidados y asistencia, como es el caso de los Centros Gerontológicos y Casas Hogar del SNDIF.

Es importante señalar que la relevancia de las causas, los efectos y las características en torno a la Población Motivo de Intervención descritas en el presente apartado, radica en el hecho de que a partir del conocimiento de las mismas, es que se identifican las atribuciones que sustentan las acciones que corresponden a la institución como Organismo que brinda atención y cuidado a la población adulta mayor en condiciones de vulnerabilidad, para velar por la conservación de un estado de salud mejorado y preservar o recuperar la autonomía y la capacidad funcional; proporcionando así, una idea clara sobre los ámbitos y factores a incidir a partir de la intervención interdisciplinaria.

## MARCO NORMATIVO

---

<sup>15</sup> (Palmore, 1990)

A fin de facilitar la comprensión de las disposiciones normativas que regulan las acciones de asistencia social encaminadas a proteger a las personas mayores, el apartado titulado Marco Normativo se divide en tres secciones, sirviendo la presente como parte introductoria para explicar la instrumentación de los mecanismos necesarios para la aplicación de la trama normativa nacional e internacional. En un segundo momento encontrará un listado a manera enunciativa y con una breve explicación de los ordenamientos legales e instrumentos internacionales y nacionales que servirán de base para la actualización del Modelo de Intervención Gerontológica para el Bienestar y finalmente, una matriz de instrumentos jurídicos con sus respectivos artículos específicos y parte conducente que pondrá al alcance, la importancia de ver a las personas mayores como titulares con Derechos.

En primera instancia el ordenamiento legal que garantiza el goce y respeto de los Derechos para todas las personas en México es la **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos** (1917), en su calidad de norma suprema y guía fundamental para el actuar del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia como organismo descentralizado de la Secretaría de Salud y uno de los organismos a través de los cuales el Ejecutivo promueve el bienestar de la población. Por lo anterior, de acuerdo con el **artículo primero** párrafo primero de la Carta Magna, todas las personas gozan de los Derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano forma parte, tal como se contempla en el **artículo 133**, que incorpora los tratados internacionales en materia de Derechos humanos al sistema jurídico mexicano. El documento constitucional consagra la igualdad jurídica entre el hombre y la mujer, establece la protección de la salud, el derecho a un medio ambiente adecuado, a una vivienda digna, al acceso a la cultura, a la protección de que goza la familia, sienta las bases de los sistemas de seguridad social y de los seguros de vejez, cesantía y de jubilación, entre otros (**artículos 1, 4, 26, 123**). En la búsqueda internacional de integrar la protección de los Derechos Humanos, se ha establecido un sistema universal y tres sistemas regionales: europeo, interamericano y africano, cada uno de los cuales cuenta con pautas específicas acordes con la región. Para fines del Modelo de Intervención Gerontológica para el Bienestar se abordará lo relativo al sistema universal y al sistema interamericano.

El Sistema Universal tiene su origen en la **Carta de las Naciones Unidas** de 1945, que en su **artículo 55** alienta a los estados miembros a promover estándares de vida más elevados para todas las personas, el progreso económico y social, la cooperación internacional en asuntos sociales incluyendo la salud y la educación y el respeto universal por los Derechos Humanos independientemente de la procedencia y las características de cada uno. Como consecuencia, de dicha carta surge la **Declaración Universal de los Derechos Humanos** en 1948, que

determina que todas las persona tienen derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad, además del derecho a la seguridad social y a la realización de los Derechos económicos, sociales y culturales esenciales para el desarrollo de la personalidad y de la dignidad individual, agregando que todas las personas tienen derecho a un nivel de vida adecuado a su salud y bienestar, lo que incluye alimentación, vivienda, vestido, atención médica y servicios sociales proporcionados por los gobiernos **(artículos 3, 22, 25, 27)**.

En segundo orden, la **Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores** tiene por objetivo promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor, a fin de contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad, la cual fue aprobada por los estados miembros de la Organización de Estados Americanos en 2015, ratificada por México y publicada en el Diario Oficial de la Federación en enero de 2023 **(artículos 6, 8 ,9, 19, 22, 24)**.

En este orden de ideas, se establecen otros ordenamientos universales como la Convención sobre el **Estatuto de los Refugiados** en 1951, que establece que los Estados adscritos han de tratar a los refugiados legalmente acogidos en su territorio con el mismo respeto hacia sus Derechos que a sus propios ciudadanos, incluyendo seguridad social para los refugiados en caso de enfermedad, discapacidad o edad avanzada **(artículo 24)**.

Posteriormente, en 1966, se publican dos pactos siendo el primero el **Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos** que estipula que nadie puede ser privado de la vida y ningún ser humano “será sujeto a tortura o a un trato o pena cruel, inhumano o degradante”, además menciona que todas las personas son iguales ante la ley y no se debe discriminar en su contra por ningún motivo **(artículos 1, 6, 7, 9, 10 y 26)**. El segundo es el **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales**, que hace énfasis en el derecho que tienen todas las personas a la seguridad social y a un estándar de vida adecuado, incluyendo alimentación, vestido y vivienda

En 1982 se llevó a cabo la **Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento** en la ciudad de Viena, con la intención de reunir medidas en materia de carácter sociosanitario en torno a la vejez: salud y nutrición, protección de los consumidores ancianos, vivienda y medio ambiente, familia, bienestar social, seguridad de ingreso, empleo y educación.

Hacia 1991 se redactaron los **Principios de las Naciones Unidas en Favor de las Personas de Edad**, en los que se exhorta a los gobiernos para que introduzcan

los principios de independencia, participación, cuidados, autorrealización y dignidad en sus programas nacionales.

Veinte años después de la Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, en la ciudad de Madrid se celebró la **Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento**, en la cual se acordó el **II Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento (2002)** que, por vez primera, incluye al maltrato hacia las personas mayores, planteando que su objetivo es garantizar que en todas partes la población pueda envejecer con seguridad y dignidad y que las personas de edad puedan continuar participando en sus sociedades como ciudadanos con plenos Derechos. Por otro lado, hace notar que existen diferencias en el envejecimiento entre mujeres y hombres, lo que toma relevancia para lograr plena igualdad entre ambos grupos para formular medidas que hagan frente a la problemática de manera eficaz y eficiente.

En el Sistema Interamericano existen también diversos documentos de importancia, entre los que destacan para este Modelo de Intervención Gerontológica para el Bienestar, la **Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre** (1948), en la cual se hace mención que todas las personas tienen el derecho a mantener un nivel de salud de acuerdo con los recursos de su comunidad o estado y que, en caso de edad avanzada, una persona tiene derecho a la seguridad social para mantener un nivel de vida adecuado (**artículos 11 y 16**). El siguiente documento de relevancia es el **Pacto de San José de Costa Rica** (1969), el cual alude a que las personas mayores son a menudo víctimas del abandono o el abuso, por lo que establece en los **artículos 5, 6 y 16** que todo el mundo tiene derecho a un tratamiento humanitario. De manera adicional, el **Protocolo de San Salvador** (1988) se refiere específicamente a la protección de las personas mayores como un derecho humano (**artículo 17**): proporcionar instalaciones adecuadas, alimentación y atención médica especializada a las personas de edad avanzada que carezcan de ella y no se encuentren en condiciones de conseguirlas por sí mismas, ejecutar programas laborales específicos destinados a conceder a las personas ancianas la posibilidad de realizar una actividad productiva adecuada a sus capacidades respetando su vocación o deseos.

En el ámbito nacional, el **Plan Nacional de Desarrollo** 2019-2024 en la sección II. Política Social, establece programas sociales como el Programa para el Bienestar de las Personas mayores, el cual entrega un aporte monetario bimestral mediante tarjeta bancaria; además, formula la estrategia “Salud para toda la población”, para lo cual se crea el Instituto Nacional de Salud para el Bienestar que brinda atención en apego a los principios de participación social,

competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural, trato no discriminatorio, digno y humano.

El **Programa Nacional de Derechos Humanos** 2020-2024 identifica el objetivo prioritario 3. Impulsar acciones focalizadas para garantizar los Derechos humanos de los grupos históricamente discriminados, para lo que propone la Estrategia prioritaria 3.5. Implementar acciones para generar bienestar y mejora en la calidad de vida de las personas mayores, que consisten en lo siguiente: 3.5.1. Implementar políticas públicas en materia de salud con perspectiva gerontológica y de curso de vida, dirigidas a garantizar el bienestar, la autonomía y la mejora en la calidad de vida de las personas mayores; 3.5.2. Impulsar oportunidades de trabajo digno para la incorporación de las personas mayores en los sectores laborales público y privado, con actividades que valoren y desarrollen sus conocimientos, habilidades y aptitudes; 3.5.3. Promover el acceso a la educación mediante espacios de formación, capacitación, aprendizaje continuo y accesible, así como actividades de interés para las personas mayores; 3.5.4. Realizar acciones de sensibilización dirigidas a promover la autonomía, la participación, la independencia y el respeto de las decisiones de las personas mayores en los ámbitos familiar y social; 3.5.5. Promover acciones de coordinación para que las personas mayores tengan acceso a un mínimo vital; y 3.5.6. Asegurar la implementación de un enfoque diferenciado en la prestación de bienes y servicios públicos para las personas mayores.

Por su parte, la **Ley General de Desarrollo Social** (2004) busca el acceso de toda la población al desarrollo social y prohíbe cualquier práctica discriminatoria en la prestación de los bienes y servicios contenidos en los programas para el desarrollo social (**artículos 1 y 2**).

La **Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres** (2006), establece que, la Política Nacional debe mejorar el conocimiento y la aplicación de la legislación existente en el ámbito del desarrollo social, supervisar la integración de la perspectiva de género al concebir, aplicar y evaluar las políticas y actividades públicas, privadas y sociales que impactan la cotidianeidad, así como revisar permanentemente las políticas de prevención, atención, sanción y erradicación de la violencia de género. En este sentido, la propia Ley General de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia tiene por objeto coordinar los esfuerzos de los niveles de gobierno para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, así como los principios y modalidades para garantizar el acceso de éstas a una vida libre de violencia que favorezca su desarrollo y bienestar conforme a los principios de igualdad y de no discriminación.

La **Ley General de Salud** (1984) reglamenta el derecho a la protección de la salud de que goza toda persona en apego a lo señalado en el artículo 4º de la Constitución, a la par que fundamenta la asistencia social, entre cuyas actividades se encuentran la atención en establecimientos especializados a personas mayores en estado de abandono o desamparo o sin recursos, la promoción del bienestar, el desarrollo de acciones de preparación para la vejez; la prestación de servicios de asistencia jurídica y de orientación social; la realización de investigaciones sobre las causas y efectos de los problemas prioritarios de asistencia social; así como el apoyo a la educación y capacitación para el trabajo de personas con carencias socioeconómicas (**artículos 167 al 180**). La **Ley de Asistencia Social** (2004) señala como sujetos [...] “con derecho a la asistencia social a los individuos y familias que por sus condiciones físicas, mentales, jurídicas, o sociales, requieran de servicios especializados para su protección y su plena integración al bienestar”, por lo que [...] “son sujetos de la asistencia social, preferentemente: adultos mayores en desamparo, incapacidad, marginación o sujetos a maltrato” (**artículo 4, fracción V**). Esta Ley garantiza los servicios de la asistencia social para las personas mayores en estado de abandono, desamparo, o sin recursos.

La **Ley de los Derechos de las Personas mayores** (2002), garantiza el ejercicio de los Derechos de las personas mayores: a la integridad, dignidad y preferencia, a la certeza jurídica, a la salud, la alimentación y la familia, a la educación, al trabajo, a la asistencia social, a la participación, a la denuncia popular, así como el acceso a todos los servicios.

La **Ley de Reconocimiento de los Derechos de las Personas Mayores y del Sistema Integral para su Atención de la Ciudad de México** (2021) tiene por objeto promover, proteger, reconocer, en condiciones de igualdad el pleno goce y ejercicio de todos los Derechos Humanos y libertades fundamentales de la persona mayor, a fin de contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad.

La **Ley de Desarrollo, Protección e Integración de las Personas mayores para el Estado de Morelos** (2010) reconoce los Derechos de las personas mayores así como sus obligaciones ante la sociedad de una manera general como lo son a la educación, al trabajo, a la participación, a la salud, a la asistencia social etc. Así mismo se establecen los deberes del Estado, la sociedad y la familia en relación al adulto mayor y de manera general se contemplan las obligaciones que cada una de las Secretarías y Subsecretarías tiene para con el adulto mayor no dejando de lado que el espíritu del presente ordenamiento es lograr una completa integración de las personas de la tercera edad en todos los ámbitos de la

sociedad, buscando siempre su participación en el pleno reconocimiento de sus Derechos hasta encontrar su independencia como ente individual.

La **NOM-031-SSA3-2009** en materia de **Asistencia Social, Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultas mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad** (DOF 2011) establece las características de funcionamiento, organización e infraestructura que deben observar los establecimientos de los sectores público, social y privado que presten servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad.

Institucionalmente, es a través del **Estatuto Orgánico del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia**, el instrumento normativo en el que se especifica en el **artículo 2**, la facultad del Organismo para [...] “Operar establecimientos de asistencia social en beneficio de niñas, niños y adolescentes, adultos mayores y personas con algún tipo de discapacidad o en situación de vulnerabilidad”, [...] así como [...] “promover el desarrollo integral del individuo, de la familia y de la comunidad, realizar acciones de apoyo educativo para la integración social y acciones de capacitación para el trabajo a los sujetos de la asistencia social, promover la capacitación, formación, desarrollo y certificación de las personas que brindan servicios de asistencia social, coordinar y promover estudios e investigaciones científicas y tecnológicas, para mejorar la prestación de los servicios en materia de asistencia social, con la participación, en su caso, de las autoridades asistenciales de los tres órdenes de gobierno” [...] **(fracciones XIV, V, VI, VII, IX respectivamente)**. A su vez, se describen también en específico las facultades de la Dirección General de Integración Social que para fines del desarrollo e implementación del presente modelo destacan: administrar y coordinar la operación de establecimientos de asistencia social de su competencia, concertando, en su caso, acciones de apoyo y coordinación con los Sistemas para el Desarrollo Integral de la Familia u homólogos de las entidades federativas y de los municipios, con salvedad de aquellos Centros de Asistencia Social cuya administración le corresponda a otras unidades administrativas del Organismo; desarrollar, ejecutar y actualizar programas de atención integral a personas sujetas de asistencia social; promover la formación de médicos geriatras, así como las actividades de capacitación continua al personal paramédico, técnico y auxiliar de la Dirección General de Integración Social; promover el desarrollo integral, el mejoramiento y la integración familiar de las personas beneficiarias sujetas de asistencia social **(artículo 30)**.

Finalmente, cabe señalar que, al tratarse de un Modelo que opera en la Ciudad de México; en Cuernavaca, Morelos y en Oaxaca, Oaxaca, en lo correspondiente al marco de referencia o de actuación a nivel local, cada entidad retoma lo



establecido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, los Tratados Internacionales de los que México forma parte y, en su caso, las Leyes de carácter general expedidas por el H. Congreso de la Unión, en términos de lo señalado en la Carta Magna.

Asimismo, cada entidad observa su propia normatividad en materia de servicios especializados para la protección y plena integración al bienestar de las Personas mayores. Dada su multiplicidad, no se aborda de manera particular en este apartado la serie de leyes y normas locales al respecto. No obstante, para cada entidad federativa es importante tomar en cuenta las siguientes leyes o sus similares correspondientes:

- Constituciones estatales;
- Leyes estatales de salud;
- Leyes estatales de asistencia social;
- Leyes estatales de protección y atención a Personas mayores;
- Planes Estatales de Desarrollo; y
- Estatutos Orgánicos de los Sistemas Estatales o Municipales DIF.

## Índice de Ordenamientos Jurídicos e Instrumentos Internacionales y Nacionales aplicables

| INSTRUMENTO JURÍDICO-NORMATIVO  | ARTÍCULOS ESPECÍFICOS  |
|---|--|
| <p>CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS<br/>Promulgada el 5 de febrero de 1917<br/>Última reforma publicada DOF 28-05-2021</p> | <p>TÍTULO PRIMERO. CAPÍTULO I.<br/>De los Derechos Humanos y sus Garantías<br/>Artículos 1, 4, 26,<br/>Título Sexto Del Trabajo y de la Previsión Social.<br/>Artículo 123</p> |

## Marco Normativo e Instrumentos Internacionales

| INSTRUMENTO JURÍDICO-NORMATIVO   | ARTÍCULOS ESPECÍFICOS  |
|--|--|
| <p>Declaración Universal de los Derechos Humanos<br/>10 de diciembre de 1948</p>   | <p>Artículos 3, 22, 25, 27</p>   |
| <p>Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores</p>   | <p>Todo el documento<br/>Capítulo IV<br/>Artículos 6, 8, 9, 12, 19, 22, 24</p> |
| <p>Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador)<br/>Aprobada en fecha 17 de noviembre de 1988.<br/>Vinculación y entrada en vigor para México: 16 de abril de 1996 DOF: 1º de septiembre de 1998.</p> | <p>Artículo 17. Protección de los ancianos</p>                                 |
| <p>Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos<br/>Adopción: Nueva York, EUA, 16 de diciembre de 1966<br/>Adhesión de México: 24 de marzo de 1981.<br/>Promulgatorio. DOF. 20 DE MAYO DE 1981.</p>   | <p>Parte I.<br/>Artículo 1.<br/>Parte III.<br/>Artículos 6, 7, 9, 10 y 26</p>  |
| <p>Convención Americana Sobre los Derechos Humanos (Pacto de San José)<br/>Adopción: 22 de noviembre de 1969. Fecha de entrada en vigor internacional: 18 de julio</p>   | <p>Artículos 5, 6 y 16.</p>  |

|  |  |
|--|--|
| de 1978. Vinculación con México: 24 de marzo de 1981. DOF.: 09 de enero de 1981.   |  |
| Convención sobre el Estatuto de los Refugiados<br>Aprobada en Ginebra, Suiza, el 28 de julio de 1951<br>Adhesión de México: 7 de junio de 2000<br>Decreto Promulgatorio DOF 25 de agosto de 2000 | Capítulo IV: Bienestar.<br>Artículo 24. Legislación del trabajo y seguros sociales |
| Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre<br>2 de mayo de 1948  | Capítulo I Artículos 11 y 16   |
| Carta de las Naciones Unidas<br>Firmada el 26 de junio de 1945, en San Francisco.<br>En vigor: 24 de octubre de 1945   | CAPÍTULO IX<br>Cooperación internacional económica y social.<br>Artículo 55        |
| Principios de las Naciones Unidas en Favor de las Personas de Edad<br>16 de diciembre de 1991  | Todo el documento  |
| Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento<br>Aprobados por la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en abril de 2002                      | Todo el documento  |
| Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento<br>Celebrada en Viena 26 de julio al 6 de agosto de 1982  | Todo el documento  |

| INSTRUMENTO JURÍDICO-NORMATIVO  | PARTE CONDUCENTE  |
|---|---|
| <p>Ley General de Desarrollo Social<br/>Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 20 de enero de 2004<br/>Última Reforma DOF 25-06-2018</p>  | <p>TÍTULO PRIMERO DE LAS DISPOSICIONES GENERALES<br/>Capítulo I Del Objeto<br/>Artículos 1 y 2</p>  |
| <p>Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres<br/>Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 2 de agosto de 2006<br/>Última reforma publicada DOF 30-03-2022</p>  | <p>Todo el documento</p>  |
| <p>Ley General de Salud<br/>Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984<br/>Última reforma publicada DOF 30-03-2022</p>   | <p>TITULO NOVENO Asistencia Social, Prevención de la Discapacidad y Rehabilitación de las Personas con Discapacidad.<br/>CAPITULO UNICO.<br/>Artículos 167 al 180</p> |
| <p>Ley de Asistencia Social<br/>Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 2 de septiembre de 2004<br/>Ultima reforma publicada DOF 20-05-2021</p>  | <p>CAPÍTULO II Sujetos de la Asistencia Social<br/>Artículo 4<br/>Fracción V.</p>   |
| <p>Ley de los Derechos de las Personas mayores<br/>Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 25 de junio de 2002.<br/>Última reforma publicada DOF 30-03-2022</p>  | <p>Todo el documento</p>  |
| <p>Ley de Reconocimiento de los Derechos de las Personas Mayores y del Sistema Integral para su Atención de la Ciudad de México<br/>Publicada en la Gaceta Oficial de la Ciudad de México el 15 de enero de 2021<br/>Ultima reforma 23 de marzo de 2022</p> | <p>Todo el documento</p>  |
| <p>Ley de Desarrollo, Protección e Integración de las Personas mayores para el Estado de Morelos<br/>Publicado en el Periódico Oficial Tierra y Libertad el 09 de junio del 2010<br/>Última Reforma: 16-12-2020</p>   | <p>Todo el documento</p>  |
| <p>Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012, Asistencia social. Prestación de</p>   | <p>Todo el documento</p>  |

|   |   |
|---|---|
| <p>servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad.<br/>Publicada en el DOF 13 de septiembre 2012</p>              |   |
| <p>Estatuto Orgánico del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia<br/>Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 5 de diciembre de 2019</p> | <p>CAPÍTULO I. De las Disposiciones Generales de la Competencia y la Organización del Organismo<br/>Artículo 2.<br/>Fracciones V, VI, VII, IX, XIV.<br/>CAPÍTULO IV. De las Jefaturas de Unidad, la Procuraduría Federal de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes y la Unidad de Administración y Finanzas.<br/>Sección Cuarta. De las Direcciones Generales adscritas a la Unidad de Asistencia e Inclusión Social.<br/>Artículo 30.<br/>Fracciones II, III, VII, XI</p> |
| <p>Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024<br/>Diario Oficial de la Federación 12 de julio de 2019</p>  | <p>Sección 2. Política Social.<br/>Construir un país con bienestar. Desarrollo sostenible. inciso i.<br/>Programa para el Bienestar de las Personas mayores</p>   |
| <p>Programa Nacional de Derechos Humanos<br/>Diario Oficial de la Federación 10 de diciembre de 2020</p>  | <p>Objetivo prioritario 3:<br/>Impulsar acciones focalizadas para garantizar los Derechos humanos de los grupos históricamente discriminados.<br/>Estrategia prioritaria 3.5.:<br/>Implementar acciones para generar bienestar y mejora en la calidad de vida de las personas mayores</p>   |

## MARCO CONCEPTUAL

Este apartado tiene la finalidad de aportar elementos que favorezcan una mejor comprensión sobre la labor en los Centros Gerontológicos y Casas Hogar dirigidas a las Personas mayores, así como el contexto que ha motivado su atención en dichos espacios, a continuación se presentan algunos ejes temáticos estratégicos sobre los cuales se fundamenta la intervención.

Ejes que se abordan tanto desde una perspectiva teórica producto de la exploración de literatura especializada en el ámbito de la atención a Personas mayores, como desde la recopilación de experiencias del propio Sistema Nacional DIF a través de sus Centros Gerontológicos y Casas Hogar destinadas a dicho sector. El Marco Conceptual se organiza así a partir de los siguientes puntos clave:

### 1. Envejecimiento

- Características del envejecimiento
- Envejecimiento demográfico
- Esperanza de vida
- Enfermedades Crónico-Degenerativas No Transmisibles (Diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad, síndromes geriátricos)
- Fisioterapia
- Terapia ocupacional
- Deterioro Cognitivo Leve
- Tipología de las Personas mayores (Sana, Frágil o de riesgo y Geriátrica)

### 2. Teorías del envejecimiento

- Biológicas
- Sociales
- De la separación o el retraimiento
- De la estratificación por edad
- De la competencia y el fracaso social
- De la subcultura
- De la desvinculación defendida
- De la actividad

### 3. Envejecimiento activo

- Empoderamiento de las Personas mayores
- Estrategias operativas para el empoderamiento (autocuidado, ayuda mutua o autoayuda, autogestión)
- Calidad de vida

#### 4. Gerontología social

- Redes de apoyo: familia e instituciones
- Geroprofilaxis
- Gerontoprofilaxis
- Intervención gerontológica integral: geriatría, medicina rehabilitadora, rehabilitación geriátrica, terapia física, terapia ocupacional, terapia de lenguaje, psicología, trabajo social psicogeriatría, gerontología, gerontotranscendencia, gericultura,
- Inteligencia emocional e inteligencia espiritual
- Envejecimiento en casa

#### 5. Tanatología

### 1. Envejecimiento

Con base en Jiménez-Hernández y colaboradores, el **envejecimiento** es un proceso continuo, universal e irreversible que determina una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación. En las personas mayores sanas, muchas funciones fisiológicas se mantienen aparentemente normales, pero al ser sometidas a estrés puede revelarse la pérdida de reserva funcional. A medida que envejecemos ocurren dos fenómenos paralelos, una declinación fisiológica normal y un aumento en la prevalencia de ciertas enfermedades. Aunque estos procesos se relacionan entre sí, existe una declinación fisiológica que es independiente del desarrollo de enfermedades. Sólo los cambios que están presentes en todas las personas que envejecen y que aumentan en magnitud con la edad, representan envejecimiento per se.

#### **Características del envejecimiento:**

- Universal: propio de todos los seres vivos.
- Irreversible: no puede detenerse ni revertirse.
- Heterogéneo e individual: cada especie tiene una velocidad característica de envejecimiento, pero la velocidad de declinación funcional varía de sujeto a sujeto y de órgano a órgano dentro de la misma persona.
- Deletéreo: pérdida progresiva de función.
- Intrínseco: no debido a factores ambientales modificables. (Strehler, 1977 Cit. Jiménez-Hernández y col., 2010)

La población adulta mayor cumple un papel primordial dentro de la familia y no son solo receptores pasivos de ayuda. Aproximadamente uno de cada doce

Personas mayores, según datos del CONAPO, declara cuidar a otra Persona mayor y la misma cantidad refiere cuidar a niñas y niños en el hogar. En el aspecto económico, también existe un sector de dicha población que brinda ayuda económica a otros miembros de su familia.

Una lista consecutiva de pérdidas, enfermedades, desgastes y fragilidades, son las que conforman el modelo deficitario que define a la vejez, pero que también es percibida por las propias personas mayores. De acuerdo con esta construcción social de vejez imperante en México, para estas personas existen temores y miedos a la dependencia, a la falta de libertad, a la enfermedad, así como a la muerte. Pero a reserva de que estos miedos no sean exclusivos de la población mayor, los hombres y mujeres en la vejez reconstruyen su vida, en esta etapa biográfica a través de las redes sociales, de la solidaridad y de los espacios de libertad que se adquieren con la edad avanzada.

La desvinculación, es otro fenómeno que ocurre durante el proceso de envejecimiento, con base en la teoría desarrollada en los años setenta por Cumming y Henry (1961), el envejecimiento normal se acompaña de un distanciamiento o “desvinculación” entre las personas que envejecen y los miembros del sistema social al que pertenecen, ya sea por parte de la persona interesada o por las otras personas que conforman este sistema.

Desde la conceptualización de la desvinculación previamente citada, cuando la persona toma conciencia de la temporalidad de su vida, empieza entonces a reorganizar sus proyectos en función del tiempo que le queda por vivir, así como del sentido y valor de sus diversas posibilidades. Al proceso de desvinculación durante el envejecimiento se suma la diferencia de género, apoyado en que los hombres han desarrollado principalmente roles instrumentales, mientras que en las mujeres los roles son fundamentalmente de orden socio afectivos, por lo que la desvinculación será más o menos difícil según el género de la Persona mayor, la presión social, la transferencia del rol y la solidaridad que la persona tenga con su red de apoyo.

La preocupación por estudiar los apoyos sociales dirigidos a las Personas mayores se debe ubicar en dos contextos fundamentales: la familia y las redes sociales provistas en la comunidad, las cuales son áreas de investigación estratégicamente relevantes al analizar el bienestar de este grupo etario.

El énfasis reciente en los apoyos sociales dirigidos a las personas mayores, se debe al hecho de que en la vejez se puede experimentar un deterioro económico y de la salud (física o mental), pero también al reconocimiento de que se trata de una etapa de la vida en la cual existen mayores probabilidades de ser afectado



por el debilitamiento de las redes sociales como consecuencia de la pérdida de la pareja, amistades y colegas.

Cabe destacar que con respecto a la edad como variable determinante en el proceso de envejecimiento, en los últimos 2000 años se ha observado un aumento progresivo en la expectativa de vida de la población, pero la máxima sobrevivencia del ser humano se manifiesta fija alrededor de los 118 años. (Jiménez-Hernández, y otros, 2010)

El **envejecimiento demográfico**, definido como el incremento sostenido de la proporción de adultos mayores (60 años y más) dentro del total poblacional, es producto de los cambios que se generan en la dinámica demográfica, principalmente por la mortalidad y fecundidad; contexto en que la **esperanza de vida**, representa la duración media de la vida de los individuos que integran una cohorte hipotética de nacimientos, sometidos en todas las edades a los riesgos de mortalidad del periodo en estudio. En la actualidad la esperanza de vida en México, es de 76 años.

De acuerdo con las proyecciones de la población realizadas por el Consejo Nacional de Población (CONAPO) “se espera que en 2030, el porcentaje de población de adultos mayores, alcance 17.1 puntos (20.7 millones) y en 2050, 27.7% (33.8 millones)”.

Con base en lo anterior, es importante que toda acción a favor de las Personas mayores en cualquier ámbito considere tanto las características propias del envejecimiento como, la esperanza de vida y el crecimiento demográfico, pues es a partir de ello que se facilita el establecimiento de estrategias de intervención, por ejemplo, la presencia de algún grado de discapacidad, los índices de feminidad y el nivel educativo; al respecto de este último punto y su relación con la edad, se ha demostrado que una persona con mayor educación, posee una mayor expectativa sobre su vida y una mayor comprensión sobre los posibles problemas de salud que pudiera sufrir a lo largo de ella, por lo que presenta un umbral superior de respuesta y mejor cuidado de la salud, elementos que la llevan a percibir con mayor seriedad algunas enfermedades.

Entre las enfermedades crónicas degenerativas más comunes en las personas mayores, es posible encontrar las denominadas **Enfermedades Crónico-Degenerativas No Transmisibles** (ECNT), entre las que se encuentra un grupo heterogéneo de padecimientos que contribuye a la mortalidad mediante un pequeño número de desenlaces (diabetes, enfermedades cardiovasculares, enfermedad vascular cerebral, sobrepeso, obesidad, cáncer pulmonar, cáncer cérvico uterino, cáncer de mama, cáncer de próstata, úlcera gástrica y duodenal,

insuficiencia renal, cirrosis hepática, glaucoma, problemas articulares entre otros). Escenario en que los decesos son consecuencia de un proceso iniciado décadas antes.

Las enfermedades crónicas degenerativas afectan prácticamente a cualquier órgano o tejido del cuerpo humano, destacan por su frecuencia y por los graves daños que producen (Córdova Villalobos, Barriguete Melendez, Lara Esqueda, & Barquera, 2008).

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son uno de los mayores retos que enfrenta el sistema de salud; por varios factores: el gran número de casos afectados, su creciente contribución a la mortalidad general, la conformación en la causa más frecuente de incapacidad prematura y la complejidad y costo elevado de su tratamiento. Su emergencia como problema de salud pública fue resultado de cambios sociales y económicos que modificaron el estilo de vida de un gran porcentaje de la población (Córdova Villalobos, Barriguete Melendez, Lara Esqueda, & Barquera, 2008)

El control de las ECNT se fundamenta en principios distintos en relación con los padecimientos transmisibles. Implica un proceso educativo para entender la enfermedad, cambios significativos y focalizados en las conductas, utilización a largo plazo de múltiples fármacos y evaluaciones frecuentes, además de la participación de especialistas en conjunto con la familia y la comunidad (Córdova Villalobos, Barriguete Melendez, Lara Esqueda, & Barquera, 2008).

En las personas mayores, el padecer enfermedades crónicas se suma al proceso mismo de envejecimiento y a la situación social en que viven. El retiro del mercado de trabajo o la jubilación son acontecimientos que marcan de manera importante esta etapa de la vida, ya que los individuos experimentan una redefinición de sus papeles sociales y porque ven disminuir sus recursos económicos (Campos Navarro, Torrez, & Arganis Juárez, 2002).

Entre las ECNT de mayor incidencia en la Población Motivo de Intervención del Modelo es posible encontrar:

- **Diabetes mellitus**, padecimiento que implica un grupo heterogéneo de enfermedades metabólicas que se confluyen en un denominador común: *la hiperglucemia* (la cual resulta en defectos de la secreción de insulina, en la acción de la insulina o en ambas); *la hiperglucemia* crónica (mal asociado con daño a largo plazo, disfunción y falla de varios órganos, especialmente ojos, riñones, sistema nervioso periférico, corazón y aparato vascular)

- **Hipertensión arterial**, enfermedad que representa un factor de riesgo cardiovascular. La hipertensión generalmente, de inicio, es asintomática, más puede detectarse a través de factores endógenos como concentraciones sanguíneas anormales como colesterol, triglicéridos y/o colesterol HDL y/o LDL; o bien exógenos como la dieta, el sedentarismo, el tabaquismo u otra adicción que participe como determinantes de riesgo independientes en el desarrollo de una enfermedad cardiovascular.

- **Obesidad**, enfermedad de etiología multifactorial de curso crónico, en la cual se involucran aspectos genéticos, bioquímicos, dietéticos, ambientales y de estilo de vida que conducen a un trastorno metabólico. Se caracteriza por un balance positivo de energía, que ocurre cuando la ingestión de calorías excede al gasto energético, ocasionando un aumento en los depósitos de la grasa corporal y por ende ganancia de peso.

La obesidad, es el principal factor de riesgo para el desarrollo de diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares (cardiopatías y los accidentes vasculares cerebrales), hipertensión arterial, dislipidemias, osteoarticulares, ciertos tipos de cáncer como el de mama, próstata y otros padecimientos (Salud Publica Mex, 2008).

- **Síndromes geriátricos**, conjunto de cuadros habitualmente originados por la conjunción de enfermedades con alta prevalencia en personas de edad y que son el frecuente origen de incapacidad funcional o social en la población. Los Síndromes geriátricos son la manifestación (síntomas) de muchas enfermedades, pero también son el principio de muchos otros problemas que debemos tener en cuenta desde su detección para establecer una buena prevención de los mismos, se les reconoce también como “los gigantes de la geriatría” dado que es el conjunto de manifestaciones orgánicas que se agrupan en “patrones de presentación clínica” que son la forma de expresión de las enfermedades en la Persona mayor (Ann Intern Med 2007;147:156-164).

Dentro de los factores de riesgo para la presentación de los síndromes geriátricos se encuentran: edad avanzada, deterioro cognitivo, deterioro funcional crónico y movilidad alterada (Trastorno de la marcha y equilibrio). Inouye SK Y Cols. JAGS. 2007; 55:780-791.

Los síndromes geriátricos son, en definitiva, un conjunto de cuadros originados por la concurrencia de una serie de enfermedades que tienen su expresión a través de cuadros patológicos no incluidos en las enfermedades habituales; la presentación de enfermedades entre las Personas mayores exige una cuidadosa valoración de su significado y etiología para realizar un correcto tratamiento y no

caer en el frecuente «viejismo» como modo de interpretar una situación patológica, sea cual sea la edad del individuo.

Una evaluación integral en la que se observe un estado despierto, cognición, capacidad física, deficiencias orgánicas, pérdidas y discapacidades, aunado a la valoración de la red de apoyo familiar y social, proporciona una impresión preliminar sobre el nivel de independencia y los cuidados específicos recomendados en la persona geriátrica.

Los síndromes geriátricos son definidos por Kane, en 1989, en su libro *Essentials of Clinical Geriatrics* como problemas geriátricos, permitiendo a través de una regla nemotécnica su memorización por medio de la regla de las «ies»:

- Immobility: inmovilidad.
- Instability: inestabilidad y caídas.
- Incontinence: incontinencia urinaria y fecal.
- Intellectual impairment: demencia y síndrome confusional agudo.
- Infection: infecciones.
- Inanition: desnutrición.
- Impairment of vision and hearing: alteraciones en vista y oído.
- Irritable colon: estreñimiento, impactación fecal.
- Isolation (depression)/insomnio: depresión/insomnio.
- Iatrogenesis: yatrogenia.
- Inmune deficiency: inmunodeficiencias.
- Impotence: impotencia o alteraciones sexuales.

El **síndrome de inestabilidad y caídas**, constituye uno de los síndromes geriátricos más importantes por la elevada incidencia en este sector de la población y, sobre todo, por las repercusiones que va a provocar en la calidad de vida tanto de la persona mayor como de la persona cuidadora. La caída, se define como una precipitación al suelo, repentina, involuntaria e insospechada, con o sin lesión secundaria, confirmada por el paciente o un testigo.

Con relación a este síndrome, es posible observar que existe una clara relación entre éste y las alteraciones patológicas cuya incidencia aumenta con la edad, como: la enfermedad articular degenerativa; las fracturas resueltas de cadera y fémur; la debilidad muscular residual o las deficiencias sensoriales secundarias a un accidente vascular cerebral reciente o remoto; la debilidad muscular consecuente al desuso o falta de acondicionamiento; la disminución de los

estímulos sensoriales, como la neuropatía diabética u otras periféricas, las alteraciones visuales y el daño auditivo que disminuyen los indicios ambientales.

El deterioro de la función cognoscitiva, los problemas podológicos (juanetes, enfermedades ungueales, callos, deformidades articulares, entre otros) son causas frecuentes de inestabilidad. La enfermedad de Parkinson y los trastornos cardiovasculares ocasionan inestabilidad y caídas. Se ha visto que casi la mitad de las personas que han sufrido cuando menos una caída son incapaces de levantarse.

Los factores ambientales, pueden aumentar la susceptibilidad a las caídas y otros accidentes. Los hogares de las personas de edad avanzada están colmados de riesgos como son muebles, escaleras, barandales inadecuados, cables, juguetes, alfombras, tapetes e iluminación deficiente, por ejemplo. Cerca de la mitad de todas las caídas se clasifican como accidentes.

El uso de fármacos sin vigilancia ni control, como diuréticos, antihipertensivos, antidepresivos, sedantes, antipsicóticos, hipoglucemiantes y el alcohol, también son factores de riesgo

Hay diversos factores que pueden dificultar la identificación precisa de las causas específicas de caídas, como la falta de testigos; la incapacidad de la persona mayor para recordar las circunstancias en torno al suceso, la naturaleza transitoria de varias causas y el hecho de que la mayoría de los adultos mayores que sufre una caída no solicitan atención médica. Cuando no es claro que el suceso se haya originado por un tropiezo o resbalón accidental, requiere evaluación cuidadosa, con la obtención de antecedentes detallados, exploración física y estudios de laboratorio.

Las caídas se encuentran entre las primeras causa de mortalidad o morbilidad en esta población y suelen ser un indicador de fragilidad y factores de predicción de la muerte, además de causa indirectas de fallecimiento (por lo general a través de fracturas).

Cerca de la tercera parte de las personas de 65 años o más que viven en el hogar, sufren caídas cada año y alrededor de una de cada 40 ingresará a un hospital. Entre las complicaciones más comunes relacionadas con las caídas se es posible encontrar: Fracturas (cadera, fémur, humero, muñeca, costillas); Lesiones de tejidos blandos; Hospitalización, con el riesgo concomitante de inmovilización y enfermedades por iatrogenia; Incapacidad prolongada por el deterioro de la inmovilidad; Hematoma subdural; Temor de caer, la pérdida de confianza

personal y la capacidad limitada de movimiento (ya sea impuesta la misma persona o por quienes le atienden).

La falta de movilidad denominada **Síndrome de inmovilidad**, es así también condición frecuente entre este sector poblacional y, se define como la reducción de la capacidad para desempeñar las actividades de la vida diaria, ello por el deterioro de las funciones relacionadas con el sistema neuro-músculo-esquelético.

La inmovilidad aguda, entendida como el episodio de declinación rápida de la independencia en la movilidad hacia una situación de encamamiento o de “vida cama sillón”, durante tres días como mínimo, supone una verdadera emergencia médica y requiere atención más inmediata, tanto por su impacto en el pronóstico funcional, como por la elevada mortalidad que en si conlleva, hay datos que indican que este tipo de inmovilidad se asocia con 33% de inmovilidad a los tres meses y hasta de 58% al año.

Con frecuencia la persona cuidadora es capaz de promover, por supuesto de forma no consiente, mayor dependencia e inmovilidad.

Las Personas mayores con inmovilidad, pueden beneficiarse de las técnicas de **fisioterapia** para aumentar el rango de movilidad de sus articulaciones, reforzar la musculatura de apoyo alrededor de las mismas, mejorar el patrón de la marcha con o sin ayuda y facilitar la transferencia y la capacidad de incorporarse del sillón o cama, aspectos indispensables para el mantenimiento de su independencia. La **terapia ocupacional** va a ser un segundo y fundamental instrumento para lograr autosuficiencia en la realización de actividades de la vida diaria y optimizar el grado de integración del paciente en su medio habitual.

Cuando el objetivo es el mantenimiento de la independencia, es obligada la búsqueda de alternativas que faciliten la permanencia de la Persona mayor en la comunidad, tales como apoyos para la movilización y para facilitar las actividades de la vida diaria, así como realizar las demás adaptaciones en el hogar y hacer uso de sistemas de apoyo tanto para para la persona mayor como para la persona cuidadora.

Dentro de la etiología de la inmovilidad se encuentran:

- Todas las enfermedades que producen dolor y rigidez
- Enfermedades cardiovasculares y pulmonares (insuficiencia cardiaca y/o respiratoria severa, cardiopatía isquémica con angina frecuente, arteriopatía periférica avanzada).
- Causas neurológicas (accidente cerebro vascular agudo, cerebelopatías, neuropatías, etcétera).
- “Debilidad generalizada” (por causas endocrinas, metabólicas, hematológicas, cardíacas, insuficiencia hepática y renal, fármacos, mal nutrición, posinfecciosas, etcétera).
- Causas mentales y sensoriales (confusión, depresión, demencia y las alteraciones de los órganos de los sentidos como la vista y el oído). Inestabilidad / miedo a caídas.
- Problemas podológicos, posibles deformidades y alteraciones dérmicas.
- Incontinencia urinaria y fecal.
- Iatrogenia: polifarmacia; hospitalización; restricción física (muñequeras, vendajes de sujeción, cinturones).
- Mantenimiento de sondas y vías de administración de medicamentos, que llevan a las personas mayores a disminuir su movilidad.

Las consecuencias de la inmovilidad son generalmente graves, múltiples y en muchas ocasiones evitables. Pueden desencadenarse, progresar y auto perpetuarse en forma de “cascada”, originando situaciones irreversibles que complica aún más la atención de estos pacientes. Dentro de las principales son: rigidez, contractura, inestabilidad, pérdida de la fuerza muscular, hipotermias, incontinencia e impactación fecal, incontinencia urinaria, deprivación sensorial, aislamiento social, osteoporosis, trombosis arterial y venosa, infecciones, cuadros confusionales, mal nutrición, deshidratación, depresión, úlceras de presión y pueden derivar en la muerte.

Ahora bien, en el mismo marco de los **síndromes geriátricos**, existe el denominado síndrome de úlceras de presión, que son interrupciones de la integridad cutánea que se producen por acción externa sobre los tegumentos; que representan un problema clínico frecuente, manejable mediante un cuidadoso control de factores de riesgo y un correcto tratamiento y, por tanto, indicativas de la calidad de los cuidados, ya que su presencia puede denotar una inadecuada atención, tanto en la prevención como en el empleo de medidas terapéuticas efectivas.

Las **úlceras de presión** se asocian a los siguientes factores:

1. La presión. Fuerza ejercida por una superficie dura. Sin duda, el factor más importante y que induce a la necrosis tisular de una zona determinada, especialmente grave cuando persiste más de dos horas.
2. Fuerza de cizallamiento o tangencial. Se produce al deslizarse entre sí superficies adyacentes formadas por elementos laminares cuando se produce un desplazamiento relativo ulterior.
3. Fricción o rose. Fuerza de deslizamiento aplicada sobre la piel por inmediata solución de continuidad entre la superficie corporal y el terreno que subyace. Este mecanismo provoca el desprendimiento del extracto corneo que protege la epidermis.
4. Humedad. Factor que aumenta sustancialmente el riesgo de formación de úlceras, particularmente por efecto de maceramiento y la posible acción irritativa local de los líquidos en contacto con la piel

Los factores de riesgo que las Personas mayores pueden presentar para la formación de las úlceras de presión son: inmovilidad, incontinencia urinaria, pérdida del autocuidado, incontinencia, desnutrición, anemia, hipoproteinemia, hipoalbuminemia, lesiones neurológica, trastornos vasculares periféricos, deshidratación, piel seca y descamativa y alteraciones a nivel de conciencia.

Las úlceras de presión pueden presentarse en cualquier sitio, sobre todo donde existen salientes óseas o cartilaginosas el cuerpo, como por ejemplo: región sacra, región, escapular, tuberosidades isquiáticas, codos, región occipital, costillas, talones, apófisis espinosas vertebrales, maléolos externos, pabellones auriculares etcétera.

Con base en el tejido cutáneo que compromete (profundidad y extensión de la afectación de los tejidos de la piel), las úlceras se clasifican en:

|  |  |
|--|--|
| Estadio I. Hiperemia que blanquea. Signo clínico más precoz en una úlcera por presión; eritema cutáneo que desaparece al ejercer una ligera presión con el dedo. | Grado I. Respuesta inflamatoria que abarca todas las capas de los tejidos blandos, con un área de ulceración mal definida y de contornos irregulares, confinada a epidermis y que deja expuesta la dermis. Esta lesión semeja clínicamente una abrasión. |
| Estadio II. Hiperemia que no blanquea. Eritema cutáneo que no blanquea cuando se hace la presión sobre la zona afectada.   |  |



|  |   |
|--|---|
| <p>Estadio III. Formación de la ampolla y escara. Daño capilar y extravasación de líquidos que originan la formación de una ampolla, resultando una necrosis tisular que genera una reacción inflamatoria intensa, produciéndose la formación de un margen bien delimitado con el tejido sano circundante. La deshidratación subsecuente y el ennegrecimiento posterior del tejido necrótico forma la escara.</p> <p>Estadio IV. Ulceración. Aparición del tejido necrótico por debajo de la escara que se deshace, provoca desprendimiento, quedando configurada como tal la típica úlcera por presión.</p> | <p>Grado II. Respuesta inflamatoria y fibroplástica que se extiende a través de la dermis hasta la grasa subcutánea.</p> <p>Grado III. Úlcera que se extiende a través de los tejidos subcutáneos hasta la fascia profunda.</p> <p>Grado IV. Lesión que sobrepasa la fascia, alcanzando la necrosis al músculo y/o estructuras más profundas.</p> |
|--|---|

La utilidad de la clasificación radica en el tratamiento, pues dependiendo de la severidad en la extensión y profundidad, serán necesarias las medidas de intervención terapéutica.

Otro síndrome geriátrico común es la **incontinencia urinaria** (IU), entendida ésta como la pérdida involuntaria de orina que es objetivamente demostrable y constituye un problema social higiénico. Según su importancia hablamos de IU diaria cuando ocurre al menos un episodio de pérdida involuntaria de orina al día; IU significativamente clínica cuando al menos han sucedido dos episodios en el último mes, IU episódica cuando ha ocurrido al menos un episodio en el último año.

La IU es un problema heterogéneo que abarca desde la emisión voluntaria de pequeñas cantidades de orina hasta la pérdida continua, con incontinencia fecal concomitante. Por su frecuencia y gran repercusión sobre la calidad de vida de la persona mayor, se considera uno de los grandes síndromes geriátricos.

La clasificación útil en el adulto mayor, independientemente de sus causas son: IU de esfuerzo, IU por rebosamiento, IU de urgencias y IU funcional. Cuando una persona mayor presenta con frecuencia más de un tipo simultáneamente se hable de una IU mixta.

IU de esfuerzo: consiste en la pérdida involuntaria de orina, generalmente en pequeñas cantidades, coincidiendo con maniobras físicas que aumentan la presión intraabdominal (tos, ejercicio, bajar escaleras, estornudos, entre otras.) Contexto en que la IU se produce por debilidad de los músculos del piso pélvico o por una incompetencia del esfínter uretral. Es más frecuente en mujeres sobre todo en posmenopáusicas, o multíparas.

IU por rebosamiento: se define como cualquier pérdida involuntaria de orina asociada con una vejiga sobredistendida. Es más frecuente en el varón. Ocurre cuando la vejiga no se vacía adecuadamente, ya sea por una obstrucción mecánica a la salida de orina o cuando la vejiga se distiende hasta que la presión intravesical supera la resistencia a la salida, orinando por rebosamiento. Clínicamente las micciones incontinentes son frecuentes y de pequeñas cantidades, día y noche. El calibre del chorro suele ser reducido, con poca fuerza

IU de urgencias: es la más frecuente en personas mayores y es la pérdida involuntaria de orina asociada con un intenso deseo de orinar (urgencia miccional). La persona es incapaz de retrasar la micción tras percibir la necesidad de orinar y no le da tiempo de llegar al retrete (no suele aguantar más de cinco minutos). Las pérdidas suelen ser de mayor intensidad que en la IU de esfuerzo y se produce tanto por el día como en la noche. En general se conserva la capacidad de micción voluntaria.

IU funcional: es la pérdida involuntaria de orina asociada con la incapacidad para ir al baño o utilizar sustitutos (orinales, silla bacín, etcétera) en el tiempo necesario, debido al deterioro de las funciones físicas o cognitivas, la falta de motivación o la existencia de barreras arquitectónicas. Las enfermedades asociadas con el deterioro cognitivo (demencia, delirium), así como las asociadas con la inmovilidad y la afectación de la destreza de la persona, suelen estar asociadas con esta IU.

En la cotidianidad resulta importante así, considerar la eliminación o minimización de barreras arquitectónicas ante la posibilidad o la presencia de IU.

IU entrecortada. Puede existir gran dificultad para iniciar la micción voluntariamente y aparecen goteo posmiccional. Es frecuente la presencia de ansiedad, molestias abdominales bajas, tenesmo vesical (sensación de vaciamiento incompleto). Son habituales los episodios de retención urinaria.

En el mismo sentido se encuentra el **Síndrome de incontinencia fecal o impactación**, esto es, retraso de la emisión de las heces o dificultad de expulsión; pudiendo hablarse en ambos casos de una alteración del patrón habitual.

La relación de este padecimiento, varía según el sexo y etapa de la vida, siendo en la juventud más frecuentes en el hombre, para invertirse a razón 3/1 en edades más tardías de la vida. Los factores de riesgo pueden ser la edad avanzada, el deterioro de la función cognitiva, la inmovilidad, la dieta pobre en líquidos y fibra, la hospitalización, la pluripatología, la polifarmacia, así como el hábito de ignorar la imperiosidad defecatoria. En tal sentido, de la misma manera que en otros padecimientos, resulta fundamental identificar la fisiopatología del estreñimiento, esto es, diferenciar si está originado por multiplicidad de procesos patológicos en algún momento de su evolución (estreñimiento secundario) o, si está asociado a patología causal (estreñimiento idiopático o primario).

Según el curso evolutivo se clasifica el estreñimiento en: agudo o de reciente aparición (<3 a 6 semanas) y crónico (> de 6 meses). De esta forma existirá un estreñimiento secundario agudo o crónico y un estreñimiento primario o idiopático agudo o crónico.

El estreñimiento secundario de forma aguda suele asociarse en la persona mayor con impactación fecal o patología grave (adenocarcinoma de colon). La forma crónica se asocia en mayor medida con un mal control previo o actual de la enfermedad subyacente causal, así como la ingesta continuada de medicamentos constipantes. El estreñimiento idiopático agudo, es raro en la persona mayor y correspondería a la presentación de constipación del **síndrome del intestino irritable**. Es más frecuente el estreñimiento idiopático crónico, llamado también estreñimiento crónico habitual, que en personas mayores de 65 años está en relación con el estilo de vida, referente a los hábitos dietéticos, actividad física, síndrome de demencia y uso crónico de laxantes.

El estreñimiento es un síntoma y signo de un variado grupo de procesos, existiendo diversas clasificaciones, aunque desde el punto práctico y para su mayor utilidad puede dividirse el conjunto de procesos en dos grandes grupos:

| Afectación del llenado rectal   | Afectación del vaciamiento rectal   |
|---|---|
| <p>Cuyas causas más frecuentes son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tumores</li> <li>• Síndrome de colon irritable</li> <li>• Diabetes mellitus</li> <li>• Hipotiroidismo</li> <li>• Uremia</li> <li>• Accidente vascular cerebral</li> <li>• Enfermedad de Parkinson</li> </ul> | <p>Dentro de los trastornos segmentarios, las causas más frecuentes son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inmovilidad o inactividad física.</li> <li>• Debilidad de la musculatura abdominal y del suelo pélvico.</li> <li>• Alteración de la sensación de sed en la persona mayor, con el consiguiente riesgo de des hidratación debido al uso de</li> </ul> |

|  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fármacos</li> </ul> | <p>diuréticos, lo que aumenta el riesgo de estreñimiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuficiencia del aporte de fibras en la dieta.</li> <li>• Ausencia de un hábito regular de acceso al baño o retrete inhibiendo el reflejo defecatorio, con acumulación de las heces llegando a ocasionar impactación fecal.</li> </ul> |
|--|--|

La farmacoterapia es la causa que se asocia con mayor frecuencia al estreñimiento, muchos son los fármacos de amplio uso en la población geriátrica que producen constipación como efecto secundario. Así sucede con los anticolinérgicos (antidepresivos y antiparkinsonianos), con los fármacos para el aparato digestivo como son los antiácidos con aluminio y calcio, con los antihipertensivos con efecto alfa o beta adrenérgicos, los antagonistas del calcio, los diuréticos que producen hipovolemia e hipopotasemia, el hierro y los opiáceos con codeína y morfina, que siempre deben administrarse junto con un laxante.

La impactación fecal se asocia con una mortalidad que va hasta 16%. Las complicaciones más importantes son la incontinencia fecal, la úlcera por decúbito, la infección urinaria, el síndrome enterorrectal, la obstrucción colónica, la necrosis de pared y las úlceras estercoráceas, que son clínicamente silentes positivizan la sangre oculta en heces.

Complicaciones menos habituales son la disreflexia autonómica, el neumotórax, la encefalopatía hepática, el prolapso rectal y el shock por pérdida de fluidos en la luz intestinal. Por último, el estreñimiento puede provocar a nivel rectal, prolapso, ulceración y hemorragia.

Ahora bien, pese a la gama de Enfermedades Crónico-Degenerativas No Transmisibles y la variedad de síndromes geriátricos descritos, existe un sector de personas mayores sanas, población para el que se ha adoptado la noción de personas con **Deterioro Cognitivo Leve (DCL)**, esto es que, presentan una disminución en la memoria, pero no cumplen con criterios para un diagnóstico para **demencia** y quizá, nunca lleguen a presentarla.

Las personas con demencia mantienen cierta capacidad de neuroplasticidad, la cual podríamos definir como “la respuesta que da el cerebro para adaptarse a las nuevas situaciones y restablecer el equilibrio alterado, después de una lesión”, esto es, un potencial de plasticidad cognitiva, de aprendizaje o capacidades de reserva, que pueden ser desarrollados y estimulados a fin de modificar y

optimizar su adaptación al medio, especialmente en los estadios leve y moderado, donde el proceso neurodegenerativo no está tan avanzado” (Rubio R, 2009).

En cuanto a síntomas conductuales relacionados con la demencia, es posible encontrar: agitación, agresividad, trastornos de la actividad motora, alteraciones de la esfera sexual y alteraciones de la conducta alimentaria. Ahora bien, cabe destacar que la presencia de algunos de estos síntomas a su vez, pueden estar relacionados con factores desencadenantes tales como el entorno ambiental (cambios de hábitos, hiperestimulación, ambientes ruidosos); la presencia de la figura de la persona cuidadora (una persona desconocida, una persona con la que se tuvo una relación previa o, incluso, una mala comunicación con dicha persona); dolor; alguna patología concomitante (estreñimiento, fiebre); delirium y iatrogenia (presencia de efectos secundarios de algunos fármacos).

El concepto de Deterioro Cognitivo Leve (DCL) definido por Petersen (2001) es actualmente el más usado. En estas denominaciones están incluidos aquellos que no presentan criterios clínicos de ninguna entidad neurodegenerativa, pero que presentan un rendimiento anormal en las baterías neuropsicológicas.

Las distintas definiciones tienen muchos puntos en común: alteración subjetiva de la memoria, su confirmación objetiva en baterías neuropsicológicas generales y preservación de las actividades habituales.

Aunque inicialmente el punto clave diagnóstico se centraba en la pérdida de memoria, estando orientado a la detección precoz de la enfermedad de Alzheimer, en los últimos años coincidiendo con los artículos de Petersen (2004), se ha ampliado el concepto tras observar la existencia de otros patrones clínicos, reconociéndose tres subtipos de DCL según afecte exclusivamente a la memoria (el más frecuente), a múltiples áreas cognitivas o, a una sola, distinta de la memoria. Esto podría favorecer la identificación de patrones de distintas etiologías (degenerativa, vascular, alteraciones metabólicas, enfermedades psiquiátricas, etcétera).

Evaluar el deterioro cognitivo para evidenciar si realmente existe un declive, requiere de conocer las pérdidas cognitivas existentes en el envejecimiento normal, conociéndose entre las modificaciones carentes de patología en la persona sana, las siguientes:

- Afectación en la memoria de trabajo, episódica y de recuerdo libre, mientras que la memoria icónica (a corto plazo), el reconocimiento, recuerdo facilitado, memoria semántica, implícita y prospectiva se mantiene preservada.

- Deterioro de la denominación del lenguaje y disminución de la fluencia verbal, conservándose la sintaxis y el léxico.
- Declive en la capacidad para resolver problemas y velocidad para procesar la información (razonamiento). La atención se preserva.

Para diagnosticar el deterioro cognitivo, la historia clínica deberá orientarse a la identificación de: dificultad en aprender y retener información nueva; dificultad en tareas complejas, especialmente de planificación; capacidad de razonamiento (ser resolutivo en problemas imprevistos); orientación y lenguaje (disnomias, anomias, paráfrasis)

El diagnóstico es clínico y, una condición necesaria para realizarlo, es que el deterioro cognitivo sea de intensidad suficiente como para interferir en las actividades familiares, sociales u ocupacionales de la persona; actividades que hasta entonces realizaba de forma más o menos cotidiana y competente.

Los signos de sospecha de deterioro cognitivo pueden ser referidos por la propia persona o personas de su entorno, sobre cambios en:

- Área cognitiva: memoria, lenguaje, orientación.
- Área funcional: administrar los medicamentos, manejar dinero, etcétera.
- Área comportamental: agitación, apatía, desinterés, depresión, ansiedad, etcétera.

La presencia de alguien para que proporcione información fiable, generalmente un gericultista o personal de enfermería, se hace del todo insustituible.

Entre algunas de las dificultades para llevar a cabo la detección oportuna se destacan:

- Problemas de introspección o mecanismos de negación de la persona afectada e, incluso, de sus familiares.
- Dificultades asistenciales: relacionadas con falta de tiempo, acceso a recursos, déficit formativo, etcétera.
- Diagnóstico temprano que requiere de mantener un elevado nivel de alerta y una actitud activa, iniciando un reconocimiento ante cualquier signo de alarma de deterioro cognitivo.

La línea diagnóstica entre el deterioro cognitivo y la demencia suele ser muy fina, en general está delimitada por la funcionalidad que la persona puede conservar con el deterioro cognitivo, por lo que en la mayoría de las veces, pasa desapercibida siendo de suma importancia realizar diagnósticos tempranos y

sobre todo, los seguimientos a largo plazo. La estimulación cognitiva, el aprovechamiento de las reservas funcionales y el manejo farmacológico para patologías de base que pueden condicionar el deterioro cognitivo, son herramientas válidas para disminuir su progresión.

La relación entre el deterioro cognitivo y el envejecimiento es evidente, tanto en frecuencia como en magnitud. El Trastorno de Memoria Asociado a la Edad (TMAE), aumenta el riesgo de padecer la enfermedad de Alzheimer, pudiendo constituir una etapa temprana de la propia enfermedad.

En el mismo rubro del área cognitiva, podemos encontrar el denominado **delirium**, considerado como síndrome agudo, fluctuante y reversible, caracterizado por inatención y disfunción cognitiva transitoria asociada a una condición médica.

De acuerdo con los criterios diagnósticos del DSMIV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, en inglés Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), el delirium está determinado por los siguientes síntomas:

- a) Alteración de la conciencia con dificultad para centrar, mantener o dirigir la atención.
- b) Alteración que se presenta en un corto periodo de tiempo (horas o días) y puede fluctuar a lo largo del día.
- c) Cambio de las funciones cognoscitivas (memoria, desorientación, lenguaje o percepción).
- d) Demostración de que el cuadro es efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.

Clínicamente el delirium puede dividirse en:

| Hipoactivo  | Hiperactivo  | Mixto   |
|---|--|---|
| Caracterizado por letargia y actividad psicomotora reducida. Forma generalmente no reconocida y por ende, de peor pronóstico. | Forma de delirium en que la persona está agitada e hipervigilante; manifestación que pocas veces pasa desapercibido. | Delirium con manifestaciones de las formas previas (hipoactivo e hiperactivo) |

El delirium es un síndrome multifactorial, derivado de la interrelación entre la persona vulnerable, los factores precipitantes y predisponentes y, un estímulo nocivo. Por tanto, personas altamente vulnerables (ejemplo, con deterioro

cognoscitivo) desarrollan el delirium con factores precipitantes mínimos (ejemplo, dosis única de un medicamento). Por el contrario, personas resistentes requieren una suma de estímulos para desarrollarlo.

Entre algunas condiciones generalmente implicadas en la predisposición para desarrollar delirium es posible encontrar: enfermedades severas, comorbilidad, alteraciones funcionales, edad avanzada, insuficiencia renal crónica, deshidratación, desnutrición, alteraciones sensoriales y bajo nivel educativo.

Algunas medidas no farmacológicas para tratar a personas con delirium incluyen: acompañamiento permanente, idealmente por un familiar; ubicación en una habitación privada; aplicación de estrategias de reorientación (calendarios y relojes); instrucciones y explicaciones simples y contacto visual frecuente. En caso de que la persona mayor utilice anteojos y/o auxiliares auditivos, éstos deberán ser utilizados con base en sus requerimientos.

De la misma manera, resulta relevante el promover la autonomía en tanto sea posible procurando acciones sencillas tales como: evitar las restricciones físicas, minimizar los cambios en la o las habitaciones, minimizar los cambios entre las personas que le rodean, promover un ambiente calmado (con pocos estímulos luminosos y sonoros resulta ideal), no irrumpir el sueño nocturno con la ministración de medicamentos y toma de signos vitales, realizar algunas técnicas de relajación, colocar música tranquila o practicar masajes.

De la misma manera que cualquier otro padecimiento, lo primero es tratar la causa de base para que de manera simultánea se controlen los síntomas.

La higiene bucal inadecuada puede favorecer la aparición de caries dental y enfermedad periodontal (EP), situaciones que si no son tratadas de manera oportuna, pueden ser el origen de pérdida dental; si ésta no es tratada de manera adecuada (rehabilitación por medio de prótesis dental) o lo es con una técnica deficiente (prótesis fija con zonas de retención o zonas y/o puntos que dificultan la higiene adecuada); prótesis removibles con ganchos diseñados de manera que puedan favorecer la aparición de caries radicular o la migración del tejido de soporte, se puede favorecer que los órganos dentarios adyacentes a la pieza perdida migren o se extruyan, creando espacios de difícil acceso para la higiene, así como superficies propicias para el desarrollo de caries coronal y/o radicular.

La migración dental, además de ofrecer superficies donde se puede desarrollar caries, también promueve que se generen puntos de contacto inadecuado durante la oclusión (acción de contactar los dientes superiores e inferiores), los cuales se convertirán en interferencias oclusales, que, combinadas con la mala



función (contacto o interferencia constante) y la falta de higiene (expresada como EP), pueden favorecer que la pérdida de tejidos de soporte (ligamento periodontal, hueso) se presente de manera acelerada lo cual terminará en la pérdida de un mayor número de órganos dentarios.

Esta situación puede continuar en forma de espiral hasta que no haya más dientes y se halla alcanzado la condición de edentulismo. El edentulismo no es el punto final del deterioro de la cavidad bucal, pero puede ser el punto de partida de otra espiral o circuito de deterioro que incluirá el uso de prótesis mal ajustadas (lo que puede dar lugar a lesiones en la mucosa bucal si la presencia de zonas de irritación es combinada con el consumo de alcohol y el tabaquismo) y un mayor riesgo de que estas lesiones de los tejidos blandos se malignicen y se desarrolle algún tipo de cáncer en la cavidad bucal.

Cuando este tipo de condición se combina con el uso de algunos medicamentos se puede afectar la función de las glándulas salivales; la disminución del flujo salival en la boca hará que la deglución, el habla y el portar prótesis sea incómodo y aumente el nivel de irritabilidad sobre la mucosa por la falta de lubricación adecuada proporcionada por la saliva, marcando así el punto eje para una nueva espiral de deterioro de salud bucal (Carlsson,1998; Dervis,2004; Allen y McMillan, 2003; Boehm y Scannapieco, 2007; Felton, 2009) (Envejecimiento humano. Una visión transdisciplinaria; Instituto de Geriátría; 2010).

Se puede afirmar que existe una relación estrecha entre las enfermedades de la cavidad bucal y el control de enfermedades sistémicas, sobre todo aquellas del tipo crónico-degenerativo, tanto cardiovascular como metabólico. Un ejemplo de lo anterior es que la presencia de focos infecciosos en la cavidad bucal, puede repercutir en el control glucémico del paciente diabético con la presencia de hipo o hiperglucemia.

Desafortunadamente, es frecuente asumir que es natural el llegar edéntulo a la vejez, desestimándose una cultura de la prevención y el autocuidado, sentido en el que los problemas bucales deben abordarse como consecuencia y reflejo de factores que intervinieron durante toda la vida, es decir, la historia familiar, socioeconómica y cultural, agregándose a éstos, los cambios propios de la biología del envejecimiento.

Así, con base en la valoración y diagnósticos establecidos, es posible determinar la consistencia de una dieta través de la cual se cubran ingerir los nutrientes requeridos de acuerdo a la edad, la actividad física, sexo y estado de salud; sentido en el destaca la relación entre la persona profesional en salud bucal y la profesional en el área de nutrición.

La nutrición en la etapa del envejecimiento impacta en el estado de salud de las personas mayores, ya que surgen cambios en la composición corporal, con una pérdida de masa magra e incremento de la masa grasa, estos cambios aunados a la alimentación deficiente en nutrimentos, por cambios en las condiciones de vida o por resultado estado de nutrición, sitúan al adulto mayor en riesgo de desnutrición, afectando la calidad de vida y exacerbando la presencia de patologías.

Por otro lado, el estado de nutrición inadecuado también puede favorecer el desarrollo del síndrome metabólico presente en gran parte de la población adulta actual, otros cambios que deben tomarse en cuenta son el retardo en el vaciamiento gástrico, atrofia de las papilas gustativas, problemas en la deglución, disfagia, cambios en la microbiota, intolerancia a la lactosa, hiperlipidemias, disminución en la sensación de sed, provocando deshidratación. La alimentación juega un papel importante para el mantenimiento de la salud, debe ser equilibrada, inocua, variada y completa, en esta etapa por lo que debe tomar en cuenta el aporte adecuado de proteínas y energía, así como el equilibrio de los nutrimentos y especial atención al aporte de vitaminas, minerales y agua.

Ahora bien, la sexualidad en la vejez, lo mismo que en otras etapas del ciclo vital, se debe considerar como parte del área de la salud y la calidad de vida. Toda manifestación sexual puede ayudar a una adecuada manifestación de la salud y el equilibrio. Los cambios biológicos y funcionales de los órganos sexuales no provocan el cese de la actividad sexual. Es necesaria una adaptación del comportamiento sexual al nuevo funcionamiento orgánico para, con ello, evitar frustraciones y ansiedades que podrían llevar al cese innecesario de la actividad sexual.

En suma, la sexualidad es parte de la calidad de vida de las Personas mayores y adquiere mayor importancia cuando se trata de personas institucionalizadas, dado que la institucionalización es un punto de inflexión en el curso de sus vidas. Los mitos sobre vejez y género, hacen que la sociedad y las propias personas mayores tengan ideas prejuiciosas.

De lo anteriormente expuesto, resulta evidente la existencia, a grandes rasgos, de tres grupos de Personas mayores (**Tipología de las Personas mayores**):

a) **Sanas.**- Personas que desde el final de la edad adulta y en el transcurrir de la vejez mantienen su independencia y, por lo tanto, son capaces de satisfacer sus necesidades básicas a pesar de las limitaciones propias de la edad. Dentro de este grupo de población los cuidados van dirigidos a la promoción y la prevención de la salud, motivando y enseñando a la persona que envejece a desarrollar hábitos de vida saludables, que le permitan adaptarse a los cambios que pueden producirse durante el proceso de envejecimiento y a prevenir las consecuencias negativas que éste puede aportar.

b) **Frágiles o de riesgo.**- Personas que por tener una edad muy avanzada y asociada a factores de tipo social o de pérdida de salud, tienen un elevado riesgo de perder su autonomía, de sufrir complicaciones en su estado de salud, de morir o de ingresar en una institución si no reciben la ayuda adecuada. Los cuidados dirigidos a este grupo, se enfocan a establecer o coordinar las ayudas necesarias, prevenir las complicaciones y proporcionar los cuidados necesarios para que la persona, por sí misma o con la ayuda de su entorno (natural o profesional), pueda alcanzar el máximo nivel de independencia posible en la satisfacción de sus necesidades.

c) **Geriátricas.**- Personas ancianas que tienen dificultades para satisfacer sus necesidades o que padecen enfermedades que comportan pérdidas de autonomía funcional y cuya situación está condicionada por factores psíquicos o sociales. Los cuidados para este sector de la población, se centran en procurar la recuperación al máximo de las capacidades, prevenir las complicaciones y compensar los déficits, movilizándolo los recursos de la persona y de su entorno para satisfacer de forma óptima sus necesidades y mejorar su calidad de vida. Los cuidados también pueden ir dirigidos a asegurar una muerte digna y apacible.

En consideración a las características y los retos de esta etapa de la vida, el otorgamiento de cuidados paliativos es una valiosa aportación para el trabajo con personas que presentan enfermedades terminales, es decir, quienes cuya expectativa de vida es conservadora por causa de alguna enfermedad para la que no hay respuesta al tratamiento curativo, siendo a través del otorgamiento de cuidados paliativos que se procuran elementos que favorezcan calidad de vida dentro de la condición específica de la persona; cuidados enfocados en la atención de síntomas o molestias relacionados con éstas.

Considerar a una enfermedad como terminal requiere de parámetros objetivos, que permitan valorar la situación del enfermo en cuanto al nivel de autonomía, síntomas y capacidad de relación, más que en la posibilidad de fallecimiento a corto plazo.

En 1990 la OMS asume la denominación general de cuidados paliativos como “el cuidado activo y total de las enfermedades que no tienen respuesta al tratamiento curativo, con el objeto de conseguir la mejor calidad de vida posible, controlando los síntomas físicos, emocionales y las necesidades sociales y espirituales de los pacientes”.

Según la definición de la OMS y de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, enfermedad en fase terminal es aquella que no tiene tratamiento específico curativo o con capacidad para retrasar la evolución y que, por ello, conlleva a la muerte en un tiempo variable (generalmente inferior a seis meses); es progresiva; provoca síntomas intensos, multifactoriales, cambiantes y conlleva un gran sufrimiento (físico, psicológico) en el paciente y la familia.

Existen estudios que muestran que con el progreso de la medicina, es posible mantener con vida y por tiempo prolongado a personas que se encuentran en estado terminal, sin dolor, hidratados, razonablemente confortables y con mejor calidad de vida, sin embargo ningún estudio ha logrado demostrar que un tratamiento intenso y excesivo modifique de manera significativa la esperanza de vida de los personas con enfermedades terminales.

## 2. Teorías del envejecimiento

Como puede observarse, el envejecimiento es un proceso complejo, variable y multidimensional, esto es, una etapa de vida cuyas condiciones involucra aspectos físicos, fisiológicos, psicológicos, sociales e, incluso, familiares; siendo en tal sentido que los distintos esfuerzos por conocer y explicar el proceso de envejecimiento se traducen en principios y conocimientos organizados a partir de los cuales comprender las características intrínsecas y extrínsecas que rodean dicha etapa de vida.

Cuando los elementos a partir de los cuales comprender y establecer estrategias de intervención se centran en cambios fisiológicos, se habla de **teorías biológicas** del envejecimiento; en tanto, cuando los argumentos se centran en la reacción de las Personas mayores ante su propio proceso de envejecimiento y los cambios que ocurren en las relaciones sociales en la etapa de la vejez, hablamos de **teorías sociales**. Si bien se habla de dos perspectivas, es importante

considerar que cada teoría contribuye a la comprensión de las diversas circunstancias que rodean esta etapa de la vida.

Para fines del presente Modelo, una de las vertientes que destaca dentro de las teorías sociales es la llamada **Teoría de la separación o el retraimiento**, la cual enfatiza el papel de la separación de una vida activa y su asociación con factores como: la jubilación, la salud disminuida, la pérdida de familiares o empobrecimiento (Sánchez, 2005).

Para las personas mayores con un **envejecimiento activo**, la separación puede representar un reto la adaptación a otros ambientes, en tanto para quienes han sido pasivos, puede marcar un momento previo para la desvinculación total de la sociedad.

Por su parte, Donald Cowgill y Lowell Holmes en 1972, a través del planteamiento de la Teoría de la modernización, planteó el hecho de que el prestigio social de las Personas mayores experimenta una transformación conforme se moderniza una sociedad, siendo la pérdida de la posición de prestigio social de esta etapa de la vida una característica estructural de las sociedades modernas, lo anterior al presumirse que la situación de las personas mayores se deriva del desempeño de funciones sociales.

Para Riley en 1971 y 1987 quien plantea la **Teoría de la estratificación por edad**, las vidas individuales y las estructuras sociales están sujetas a cambio.-Explica que una cohorte, son personas que nacieron en un mismo tiempo en la historia, cada grupo de cohorte es único porque tiene sus propias características, así como los eventos que influyeron en sus vidas como guerras, cambios económicos y tecnológicos; estudia el envejecimiento como grupo que forma parte de una generación, no individualiza y considera que pueden existir diferencias entre las y los integrantes del grupo como enfermedades, valores, el nivel de funcionamiento social. Fijar la atención sólo en las características estructurales, demográficas e históricas, limita explicar el comportamiento de la Persona mayor.

Desde 1973, John Kuypers y Vern Bengston referían el hecho de que las Personas mayores son más susceptibles y vulnerables a la pérdida de funciones sociales, hecho que analizaron bajo el concepto de la **Teoría de la competencia y el fracaso social**. Consideraron que la Persona mayor vulnerable, recibe mensajes negativos de su ambiente social, mismos que incorpora a la autoimagen; desde dicha Teoría se supone que el manejo entre el yo de la persona y la sociedad debe de tener la habilidad para ser mediada. Desde esta perspectiva se sugiere la educación a la sociedad en general, esto es, una “nueva cultura del

envejecimiento” orientada a sensibilizar a la sociedad misma y a la Persona Adulto Mayor, a fin de que ésta última no realice auto enjuiciamientos que le perjudiquen y logre el control de su vida misma tanto en lo social como en la salud.

La relevancia del entorno social es destacada también en la **Teoría de la subcultura** de Arnold Rose (1965), en la cual se establece que las Personas mayores mantienen una identidad social mediante su membrecía a una subcultura basada en afinidades positivas, esto sucede cuando interactúan más entre sí mismos que con otros grupos de diferentes edades, un ejemplo de ello son los encuentros en jardines, plazas públicas y eventos de baile en los que puede identificarse una cultura y estilo de vestir compartido.

Con base en lo revisado hasta este punto, destaca el hecho de que el envejecimiento no es un asunto aisladamente físico, ni individual, sino que acontece dentro de un curso social así, Elaine Cumming y William Henry (1961) con su **Teoría de la desvinculación defendida**, sostiene que la vejez implica retraimiento mutuo de las Personas mayores respecto a la sociedad y de ésta con respecto a dicho sector poblacional. Es decir, la sociedad incita a la secesión generacional forzando a la Persona mayor a aislarse, mientras esta decide resueltamente, desligarse del mundo, restringir sus obligaciones y actividades, circunscribirse a la familia y a los amigos y sobre todo volcarse en sí mismo.

En concordancia con lo anterior, Tartler plantea en su **Teoría de la actividad** que la satisfacción vital se vincula con roles familiares, laborales y sociales, de modo que entre más se malogren en la ancianidad, menor será la moral y satisfacción de la persona. Entre algunos aspectos a considerar para promover una mayor satisfacción en esta etapa de la vida, refiere:

- a) Promover y fortalecer roles familiares, sociales e incluso laborales.
- b) Prolongar la actividad.
- c) Valorar la edad, dotar a la persona mayor de roles apreciados socialmente.
- d) La actividad depende del estado de ánimo.
- e) La satisfacción más que con la actividad se vincula al tipo de esta.

Ahora bien, sin importar la Teoría desde la cual se aborde la conceptualización y comprensión de esta etapa de la vida, resulta fundamental su estudio desde las diferentes áreas del desarrollo humano (física, cognitiva y socio-emocional), pues tal como lo señaló Neugarten, 1968 y 1973 con su Teoría de la continuidad las personas tienden a reaccionar de manera similar a lo largo de la vida; esto es, quienes supieron enfrentar la juventud, sabrán hacerlo durante la vejez, al adaptarse a los cambios biológicos y sociales. Escenario ante el que la y el adulto

mayor hacen uso de lo que son, lo que no supone otra cosa que seguir haciendo lo que ha sido siempre.

Atchcley (1971) sostiene que el último estadio de la vida no es más que una continuación de los precedentes; aunque la situación en la que se encuentra la Persona mayor le resulte nueva, la jubilación por ejemplo, seguirá manejando los métodos, relaciones, recursos, etc., de los que hizo uso durante toda su existencia y que sabe le sirvieron para unas y otras ocasiones.

Es así que para fines del presente Modelo, se destaca el hecho de considerar en todo momento que las personas según van viviendo, asumen actitudes, gustos, valores, hábitos, costumbres y estilos propios de vida, entre otras circunstancias, las cuales mantienen en la ancianidad y a las que apelan para seguir desarrollando su vida.

### 3. Envejecimiento activo

El concepto de envejecimiento activo fue propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1999, definiéndolo como “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”. (Instituto Nacional de Geriátrica, 2017)

Desde dicha conceptualización destaca la participación de las Personas mayores tanto de manera individual como colectiva en los ámbitos social, económico, cultural, espiritual y cívico y, no sólo, su participación desde la capacidad para estar físicamente activa o activo o para participar como mano de obra.

En el plano operativo, el envejecimiento activo se refiere al **empoderamiento de las personas mayores** en los aspectos biológicos, psicológicos y sociales en los que están inmersos; siendo los pilares básicos del envejecimiento activo son-la salud, la participación y la seguridad; entendiéndose por cada uno de estos:

- Salud: mantener, prolongar y recuperar la funcionalidad de acuerdo al contexto de cada persona mayor.
- Participación: involucrarse desde lo social, cultural, económico, deportivo, sanitario, en lo político, espiritual y educativo, para un desarrollo social.
- Seguridad: contar con políticas públicas y programas que garanticen permanentemente el acceso a la salud, alimentación, vivienda, entre otras condiciones.

En dicho contexto resulta indispensable el comprender el proceso de empoderamiento como el desarrollo de mecanismos personales a partir de los cuales mantener o fortalecer la autoconfianza, la decisión propia, la vida digna de acuerdo con los valores personales, la capacidad para luchar por los Derechos propios, la independencia y la toma de decisiones.

Es así que, a través del paradigma del envejecimiento activo se reconocen los Derechos de las Personas mayores, considerando la igualdad de oportunidades para ejercer la participación (empoderamiento) en lo político, social y demás aspectos de la vida comunitaria. (Mendoza-Núñez V. M., [http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/06\\_env\\_act\\_mod\\_ger.pdf](http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/06_env_act_mod_ger.pdf))

En tal sentido, se sugieren tres **estrategias operativas para que el empoderamiento** se lleve a cabo entre el sector poblacional de interés, siendo éstas:

#### **a) Autocuidado**

Fomento de la realización de acciones cuyo propósito es fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad. Las acciones de autocuidado están relacionadas directamente con la capacidad de supervivencia y las prácticas habituales de la cultura a la que se pertenece. (Tobón-Correa, 2003)

Los principios que determinan el que una acción sea considerada de autocuidado son:

- Proceso voluntario de la persona para consigo misma.
- De responsabilidad individual y una filosofía de vida ligada a las experiencias en la vida cotidiana.
- Se apoyan en un sistema formal como es el de salud e, informal como lo es el apoyo social.
- De carácter social, puesto que da lugar a interrelaciones.
- Contribuyen, en todos los casos, a mejorar el nivel de salud.

Finalmente, con respecto a esta estrategia operativa para el empoderamiento, cabe destacar que toda acción definida como de autocuidado requiere cierto grado de desarrollo personal mediado por un permanente fortalecimiento del autoconcepto, el autocontrol, la autoestima, la autoaceptación y la resiliencia.

#### **b) Ayuda mutua o Autoayuda**



Estrategia entendida como el componente solidario y razonado que adopta un grupo de personas que comparten dificultades similares y que están conscientes de las ventajas y compromisos adquiridos al aceptar voluntariamente ser parte del mismo, por lo que están dispuestos a cambiar su comportamiento, asumir responsabilidades y a invertir tiempo ante los compromisos adquiridos en el grupo.

Los núcleos gerontológicos formados por un mínimo ocho Personas Adultos Mayores, son ejemplo de grupos de ayuda mutua, logra el empoderamiento con énfasis en la prevención y control de enfermedades crónico-degenerativas.

### **c) Autogestión**

Proceso conductual que involucra una serie de comportamientos manipulados por la propia persona para lograr un objetivo o fin determinado, sentido en el que funciona como mecanismo de organización personal. Entre los comportamientos que definen a la autogestión destacan el autocontrol, el autoconocimiento, el establecimiento de metas y el reforzamiento posterior al logro de las mismas.

La autogestión implica así autonomía e independencia, estados para los que se requiere a su vez de responsabilidad y reflexión permanente.

Para el caso del sector poblacional motivo del presente Modelo, la autogestión se entiende también, como las medidas que una persona o grupo de ayuda mutua instrumentan de manera autónoma, anticipada y óptima, considerando los elementos y mecanismos de las redes sociales de apoyo, formales e informales.

Ahora bien, lo previamente revisado forma parte de los mecanismos mediante los cuales opera el envejecimiento activo, cuyo fin es, mejorar la **calidad de vida** a medida que las personas envejecen, pero, ¿a qué hace referencia el término calidad de vida?

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la calidad de vida como la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones (Harper & Power, 1998)

El concepto de calidad de vida abarca tres dimensiones globales:

a) El estado funcional o aquello que la persona es capaz de hacer.

- b) El acceso a los recursos y oportunidades.
- c) La sensación de bienestar.

Las dos primeras dimensiones se designan como calidad de vida objetiva, es decir, aspectos que pueden ser evaluados por terceras personas con relación, a las oportunidades y acceso a los recursos (evaluación externa).

La sensación de bienestar por su parte, es considerada la dimensión subjetiva, es decir; lo que la propia persona valora en relación con los diferentes ámbitos de su vida (autoevaluación)

El concepto de calidad de vida representa así un término multidimensional de las políticas sociales que, por un lado, significa contar con “buenas” condiciones de vida ‘objetivas’ y un alto grado de bienestar “subjetivo” y por otro lado, incluye también la satisfacción colectiva de necesidades a través de políticas sociales en adición a la satisfacción individual de necesidades.

Dentro de la calidad de vida confluyen e interactúan, además del factor biológico, factores que de acuerdo a la condiciones biopsicosociales y espirituales de cada persona, toman forma particular dándole una individualidad al envejecimiento. Estos factores han sido identificados a grandes rasgos como: materiales, ambientales y de vinculación, consistiendo cada uno de ellos en:

#### F. Materiales

- También denominados recursos: ingresos disponibles, posición en el mercado de trabajo, salud y nivel de educación entre otros.

#### F. Ambientales

- Características del vecindario / comunidad que pueden influir en la calidad de vida: características arquitectónicas y de seguridad del hogar, presencia y acceso de servicios, grado de seguridad y criminalidad, transporte y movilización, habilidad para servirse de las nuevas tecnologías.

#### F. De vinculación

- Variables que intervienen en las relaciones con la familia, las amistades y las redes sociales.
- Integración a organizaciones sociales y religiosas, tiempo libre y rol social después del retiro de las actividades económicas, convivencia en su comunidad, entre otros factores.

Para Sánchez Sosa & González Célis (2006), la calidad de vida relacionada con la salud, se ha medido a través de la función física, del estado psicológico, de la función de interacciones sociales y de los síntomas físicos. Medición llevada a

cabo mediante cinco dominios principales: mortalidad, morbilidad, incapacidad, incomodidad e insatisfacción.

La calidad de vida de la Persona mayor está determinada tanto, por la valoración que hace del grado de bienestar y satisfacción general con su vida como, por su funcionamiento social, psíquico y físico. En este sentido, es la salud la variable de mayor peso en la percepción de bienestar entre dicho sector, por lo que los déficits en este aspecto constituyen el primer problema para evaluar la calidad de vida en esta etapa. Las categorías sugeridas para valorar la dimensión del bienestar son:

1. Salud.- cambios físicos provocados por enfermedad; estado funcional (capacidades y limitaciones físicas e intelectuales); predicción de enfermedades; factores de riesgo y acceso a servicios de salud.
2. Social.- reconocimiento y protección social y familiar.
3. Económico.- actividad, seguridad económica y material.

Específicamente en lo referente al proceso de socialización, cabe señalar que el envejecimiento tiene en cada sociedad características peculiares, siendo en esta etapa de la vida que la educación cumple su función socializadora al procurar la adecuada comprensión de las situaciones sociales (normas, relaciones), psicológicas y biológicas de las Personas mayores; escenario en el que las relaciones de pertenencia y de intercambio son características fundamentales de la integración social.

La socialización transcurre a lo largo de toda la vida y se caracteriza por ser de carácter bidireccional, es decir, por un lado se encuentra la influencia que ejercen los grupos entre sus integrantes y, por otro, la recepción activa que lleva cabo cada persona, esto es, la apropiación de toda experiencia social que propicia el integrarse a la vida en sociedad.

En el lado opuesto del proceso de la socialización, los prejuicios sociales en torno a la vejez pueden alentar el alejamiento de la persona mayor, favoreciendo el aislamiento, la soledad y la autoexclusión. Diversos estudios muestran que la red social de apoyo disminuye y se estrecha en la vejez y, a su vez, señalan que las Personas mayores buscan reconfigurar su red de apoyo social, apelando no tanto a la familia como principal sostén afectivo y vincular, sino a la integración con otros pares generacionales.

La necesidad que tiene la población adulta mayores de apoyarse en otras personas para poder llevar a cabo de manera satisfactoria sus actividades cotidianas hace que las redes sociales de apoyo tengan un papel fundamental en el proceso de envejecimiento. Estas redes se centran en las relaciones interpersonales que se establecen con el entorno social para mantener o mejorar el bienestar material, físico y emocional del individuo y evitar el deterioro que podrían generar las dificultades, crisis o conflictos.

Según Lomnitz, las redes sociales de apoyo constituyen un mecanismo positivo que compensa la falta del soporte económico prevaleciente en el contexto de la marginación. El tipo de apoyos que los adultos mayores obtienen de las redes pueden ser materiales (dinero, remesas, ropa y comida, principalmente); instrumentales (transporte, ayuda en labores del hogar y el cuidado y acompañamiento) y apoyo emocional (cariño, confianza, empatía).

La conformación de las redes depende de las estrategias y adaptabilidad que desarrolla cada Persona Adulto Mayor para lograr una vejez gratificante.

Existen tres aspectos determinantes que convierten el mundo subjetivo de la Persona mayor en un fenómeno complejo: la conciencia de su propia muerte, la jubilación y la representación negativa que acerca de la vejez él o ella y su entorno social se hayan construido. Para algunas personas hablar de envejecimiento y pensar en la muerte, es un hecho casi simultáneo.

Por otra parte, las características de la cultura posmoderna, la sociedad postradicional, el cambio de valores y de las instituciones sociales, así como el impacto de las tecnologías de la información sobre la vida cotidiana, constituyen procesos que tienden a potenciar la marginación y aislamiento de este sector poblacional.

La aceptación, por parte de las Personas mayores, a los elementos de cambio antes mencionados, favorece el proceso de socialización, más debe tomarse en cuenta que durante dicha etapa de la vida la persona se enfrenta también ante el cambio de status, de roles y de concepciones dentro de la familia; situación que juega un papel preponderante ya que puede dar lugar a disfuncionalidad familiar, ello debido a que no todas las familias asimilan las actuales posibilidades personales de sus integrantes mayores y no todas aplican este papel socializador, así mismo, no todas las personas mayores logran modificar adecuadamente sus patrones de vida a las necesidades sociales y posibilidades familiares.

En el marco anterior, desde la perspectiva del ciclo vital se concede especial importancia al efecto generacional, pues se considera que este brinda un

panorama general de valores y características que han modelado a toda una generación.

#### 4. Gerontología social

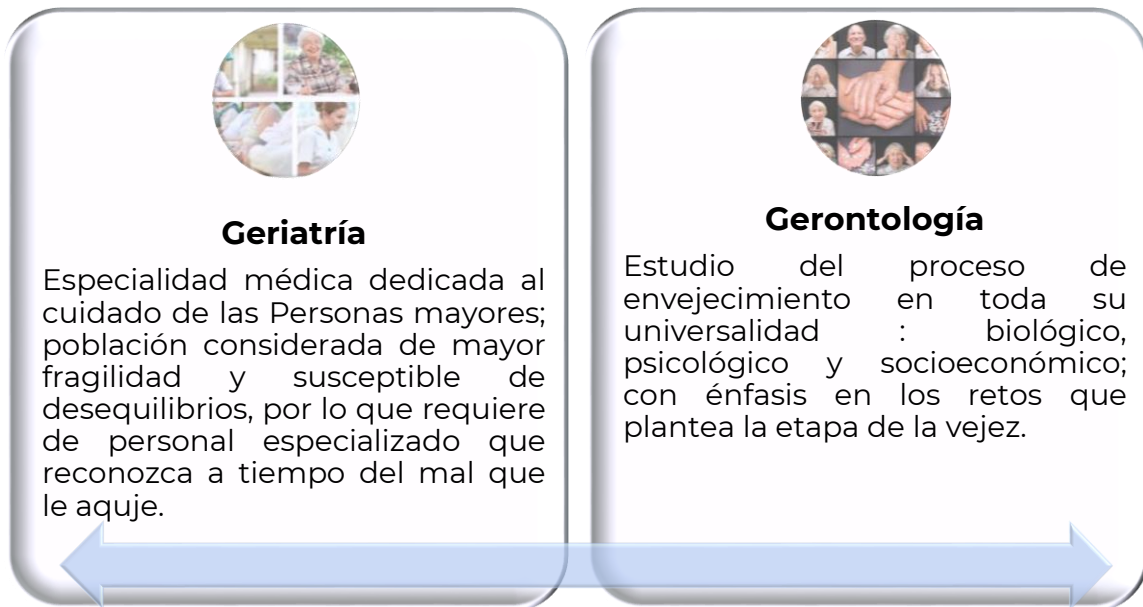
La geroprofilaxis y la gerontoprofilaxis son medidas encaminadas a la prevención de enfermedades y a la protección de la salud de la Persona mayor (Sánchez Gavito, 2000).

La geroprofilaxis, es la práctica de aplicar la mayor cantidad de medidas preventivas posibles para disminuir la vulnerabilidad acumulada por los riesgos genéticos, el estilo de vida y las enfermedades; medidas que habrán de definirse y llevarse a cabo quizá desde temprana edad (infancia, adolescencia, juventud, adultez), razón por la cual se convierten en medidas preventivas para un buen envejecer (Rodríguez García, 2011).

La gerontoprofilaxis por su parte, hace referencia a las medidas preventivas y de rehabilitación en las personas que cursan ya un proceso de envejecimiento, situación que es posible mediante la evaluación geriátrica sistemática a partir de la cual se revelan los riesgos en cada persona (Rodríguez García, 2011).

En tal sentido, la labor realizada por profesionales quienes en conjunto aplican técnicas e instrumentos especializados para la atención de las Personas mayores en el ámbito de la salud, es denominada **intervención gerontológica integral**.

Es a finales del siglo XIX, que se hace evidente el interés por desvincular el término de vejez del de enfermedad, situación que enmarcó el nacimiento de la geriatría y gerontología. Fue Metchnikof, quien anunció la palabra "gerontología" y la asoció a todo aspecto bio-clínicosociológico de las Personas mayores. En este sentido resulta pertinente realizar la distinción entre atención médica geriátrica y gerontología.



En 1990, el americano Ignaz Nascher apeló a la palabra geriatría para designar a la parte de la medicina dedicada al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del en las Personas mayores. Actualmente, para la **geriatría** es importante, contar con una visión global o biopsicosocial de la salud. Las interacciones entre lo físico, lo mental y lo social son mucho más perceptibles e intervienen, unas con otras con mayor impacto por la fragilidad en el equilibrio orgánico de las Personas mayores.

En el aspecto físico, la geriatría trabaja situaciones tanto, derivadas de alguna discapacidad a consecuencia de una enfermedad o lesión como, de manera preventiva y dentro del proceso normal del envejecimiento para el mantenimiento psicofísico de la Persona mayor sana, siendo fundamental la implementación de acciones desde la **rehabilitación geriátrica**. Desde esta disciplina para la OMS, la persona, integrada en el entorno más apropiado, debe ser partícipe en su proceso para recuperar o desarrollar el máximo potencial físico, psíquico y social.

La rehabilitación geriátrica busca así, mantener, mejorar y restaurar la capacidad funcional de la persona mayor, para mejorar su nivel de independencia y con ello su calidad de vida, por lo que constituye el eje central de la gerontología clínica, ya que la prevención o disminución de la dependencia, ha sido y seguirá siendo el propósito fundamental de esta última.

Mantener la condición física de la Persona mayor, desde la rehabilitación geriátrica, implica llevar a cabo acciones encaminadas a la prevención y detección oportuna de enfermedades crónicas discapacitantes, actividades que

permitan rastrear el deterioro funcional en la persona y el detrimento que viene concatenado al proceso normal de envejecimiento.

Las acciones previamente referidas, resultan a su vez más efectivas cuando son complementadas con asesoría sobre las medidas terapéuticas específicas y los agentes físicos a aplicar, para lograr en lo posible, la independencia en las actividades básicas de la vida diaria y autosuficiencia; lo que implica el formar en medidas y acciones de promoción de la salud. No menos importantes son la difusión de dichas disposiciones terapéuticas específicas, así como la aplicación de termoterapia y luz infrarroja entre otras alternativas complementarias, dependiendo de las indicaciones médicas en cada caso.

Idealmente la rehabilitación geriátrica debe estar operada por un equipo conformado al menos por especialistas en: medicina rehabilitadora, geriatría, terapia física, terapia ocupacional, terapia del lenguaje, psicología, trabajo social y gericultura.

Por otro lado, dada la incidencia de padecimientos de carácter cognitivo entre las personas de edad avanzada, la **psicogeriatría** resulta ser una de las disciplinas que contribuye a la visión global que busca la geriatría, lo anterior al intervenir terapéuticamente en un vasto repertorio de enfermedades neurológicas, psiquiátricas y neuropsiquiátricas.

La atención a personas psicogeriátricas en atención primaria debe caracterizarse por ser:

- Integral: dar respuesta a las necesidades de las personas respetando y promocionando, en la medida de lo posible, su autonomía.
- Continuada, presta atención a lo largo de la vida de las personas.
- Activa, debe realizar búsqueda sin esperar la demanda de atención.
- Coordinada, integrada y multidisciplinaria.
- Accesible, pero también flexible y equitativa.

El objetivo del abordaje psicogeriátrico es tratar de evitar la aparición o disminuir la frecuencia e intensidad de los Síntomas Patológicos y Conductuales en la Demencia (SPCD) que causan mayor sufrimiento y que ponen en peligro la integridad física y restan a la autonomía.

La atención de las Personas mayores psicogeriátricas es especialmente compleja debido a que se requiere la intervención de diversos profesionales para abordar las diferentes facetas de el o los síndromes que presenten. Se precisa así, de la atención en diferentes niveles asistenciales. (Informaciones psiquiátricas. Segundo trimestre 2010. Número 200; psicogeriatría y atención primaria (Montse

Vázquez Archilla; DUE ABS Pallejà. SAP Baix Llobregat Nord.; recepción: 23-02-10 / aceptación: 23-03-10).

En el caso de los pacientes que ya están viviendo en los centros gerontológicos y que con el tiempo llegan a desarrollar alguna patología psiquiátrica hay que diagnosticarlos a tiempo para poder tratarlos integralmente y así evitar complicaciones por tal patología.

Una vez diagnosticada se tendrá que intervenir de manera interdisciplinaria para disminuir la complejidad de cada caso.

En la psicoterapia geriátrica la meta central es que el paciente actualice sus potencialidades, de manera que logre darle a su existencia un sentido más completo y más digno, dominio e integración del pasado para enfrentar el presente, confrontación con los conflictos y ansiedades relacionados con la muerte, así como la ayuda que le brinda el confidente y/o terapeuta, ante las pérdidas irreparables de la vejez.

En geriatría es repetitiva la presencia de «alteraciones iceberg»; es decir, de enfermedades no conocidas ni por la persona geriátrica, ni por su médico; alteraciones que además con frecuencia son el origen de incapacidades no explicadas por los trastornos previamente documentados, en un marco funcional que obliga a medir la enfermedad a través de sus consecuencias y no sólo a partir de las causas que la generan.

Es por ello que se requiere un conocimiento específico de la Persona Adulto Mayor, ya sea mediante la atención geriátrica o bien la “geriatrización” de la medicina, pues en la medida que se interviene de forma temprana, se limita la dependencia y mejora la funcionalidad.

Para la **gerontología** por su parte, el estudio de la etapa de la vejez contempla aspectos positivos (la acumulación de conocimientos, experiencias y profundidad intelectual) y, negativos (debilitamiento físico, sensación de inutilidad) tratando de prolongar los primeros y suavizar los últimos.

La intervención gerontológica se orienta a una intervención holística, es decir, toma en cuenta las áreas física, mental, emocional, social y espiritual de la Persona Adulto Mayor. Profesionales del ámbito de la salud, han reportado que en ocasiones es posible observar que a pesar de tratamientos ideales para la Persona mayor, la actitud, la manera en que percibe la vida, los hechos que acontecen a su alrededor y el sentido que le proporcionan, marcan la diferencia en su implementación y beneficio. .



Encontrar el sentido de la vida (espiritualidad), confiar en el proceso de un orden superior y adoptar una visión optimista y de aprendizaje ante los desafíos de la misma, puede llevar a la persona a actuar de tal manera que las consecuencias de sus actos sean positivas para sí misma y para los demás, trayendo armonía, paz y bienestar interior; elementos que actúan como un regulador ante los demás sistemas y ámbitos, físicos, mentales, emocionales y sociales.

El camino de la espiritualidad es una herramienta en especial para las Personas mayores que llegan a institucionalizarse, ya que éstas atraviesan por situaciones de vulnerabilidad no solamente en el ámbito social y económico, sino también, en el psicológico y mental; contexto en el que está científicamente comprobado que el acto de orar y de meditar estimula al cerebro para liberar neurotransmisores, incluyendo dopamina, serotonina, oxitocina y endorfinas; sustancias químicas cerebrales de origen natural relacionadas con diversos aspectos de la felicidad, el bienestar y el sistema inmunológico; sentido en que se hace evidente el lazo entre la espiritualidad y la salud física.

En relación a lo antes señalado, existe una variedad de estudios y artículos científicos que han llegado a las siguientes conclusiones con respecto a la espiritualidad (Petersen, 2007):

- Actos relacionados con la fe religiosa protege a las Personas mayores con enfermedad cardiovascular y cáncer, evitando por mayor tiempo la dependencia.
- Manifestaciones de ayuda hacia otras personas, reduce niveles de cortisol, hormona generada por el estrés que influye en la baja del sistema inmunológico y, por ende, en la propensión para adquirir enfermedades.
- Principios y actitudes relacionados con la espiritualidad, facilitan la adaptación a los cambios y retos de la vida; ayudan a la presión sanguínea y al sistema inmunológico; alivian el estrés de la hospitalización, la enfermedad y las pérdidas características de esta etapa y, ayudan a la satisfacción con la vida, disminuyendo con ello, el riesgo de depresión.

En 2005, Tornstam introduce el término de **gerontotrascendencia**, el cual ha sido vinculado al logro de sabiduría en la vejez; etapa en que los valores centrados en la productividad y el crecimiento privilegiados durante la juventud, son reemplazados por otros valores y capacidades tales como la calma, la recreación, la creatividad y la sabiduría. Este proceso de cambio suele implicar un pasaje de una visión más materialista de la vida a una visión más espiritual y a partir de la cual se laboran ciertas pérdidas y crecimientos personales orientados a la noción de experiencia o sabiduría de la vida.

La persona que se desarrolla hacia la gerotranscendencia experimenta una redefinición de sí misma y de las relaciones con las demás personas, planteándose una nueva comprensión acerca de cuestiones existenciales fundamentales; trascendiendo la perspectiva egocéntrica, revalorando el tiempo, el espacio, la vida, la muerte y, por supuesto, acompañado ello por un progresivo sentimiento de afinidad con las generaciones pasadas y una mayor disposición a la meditación.

Dos autores provenientes del ámbito universitario, Danah Zoar (estudió física y filosofía y luego psicología y teología en Harvard) y su esposo Ian Marshall (psiquiatra y terapeuta), residentes en Oxford, vinculan el concepto “espiritualidad” con el de “inteligencia”; escenario en el que la inteligencia espiritual es entendida como “la inteligencia con la que se afrontan y resuelven problemas de significados y valores”.

Cabe destacar que en el marco de la teoría de las inteligencias múltiples de Howard Gardner en el año de 1967, Daniel Goleman introdujo el concepto de **inteligencia emocional**, la cual se define como la capacidad para mantener la calma, para dominar la impulsividad, para automotivarse, para perseverar en el empeño a pesar de las posibles frustraciones, para diferir gratificaciones y para regular estados de ánimo, destacando entre estos últimos, la angustia, estado que interfiere con las facultades racionales y las capacidades de confianza y empatía.

La **inteligencia espiritual** es la base necesaria para el eficaz funcionamiento tanto del cociente intelectual como de la inteligencia emocional, por lo que es nuestra inteligencia primordial. Otra definición más sencilla fue dada por el doctor Ramón Gallegos en su libro *Inteligencia espiritual* (2006) como “la capacidad de ser feliz a pesar de las circunstancias”.

Las características que definen una alta inteligencia espiritual son:

- Capacidad de ser flexible (activa y espontáneamente adaptable).
- Poseer un alto nivel de conciencia de sí mismo.
- Capacidad de afrontar y usar el sufrimiento.
- Capacidad de afrontar y trascender el dolor.
- La cualidad de ser inspirado por visiones y valores.
- Renuencia a causar daños innecesarios.
- Tendencia a ver las relaciones entre las cosas (ser “holístico”).
- Marcada tendencia a preguntar “¿por qué?” o “¿y sí?” y a pretender respuestas fundamentales.

- Ser lo que los psicólogos denominan “independiente del campo”, es decir, poseer una facilidad para estar contra las convenciones

Por lo anterior, resulta evidente el hecho de que las Personas mayores tienden a encontrarse en una etapa de introspección, una etapa en la que se desarrolla potencialmente la inteligencia espiritual, sentido en el que la población mayor debiese ser valorada como maestra y generadoras de inteligencia espiritual hacia las nuevas generaciones.

Las Personas mayores requieren de facilidades y oportunidades para desenvolverse ante los retos que implica la vejez: pérdidas, cambios, enfermedades, fallas de autoestima y de auto concepto, ansiedad y, situación económica en muchas ocasiones desfavorable debido a la falta de oportunidades laborales y ocupacionales. Dichas condiciones, pueden profundizar en el sentir de emociones contenidas a lo largo de la vida, como por ejemplo, ira, resentimiento, dolor y miedos entre otras; condiciones ante las que resulta imprescindible otorgar herramientas para ejercer las oportunidades para la expresión libremente de la espiritualidad y mediante el medio que se elijan, destacando el hecho de que lo relevante no es la doctrina o filosofía que se adopte, si no el desarrollo espiritual a través de los siguientes ejes:

1. Fe y esperanza.
2. Visión positiva ante la vida.
3. Apertura a vivir el hoy y el ahora.
4. Aceptación del pasado: cerrar círculos, perdonar y perdonarse a sí mismo.
5. Apertura para dejar ir. Trabajo en el apego.
6. Sentido de vida.
7. Aceptación de la muerte para vivir en plenitud.
8. Práctica en técnicas de relajación y disminución del estrés, así como la ansiedad y depresión.
9. Pensamientos positivos y, en caso necesario, cambio en el sistema de creencias que generan tensión, para proyectar un presente y un futuro en armonía.
10. Amar y amarse a sí mismo.
11. Sentimiento de paz interior y felicidad.
12. Agradecimiento ante la vida, valorar lo que se tiene.
13. Liberación de endorfinas mediante la risa, el ejercicio, el placer de los sentidos, la activación física y ayuda al prójimo.
14. Apertura a nuevas ideas y adaptación al cambio.
15. Disfrute por la vida y por mantener el sentido del humor.
16. Desarrollar y practicar valores esenciales que conforman la espiritualidad como la tolerancia, empatía, paciencia, humildad, respeto, amor, compasión y generosidad.

La espiritualidad en la vejez es un ámbito poco explotado y una gran área de oportunidad para la intervención con personas mayores, ya que mejora su calidad de vida, ayuda a la salud física y a prevenir enfermedades crónicas degenerativas, así como el deterioro de sus capacidades; crea una armonía consigo mismo y el medio que los rodea, retoma su importancia en la sociedad como maestros de inteligencia espiritual con las nuevas generaciones, aportando un gran valor para la prosperidad social y en consecuencia, fomenta su inserción en el núcleo familiar y social.

En este rubro, resulta fundamental el aporte de la enfermería gerontológica, definida ésta por Gunter y Estes, como un servicio de salud que incorpora a los conocimientos específicos de enfermería, aquellos relacionados y especializados en el proceso de envejecimiento. Labor a partir de la cual se promueve tanto en las Personas mayores como en su entorno condiciones que:

- Favorecen conductas saludables.
- Facilitan el diagnóstico, alivio y tratamiento de las enfermedades que ocurren en la vejez.
- Minimizan y compensan las pérdidas de salud y las limitaciones relacionadas con la edad.
- Proveen comodidad durante los eventos de angustia y debilidad en la vejez, incluyendo el proceso de la muerte. (Anzola Perez, 1993).

El proceso de atención de enfermería se divide en cinco etapas:

- Recopilación de datos. Etapa en la que a través de la entrevista y otras fuentes de información, se recopilan datos biográficos e historia de vida.
- Análisis e interpretación de datos. Etapa en la que a partir de la información recabada en la entrevista, se generan argumentos que explican el origen o la causa de la dependencia, identificándose también, factores detonadores o preservadores de ésta.
- Planificación de cuidados. Enfocando la intervención al reforzamiento de capacidades, conocimientos y motivación.
- Ejecución de cuidados. Operación de los cuidados planteados en la etapa anterior; asociándose cualquier cuidado con experiencias, recursos personales y su soporte relacional.
- Evaluación). Etapa en la que debe determinarse si las acciones llevadas a cabo para y con la Persona mayor y/o su entorno, le ha permitido alcanzar los objetivos establecidos en la planificación; si la persona ha mejorado o recuperado el nivel de satisfacción adecuado a sus necesidades.

La enfermería gerontológica es así, la especialidad que se ocupa de la valoración de las necesidades de las Personas mayores; de la planificación y la administración de los cuidados para satisfacer sus necesidades, así como de la evaluación de la eficacia de dichos cuidados en el logro y el mantenimiento de un nivel de bienestar acorde con las limitaciones impuestas por el proceso de envejecimiento.

Ahora bien, en cuanto al estudio y la atención de este sector de la población, las políticas sociales alrededor de la vejez hacen énfasis en las ventajas del **envejecimiento en casa**. Es decir, en que la persona mayor esté viviendo en su casa el máximo tiempo posible y así retrasar (o evitar) la institucionalización. Lo anterior debido a los costos que genera para los gobiernos y el impacto psicológico que genera la institucionalización en las Personas mayores y que, merma su calidad de vida.

Envejecer en su casa es uno de los principales deseos y preferencias de los adultos mayores, si bien, uno de sus principales temores es el de ser una “carga” para sus familias o redes sociales, es también igual de relevante permanecer en el lugar en el cual ha formado raíces, memorias y arraigos. Cada objeto que han conservado en su vida, incluyendo su vivienda, implica un logro y lleva consigo significados emocionales que le hacen tener una identidad y un sentido de pertenencia; desprenderse de dichos objetos es así desprenderse de sus logros y les genera conflictos emocionales difíciles de superar.

“Envejecer en casa” se ha convertido en un pilar fundamental en las políticas públicas del mundo y en México, adoptando modelos y programas que favorecen la permanencia de la Persona Adulto Mayor en su hogar. La **gericultura**, por ejemplo, se ha convertido en una formación técnica de gran apoyo para el otorgamiento de cuidados integrales dirigidos a la población adulta mayor, en su medio ambiente y teniendo como premisa, el logro de la máxima salud, bienestar y rendimiento: calidad de vida.

La gericultura, implica entonces, asistir a la Persona mayor en todas sus actividades de la vida diaria, aprovechando y tomando en cuenta sus capacidades físicas y mentales de manera individual; entendiéndose por asistir, en el sentido estricto, el procurar la participación de la persona y el que ésta mantenga al máximo su funcionalidad e integridad, evitando el deterioro físico y mental, a través de la reeducación para el auto cuidado, la integración en actividades de terapia ocupacional y llevando a cabo actividades permanentes en el ámbito de la recreación y la salud.

Al respecto, gericultistas refieren que debe tomarse en cuenta el hecho de que las personas no siempre llegan a la vejez con una cultura de auto cuidado (limpieza y hábitos de higiene en general), requiriéndose por tanto de mayor apoyo en la realización de actividades de la vida diaria; hecho al que se suman algunos otros comportamientos como por ejemplo la tendencia por acumular pertenencias de manera masiva.

Llevar a cabo la labor de gericultista implica así, acompañar y auxiliar a la Persona mayor en las actividades básicas o instrumentales de la vida diaria que no puede realizar por sí misma. Escenario ante el que se es consciente de que, conforme pasa el tiempo y la persona se deteriora, la responsabilidad en el cuidado es mayor. El apoyo que otorga la persona técnica en gericultura se enfoca así en:

Higiene y bienestar personal; presentación y acompañamiento en la alimentación; movilización, traslados y ejercicio; arreglo y seguridad del entorno; uso positivo del tiempo; apego a tratamiento médico e incorporación en actividades socioculturales.

El respeto, la dignidad, la responsabilidad, la tolerancia y sobre todo, la paciencia y el amor, son virtudes fundamentales para actuar con mayor eficacia y menor desgaste en el trato hacia la Persona mayor, por lo que se espera que gericultistas cuenten con disponibilidad e interés por:

- Cuidar y auxiliar a la Persona Adulto Mayor en su higiene y movilización
- Apoyar la integración del adulto mayor a la vida social

En este contexto, es importante destacar que todo cuidado global e individualizado, ha de basarse en el respeto y en la libertad de la persona para tomar sus propias decisiones. Cuidados que adquieren un relieve distinto cuando están sostenidos por una actitud de acompañamiento (hacer con el otro), de respeto (tener en cuenta los deseos del otro) y de un interés auténtico, reconociendo y aceptando la diferencia del otro. El personal de enfermería gerontológica tiene que conocer, integrar y desarrollar habilidades de comunicación como la escucha activa, la empatía, la coherencia, el respeto incondicional, entre otros.

En sondeos diversos realizados en las denominadas Casas de Día o Programas de Día, entendidos estos como espacios de convivencia para Personas mayores y, en los que se les proporciona también atención médica, psicológica y nutrimental; se ha encontrado que las y los usuarios se muestran más activos, con una actitud más positiva y en general satisfechos con su vida. La realización de actividades físicas, cognitivas y artísticas, son así eje de trabajo bajo esta modalidad de

atención y, quizá, más allá de la dinámica que se establece desde este plan de trabajo, se encuentra el hecho de que las personas mayores se encuentran aún integradas en casa y cercana a su red de apoyo familiar o social.

Desde esta perspectiva puede decirse que, continuar en el hogar brinda mayor independencia y autodeterminación, lo anterior en contraste a espacios institucionalizados en los cuales las personas deben someterse a normativa, reglamentos y espacios compartidos, todo ello, propio de las instituciones y desde su calidad de “persona beneficiaria”.

Por otra parte, cuando la persona mayor deja su casa para ir a vivir con algún familiar, sigue teniendo a su alcance personas que le conocen y que le recuerdan a cada gesto quién es, como es y quién fue. El conocimiento que familiares directos y amistades tienen sobre aspectos distintos de su biografía refuerza el reconocimiento que la persona tiene sobre sí misma, otorgando con esto una coherente continuidad a su identidad personal. Aunado a lo anterior, las expectativas de familiares políticos, nietas y nietos, respecto al comportamiento de la persona mayor, constituyen una orientación importante para que ésta interiorice y asuma los nuevos roles que deben empezar. La opción de ir a vivir con la familia, supone de alguna forma una obligación para el desarrollo personal continuado.

En el contexto anterior, cabe señalar el importante incremento del grupo de personas con edad especialmente avanzada, unido a la frecuente presencia de problemas funcionalmente incapacitantes, plantea cada vez más una serie de demandas que desbordan la capacidad de respuesta familiar y a la vez, se trata de requerimientos a los que el sistema social debe dar cumplida respuesta, la cuál ha sido hasta el momento y en muchos de los casos la residencia geriátrica.

Vivir en el propio domicilio o trasladarse a una residencia son alternativas para los mayores de 60 años. Sin embargo, mientras para algunos la opción es libre, para otros se convierte en una necesidad inexcusable: la enfermedad crónica, la discapacidad funcional y la soledad, parecen ser razones que obligan a la persona a dejar su domicilio y, aunque éste ya no sea el marco físico de una familia, continua siendo el “hogar” (por muy deteriorado que se encuentre y muy poco confortable que pueda ser) sentido en el que su pérdida (aunque sea para trasladarse a una lujosa institución), es vivida con dolor.

A pesar de numerosas críticas surgidas en los años ochenta contra la institución geriátrica, el incremento del número de personas de edad especialmente avanzada, junto a otros factores de diversa índole, hace que la residencia siga presentándose como la opción preferente en la actualidad para un grupo

focalizado, caracterizado por un alto nivel de dependencia funcional, necesidad continua de cuidados, y déficit en recursos de apoyo informal.

La Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG, 1995) señala la necesidad de la institución geriátrica sobre la base de una serie de condicionantes tales como:

- 1) Importante aumento en el número de personas mayores que presentan problemas incapacitantes.
- 2) Minimización de la familia a expresiones moleculares.
- 3) Proceso de nuclearización residencial en torno de grandes ciudades que reduce el tamaño de las viviendas debido al encarecimiento del suelo.
- 4) Incorporación de la mujer al mundo de trabajo, en tanto que ella había sido el principal responsable del cuidado familiar.
- 5) Falta de perspectiva social y comunitaria en la generación de soluciones para la atención de adultos mayores.
- 6) Insuficiencia de recursos comunitarios.

El conjunto de condicionantes arriba expuestas pueden en cierta medida, explicar tanto el importante número de adultos mayores que viven en residencias geriátricas, como el aumento progresivo, tanto de edad, como de los problemas de salud y déficit funcionales de los usuarios de las instituciones geriátricas.

El ingreso en una residencia para ancianos puede suponer uno de los cambios capaces de generar mayor estrés (Salvareza, 1998). A través de los años y las experiencias vividas en el entorno familiar, las distintas partes de la casa han sido impregnadas de recuerdos y emociones que pueden actuar a modo de testimonio vivo, en el que se encuentran todos los objetos y posesiones que la unen con su pasado. Abandonar la casa supone dejar el escenario donde se desarrollaron partes importantes de su propia vida, conllevando por lo tanto a una especie de renuncia, que en muchos casos puede resultar dolorosa.

Por otra parte, el ingreso a una residencia geriátrica supone una forma de reubicación especialmente dura y difícil de elaborar, lleva consigo la incorporación a un ambiente tan extraño como artificial, en el que la persona mayor, antes que cualquier otra cosa, es desconocida.

Por otra parte, la institución es un centro que debe necesariamente regirse por una serie de normas, acrecentando con esto la pérdida del sentido de control personal en los nuevos usuarios. Contexto en el que no resulta por lo tanto



extraño que el recién ingresado se desoriente ante el desafío impuesto por la nueva realidad que debe aceptar (Salvarezza, 1998).

De acuerdo con Tobín (1989), los efectos del ingreso a una residencia geriátrica comienzan a dejarse sentir con anterioridad al instante mismo de la admisión, desde el momento en el que su materialización es considerada como una “amenaza”. Tobín describe los primeros esfuerzos de adaptación al ámbito residencial como “síndrome del primer mes”. Según este autor, un número importante de residentes recién admitidos sufre un proceso confusional, esto es, mientras algunas personas se deprimen extremadamente, hay quienes presentan comportamientos extravagantes e incluso, entran en una dinámica de deterioro progresivo. Hay casos en que después del “síndrome del primer mes” recuperan su nivel funcional previo a la admisión, mientras que otros continúan deteriorándose hasta el momento de la muerte.

Uno de los impactos relevantes en el escenario de la institucionalización es la pérdida de autodeterminación debido a las normas y reglamentos que deben acatarse, como por ejemplo, horarios, tratamientos, dietas y normas de convivencia en general para compartir espacios y vivir en comunidad. En tal sentido, para que no se vea mermada la calidad de vida y la persona pueda tomar decisiones sobre sí misma en la medida de sus posibilidades, es de suma importancia que las instituciones pongan en equilibrio las políticas, los procedimientos a seguir y la propia autodeterminación e identidad de la persona.

El papel de las y los profesionistas que integran el equipo interdisciplinario se convierte así en pieza angular para la ejecución de acciones dirigidas a la promoción del bienestar y la implementación de tratamientos; acciones a complementarse con el planteamiento de opciones, de ser posible consensuadas con la Persona mayor, con la prestación de apoyo para la realización de actividades en que así lo requiera y motivándola a la vez para su autocuidado; en todos los casos con la finalidad de procurar al máximo su independencia.

Las personas con procesos psicogeriátricos presentan manifestaciones de dependencia en prácticamente todas las necesidades. En las fases iniciales es muy importante favorecer las actividades sociales, que permitan interacciones sociales y de aprendizaje.

Se estima que 80 % de los adultos mayores con demencia presentan síntomas psicológicos y conductuales (SPCD) durante el curso de la enfermedad.

Si bien el ingreso a instituciones públicas de asistencia debería proteger contra los riesgos de deterioro nutricional, tal realidad no necesariamente obedece a una atención deficiente, sino quizá al estado de deterioro global de los adultos

mayores que ingresan y en particular, a la merma del estado mental y las enfermedades agregadas. El equipo multidisciplinario tiene que estar al pendiente de los casos de sobrepeso, obesidad, desnutrición y ciertas deficiencias vitamínicas para dar manejo integral y evitar complicaciones en la salud de las personas mayores.

## 5. Tanatología

En relación a las emociones y pensamientos durante la vejez, la tanatología resulta ser una herramienta fundamental en el trabajo con las Personas mayores, aunque, cabe destacar que si bien la raíz etimológica del término nos lleva a “tanathos” (muerte) y “logos” (estudio), el empleo actual del concepto implica además el dar sentido una ruptura radical (pérdida de salud o de empleo, divorcio, secuestro, muerte, etc.), que afecta a la persona y, al mismo tiempo, acompañar en el proceso para restablecer la estado emocional y continuar con la vida.

En la cotidianidad, las personas enfrentan todo tipo de pérdidas (materiales o inmateriales, pequeñas o grandes), pérdidas tales como certezas, hijas e hijos, pareja, seguridad económica y de vivienda, amores, juventud, amistades, autoestima, entre otras; situaciones que requieren de reencontrar sentido a la vida. Las cambiantes condicione por las que atraviesan las Personas mayores, pueden así, hacerles percibir el entorno y el futuro como caótico y amenazante.

Es con base en lo anterior, que la tanatología cobra relevancia al ofrecer alternativas para enfrentar las crisis de la vida, disciplina que en un sentido amplio, da acompañamiento a la persona para encontrar sentido y soporte en el proceso de cambio, promoviendo a su vez, la comprensión íntima de sí mismo.

Conceptos como cambio, pérdida, transición y duelo, son utilizados dentro del proceso tanatológico para definir circunstancias que agobian a la persona y que suelen acompañarse de sentimientos generalmente desagradables como enojo, tristeza, angustia, miedo, frustración y deseos de venganza; elementos que en conjunto con las creencias personales confluyen en el propio proceso tanatológico, entorpeciendo su continuidad y conclusión.

Los fines del acompañamiento tanatológico se caracteriza así por: trabajar en: la aceptación de la pérdida (sea cual sea), elaboración del proceso de despedida y del perdón, autoconciencia y responsabilidad por la emoción vivida y elaboración de planes de acción concretos que permitan continuar con la vida.

Un punto importante en la intervención tanatológica es diferenciar entre cambio y transición; el cambio se produce en un momento determinado e incluso es identificado por la persona, ya que produce rupturas, estrés o frustración vinculados a la angustia e incertidumbre que implica lo nuevo y desconocido. En el cambio, las estrategias que alguna vez sirvieron y fueron eficaces, requieren de una revisión y un proceso de acomodación para asimilar lo nuevo, circunstancia que requiere de deshacerse de apegos.

La transición implica un proceso paulatino que requiere de tiempo para asimilarlo, para entender las pérdidas y va acompañado por sentimientos generalmente desagradables como enojo, tristeza, miedo, etcétera., los cuales permiten a la persona liberar y abandonar los escenarios pasados y direccionar su energía hacia nuevos proyectos.

La vejez es una etapa que indefectiblemente está asociada, para muchas personas, con la palabra pérdida:

1. Pérdida de autonomía: necesidad de ayuda para cumplir funciones higiénicas básicas.
2. Pérdidas económicas y de autosuficiencia material.
3. Pérdida de funciones sensoriales (vista y oído) y locomotoras.
4. Pérdidas afectivas y de compañía (esposo/a, hijas/os, amistades, mascotas).
5. Pérdida de capacidad física y vital (menos energía incluso sexual).
6. Pérdida de capacidad mental: disminución de reflejos, deterioro de memoria.
7. Pérdidas sociales: jubilación, círculo de amistades, clubs de intereses personales, etcétera.
8. Pérdida o limitación en las posibilidades de comunicación, lo cual es decisivo, dada la importancia de la comunicación en la familia y en la sociedad.

Las consecuencias de estas pérdidas tienen sus repercusiones y sus consecuencias en el estrés, la depresión, la angustia, la falta de autoestima o la inseguridad en el propio "yo".

Estas pérdidas, aunadas al fenómeno del aislamiento y la soledad, detonan mecanismos de ajuste distintos entre las Personas mayores, escenario en que la tanatología se torna en un proceso de acompañamiento personalizado para promover la adaptación a una nueva realidad, en la búsqueda de alternativas y posibilidades de realización personal, mediante la participación en diferentes tareas de carácter creativo, lúdico o de voluntariado. En algunos casos, mediante la tanatología se trabaja también, en la prevención de pensamientos o actitudes suicidas, relacionadas con la percepción de aislamiento (anomia) o desorganización vital que perciben dentro de su estructura social.

Los procesos de duelo suponen a la larga, la superación de la tristeza y la posible ambivalencia hacia lo perdido, así como la reorientación de la actividad mental, teniendo en cuenta los cambios de la vida interna y externa.

Cabe mencionar que la Persona mayor que ha sufrido graves duelos desde el inicio de su vida, tiende a manifestar alteraciones en sus relaciones sociales: por inhibición, por exceso de ira y agresividad, así como por diversas patologías.

El duelo puede durar de días hasta años, en cada persona, la secuencia de este proceso es distinta.

Existen diversos autores que aportan información respecto a las etapas del duelo, entre quienes destacan Elizabeth Kubler Ross, Marco Polo Scott, Tizón y Sforza. Dichos escritores refieren que aun cuando el duelo es un proceso, cada persona doliente es diferente y cada etapa se presenta en diferentes momentos, siendo indispensable para la persona profesional en tanatología identificar la fenomenología, pues debe personalizar el acompañamiento para cada Persona mayor, ya que de no ser así podrían surgir complicaciones y prolongarse a un duelo patológico.

En la siguiente tabla se muestran los distintos tipos de duelo a fin de proporcionar elementos para la personalización de planes de acompañamiento:

| <b>Tipo de duelo</b> | <b>Caracterización</b>  |
|----------------------|---|
| Complicado           | <p>Durante su evolución aparecen factores de riesgo o señales de alerta hacia el trastorno mental, hacia la psicopatología; señales y avisos de sufrimiento en demasía o bien, proceso en el que se hará sufrir a otras personas.</p> <p>Este duelo está también en función de las circunstancias y la propia personalidad de la persona mayor, por ejemplo, de si se trata de una muerte brusca o esperada, de seres queridos o no tan cercanos, de si existió una separación significativa o si la pérdida es producto de un suicidio.</p> <p>En todos los casos, resulta necesario el contemplar tanto a la persona mayor como a su familia o red inmediata.</p> |
| Patológico           | Elaboración inadecuada de la pérdida que suele conllevar alguna forma de trastorno psicológico o psiquiátrico: depresiones, reacciones histéricas, acciones poco  |

|                                      |   |
|--------------------------------------|---|
|                                      | meditadas, acciones auto-lesivas, consumo de drogas, persistencia o agudeza excesiva de molestias corporales  |
| Crónico                              | Proceso cuya duración es desproporcionada, un duelo que no se resuelve por sí mismo o bien, cuando la persona que lo padece es dolorosamente consciente de que no consigue acabarlo.  |
| Retardado o suprimido                | Aquel en que existió una reacción emocional a la pérdida, pero fue insuficiente y no se logró pasar por las distintas etapas del duelo. Frecuente en eventos como el suicidio y el homicidio.   |
| Congelado                            | La persona vive con toda intensidad alguna de las tareas o elementos del duelo inicial, como si nada se hubiera movido.   |
| Enmascarado o equivalentes del duelo | La Persona mayor experimenta síntomas que le causan dificultades, pero no los relaciona conscientemente con la pérdida. Se presentan manifestaciones corporales como dolores diversos, síntomas respiratorios o intestinales, así como comportamientos desadaptativos que indican la dificultad de elaboración. |
| Anticipatorio                        | Proceso que inicia ante la noticia de que la muerte está por llegar ante una enfermedad terminal o por un traumatismo gravísimo; el proceso de duelo se presenta como preparación para la pérdida.  |
| Reprimido                            | Motivado principalmente por circunstancias personales, sociales o culturales que propician que se oculten las manifestaciones del duelo, especialmente su turbulencia afectiva  |

Al interior de los Centros Gerontológicos y Casas Hogar, conocer la circunstancia de cada Persona mayor, posibilita que en ámbito de la tanatología se proporcione un acompañamiento tanatológico adecuado, así como tomar la decisión de derivar el caso a otros miembros del equipo interdisciplinario, cuando así se requiera. Algunas herramientas sugeridas para el trabajo en la elaboración de duelos son la música, las metáforas, la literatura en prosa o verso, los mitos, las leyendas y las técnicas de imaginaria.

Es así que, con base en lo señalado en la tabla anterior, así como a los contenidos revisados a lo largo de este apartado del Modelo, se pretende la persona lectora cuente con elementos a partir de los cuales comprender los cambios y circunstancias que rodean a las Personas mayores en los Centros Gerontológicos y Casas Hogar para con ello, generar planes de intervención específicos para

otorgar un acompañamiento acorde a la realidad personal y grupal, en el marco de una vida con dignidad y con el pleno ejercicio de sus Derechos.

## Acciones Sustantivas para la intervención

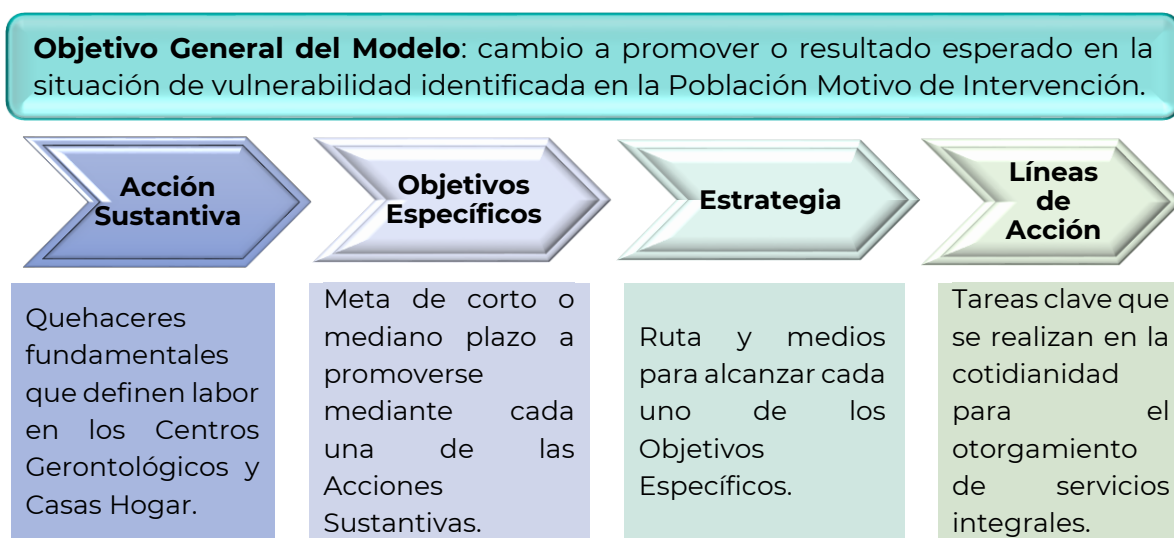
En el ámbito de la atención a Personas mayores, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF) cuenta con dos Centros Gerontológicos en la Ciudad de México y dos Casas Hogar destinadas a dicho sector poblacional, uno en Cuernavaca Morelos y otro en Oaxaca de Juárez Oaxaca; en todos los casos, espacios dignos y seguros en los que se favorece el ejercicio pleno de derechos y una mejor condición de vida. Los servicios se otorgan fundamentalmente a través de dos modalidades: *residencia*, es decir, atención integral 24/7 en albergue y *día*, esto es, atención a población abierta e incorporación de ésta a actividades en horario matutino.

La información documentada en el presente apartado, hace referencia así a los principales elementos a partir de los cuales comprender la intervención institucional y su incidencia tanto en la Población Motivo de Intervención como, en su entorno social e institucional inmediato.

Con base en lo anterior, este apartado se estructura a partir de dos ejes:

**a) Matriz de Acciones Sustantivas (MAS).**- Segmento en el que se identifica de manera concisa las acciones institucionales dirigidas a la Población Adulta Mayor en los Centros Gerontológicos y Casas Hogar, así como las acciones que resultan indispensables para la operación de cada uno de los Centros referidos.

La labor institucional se presenta organizada en la herramienta metodológica denominada Matriz de Acciones Sustantivas, misma que se conforma por los siguientes elementos:



En el Modelo, cada uno de los elementos mencionados; Acciones sustantivas o Macroacciones, Objetivos Específicos, Estrategias y Líneas de Acción, son definidos en función de su contribución para el cumplimiento del Objetivo General del Modelo, por lo que en la Matriz de Acciones Sustantivas desarrollada posteriormente, se representan en todo momento debajo de dicho elemento.

En la Matriz de Acciones Sustantivas se observa así de manera resumida tanto, el cómo contribuyen los Centros Gerontológicos y Casas Hogar en la atención de la situación de vulnerabilidad delimitada y descrita en el apartado de Población Motivo de Intervención como, la forma en que se hace posible la operación de los propios Centros de Asistencia Social.

**b) Descripción de las Acciones Sustantivas del Modelo.-** Subtítulo en el que se relata de manera detallada el cómo se lleva a cabo cada una de las Acciones Sustantivas identificadas como quehaceres institucionales fundamentales, identificándose en tal sentido:

1. **Intervención interdisciplinaria**
2. **Promoción de la Gerontagogía y la Gerontoprofilaxis**
3. **Generación y Fortalecimiento de Vínculos Afectivos**
4. **Gestión del Conocimiento**
5. **Gestión Institucional**

Acciones entre las que pueden distinguirse aquellas de contacto directo con la Población Motivo de Intervención del Modelo (numerales 1, 2 y 3) y aquellas de naturaleza fundamentalmente administrativa, pero que resultan indispensables para la prestación de servicios y el propio funcionamiento de los Centros (numerales 4 y 5). Acciones para las que en todos los casos, el logro de su o sus Objetivos Específicos abona al logro del Objetivo General del Modelo:

***Personas mayores de 60 años y más, integradas al bienestar y con mejor calidad de vida, a través de mecanismos de protección y atención que permitan conservar o mejorar en lo posible su capacidad intrínseca y favorezcan su autonomía, independencia y participación en la sociedad.***



a) Matriz de Acciones Sustantivas (MAS)

| <b>Objetivo General del Modelo</b>        | <i>Personas mayores de 60 años y más, integradas al bienestar y con mejor calidad de vida, a través de mecanismos de protección y de atención que permitan conservar o mejorar en lo posible su capacidad intrínseca y favorezcan su autonomía independencia y participación en la sociedad.</i> |  |   |
|---|--|--|---|
| Acción Sustantiva                         | Objetivo Específico  | Estrategia                                   | Líneas de Acción  |
| <b>1. Intervención Interdisciplinaria</b> | <b>1.1</b> Personas mayores con capacidad funcional optimizada de acuerdo con su proceso de envejecimiento.  | <b>1.1.1</b> Atención gerontológica integral | <p><b>1.1.1.1</b> Valorar con base en entrevista inicial y aplicación de instrumentos.</p> <p><b>1.1.1.2</b> Realizar evaluación individual del caso obteniendo un diagnóstico interdisciplinario.</p> <p><b>1.1.1.3</b> Diseñar Plan de Atención Individualizado con base en diagnóstico interdisciplinario.</p> <p><b>1.1.1.4</b> Otorgar servicios integrales de atención.</p> <p><b>1.1.1.5</b> Dar seguimiento y realizar adecuaciones al Plan de Atención Individualizado de acuerdo con las necesidades de la Persona mayor.</p> <p><b>1.1.1.6</b> Brindar acompañamiento tanatológico y atención paliativa cuando el caso lo amerite.</p> |

| Acción Sustantiva   | Objetivo Específico   | Estrategia                               | Líneas de Acción   |
|---|---|--|--|
| <b>2. Promoción de la Gerontagogía<sup>16</sup> y la Gerontoprofilaxis<sup>17</sup></b> | <b>2.1</b> Personas mayores informadas sobre la vejez y el proceso de envejecimiento, con prácticas de prevención y autocuidado | <b>2.1.1</b> Educación para el bienestar | <b>2.1.1.1</b> Identificar las necesidades de información de las Personas mayores.<br><b>2.1.1.2</b> Establecer un Plan Educativo para el Bienestar.<br><b>2.1.1.3</b> Desarrollar acciones de formación con base en el plan educativo.<br><b>2.1.1.4</b> Detectar las necesidades de prevención y autocuidado de las Personas mayores.<br><b>2.1.1.5</b> Llevar a cabo un Programa de Acompañamiento y Supervisión de Actividades Cotidianas de Promoción de Estilos de Vida Saludable. |
| <b>3. Generación y Fortalecimiento de Vínculos Afectivos</b>                            | <b>3.1</b> Personas mayores con vínculos familiares o sociales funcionales  | <b>3.1.1</b> Fomento de redes de apoyo   | <b>3.1.1.1</b> Establecer contacto con redes familiares o sociales previamente identificadas en el Plan de Atención Individualizado.<br><b>3.1.1.2</b> Identificar nuevas redes potenciales de apoyo.<br><b>3.1.1.3</b> Implementar acciones de participación y orientación con las redes.<br><b>3.1.1.4</b> Realizar el seguimiento de la vinculación con las redes de apoyo.   |

<sup>16</sup> Gerontagogía: Para Mogollón (2012) es un espacio interdisciplinar paradigmático que apuesta a la educación de las Personas mayores y, a su vez, obtiene su sustento teórico de la gerontología educativa (Glendenning, 1985).

<sup>17</sup> Geroprofilaxis: aplicar la mayor cantidad de medidas preventivas posibles que permitan disminuir la vulnerabilidad acumulada por riesgos genéticos, el estilo de vida y las enfermedades (Rodríguez, 2011).

| Acción Sustantiva                  | Objetivo Específico  | Estrategia   | Líneas de Acción  |
|------------------------------------|--|--|---|
| <b>4. Gestión del conocimiento</b> | <b>4.1</b> Personas colaboradoras con habilidades en atención gerontológica.                                 | <b>4.1.1</b> Promoción de acciones de formación y capacitación | <b>4.1.1.1</b> Definir Plan de Capacitación, con base en Diagnóstico de Necesidades y perfil de puesto y función.<br><b>4.1.1.2</b> Difundir Programas de Formación y Capacitación entre el capital humano.<br><b>4.1.1.3</b> Implementar Mecanismos de Formación y Capacitación intra e interinstitucionales.<br><b>4.1.1.4</b> Documentar resultados de la implementación de Mecanismos de Formación y Capacitación para la toma de decisiones. |
|                                    | <b>4.2</b> Investigaciones con enfoque gerontológico   | <b>4.2.1</b> Generación de conocimiento especializado          | <b>4.2.1.1</b> Establecer ejes de investigación<br><b>4.2.1.2</b> Autorizar protocolos de investigación.<br><b>4.2.1.3</b> Desarrollar protocolos<br><b>4.2.1.4</b> Elaborar informe final<br><b>4.2.1.5</b> Impulsar la publicación de las investigaciones (o, difundir investigaciones realizadas)  |
| <b>5. Gestión Institucional</b>    | <b>5.1</b> Centros gerontológicos y Casas Hogar para Personas mayores, con mecanismos de operación integral. | <b>5.1.1</b> Coordinación intra e interinstitucional           | <b>5.1.1.1</b> Establecer Programas, Subprogramas y Planes Anuales de Trabajo.<br><b>5.1.1.2</b> Supervisar la ejecución de Programas, Subprogramas y Planes Anuales de Trabajo.<br><b>5.1.1.3</b> Implementar planes de acción preventivos y correctivos derivados de la supervisión.<br><b>5.1.1.4</b> Establecer vinculación intra e interinstitucional. :   |

## b) Descripción de Acciones Sustantivas

Apartado en el que cada una de las Acciones Sustantivas previamente establecidas en la Matriz, es explicada con base en los siguientes seis puntos clave, con la finalidad de brindar certeza en la operación y ejecución del Modelo:

|  |  |
|--|--|
| 1) Resultado que se espera obtener.  | ¿Qué productos o resultados se espera obtener?   |
| 2) Concepto (s) clave a partir de los cuales comprender el propósito de la Acción Sustantiva planteada.  | ¿Qué es...?  |
| 3) Pasos a desarrollar para la ejecución de la (s) Estrategia (s) a través de las cuales se opera la Acción Sustantiva planteada y el logro del Objetivo Específico. | ¿Cómo se hace?   |
| 4) Actores que intervienen en la realización de las Acciones planteadas.   | ¿Quiénes intervienen?  |
| 5) Requerimientos necesarios para la ejecución de los servicios (infraestructura, materiales, documentos, formatos o instrumentos)                                   | ¿Qué se necesita?  |
| 6) Acciones a partir de las cuales se documenta y da seguimiento a los logros obtenidos con la intervención.   | ¿Qué se debe hacer para llevar a cabo el seguimiento y evaluación de la Acción Sustantiva? |

## Intervención Interdisciplinaria

La interdisciplinariedad se refiere a la habilidad para combinar varias disciplinas, es decir, la interconexión de éstas para ampliar de este modo las ventajas que cada una ofrece desde su rango de acción, fortaleciendo así la intervención en el campo de actuación en común, para el caso del Modelo, la intervención en torno a la Población Motivo de Intervención y la propia operación de los Centros de Asistencia Social.

La Intervención Interdisciplinaria es considerada el medio para mantener o mejorar la calidad de vida de la Población Motivo de Intervención de manera holística, integral y personalizada, lo anterior desde una postura en la que se consideran la atención de necesidades básicas de salud en la población adulta mayor, la conservación de su autonomía y el facilitar su integración y participación social en el entorno.

La Intervención Interdisciplinaria como Acción Sustantiva en el Modelo, se distingue por facilitar el cumplimiento del siguiente Objetivo Específico.

### Objetivo Específico 1.1

Personas mayores con capacidad funcional optimizada de acuerdo con su proceso de envejecimiento.

Promover la capacidad funcional optimizada entre la población mayor en los Centros de Asistencia Social, implica operar la Intervención Interdisciplinaria a través de Líneas de Acción que por sus características en común se agrupan en:

### Estrategia 1.1.1. Atención gerontológica integral

#### Líneas de acción

##### 1.1.1.1. Valorar con base en entrevista inicial y aplicación de instrumentos

En la generalidad, una vez que la Persona mayor en situación de vulnerabilidad recurre a los servicios de Asistencia Social en compañía de la probable persona responsable, el Departamento de Trabajo Social realiza una entrevista inicial a través de la **Solicitud de Servicio**, si éste Departamento detecta que la persona mayor es probable candidata para hacer uso de los servicios brindados en el Centro Gerontológico o Casa Hogar, se procede a realizar el **Informe de Visita** y la **Valoración Social Gerontológica** que incluye el **Familiograma**, el **Test del Colapso del Cuidador (ZARIT)** y la **Cédula Socioeconómica**. Con dicha información se emite un **diagnóstico social** que puede comprender la situación

sociofamiliar de la Persona mayor y se determinará si la siguiente **valoración** a aplicar será la **psicológica** o la **médica**. Posterior a ello se realiza la valoración por el Departamento Médico a través de la **Historia Clínica Geriátrica**, la cual incluye la **Escala de Actividades Básicas de la Vida Diaria (BARTHEL)**, el **Examen Mínimo del Estado Nutricio (MNA)**, la **Escala de Actividades Instrumentadas de la Vida Diaria (LAWTON & BRODY)**, la **Evaluación del Equilibrio y la Marcha (TINETTI)**, así como la **Tabla para la Detección de Síndromes Geriátricos**; finalmente se realiza la **Valoración Psicológica** que incluye las escalas de **CRICHTON**, **PFEIFFER**, **Examen Mínimo del Estado Mental (MMSE FOLSTEIN)**, **MoCA**, **Test Acortado de Depresión Geriátrica (GDS YESAVAGE)** Con dicha información, los Departamentos programan una cita para la Persona mayor interesada, asignándose a un profesional de cada área, para realizar las valoraciones y proceder a aplicar los respectivos instrumentos.

Una vez que se integran los **diagnósticos profesionales de las áreas** correspondientes a los Departamentos de **Trabajo Social, Psicogerontología y Médico**, se realiza una Junta Interdisciplinaria de Ingreso, la cual determinará si la persona candidata se ajusta a los criterios de ingreso del Centro Gerontológico o Casa Hogar en cualquiera de sus modalidades, ya sea en Programa de Día o en Residencia Permanente; o en su caso si se requiere canalizarla a alguna otra alternativa en la cual pueda recibir atención acorde a las condición o situaciones específicas por la que atraviesa.

Habiendo determinado el ingreso, se procede a conformar los diagnósticos profesionales con base en la **Valoración Gerontológica Integral**, misma que consiste en la aplicación de test o instrumentos y técnicas aplicadas, que se utilizan para evaluar aspectos tales como: el estado de salud física, la funcionalidad, la marcha, el estado odontológico, el estado nutricional, el estado cognitivo y emocional, así como intereses y necesidades ocupacionales, además de la situación económica y social en que vive la Persona mayor.

#### **1.1.1.2. Realizar evaluación individual del caso obteniendo un diagnóstico interdisciplinario**

Una de las acciones que se lleva a cabo es la elaboración de un **Diagnóstico Interdisciplinario**, que se define como un proceso dinámico, que vincula la investigación y la intervención planificada, para describir y explicar el estado en que se encuentra la Persona mayor, determinar su naturaleza y magnitud, con la finalidad de detectar y jerarquizar los factores que interfieren, así como los acontecimientos vitales que limitan su capacidad de funcionamiento biopsicosocial y espiritual.

El **Diagnóstico** debe derivar en un tratamiento interdisciplinario, que tome en cuenta la opinión de la Persona mayor y se enfoque en los factores biopsicosociales, los medios institucionales, así como los recursos familiares o redes sociales de apoyo disponibles para llevar a cabo una Intervención Integral. Dicho **Diagnóstico** lo emite la Junta Interdisciplinaria, figura que corresponde a un Órgano Colegiado al interior de los Centros Gerontológicos y las Casas Hogar integrado por: la Subdirección de área y las Jefaturas de Trabajo Social Gerontológico, Psicogerontología y Médica, así como el personal profesional que interviene en las valoraciones, diagnóstico y atención.

### 1.1.1.3. Diseñar un Plan de Atención Individualizado.

La Junta Interdisciplinaria, una vez que plasma el Diagnóstico Integrado, elaborado de común acuerdo por las y los profesionales involucrados en la intervención, deberá realizar el **Plan de Atención Individualizado** a cada Persona mayor. El propósito de este Plan es integrar los tratamientos a favor de una evolución más eficiente.

Dentro de este Plan se especifican las acciones a seguir por cada área de intervención y por el personal profesional responsable del caso. Se establece el tratamiento médico, odontológico, psicológico, de rehabilitación, nutricional, ocupacional, de trabajo social, la atención de enfermería, así como las acciones de gericultura que requiere la Persona mayor para mejorar su calidad de vida.

Este Plan de Atención Individualizado se documenta en la **Minuta Interdisciplinaria**, en la que se registra los datos generales de la Persona mayor (nombre, edad, número de expediente y ubicación dentro del Centro de Asistencia Social), diagnóstico interdisciplinario, resultados de la evaluación interdisciplinaria, manejo y avances del caso.

El **Plan de Atención**, durante su puesta en marcha, será sometido al análisis, aprobación, modificación, monitoreo y evaluación semestral de la Junta Interdisciplinaria, para que las modificaciones que se realicen sean congruentes con los avances o retrocesos que implican la ejecución del tratamiento, siempre en búsqueda de la evolución eficiente del estado general de la Persona mayor para lograr un envejecimiento activo.

#### 1.1.1.4. Otorgar servicios integrales de atención.

La Atención Integral consiste en un conjunto de acciones sistemáticas encaminadas a mantener las capacidades con las que cuenta la Persona mayor o bien, a lograr una evolución hacia la mejora, ya sea que estén viviendo dentro de un espacio institucional, o bien se trate de los cuidados que se proporcionan durante el Programa de Día.

Los servicios se otorgan en dos modalidades:

- Residencia Permanente: consiste en brindar atención integral a la Persona mayor que vive en el Centro Gerontológico o en la Casa Hogar, los 365 días del año.
- Atención de Día: consiste en otorgar atención diurna integral a la Persona mayor; durante la semana, sin brindar hospedaje.

Para llevar a cabo la intervención, en los Centros Gerontológicos y Casas Hogar se proporcionan los siguientes servicios:

- **Atención Médica:** la constituyen cinco áreas que son Médica, Rehabilitación, Odontología, Nutrición y Enfermería.

En el área Médica se brinda la atención requerida según las necesidades de salud, incluye consulta de primer nivel y seguimiento de atención a casos de segundo y tercer nivel, por lo que el personal médico lleva a cabo las siguientes acciones:

- Elaborar **Historias Clínicas para Valoración de Ingreso**.
- Interpretar resultados de laboratorio y gabinete.
- Diagnosticar y prescribir tratamiento médico a seguir.
- Realizar revisión médica de control a Personas mayores residentes y Personas mayores usuarias del Programa de Día.
- Realizar revisión médica diariamente por turno a personas residentes en cuidados especiales.
- Proporcionar la atención de urgencias médicas.
- Realizar la referencia oportuna a instituciones de 2do. y 3er. nivel de atención.
- Llevar a cabo actividades de promoción para la salud de manera grupal e individual, con residentes y personas usuarias en el Programa de Día.
- Llevar a cabo el **Resumen Médico Anual** de cada una de las Personas mayores.



- Llevar a cabo la elaboración, integración, uso y manejo del **Expediente Clínico** de acuerdo a la normatividad vigente en la materia.
- Llevar a cabo la elaboración de **Reportes de Actividades** realizadas, así como los solicitados por la Secretaría de Salud.
- Realizar el cribaje para las **Valoraciones Médicas de Ingreso y de Seguimiento** dos veces al año.
- Realizar las **Hojas de Referencia y Contrarreferencia** en caso de urgencia así como el traslado y seguimiento del caso.
- Acudir a realizar Visitas de Seguimiento a las Personas mayores hospitalizadas, a fin de conocer el diagnóstico, evolución y tratamiento en unidades de segundo y tercer nivel.
- Estar presente en los diferentes horarios de la toma de alimentos de las Personas mayores para la supervisión de dietas, ministración de medicamentos y atención en caso de presentarse una urgencia.
- Asistir a las actividades recreativas y socioculturales para brindar asistencia a las Personas mayores en caso de una urgencia.
- Realizar funciones técnico administrativas inherentes al tipo de actividades que se le encomiendan.
- Realizar **Certificado de Defunción**, así como **Nota Médica en el Expediente Clínico** y **Resumen de Defunción**.

El servicio de **Rehabilitación y Terapia Física** realiza acciones encaminadas a fomentar la activación física y rehabilitar de manera funcional a las Personas mayores; en este sentido, terapeutas físicos se encargan de:

- Recibir y orientar a las Personas mayores sobre su tratamiento.
- Preparar el área, equipo y material para la aplicación del tratamiento prescrito por personal médico.
- Realizar actividades de evaluación y examen muscular, arcos de movilidad, sensibilidad y funcionalidad.
- Aplicar técnicas terapéuticas en rehabilitación de Personas mayores con problemas físicos y psicosociales.
- Evaluar el grado de complicación o evolución del tratamiento aplicado.
- Elaborar **Informe de Actividades** realizadas.
- Llevar a cabo la solicitud del **Expediente Clínico** de acuerdo a la normatividad vigente en la materia.
- Integrar las hojas de las **Notas de Evolución** así como la **Escala TINETTI** para valoración de la marcha, al **Expediente Clínico** en el área correspondiente.
- Realizar acciones de relajación corporal por medio de masaje.

La **Atención Odontológica** por su parte, se encarga de mantener la salud bucal a través de la aplicación de múltiples acciones tanto, de tipo preventivas como de atención:

- Examinar, diagnosticar y tratar padecimientos de enfermedades bucodentomaxilares; incluyéndose extracciones, obturaciones, curaciones, y limpieza de piezas dentarias en clínicas, hospitales y demás establecimientos médicos.
- Formular **Diagnóstico Preventivo Bucodental** y aplicar las medidas necesarias.
- Practicar intervenciones quirúrgicas cuando es necesario.
- Efectuar profilaxis dental.
- Orientar y aconsejar sobre higiene dental.
- Recabar información estadística y presentar estudios requeridos.
- Elaborar **Reporte de Actividades** realizadas.
- Elaborar **Historias Clínicas**, asimismo interpretar resultados de gabinete, diagnóstica y prescribir.
- Realizar revisión y **Nota de Evolución** a residentes y personas usuarias del Programa de Día.
- Atender casos de urgencias.
- Llevar a cabo la solicitud del **Expediente Clínico** de acuerdo a la normatividad vigente en la materia.
- Integrar las hojas de las **Historias Dentales** y **Notas de Evolución**, al **Expediente Clínico** en el área correspondiente.

El área de **Nutrición** se encarga de brindar los elementos necesarios para ofrecer una alimentación adecuada a la persona adulta mayor elaborando un **Plan de Nutrición**, lleva a cabo la evaluación del estado de nutrición, determina un diagnóstico nutricional para su posterior intervención y da seguimiento nutricional.

La evaluación del estado de nutrición consiste en verificar e interpretar la historia dietética y nutricional, los marcadores bioquímicos, la historia y signos clínicos nutricionales. Dicha evaluación permite establecer un **Diagnóstico Nutricional** que proporciona elementos para la intervención adaptada a las necesidades de la persona mayor, de tal forma que la labor cotidiana del área de nutrición se caracteriza por las siguientes acciones:

- Evalúa el estado de nutrición e incorpora la prescripción médica para establecer los elementos que conforman la dieta del adulto mayor
- Diseña **Menús Diarios** dirigidos a la población residente basados en equilibrio de los grupos de alimentos.
- Aplica la dieta terapia adecuada a los casos de enfermedad gastrointestinal, problemas dentales, síndrome metabólico y desnutrición.

- Calcula y solicita los **pedidos de alimentos**, solicita, recibe y controla la materia prima para la preparación de alimentos. Supervisa la adecuada **recepción, almacenamiento y conservación** de los alimentos según las normas de higiene.
- Verifica el servicio de alimentos tomando en cuenta las características organolépticas de los alimentos
- Controla los costos respecto al presupuesto mensual destinado a los alimentos basándose en la dieta suficiente, variada y completa
- Realiza el **Seguimiento Nutricional**, confirmando la aceptación, el apego y la evolución del tratamiento dietético, coordina la interrelación de la prescripción dietética con cocina y almacén, supervisa los cambios en el estado de nutrición de la población de adultos mayores.
- Elaborar los **Programas de Atención Nutricional, Programas de Limpieza de Zona de Alimentos y Programas de Capacitación.**
- Ofrece servicios de orientación alimentaria continua
- Capacita al personal sobre las actualizaciones en los temas del área.

El área de **Enfermería** brinda el cuidado a la Persona mayor a través del Proceso atención enfermería, con la finalidad de preservar la salud individual y colectiva de la población residente y del programa de día, así mismo, promueve la prevención de enfermedades mediante el fomento del autocuidado y la adopción de hábitos saludables.

Sus principales funciones son:

- Valora las respuestas humanas de la Persona mayor ante las condiciones de salud, la atención recibida y la interacción con su entorno.
- Realiza diagnóstico enfermero relacionado con las respuestas humanas, estableciendo los problemas de salud, estados de riesgo y preparación para la promoción a la salud.
- Detecta de manera oportuna factores de riesgo para la salud, previniendo alguna secuela incapacitante y favoreciendo la funcionalidad y autonomía de la persona
- Implementa **Planes de Cuidados de Enfermería** basado en evidencia científica con enfoque preventivo, curativo o paliativo.
- Brinda cuidados de enfermería de baja y mediana complejidad en relación con las necesidades de atención de la Persona mayor.
- Realiza intervenciones de enfermería dependientes, independientes e interdependientes en coordinación con el equipo de salud.
- Documenta el cuidado enfermero en los registros clínicos de enfermería, con apego a la normatividad vigente.

- Acompaña a la persona mayor y asiste en los traslados.
- Coordina con el equipo multidisciplinario el acompañamiento y traslado extramuros de los residentes.
- Verificar oportunamente la existencia y funcionamiento óptimo del equipo que se utiliza para proporcionar el cuidado de enfermería y, en su caso, reportar los faltantes y las fallas que representen un riesgo

El Departamento de **Psicogerontología** busca mejorar y mantener la calidad de vida de las Personas mayores residentes en el Centro Gerontológico o Casa Hogar, así como de las personas usuarias del Programa de Día, especialmente en la conservación de su salud mental, emocional y espiritual, lo que les permitirá mejorar o mantener sus capacidades en un adecuado nivel de funcionalidad.

El objetivo del **Subdepartamento de Psicología** es asegurar el envejecimiento exitoso de las Personas mayores residentes y las que asisten a la modalidad de Día, a través de la prevención, valoración, atención y tratamiento psicológico individual y grupal, oportuno y adecuado en favor de las funciones psicológicas, afectivas y cognitivas de las Personas mayores, para mejorar o mantener su calidad de vida y favorecer su integración o adaptación con sus compañeras y compañeros. Con base en lo anterior, el personal de psicología lleva a cabo las siguientes acciones:

- Elaborar **Valoración Psicológica de Ingreso**.
- Dar apertura a **Expediente Psicológico de Nuevo Ingreso**, el cual debe contener los datos de identificación de la Persona mayor, así como el **Plan de Intervención**, mismo que estará basado en los resultados de la **Valoración de Ingreso**.
- Elaborar un **Plan de Atención Individualizado** a través de la **Valoración Psicológica de Ingreso o Subsecuente**.
- Otorgar terapia individual y grupal, estimulación cognitiva y psicomotriz conforme al **Plan de Atención** de cada Persona mayor y llevar **Registros en el Expediente Clínico**.
- Canalizar, en caso de ser necesario, a los diferentes servicios.
- Brindar apoyo tanatológico.
- Brindar acompañamiento a Personas mayores que requieran cuidados paliativos.
- Evaluar la calidad de vida y el estado de bienestar espiritual de las Personas mayores e incidir a este respecto en la intervención del profesional de psicología en el **Plan de Atención Individualizado**.

- Supervisar el comedor con el fin de promover y estimular la sana alimentación, intervenir en conflictos y detectar cambios conductuales y cognitivos.
- Proponer y asignar cambios de habitación para favorecer la interacción social y el estado anímico; así mismo, apoyar en la realización de dichos cambios.
- Supervisar habitaciones o salas y elaborar **Acuerdos de Convivencia**.
- Participar en eventos socioculturales dentro y fuera de la unidad para apoyar en las actividades y acompañamiento a las Personas mayores.
- Participar en las **Evaluaciones Interdisciplinarias** semestralmente.
- Realizar **Evaluaciones Subsecuentes** (anual, semestral o extemporáneo).
- Elaborar **Reporte de las Actividades** realizadas.

La **Terapia Ocupacional** de acuerdo con la definición propuesta por la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA, 1986) se refiere al “uso terapéutico de actividades de autocuidado, trabajo y juego para incrementar la función independiente, mejorar el desarrollo y prevenir la discapacidad.

Las actividades de este **Subdepartamento** tienen como objetivo brindar estimulación cognitiva, social y psicomotriz personalizada y grupal en las Centros Gerontológicos o Casas Hogar, con el propósito de mantener sus funciones cognitivas y coadyuvar a la integración social de los mismos, para lograrlo las maestras o los maestros del taller llevan a cabo las siguientes acciones:

- Integrar el **Expediente de Terapia Ocupacional** que incluye: **Valoraciones de destrezas, habilidades e intereses** y **Evaluación cognitiva, psicomotriz y psicosocial** de la Persona mayor.
- Elaborar **Plan de Trabajo Anual** a realizar con la Persona mayor.
- Asignar tareas acordes a los gustos, habilidades, destrezas y necesidades de las Personas mayores y promover la integración grupal.
- Supervisar que las actividades sean realizadas con base a lo programado para comprobar y garantizar que se favorezcan las habilidades y destrezas de las Personas mayores.
- Registrar en Expediente, el desempeño de la Persona mayor y aplicar **Escalas de Evaluación Subsecuente** para conocer avances.
- Participar en eventos socioculturales dentro y fuera del Centro Gerontológico o Casa Hogar para apoyar en las actividades y, dar acompañamiento a las personas residentes.
- Participar en las **Evaluaciones Interdisciplinarias** semestralmente.
- Elaborar **Reporte de las Actividades** realizadas.

El propósito del **Subdepartamento de Gericultura** es programar y dar seguimiento a las acciones de asistencia tendientes a elevar y mantener la calidad de vida de las Personas mayores en todas sus actividades de la vida diaria básicas e instrumentales, aprovechando y tomando en cuenta sus capacidades físicas y mentales, direccionando a la persona a mantener al máximo la funcionalidad e integridad y, así mismo, fomentar su autosuficiencia, autoayuda y autogestión. La atención del personal gericultista consiste en:

- Otorgar vestuario, blancos y artículos de higiene personal de acuerdo a necesidades.
- Apoyar en la adquisición de hábitos alimenticios e ingesta de alimentos, en el traslado a comedor-dormitorio y a las diferentes instituciones o eventos en los que participe, así como en las actividades de higiene personal (baño, lavado de dientes y aseo).
- Realizar **Valoración Funcional** de la Persona mayor para la realización de actividades y plasmar resultados en **Expediente**.

Por su parte, en el caso del **Trabajo Social Gerontológico** se llevan a cabo dos acciones fundamentales:

- Intervención social individualizada, de grupo y comunidad
- Vinculación y fortalecimiento de Redes Sociales de Apoyo

Acciones que operan a partir de procesos de intervención propios a la profesión como: sensibilización, promoción, participación social, mediación social, concientización, cohesión e integración y empoderamiento; lo anterior haciendo uso de métodos específicos de la profesión tales como: orientación familiar, reflexión, diálogo, entrevista y trabajo con grupos que llevan una intencionalidad objetiva.

El profesional de Trabajo Social participa en la atención interdisciplinaria realizando **Diagnósticos de Necesidades Sociales**, estableciendo coordinaciones institucionales y generando propuestas de actividades que contribuyen a las intervenciones en tanatología, cuidados paliativos y desarrollo de actividades socioculturales y recreativas; cabe destacar también su aportación en el ámbito de la formación e investigación.

En cuanto a la intervención directa con la Población Motivo de Intervención, es en el área de Trabajo Social en la que se promueven principalmente las acciones encaminadas a la vinculación y fortalecimiento de redes sociales de apoyo a través de la realización de **visitas domiciliarias**, la implementación de técnicas grupales y el respectivo seguimiento de caso.

Por otro lado, cabe señalar que existen condiciones propias de la etapa de vida por la que atraviesa la población atendida, que se ajustan a requerimientos de atenciones médicas de primero, segundo y tercer nivel, escenario ante el cual el área de Trabajo Social apoya en la **referencia y contrarreferencia** de las Personas mayores, implicando ello la realización de trámites que les permitan el acceso a los servicios médicos requeridos.

Cuando se trata de la gestión de servicios de primera vez, las acciones realizadas en el área de Trabajo Social implican:

- Tramitar la exención de cuotas de recuperación en consultas de primera vez.
- Promover la exención o asignación de cuotas especiales en instituciones de salud para tratamientos y estudios especiales.
- Gestionar ingresos y egresos hospitalarios.
- Coordinar y orientar con familiares o responsables los cambios de adscripción para la atención médica.
- Guiar en el Programa de Supervivencia para el cobro de pensiones.
- Gestionar, orientar, facilitar y acompañar a familiares o responsables en casos de egreso por defunción (trámites funerarios).

Finalmente, con respecto a la participación del área de Trabajo Social, cabe destacar su labor continua en la realización de trámites relacionados con: documentos de identidad de la población adulta mayor (actas de nacimiento, credencial de elector, credencial del INAPAM, hojas de gratuidad del Seguro Popular); contexto ante el que cabe hacer mención no se involucra en programas sociales externos al Sistema Nacional DIF, como por ejemplo, tarjetas de Pensión Universal Federal y del Gobierno de la CDMX; Pensión por discapacidad y “Prepa Sí” del Gobierno de la CDMX, a fin de evitar la duplicidad de servicios en Asistencia Social.

De la misma manera que las otras áreas de intervención, el personal profesional en Trabajo Social deberá elaborar su **Reporte de las Actividades** realizadas.

#### 1.1.1.5. **Dar seguimiento y realizar las adecuaciones al Plan de Atención Individualizado de acuerdo a las necesidades de la Persona mayor.**

Línea de Acción en la que cada una de las áreas de intervención lleva el control cualitativo y cuantitativo del desarrollo de la Persona mayor, ello, con la finalidad de evaluar objetivamente el progreso o deterioro de manera periódica o extraordinaria cuando así se requiera. La recopilación documental de la evolución de cada uno de los casos se lleva a cabo de manera cronológica: antecedentes, actuaciones e interpretaciones.

El seguimiento, tiene como insumo las **Notas** elaboradas por cada profesional responsable del caso.

En el contexto anterior, el Equipo Interdisciplinario elabora una **Justificación Técnica de su Intervención**, por lo que cronológicamente expone el **Plan de Intervención Individualizado** que diseñó, implementó y aplicó, fundamentado en el **Diagnóstico Interdisciplinario de Ingreso** de la Persona mayor. La **Justificación Técnica** abarca así desde la admisión hasta el momento actual, documentándose resultados y recursos intra e interinstitucionales utilizados. En tal sentido, se identifican también medidas implementadas para alcanzar los objetivos propuestos en el Plan y los motivos que se atribuyen a aquellos que no se lograron; siendo relevante registrar la información que fundamente la intervención y la pertinencia de la continuidad de la atención o bien, la necesidad del egreso.

Las Valoraciones Gerontológica Integrales realizadas de manera periódica o extraordinaria, son revisadas por la Junta Interdisciplinaria y, en caso necesario, dicho Órgano Colegiado sugiere reestructuras al Plan, sentido en el que se entiende el hecho de que la Junta tiene la atribución de revisar **Notas** elaboradas por cada una de las áreas de intervención; **Minutas; estudios de gabinete y Reportes** que se hayan realizado en el manejo del caso durante el periodo estipulado.

Es a partir de la participación de las y los profesionales responsables de cada uno de los casos, en conjunto con la Junta Interdisciplinaria, que los **Planes de Intervención Individualizados** son enriquecidos con base en requerimientos vigentes, pudiendo implicar ello la aplicación de nuevas estrategias de acción y la incorporación de nuevos elementos o variables que se identificaron durante la revisión y análisis del caso.



#### 1.1.1.6. Brindar acompañamiento tanatológico y atención paliativa cuando el caso lo amerite.

Para que la atención sea integral, es conveniente también proporcionar el acompañamiento tanatológico, campo de conocimiento que se dedica a estudiar lo referente al proceso de duelo ante las pérdidas biopsicosociales del ser humano y sus implicaciones psico-emocionales y espirituales. Dicha orientación está enfocada a realizar el acompañamiento a la Población Motivo de Intervención, a sus familiares y al personal involucrado en la intervención, para comprender e interiorizar de manera positiva las pérdidas, la resolución de conflictos y los duelos no resueltos, así como trabajar el perdón.

El apoyo tanatológico se realiza a partir de que la Persona mayor hace el primer contacto con la institución dado que trae consigo un cúmulo de pérdidas y, a consecuencia de esto, presenta círculos de experiencia abiertos que en ocasiones le impiden socializar y visualizar como única salida la desvinculación de su entorno y, por ende, puede solicitar su institucionalización. Las pérdidas pueden ser cognitivas, materiales, físicas, de personas, de mascotas, de esperanzas, de expectativas de vida y de estilos de vida, entre otras. Se considera que la persona profesional en Tanatología pueda lograr una intervención terapéutica basada en la atención emocional, mediante la Gestalt con apoyo de la imaginación, la música y la literatura como herramientas.

La Intervención Interdisciplinaria también incluye los cuidados paliativos, que según la Organización Mundial de la Salud (OMS) están destinados a aliviar el dolor y otros síntomas, sin alargar ni acortar la vida y reafirmar la importancia de vivir, brindando el apoyo psicológico, social y espiritual para considerar a la muerte como algo normal, con la intención de proporcionar sistemas de apoyo, tanto para la Persona mayor como para la familia durante la enfermedad, durante los últimos momentos y en el duelo.

Al llevar a cabo los cuidados paliativos es importante tener en cuenta los siguientes objetivos:

- a) Ejercer el derecho de la Persona mayor a tener una muerte digna y una mejor calidad de vida durante la etapa terminal, según la *Ley Federal en materia de Cuidados Paliativos* y mediante las acciones emitidas por un Comité de Bioética.
- b) Detectar y evaluar las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales de las Personas mayores con enfermedad avanzada y progresiva, a pesar de los tratamientos instituidos, que puede considerarse incurable y potencialmente mortal a corto o mediano plazo.

- c) Promover e implementar estrategias interdisciplinarias de cuidado de la Persona mayor y su familia, destinadas a proporcionar bienestar y calidad de vida.

### Promoción de la Gerontagogía y la Gerontoprofilaxis

El Envejecimiento Activo, Exitoso y Saludable, se debe promover en todos los grupos de población y edad, ya que permite que las personas conserven su potencial de bienestar físico, mental, emocional y social a lo largo de todo el ciclo vital, condiciones que amplían las posibilidades de participar en la sociedad de acuerdo con las necesidades, deseos y capacidades, en tanto dicho contexto social proporcione protección, seguridad y cuidados adecuados cuando éstos sean requeridos.

Si bien, la Gerontagogía puede comprenderse de diferentes formas, para el Modelo se entenderá como un espacio interdisciplinar paradigmático que apuesta a la educación de las Personas mayores (Mogollón, 2012). Asimismo, en el Modelo se considera a la Gerontoprofilaxis como una vía para que las Personas Adulta Mayores puedan introyectar comportamientos saludables, conductas positivas y acciones que favorezcan su desarrollo debido a que no forman parte del modo de ser de las personas o, bien, no existen dentro de los patrones de conducta colectivos. La Gerontoprofilaxis conlleva por tanto a crear conductas o hábitos que la experiencia o la ciencia han demostrado que están asociados positivamente con el estado de salud.

En las Personas mayores se identifican algunos factores que dificultan la implementación tanto, de acciones de prevención como de promoción de la salud, lo anterior debido a costumbres adquiridas y mantenidas durante años, mismas que conforman estilos y formas de vida específicos relacionados con el nivel de salud de la persona e incluso de la comunidad.

Los factores por tomarse en cuenta para la promoción y la incidencia de manera positiva sobre estilos de vida saludable son:

Factores individuales: aspectos relacionados con la persona de forma intrínseca; formas de comportamiento, capacidad intelectual, variables del organismo, genética y tendencias cognitivas, entre otros.

Factores sociales: variables tales como el nivel educativo y económico, el desempleo, los sistemas de apoyo social y el acervo cultural, entre otras situaciones de vida.

Factores del medio: circunstancias contextuales que tienen un rango amplio y entre las que pueden mencionarse; las variables climatológicas; la industrialización; el hacinamiento en que vive la población; el ámbito en el que se desenvuelve la persona -medio rural o urbano-; los recursos en salud, la existencia de espacios verdes y de recreo, por mencionar algunos.

En la presente Acción Sustantiva del Modelo se documentan propuestas de intervención a partir de las cuales influir tanto, a nivel general como, a nivel individual; lo anterior al considerarse el hecho de que la introyección de hábitos saludables a edades tempranas, facilita su mantenimiento en el tiempo y la adaptación a los cambios del entorno, lo cual de manera simultánea facilita el proceso de envejecimiento. Desde este panorama, las personas podrán conservar el mayor grado de autonomía posible al llegar a la etapa de Persona mayor y retrasar lo más posible los distintos niveles de dependencia, al conservar el mejor nivel y la mayor calidad de vida a su alcance. Para esta labor cabe señalar la relevancia del trabajo conjunto de instituciones sociales y gubernamentales, así como el que ocurre en los propios Centros Gerontológicos y Casas Hogar. .

Con base en lo previamente descrito, la presente Acción Sustantiva se conforma por los siguientes elementos clave:

### **Objetivo Específico 2.1**

Personas mayores informadas sobre la vejez y el proceso de envejecimiento, con prácticas de prevención y autocuidado

#### **Estrategia 2.1.1 Educación para el Bienestar**

El conjunto de acciones mediatas encaminadas a la instrucción sobre el proceso de envejecimiento y la promoción de prácticas de prevención y autocuidado, se agrupan en la presente Estrategia; misma en que los esfuerzos para un Envejecimiento Saludable se establecen en el proceso denominado Educación para el Bienestar.

A continuación, se describe el proceso para el logro del Objetivo Específico paso a paso, relatándose cada uno de éstos a través de las denominadas Líneas de Acción. Con la ejecución de la presente Acción Sustantiva y los respectivos elementos que la conforman, se promueve la aplicación de la mayor cantidad de medidas preventivas y de autocuidado posibles para disminuir la vulnerabilidad acumulada por los riesgos genéticos, el estilo de vida y las enfermedades.

Cabe señalar también que, con la ejecución de las Líneas de Acción propuestas, se considera que las Personas mayores tienen la posibilidad de elegir y decidir sobre su participación, sobre lo que hacen y cómo lo hacen. Devolver a la población mayor, en función de sus propias posibilidades, el control de las situaciones que le rodean favorece el que visualice sus capacidades y fortalezas, para a partir de este punto, capacitarse, desarrollar y consolidar nuevas habilidades y, por tanto, percibirse como personas que trabajan en el cuidado de su propia salud.

## Líneas de acción

### 2.1.1.1 Identificar las necesidades de información de las Personas mayores

Acción que inicia con la evaluación realizada en el servicio de Trabajo Social durante la **Entrevista de Ingreso**, misma en la que se identifican preferencias, usos y costumbres de la Persona mayor, información relevante para la integración del **Plan Individualizado de Atención**.

Una vez identificados los aspectos a partir de los cuales trabajar la difusión de información entre la población mayor, el personal a cargo de operar la presente Línea de Acción difunde los contenidos requeridos a partir de pláticas, situación ante la que cabe destacar la relevancia de que las y los profesionales se mantengan actualizados sobre enfoques, teorías y tendencias actuales en temáticas relacionadas con el envejecimiento.

Las y los profesionales en los Centros Gerontológicos y Casas Hogar en tal sentido, identifican y profundizan en información generada en instituciones públicas y privadas tanto, dentro del país como, a nivel internacional y, así mismo, retroalimentan el diseño y desarrollo de Programas de Promoción dirigidos a la población atendida, al retomar el conocimiento empírico de los especialistas.

La identificación de necesidades y la documentación continua del propio personal en temáticas relacionadas con la vejez y el envejecimiento, se convierte así en piedra angular para la promoción de prácticas de prevención y autocuidado.

### 2.1.1.2 Establecer un Plan Educativo para el Bienestar

Durante el proceso de seguimiento, profesionales en Trabajo Social, Psicología y Medicina, exploran con las Personas mayores sobre sus intereses y necesidades de información a través del **Cuestionario de Preferencias e Intereses**, mismo que sirve como base para el establecimiento del **Plan Educativo para el**

**Bienestar**, el cual es diseñado por el personal operativo de cada área y coordinado por la Jefatura de Trabajo Social, área que funge como coordinadora de enseñanza y entrega el **Plan de Educación General** a la Subdirección del Centro.

En el Plan, se compilan las preferencias e intereses de las personas residentes del Centro a fin de conjuntar aquellas que por su naturaleza sean similares.

Entre algunos de los temas sugeridos para incorporar al Plan se encuentran: trámites y servicios, aspectos tanatológicos, Derechos Humanos, fomento de redes de apoyo social y familiar, fortalecimiento de vínculos afectivos, proyecto de vida para la Persona mayor, aspectos legales tales como testamento y voluntades anticipadas, asesoramiento en el manejo de cuentas de ahorro, inversiones, bienes, así como otros temas del interés de las personas asistentes, siempre abarcando aspectos biológicos, psicológicos, sociales y espirituales.

Cabe señalar que, además de los temas arriba mencionados y de acuerdo con las características particulares de las Personas mayores, pueden incluirse temas como hipertensión arterial, diabetes, enfermedades crónico degenerativas, enfermedades infectocontagiosas, prevención del deterioro cognitivo, detección de enfermedades psicoafectivas, detección temprana de riesgo de depresión, detección temprana de ideas suicidas, así como medidas para la movilización de pacientes en cama.

### 2.1.1.3 Desarrollar acciones de formación con base en el Plan Educativo

Acción que se centra en proporcionar pláticas dirigidas a las Personas mayores según sus intereses y necesidades. La coordinación se lleva a cabo por la Jefatura de Trabajo Social, estableciendo en conjunto con las Jefaturas de los otros departamentos del Centro Gerontológico o Casa Hogar, el **calendario de sesiones, pláticas y orientaciones**, debiendo registrar la **asistencia** de las Personas mayores.

En el marco de la formación, cabe señalar que la orientación es una acción educativa para que las personas vivan un proceso de aprendizaje tanto, en lo que se refiere a desarrollar y hacer uso de sus capacidades como, a la integración de información y conocimientos que se requieren para tales efectos.

El propósito de la acción orientadora no es dirigir la vida de las personas, ni resolverle sus problemas; por el contrario, el propósito es que ellas, las personas y las familias, lo puedan hacer de una manera más organizada, con convicción y acorde a sus posibilidades y recursos.

Esta intervención se evalúa al finalizar la sesión y se toma en consideración la reacción y las opiniones que expresen respecto a la experiencia.

Finalmente cabe mencionar que el avance logrado en las Personas mayores con base en las pláticas y orientaciones, es valorado en Sesiones Interdisciplinarias, a fin de determinar si fuese necesario, incorporar otros temas en el **Plan de Educación para el Bienestar**.

#### 2.1.1.4 Detectar las necesidades de prevención y autocuidado de las Personas mayores

El que las personas identifiquen sus capacidades, las desarrollen y las mantengan, incide en un buen estado de salud y bienestar, siendo necesario la realización de actividades para el cuidado de la salud física, mental y espiritual. En dicho contexto, resulta relevante el llevar a cabo actividades tales como: conservar una apropiada higiene, mantenerse en movimiento de acuerdo con las posibilidades personales -caminar, realizar paseos y realizar alguna una actividad física- y, desarrollar acciones que cultiven la mente y el espíritu.

Promover la salud emocional, favorece el establecimiento de relaciones armónicas con otras personas. En muchas ocasiones la salud emocional se relaciona con el desconocer o no identificar todo aquello que se puede hacer por sí mismo (a) y por las otras personas, en tal sentido, permitir y promover la participación en la modificación del ambiente físico en el que se desenvuelve la propia persona, incide de manera positiva en el estado emocional.

En los Centros Gerontológicos y Casas Hogar, las y los profesionistas de cada una de las áreas operativas, identifica a través de las **evaluaciones rutinarias** las **necesidades de las Personas mayores** en torno a la prevención y autocuidado; comunicando ello a las Jefaturas de Departamento para que éstas a su vez, instruyan el llevar a cabo talleres informativos y vivenciales que les favorezcan en su cotidianidad.

Las **prácticas informativas y vivenciales** son **programadas** para llevarse a cabo, generalmente, con una duración de uno a tres días, documentándose su desarrollo con **Listas de Asistencia** y **Evaluaciones** de las y los asistentes sobre el impacto de la información recibida.

En dichos talleres se abordan temas como son: accidentes y caídas, artritis, bronquitis, diabetes mellitus, hipertensión arterial, osteoporosis, complicaciones en el tratamiento de la próstata y de las várices, factores desencadenantes de

enfermedades degenerativas e irreversibles, así como las enfermedades más comunes en las Personas mayores.

Un aspecto para destacar, es el énfasis que se pone en las enfermedades que son susceptibles de ser controladas o en las que es factible aminorar efectos negativos en el estado general de salud. En tal sentido, se explica el comportamiento de las enfermedades con la finalidad de que la Persona mayor pueda aplicar medidas para atenuar de mejor manera la presentación de síntomas y prevenir el deterioro, al comprender lo que sucede dentro del organismo en caso de estar en riesgo o tener alguna predisposición genética.

### **2.1.1.5 Llevar a cabo un Programa de Acompañamiento y Supervisión de Actividades Cotidianas de Promoción de Estilos de Vida Saludables**

Parte del Modelo que se centra en la prevención, la atención, la rehabilitación y el establecimiento de un control de contingencias, para permitir a las Personas mayores el experimentar la plenitud, la autorrealización y una adecuada calidad de vida.

Es a través del acompañamiento y supervisión que se promueven hábitos o conductas que influyen positivamente en el estado de salud; en comportamientos saludables respecto a su persona y la comunidad.

Esta Línea de Acción se complementa con la elaboración de material de difusión realizado por personal operativo de los Centros Gerontológicos y Casas Hogar, así como por personas prestadoras de servicio social, prácticas profesionales y estudiantes en general. El principal mecanismo empleado para la difusión es la elaboración de periódicos murales temáticos, mismos en los que se informa sobre medidas preventivas como la necesidad del lavado de manos, del cepillado adecuado de boca, dientes y prótesis; el cuidado de los pies, manos y piel en general; se plantean así temas diversos tomando en cuenta toda información que pueda erradicar malos hábitos de higiene. Los periódicos murales se realizan para que el mensaje sea comprensible para toda Persona mayor interesada, por lo que se procura el impacto visual, esto es, colores e imágenes que pueden ser fácilmente percibidos en su forma y contenido.

El acompañamiento y la supervisión son realizados por el personal operativo designado por las Jefaturas de Departamento, registrándose los avances en el **Expediente de cada Persona mayor** y evaluándose los avances en la Sesión Interdisciplinaria de manera semestral.

## Generación y Fortalecimiento de Vínculos Afectivos

En cada etapa del ciclo vital de la persona se presentan necesidades que pueden ser satisfechas en mayor o menor medida, en un primer momento, por la familia y conforme transcurre el tiempo por personas que llegan a ser claves o significativas. La etapa de la adultez mayor no es la excepción, por el contrario, en la generalidad, las Personas mayores deben enfrentarse a situaciones tales como debilitamiento del cuerpo, presencia de alguna enfermedad o pérdida del empleo, entre otras, llevando ello en ocasiones a experimentar necesidades de protección y cuidado.

Situaciones como las referidas, puede acentuar el hecho de que la persona mayor busque vínculos fuertes y seguros con otros individuos que estén ahí para apoyarle, principalmente familiares, sin embargo debe tomarse en cuenta el hecho de que más allá del contar con un apoyo que favorezca la dependencia de las redes familiares o sociales desarrolladas a lo largo de la vida, resulta relevante el sentir el soporte emocional y en tal sentido, mantener los vínculos, conservar la autosuficiencia y evitar el sentirse una carga para quienes les rodean. En tal contexto, conservar las vinculaciones sociales generadas a lo largo de la vida o lograr nuevas, hace sentir a las Personas mayores valoradas, condición que impacta de manera positiva en su seguridad, sentido de pertenencia, estima, estabilidad emocional e identidad temporal y espacial.

Ahora bien, en el ámbito de actuación de los Centros Gerontológicos y Casas Hogar, es frecuente encontrar circunstancias que han afectado los vínculos familiares o sociales de la Población Motivo de Intervención, escenario ante el cual a fin de contribuir a su calidad de vida, a su integración al bienestar y a su participación en la sociedad, institucionalmente se llevan a cabo acciones que en su conjunto se agrupan en la presente Acción Sustantiva del Modelo, misma que se opera a través de la denominada Estrategia Fomento de Redes de Apoyo.

### Objetivo Específico 3.1

Personas mayores con vínculos familiares o sociales funcionales

Objetivo en que los vínculos son entendidos como relaciones afectivas caracterizadas por la empatía y ayuda mutua, ya sea entre personas con lazos consanguíneos o entre personas con quienes se establecen relaciones por afinidad. En ambos casos, los vínculos suponen además de afecto, obligaciones y deberes que impulsan justamente la atención, el cuidado y la protección a las que se hacía referencia previamente.



La generación o fortalecimiento de vínculos afectivos como se destaca en la presente Acción Sustantiva del Modelo, supone así el llevar a cabo una serie de acciones a partir de las cuales informar, conciliar, reeducar, intermediar y apoyar, entre otras acciones, para lograr el que las Personas mayores cuenten con vínculos familiares o sociales funcionales, promoviendo el sentido de pertenencia y la integración social. De este modo, si bien resulta importante que la Población Motivo de Intervención identifique quiénes son las personas que forman parte del tejido social que puede brindarle algún tipo de apoyo para ayudarle a satisfacer sus necesidades; en la intervención se procuran acciones para consolidar dichas redes y prevenir con ello la falta de cohesión social, situación que pueda detonar en desinterés, desmotivación, desgano para seguir con un proyecto de vida e, inclusive abandono por parte de la red de apoyo.

### **Estrategia 3.1.1 Fomento de Redes de Apoyo**

Con fundamento en el hecho de que las redes de apoyo proporcionan soporte afectivo, moral, social, económico y, en mayor medida, un bienestar mutuo producto de la convivencia en la que se comparten experiencias y sobre todo aprendizajes, en la intervención en los Centros Gerontológicos y Casas Hogar resulta indispensable el fomento de dichas redes tanto, a partir de la convivencia intramuros como extramuros. En este último se consideran lugares públicos, turísticos, recreativos, y en caso de no poderse las anteriores se fomenta la interacción mediante llamadas telefónicas, video llamadas o algún otro medio a través del cual puede existir una adecuada comunicación e interacción; procurándose en todo momento reforzar el vínculo de las Personas mayores con su red y su entorno social inmediato en general

En consecuencia, intervenir en los Centros y Casas para incidir en el ámbito social de la población adulta mayor se requiere de la labor en conjunto de todas las áreas que conforman el equipo interdisciplinario, siendo parte de las actividades cotidianas el establecer comunicación y contacto directo con las personas que conforman la red de apoyo, para incidir de manera colaborativa y positiva en la realidad de las Personas mayores.

Por la naturaleza de las Líneas de Acción que conforman la presente Acción Sustantiva, cabe señalar que la labor que se desarrolla en el área de Trabajo Social Gerontológico resulta crucial, siendo la generación y fortalecimiento de vínculos una de las prioritarias en su quehacer profesional.

Finalmente y previo a la descripción de cada una de las Líneas de Acción a través de las cuales se opera la presente Estrategia, cabe señalar que toda acciones de

la intervención social, además de basarse en las necesidades expresadas por las Personas mayores, se fundamentan en las siguientes competencias y valores:

- Capacidad de establecer vínculos empáticos.
- Capacidad de escucha activa.
- Respeto y comprensión por el prójimo.

## Líneas de acción

### 3.1.1.1 Establecer contacto con redes familiares o sociales previamente identificadas en el Plan de Atención Individualizado.

Es durante la visita inicial (**informe de visita**) que se establece y se define la existencia de una red de apoyo para, posteriormente, identificar durante la **investigación social** la red de apoyo familiar o social presente o potencial; las fortalezas y las virtudes de ésta, así como el tipo de apoyo que puedan brindar.

Con base en lo anterior, en algunos casos se buscan apoyos parciales entre familiares en segundo<sup>18</sup> grado, amistades o personas conocidas, siempre con la intención de coadyuvar en la gestión de acciones tendientes a preservar el mejor estado de la Persona mayor.

Una vez establecidas las redes familiares o sociales de apoyo, el **seguimiento y la evaluación subsecuente del desarrollo de las actividades** que se llevan a cabo en torno a éstas, se convierten en elementos estratégicos para la consolidación de las relaciones, el direccionamiento de su impacto y para, en caso necesario, el fortalecimiento de la intervención. Entre los aspectos observados en el seguimiento a la vinculación con las redes familiares o sociales se encuentran: la calidad de la relación, el desempeño de sus integrantes y la satisfacción que representa para cada una de las personas que conforman la red e, incluso, para las personas facilitadores de éstas.

La participación y orientación institucional en tal sentido, pretende que quienes conformen la red de apoyo desarrollen sus capacidades y apliquen la información y los conocimientos adquiridos para comprender el proceso de envejecimiento y afrontar en mejor forma los retos que implica el adaptarse como grupo a esta etapa de la vida.

---

<sup>18</sup> Abuelos(as) / Nietos (as)/ Hermanos (as)

Con la presente Línea de Acción se busca así, contribuir al equilibrio entre las necesidades socioemocionales y la satisfacción de las mismas entre la población mayor, sentido en el que una persona que está satisfecha tiene mejor posibilidad para tomar decisiones en la medida de sus circunstancias.

### **3.1.1.2 Identificar nuevas redes potenciales de apoyo**

El hecho de contar con redes sociales de apoyo tiene un impacto significativo en la calidad de vida de la Persona mayor. Existe evidencia de que las relaciones y las transferencias que se establecen en las redes cumplen un papel protector ante el deterioro de la salud. Una parte esencial de las redes son los intercambios entre las personas, éstos pueden ser materiales, de servicios, emocionales u otros, para alcanzar a satisfacer sus necesidades. El sentimiento de satisfacción que contribuyen a generar dichas redes, se refleja así también en un mayor sentido de control y de contención personal.

El componente esencial de la red de apoyo de las Personas mayores proviene de la co-residencia con el cónyuge o con otros miembros de la familia inmediata, sin embargo, cabe señalar que llegan a presentarse casos en que las Personas mayores viven solas por decisión o como resultado de su historia de vida, en pareja o en un hogar multigeneracional.

- En general se distingue entre dos tipos de redes: informales y formales. Las redes informales se basan predominantemente en las relaciones familiares y de amistad, reuniendo un componente afectivo esencial.
- Las redes formales en cambio, se han establecido con el propósito específico de dar apoyo a las Personas mayores. En éstas, sus miembros cumplen roles concretos y algunas veces requieren contar con la preparación adecuada. Las redes formales pueden ser parte de un centro de salud, de la comunidad, de una iglesia o ser parte de programas gubernamentales.

En la consecución de la presente Línea de Acción, las y los profesionales en Trabajo Social Gerontológico realizan trámites con instituciones públicas y privadas que llevan a cabo actividades intra y extramuros, así como gestionan y facilitan visitas guiadas a museos, a exposiciones, recorridos por diversas calles y edificios históricos, en consonancia con una terapia de reminiscencia para que la Persona mayor rememore sus vivencias y participen en reconstruir la historia tanto personal como de su lugar de origen o de residencia. Un aspecto a destacar, es el hecho de promoverse la alternativa de que los museos virtuales visiten las instalaciones de los Centros Gerontológicos y Casas Hogar.

En los Centros de Asistencia Social, existe además la participación de grupos de personas voluntarias procedentes de diversos centros educativos que acuden a apoyar en la realización de actividades manuales, ejercicios de relajación, yoga, elaboración de artículos de carpintería, clases de pintura, de repujado, entre otras. Actividades que permiten a la Persona mayor ocupar su tiempo libre de una mejor manera y con ello evitar su deterioro físico y cognitivo, lo cual simultáneamente le motiva a realizar mayores vinculaciones sociales.

De la misma forma se organizan talleres de intercambio generacional en colaboración con escuelas públicas y privadas, instituciones que como parte de la formación de su alumnado tienen interés en que éste realice actividades en el ámbito de la Asistencia Social y, en específico, con población adulta mayor, sentido en que se promueve la convivencia entre ambos grupos generacionales durante un período determinado.

Para incentivar la convivencia entre diferentes generaciones es que se realizan actividades con diferentes planteles educativos públicos y privados, intercambios en los que además de participar el alumnado de éstos y la Población Motivo de Intervención de los Centros Gerontológicos y Casas Hogar, se procura también la participación del personal que se desenvuelve en dicho planteles, ampliándose el campo de actuación para la sensibilización y vinculación de las Personas mayores.

Lo primordial de esta Línea de Acción es que personas de diversos grupos etarios y que se desenvuelven en diferentes instituciones, interactúen y aprendan de las experiencias brindadas por las Personas mayores, mediante el trato continuado.

### **3.1.1.3 Implementar acciones de participación y orientación con las redes**

Línea de Acción para la que en los Centros Gerontológicos y Casas Hogar se establece la figura de una persona facilitadora, quien lleva a cabo reuniones con las redes de apoyo establecidas y las Personas mayores, para abordar aspectos de la vida cotidiana a través de convivencias o visitas, gozando de la compañía de familiares o amistades con quienes intercambia opiniones.

Además del trabajo que puede llevarse a cabo con quienes integran la red, de manera física en el propio Centro de Asistencia Social o en otro espacio acordado, algunos mecanismos de comunicación de los que se vale la persona facilitadora para dar continuidad al trabajo en materia de participación y orientación con las redes, son las llamadas telefónicas, las video llamadas y el uso de chats; mecanismos a través de los cuales además de dar continuidad al apego, se promueve la organización de convivencias y visitas domiciliarias.

Implementar acciones de participación y orientación con las redes de apoyo requiere de la labor de un Equipo Interdisciplinario por parte de profesionales con:

- Disposición para colaborar en tareas colectivas.
- Interés y respeto por estrategias y soluciones a problemas a manera de dar seguimiento a los **Planes de Atención** establecidos.
- Conformidad ante las normas previamente establecidas y consensuadas por la Institución.
- Valoración del trabajo individualizado compartiendo responsabilidades en equipo.

#### 3.1.1.4 Realizar el seguimiento de la vinculación con las redes de apoyo

Línea que implica el llevar a cabo actividades de sensibilización, promoción, participación social, mediación social, concientización, cohesión e integración, así como de empoderamiento. Lo anterior utilizando métodos específicos tales como: la orientación familiar, la reflexión y el diálogo, la entrevista y el trabajo con grupos con una intencionalidad objetiva.

En la intervención, las labores encaminadas a la vinculación y fortalecimiento de redes sociales de apoyo referidas previamente, se concentran en el área de Trabajo Social, misma que participa en la atención interdisciplinaria con acciones como: realizar **diagnósticos de necesidades sociales**, llevar a cabo visitas domiciliarias, implementar técnicas grupales, proporcionar atención individual y grupal, dar apoyo tanatológico y de cuidados paliativos, apoyar en actividades socioculturales y recreativas, generar propuestas de actividades y coordinaciones institucionales, gestionar la atención en unidades médicas y de especialidad, esto es, la referencia y contra referencia de las Personas mayores en cuanto a la realización de trámites para la atención médica de primero, segundo y tercer nivel, así como dar **seguimiento a los casos**.

Cuando se trata de canalizaciones de primera vez, el área de Trabajo Social es la encargada de tramitar la exención de cuotas de recuperación en instituciones de salud para tratamientos y estudios especiales; realizar ingresos y egresos hospitalarios; coordinar y orientar a familiares o responsables en asuntos relacionados con cambios de adscripción para la atención médica, presentación al programa de supervivencia para el cobro de pensiones, egreso por defunción, llevándose a cabo en cuanto a esta última, la gestión y acompañamiento de trámites funerarios.

La información generada en estas actividades se registra en los siguientes **formatos**:

- Informe de Visita Domiciliaria.
- Hoja de Evolución.
- Registro de Control de Visitas,
- Evaluación Social Semestral.
- Control Diario de Salidas de las Personas mayores en la modalidad de residencia.
- Crónica Grupal.

Documentos que a su vez formarán parte del Informe que servirá como guía para llevar a cabo la **Sesión Interdisciplinaria** a fin de evaluar el avance del caso.

### Gestión del Conocimiento

La Gestión de Conocimiento entendida en el presente Modelo a partir de la conceptualización de gerencia del conocimiento definida por Pávez en el año 2000, como el “proceso sistemático de detectar, seleccionar, organizar, filtrar, presentar y usar la información por parte de los participantes de una organización, con el objeto de explotar cooperativamente el recurso de conocimiento basado en el *capital intelectual propio de las organizaciones*, orientados a *potenciar las competencias organizacionales y la generación de valor*”. (Guzmán & Cayuna, 2014)

Las actividades básicas de la Gestión del Conocimiento están relacionadas con diferentes campos del saber, entre las que destacan el intentar promover cambios de actitudes, el fomentar confianza, el estimular la creatividad, el concientizar sobre la importancia y el valor del conocimiento y, el promover la comunicación y colaboración entre el personal de los Centros de Asistencia Social.

La Gestión del Conocimiento como Acción Sustantiva plantea así el quehacer institucional a partir de dos escenarios fundamentales, uno enfocado en el trabajo con las personas colaboradoras en los Centros Gerontológicos y Casas Hogar y, un segundo, destacando el papel de estos Centros como promotores de conocimiento especializado. A continuación, se describen ambos escenarios organizados en dos objetivos específicos.

#### Objetivo Específico 4.1

Personas colaboradoras con habilidades en atención gerontológica.

### **Estrategia 4.1.1 Promoción de las acciones de formación y capacitación**

Entendida la Estrategia como el grupo de acciones sistemáticas, continuas y secuenciadas, a partir de las cuales se promueve la especialidad de las personas colaboradoras en los Centros Gerontológicos y Casas Hogar, para la atención específica de las Personas mayores en el contexto particular de la Asistencia Social y desde su contribución a la Intervención Interdisciplinaria que opera en dichos Centros y Casas.

Por lo anterior, con las Líneas de Acción agrupadas en la presente Estrategia se busca incentivar entre la totalidad de las personas colaboradoras la adquisición de nuevos conocimientos que permitan la toma de decisiones frente a la intervención gerontológica; facilitando así conocimientos para dar respuesta objetiva a las necesidades de las Personas mayores, de sus familias y de la propia institución.

En la presente Estrategia, se concentran así también esfuerzos por fortalecer una mirada en común entre la totalidad de las personas colaboradoras en la intervención; un bagaje de conocimientos y experiencias que contribuyan a transformar estereotipos negativos actuales en elementos para una cultura del envejecimiento y, en específico en la intervención, acciones constructivas que promuevan entre la población residente y usuaria vivir con calidad de vida.

En consecuencia, parte del Modelo busca también el promover profesionales competentes en el desempeño de su función, entendiéndose por ello, personas con habilidades, conocimientos, destrezas, aptitudes y actitudes necesarias para ejercer su profesión o labor; dando respuesta a los problemas de forma autónoma y flexible; siendo capaz de aportar a través del diálogo una relación armónica con el equipo interdisciplinario.

En el campo de la gerontología deberán destacar las habilidades para atender los desafíos del envejecimiento y generar escenarios de inclusión para Personas mayores, aun cuando sus condiciones de vida, económicas, sociales, culturales y religiosas, entre otras, no sean óptimas y requieran por tanto de apoyos adicionales y más tiempo de trabajo compartido de forma tripartita entre la Persona mayor, el equipo interdisciplinario y la red de apoyo.

La Estrategia opera así a través cuatro pasos denominados Líneas de Acción y descritos a continuación.

#### **Líneas de acción**

#### 4.1.1.1 Definir Plan de Capacitación, con base en el Diagnóstico de Necesidades, así como el Perfil de Puesto y Funciones

La Subdirección de Capacitación y Desarrollo elabora el **Programa de Capacitación Anual**, con base en el resultado de la **Detección de Necesidades de Capacitación**, el cual se aplica a cada una de las personas servidoras públicas del Sistema DIF Nacional, bajo los **lineamientos emitidos por la Secretaria de la Función Pública** y las directrices de la Dirección General de Recursos Humanos.

De forma simultánea, se integran actividades de capacitación en los **Programas y Subprogramas de Trabajo** que se elaboran de forma anual en cada uno de los Centros Gerontológicos y Casas Hogares, ello, con el fin de mantener el desempeño profesional acorde a las circunstancias de vida de las Personas mayores y procurar en todo momento la calidad de la atención en todas áreas de intervención.

Como es posible leerse en la identificación de la Línea de Acción, todo esfuerzo implementado para la formación del personal se fundamenta en el perfil de puesto, las funciones a desempeñar, las necesidades percibidas por la persona quien presta el servicio y en seguimiento a las observaciones de la Supervisión de la Dirección General de Integración Social.

Con base en lo anterior, es en las Jefaturas de Departamento de cada Centro Gerontológico y Casa Hogar que se establecen las necesidades de capacitación del personal adscrito a las mismas; información que es comunicada a la Jefatura del Departamento Administrativo, la cual funge como coordinadora de enseñanza e integra el **Plan de Capacitación** para revisión y aprobación por parte de la Subdirección de Área.

#### 4.1.1.2 Difundir los Programas de Formación y Capacitación entre el capital humano

La **calendarización de las capacitaciones** por parte de la Subdirección de Capacitación y Desarrollo se hace llegar vía correo electrónico a las Subdirecciones de cada uno de los Centros Gerontológicos y Casas Hogar para su difusión en dichas unidades operativas.

La Jefatura del Departamento Administrativo, como área Coordinadora de Enseñanza en el interior de los Centros Gerontológicos y Casas Hogar, posterior a la revisión y aprobación de la Subdirección de Área, publica y difunde de forma mensual entre el capital humano los **Programas de Formación y Capacitación**.



#### 4.1.1.3 Implementar Mecanismos de Formación y Capacitación Intra e Interinstitucionales

Es a través del desarrollo sistemático de acciones de capacitación que se logra contribuir tanto, a la formación integral del personal y personas becarias como, a la propia ejecución de la intervención.

Entre algunos de los procesos de formación y capacitación implementadas para el fortalecimiento de conocimientos y habilidades del personal y de las personas colaboradoras en general en los Centros de Asistencia Social se encuentran: diplomados, cursos, cursos- taller, seminarios, pláticas y conferencias, en las modalidades presencial, en línea, a distancia o mixta.

Para el adecuado desarrollo de la presente Línea de Acción, resulta imprescindible que personal a cargo cuente con las competencias para ello, esto es, con los conocimientos, las habilidades y las actitudes necesarias para desempeñar el rol de persona formadora. En tal sentido, es en la Dirección General de Recursos Humanos del Sistema Nacional DIF el área en que se promueve que quienes fungen hacia el interior de la propia institución como personal instructor, cuente con la experiencia y conocimiento sobre cada uno de los temas a tratar; encontrándose entre sus principales funciones el de elaborar los materiales de las acciones de formación: **Manuales para las personas participantes; Guías didácticas para cada una de las acciones formativas; formatos y controles de logística, de asistencia y de desempeño de las y los participantes**, así como, **reportes finales**.

Para participar en las acciones de formación, se considera necesario que las personas a integrarse puedan acreditar al menos 6 meses de servicio consecutivo en el Sistema Nacional DIF, de manera excepcional se considerará la posibilidad de que participen personas colaboradoras con menor tiempo de servicio, siempre y cuando exista la disponibilidad de lugares dentro de las acciones de formación a la que se aspire.

Para acreditar cada uno de los Mecanismos de Formación se requiere el 90% de asistencia y puntualidad, así como la presentación de una **Evaluación Diagnóstica** y una **Evaluación Final**, esta última con una calificación mínima aprobatoria de 8 que valide los conocimientos, las habilidades o las actitudes adquiridas.

En el caso específico de las personas becarias que se integran a los Centros Gerontológicos y Casas Hogar *-personas que se encuentran en formación profesional: residentes y alumnado en el área gerontológica o geriátrica, que se*

encuentra en rotación clínica, servicio social o prácticas profesionales-, cabe señalar se elabora una **Programación Específica de Capacitación** enfocada al fortalecimiento del perfil profesional en formación.

Rotaciones clínicas, servicios sociales y prácticas profesionales, cuentan desde el inicio con la información referente a rotación (si procede), **calendarización de capacitación continua, criterios para el desempeño del rol** en que se incorpora e **instrumentos de evaluación de su estancia**.

Al inicio del servicio social, en particular, se realiza un curso de inducción que como mínimo tiene una duración de 40 horas, etapa en que se proporciona un recorrido en las instalaciones.

#### **4.1.1.4 Documentar resultados de la implementación de los Mecanismos de Formación y Capacitación para la toma de decisiones**

Todo mecanismo de formación y capacitación implementado, cierra con la emisión de **constancias** a las personas servidoras públicas y personas colaboradoras que acreditaron las **acciones de formación realizadas**, en caso de tramitar la validez oficial de la constancia emitida es posible llevar a cabo las gestiones pertinentes en primer lugar ante la Dirección de Centros Gerontológicos para su revisión y aprobación y, posteriormente, ante la Dirección General de Profesionalización de la Asistencia Social o mediante vinculación con el Sector Educativo.

La documentación de los resultados de la implementación de los Mecanismos de Formación y Capacitación se realiza mediante el **Informe Mensual de los Centros Gerontológicos y Casas Hogares**, en el cual se registran los recursos humanos en formación y la capacitación del personal, tomando en cuenta las características de los Mecanismos de Formación y Capacitación empleados y del recurso humano que participó en éstos.

### **Objetivo Específico 4.2 Investigaciones con enfoque gerontológico**

#### **Estrategia 4.2.1 Generación del conocimiento especializado**

En complemento al trabajo en torno a la formación y capacitación especializada de las personas colaboradoras en Centros Gerontológicos y Casas Hogar, con la presente Estrategia se busca recuperar el conocimiento y experiencia institucional justo a través de su capital humano. La Investigación es dirigida principalmente a las causas y condiciones del envejecimiento, así como al

estudio y descripción cuidadosa de los cambios del comportamiento regularmente progresivos, relacionados con la edad.

La generación del conocimiento se refiere en tal sentido, a la necesidad de vincular el conocimiento que se origina de los Centros Gerontológicos y Casas Hogar, con programas que contribuyan de manera considerable y positiva en procesos de formación y desarrollo de investigaciones sobre el envejecimiento y la vejez en los ámbitos biológico, psicológico y social, desde las corrientes actuales de la gerontología, permitiendo un marco de reflexión que permita detectar prioridades con el fin de contribuir a la salud, el bienestar y la calidad de vida de las Personas mayores en su entorno.

La operación de la presente Estrategia, se describe así a partir de las siguientes Líneas de Acción:

#### **4.2.1.1 Establecer ejes de investigación**

Paso de la intervención en que se definen las líneas de investigación a explorar para dar respuesta a la situación actual en términos epidemiológicos y demográficos en el área de la gerontología, por lo que se vuelve necesario establecer **convenios de colaboración** con instituciones educativas para el desarrollo de investigaciones.

Con la presente Línea de Acción se contribuye también al fortalecimiento y generación de competencias entre el personal y personas colaboradoras en general, para la intervención y la investigación en torno a la población adulta mayor.

Para la ejecución de este paso de la intervención, cabe hacer mención se establece el Comité de Ética en Investigación conforme a la **Guía Nacional para la Integración y Funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación**.

#### **4.2.1.2 Autorizar protocolos de investigación**

Una vez identificados los ejes temáticos a explorar y documentar, las personas interesadas en desarrollar alguna investigación sobre dichos ejes, emiten sus propuestas de protocolos para su autorización al Comité de Investigación y Ética del SNDIF, con apego a la **NOM-012-SSA3-2012**, norma en la que se establecen los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud de los seres humanos.

El proceso de autorización se realizará con apego al **Manual de Procedimientos de la Dirección General de Integración Social** en su apartado 3, “Procedimiento para Realizar Investigación Dentro de los Centros Asistenciales PIS-DSA-SPA-03”.

#### 4.2.1.3 Desarrollar protocolos

Línea de Acción que se caracteriza por el desarrollo de los protocolos con base en los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos, mismos que se definen en la **Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012** y en la que se establecen como mínimo los siguientes elementos: título del proyecto o protocolo; marco teórico; definición del problema; antecedentes; justificación; hipótesis (en su caso); objetivo general (en su caso, objetivos específicos); materiales y métodos; diseño (criterios de inclusión y exclusión, captura, procesamiento, análisis e interpretación de la información); fuentes de consulta; nombres y firmas de la persona responsable de la investigación y de las personas asociadas, así como documentos relacionados.

Ahora, si bien la ejecución de esta Línea de Acción recae en su mayoría en las personas colaboradoras interesadas en la elaboración de investigaciones, es importante contemplar también las labores entorno al registro de avances y seguimiento de su desarrollo; escenario en que el primero implica que la persona investigadora lleve a cabo **informes mensuales sobre el progreso del proceso**, en tanto la segunda labor, recae en el **registro de informes técnicos – administrativos de carácter parcial** con respecto al avance desde el inicio hasta el término de la investigación.

#### 4.2.1.4 Elaborar informe final

Etapa del proceso en que la persona responsable de la investigación prepara un **resumen del informe** de ésta, cuya estructura no excede las 250 palabras y en el que se indica claramente: (a) los objetivos y propósitos del estudio; (b) lugar y fechas de realización; (c) metodología y procedimientos básicos; (d) resultados principales; y (e) conclusiones principales.

En el **informe final** se hacer hincapié, además, en aspectos nuevos y relevantes, descartándose información o conclusiones no documentadas en la investigación.

#### 4.2.1.5 Promover la publicación de las investigaciones realizadas

La evidencia científica es un importante motor para el mejoramiento de los sistemas y, en consecuencia, de la vida de las personas. Para que el conocimiento se encuentre al alcance de todos, es vital que se publique y se difunda en los canales adecuados.

Para ello, la Jefatura del Departamento de Trabajo Social, en su papel de área coordinadora de enseñanza en el interior de los Centros Gerontológicos y Casas Hogar, recopilará los **protocolos** que sean **aprobados por el Comité de Ética en Investigación del SNDIF** y que hayan concluido satisfactoriamente, a fin de presentarlos a la Subdirección de Área quien, a su vez, los enviará a la Dirección de Centros Gerontológicos para su posterior revisión, aprobación y consideración para su publicación.

#### Gestión Institucional

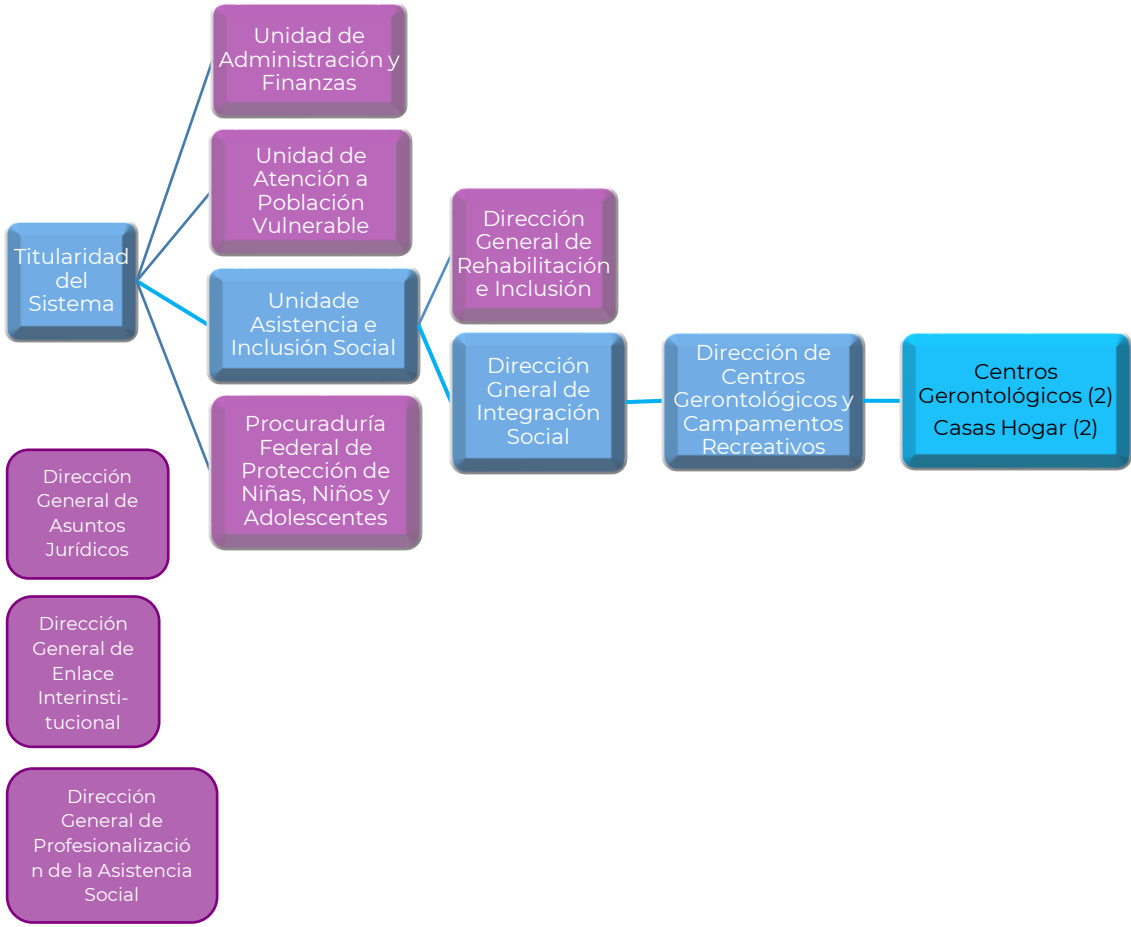
Entendiéndose por Gestión Institucional al conjunto de acciones y medidas, así como el monitoreo de las mismas, que resulta indispensable ejecutar para la consecución de los Objetivos planteados en el Modelo. Gestionar en la operación, en tal sentido, conlleva a coordinar, decidir, disponer, organizar y suministrar, los recursos materiales y humanos necesarios para llevar a cabo la intervención planteada en Centros y Casas Hogar.

En el contexto anterior, si bien cabe señalar en los Centros de Asistencia Social fundamentalmente no se manejan recursos financieros, si es importante destacar la labor que se realiza en torno a la distribución y ministración de recursos materiales, así como la planificación, organización y administración de tareas entre las personas colaboradoras que se desenvuelven de una u otra manera en o para dichos Centros.

La razón de la organización y control únicamente de los recursos materiales y humanos en el contexto inmediato de los Centros Gerontológicos y Casas Hogar se debe a que éstos, representan tan sólo una parte de una estructura institucional mayor, misma en la que se realizan las acciones estratégicas de Gestión Institucional, descargando en los Centros las gestiones específicas a su interior, más dando cuenta sí de la trascendencia de su labor para la atención de uno de los grupos en situación de vulnerabilidad y de atención prioritaria.

A continuación, la representación esquemática de la estructura institucional a las que se alinean los Centros Gerontológicos y Casas Hogar. Esquema en el que

cabe destacar no se representa la totalidad de la estructura del Sistema Nacional DIF, sino únicamente (en tono azul) la línea de mando correspondiente a los Centros Gerontológicos y Casas Hogar.



Con los elementos integrados en la presente Acción Sustantiva, se busca así el promover las condiciones necesarias para la eficaz y eficiente operación de los Centros y prestación de servicios otorgados tanto a la Población Motivo de Intervención como, en su caso, a las redes familiares o de apoyo.

Con respecto a lo previamente planteado, es que los elementos que integran la presente Acción Sustantiva y descritos a continuación, son reflejo del establecimiento de sinergias al interior de los Centros, con otras áreas del DIF, con instancias públicas, privadas y con la misma sociedad civil; siempre con en beneficio del bienestar, la calidad de vida, la participación, la autonomía y la independencia de las Personas mayores.

## Objetivo Específico 5.1

Centros Gerontológicos y Casas Hogar para Personas mayores, con mecanismos de operación integral.

### Estrategia 5.1.1 Coordinación intra e interinstitucional

Entendiéndose por coordinación al trabajo conjunto que tiene como propósito el impulsar un fin común, para el caso del Modelo, mecanismos para la operación integral de los Centros Gerontológicos y Casas Hogar.

Cabe señalar que a través de la Coordinación Intra e Interinstitucional se promueve la co-responsabilidad de todos y cada uno de los elementos involucrados tanto, en la atención de la Población Motivo de Intervención como, la operación de los Centros. Es a través de la Coordinación Institucional que se unen esfuerzos para atender las condiciones físicas, jurídicas, económicas o sociales de las Personas mayores atendidas, pero que se logra también, la formación especializada y continua de las personas colaboradoras, el suministro de alimentos, vestido, materiales de higiene e, incluso de combustible para los vehículos al servicio de las necesidades de la Población Motivo de Intervención. En tal sentido la relevancia de contar con una Acción Sustantiva que si bien parece no involucrarse de manera directa con la población mayor, posibilita la operación de las cuatro Acciones Sustantivas previas.

### Líneas de Acción

#### 5.1.1.1 Establecer Programas, Subprogramas y Planes Anuales de Trabajo

Acción que inicia con el **Plan Anual de Trabajo** (PAT) que emite la Dirección de Centros Gerontológicos y Campamentos Recreativos (DCGCR), mecanismo en el que se establecen elementos básicos a partir de los cuales homologar y regular la operación en los Centros Gerontológicos y Casas Hogar.

En tal sentido, resulta fundamental el comprender el PAT, como el documento de planeación que en las instituciones gubernamentales deriva del presupuesto aprobado para cada dependencia o entidad en el Presupuesto de Egresos del Gobierno, estableciéndose en dicho Plan las actividades estratégicas y las metas a lograr. El PAT se convierte así, en pieza clave para establecer los alcances de la intervención y los recursos para ello.

Institucionalmente, las metas establecidas en el PAT se calculan con base en el marco presupuestal y la población adulta mayor a atender.

El PAT es formulado y enviado a las Subdirecciones de cada uno de los Centros Gerontológicos y Casas Hogar previo al inicio del año en que será aplicado, lo anterior a fin de que sean utilizados como insumo para la elaboración de los **Programas de los Centros de Asistencia Social** y de los y **Subprogramas** que los conforman.

Cabe mencionar que los Subprogramas corresponden a cada una de las áreas operativas que componen a su vez a cada una de las Jefaturas de Departamento.

#### **5.1.1.2 Supervisar la ejecución de Programas, Subprogramas y Planes Anuales de Trabajo.**

Las áreas operativas como son los Centros Gerontológicos y las Casas Hogar, cuentan con personal de ramas técnicas y administrativas organizadas (cuando el caso lo amerite) en: auxiliares, profesionales generales, especialistas y supervisores, quienes a su vez son coordinados por la Jefatura de Departamento correspondiente.

La **supervisión** de las actividades en los Centros de Asistencia Social se realiza de manera **programada** dos veces por año, evaluándose en ésta los procesos operativos y su debido registro documental.

Las supervisiones se encuentran a cargo de profesionales especialistas o supervisores, quienes emiten un reporte por cada proceso de supervisión y dan seguimiento a las observaciones y recomendaciones a través de las Jefaturas de Departamento y las Subdirecciones de Área para, finalmente documentar ante la Dirección de Centros Gerontológicos, el progreso de la ejecución de los **Programas, Subprogramas y Planes Anuales de Trabajo** en los Centros y Casas Hogar.

#### **5.1.1.3 Implementar Planes de Acción Preventivos y Correctivos derivados de la Supervisión**

Una vez realizadas las supervisiones, la Dirección de Centros Gerontológicos emite cada 6 meses un **reporte de la supervisión** a la Subdirección de cada Centro o Casa.

En el reporte de la supervisión deben destacarse entre otros elementos, medidas para prevenir imprevistos en la intervención y, en su caso, medidas para corregir fallas detectadas.



En los Centros Gerontológicos y Casas Hogar por su parte, una vez recibido el reporte de supervisión, además de llevar a cabo las acciones conducentes para solventar recomendaciones resultado de la supervisión semestral, se identifican elementos a tomarse en cuenta para la estructura del próximo **Plan**.

La implementación del Plan inicia una vez que, las Jefaturas de Departamento establecen el **calendario** en el que se identifican las **soluciones y las personas responsables** de éstas, de acuerdo con las prioridades y los recursos con los que se cuenta en cada Centro de Asistencia Social; información que se hace del conocimiento a la Subdirección, quien coordinará y apoyará para facilitar las medidas de solución.

#### **5.1.1.4 Establecer vinculación intra e interinstitucional**

Comprender esta Línea de Acción, es aceptar que los esfuerzos institucionales forman parte de una labor que va más allá de la operación en cada uno de los Centros de Asistencia Social, es comprender que el resultado esperado en la Población Motivo de Intervención, requiere de la colaboración de las y los profesionistas al interior de los Centros y Casas Hogar y, a su vez, de la colaboración decidida de actores tales como, instancias gubernamentales, no gubernamentales, de la sociedad civil y de instancias académicas entre otras.

Es a través de las diversas vinculaciones establecidas de manera interna y externa, que se logra el otorgamiento de servicios a la Población Motivo de Intervención.

Advertir la relevancia de la vinculación, implica reconocer que para la implementación de una Intervención Interdisciplinaria que se ajuste a los requerimientos de la población adulta mayor, resulta indispensable alinear y sumar esfuerzos de otros actores afines y complementarios a la propia labor institucional.

En el marco anterior, las descripciones de cada una de las Acciones Sustantivas puede darnos una idea más clara de posibles instancias con las cuales establecer vinculaciones para poder llevar a cabo o fortalecer la intervención, como por ejemplo para: la prestación de servicios de salud especializados; la participación en eventos socioculturales; la gestión de documentos oficiales y la formación y capacitación de las personas colaboradoras, entre otras acciones.

En la cotidianidad de los Centros Gerontológicos y Casas Hogar es frecuente, por ejemplo, el acercamiento por parte de instituciones formativas que a través del establecimiento de **convenios de colaboración** se suman a la labor mediante

rotación de pasantes de servicio social, práctica clínica de estudiantes de medicina, voluntariado, donaciones, participación en estudios de investigación, invitaciones a eventos culturales, sociales o académicos entre otros.

Cabe señalar que toda vinculación establecida mediante convenio, son canalizadas por la Subdirección del Centro o Casa Hogar a la DCGCR para su visto bueno y, en su caso, la firma del convenio o autorización correspondiente.

De igual forma, la DCGCR establece vínculos con otras áreas del SNDIF y dependencias externas que puedan beneficiar o mejorar las actividades de los Centros y Casas Hogar.

Finalmente, cabe hacer mención que todas las vinculaciones son registradas en los **Informes Mensuales** e incorporadas a los **Programas Anuales de Trabajo por cada Subdirección de Área**.

## SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL MODELO

Como se ha referido con anterioridad, toda acción en torno a los Centros Gerontológicos y Casas Hogar tiene como finalidad el promover entre las Personas mayores, en cualquiera de las modalidades de atención (albergue o día), su integración al bienestar y la mejora en la calidad de vida, labor que más allá del trabajo directo con dicho sector poblacional, implica también, contribuir en la promoción de su participación en la sociedad.

Con base en lo anterior, una parte fundamental del Modelo es el conocer la medida en que las Acciones Sustantivas planteadas como quehaceres institucionales esenciales, están logrando los fines planteados en el corto plazo (Objetivos Específicos), escenario en el que cabe destacar dichos fines involucran tanto la incidencia en la población adulta mayor como, entre el personal y en la operación de los propios Centros de Asistencia Social.

En el presente apartado se establecen así, cuatro puntos clave a partir de los cuales llevar a cabo el seguimiento de la operación y del cumplimiento de los Objetivos Específico; correspondiendo dichos puntos a los siguientes:

- **Destinatarios y responsables del proceso de seguimiento y evaluación**, es decir: ¿Quiénes serán las personas a cargo de recopilar los resultados de la intervención institucional? y ¿A quién o quiénes se deberán reportar los mismos?
- **Propósito y objeto de la evaluación**; ¿Qué es lo que se va a evaluar? y ¿Para qué?, es decir ¿Qué es lo que se debe demostrar?
- **Indicadores para la verificación de los resultados**; especificándose en este punto, las fuentes a partir de las cuales se recaba la información sobre la intervención y los logros de la misma. Así como la forma en que deberá correlacionarse la información recabada, para mostrar un dato específico que facilite la comprensión sobre la medida en que se han logrado las distintas situaciones esperadas y derivadas de la intervención institucional.
- **Uso de la evaluación**; una vez implementados los mecanismos para asignar un juicio de valor a los logros esperados (Objetivos Específicos), será imprescindible definir ¿Qué se hará con los resultados recopilados?, ¿Para qué servirán?

La información derivada de los cuatro puntos previamente expuestos proporcionará a los operadores del Modelo, transparencia sobre los procesos y elemento a partir de los cuales sostener la calidad de los servicios o en su caso, mejorar los mismos.

En los siguientes apartados, se aborda con mayor detalle, algunos aspectos a considerar sobre cada uno de los elementos del proceso de seguimiento y evaluación.

### Destinatarios y responsables de la evaluación

Las labores que se realizan en los Cuatro centros de Asistencia Social son responsabilidad de la totalidad del personal que colabora en éstos; ya sea: *a)* en la atención directa a la población vulnerable; *b)* en el contacto con instancias externas para el otorgamiento de servicios a las Personas mayores, a sus familias, a sus redes de apoyo, a la comunidad abierta e incluso al propio personal; así como, *c)* de quienes hacen posible el funcionamiento del propio inmueble en que opera el servicio y de los bienes en éste.

Toda persona trabajadora que forma parte de los Centros Gerontológicos o Casas Hogar lleva un control de sus actividades y de los efectos de las mismas; contexto en el que cabe señalar toda actividad se encuentra plasmada o deriva del Plan Anual de Trabajo, del Programa Anual del Trabajo del Centro o de los Subprogramas Anuales de Trabajo por Departamento; lógica desde la cual la persona al frente de cada una de las áreas de atención directa, es la responsable de conjuntar la información sobre los resultados de las actividades realizadas de manera periódica en el área y de su socialización en la Subdirección del Centro de Asistencia Social para que ésta a su vez, conjunte la información emitida por todas las áreas de atención y comparta los informes pertinentes con la Dirección de Centros Gerontológicos y Campamentos Recreativos, área que tiene la labor de integrar el Informe Final del Plan Anual de Trabajo y de elaborar en consecuencia el próximo Plan Anual de Trabajo en el que se integren las acciones pertinentes destinadas a la población adulta mayor. La Dirección en comento, cabe destacar forma parte de la Dirección General de Integración Social.

Es preciso señalar también que, es con base en la naturaleza de los Objetivos Específicos (logros esperados a evaluar), que se encuentran variaciones entre las personas responsables del seguimiento y la evaluación de éstos. Presentándose a continuación las áreas de trabajo alineadas a cada una de las Acciones Sustantivas y, por tanto, responsables de recopilar toda información relativa a éstas.

| <b>Acción Sustantiva</b>  | <p style="text-align: center;"><b>* Logro esperado</b><br/> <b>Área o personal responsable del seguimiento y evaluación</b></p>  |
|---|--|
| <p><b>Intervención interdisciplinaria</b></p>                     | <p><b>* Personas mayores con capacidad funcional optimizada de acuerdo con su proceso de envejecimiento.</b></p> <p>Responsables del seguimiento y evaluación del logro esperado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jefatura de Departamento de Trabajo Social recibe la solicitud de valoración, convoca y dirige la Junta interdisciplinaria y da seguimiento al caso.</li> <li>• Subdirección de Área: evalúa los logros obtenidos sobre los esperados.</li> </ul>   |
| <p><b>Promoción de la gerontagogía y la gerontoprofilaxis</b></p> | <p><b>* Personas mayores informadas sobre la vejez y el proceso de envejecimiento, con prácticas de prevención y autocuidado.</b></p> <p>Responsables del seguimiento y evaluación del logro esperado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Departamento de Trabajo Social a través de los supervisores, compila la necesidad de información, establece el Plan de Educación para el Bienestar.</li> <li>• Jefatura de Departamento de Trabajo Social lo hace de conocimiento a los demás departamentos, da seguimiento al caso, y evalúa los logros obtenidos sobre los esperados.</li> </ul> |
| <p><b>Generación y fortalecimiento de vínculos afectivos</b></p>  | <p><b>* Personas mayores con vínculos familiares o sociales funcionales.</b></p> <p>Responsables del seguimiento y evaluación del logro esperado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Supervisores del Departamento de Trabajo Social realizan el seguimiento al caso.</li> <li>• Jefatura de Departamento de Trabajo Social evalúa los logros obtenidos sobre los esperados.</li> </ul>  |
| <p><b>Gestión del conocimiento</b></p>                            | <p><b>* Personas colaboradoras con habilidades en atención gerontológica.</b></p>  |

| <b>Acción Sustantiva</b>     | <b>* Logro esperado</b><br><b>Área o personal responsable del seguimiento y evaluación</b>  |
|------------------------------|---|
|                              | Responsables del seguimiento y evaluación del logro del Objetivo Específico. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jefatura de Departamento Administrativo da seguimiento y evalúa los logros obtenidos sobre los esperados.</li> </ul> <hr/> <b>Investigaciones con enfoque gerontológico.</b><br>Responsables del seguimiento y evaluación del logro del Objetivo Específico. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Subdirección de Área coordinará, dará seguimiento y evaluará los resultados obtenidos sobre los esperados.</li> </ul> |
| <b>Gestión institucional</b> | <b>* Centros gerontológicos y Casas Hogar para Personas mayores, con mecanismos de operación integral.</b><br>Responsables del seguimiento y evaluación del logro del Objetivo Específico. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Subdirección de Área dará seguimiento y evaluará los resultados obtenidos sobre los esperados.</li> <li>• Dirección de Centros Gerontológicos y Campamentos Recreativos dará seguimiento y evaluará los resultados obtenidos de los Centros Gerontológicos y Casas Hogar en su conjunto.</li> </ul>           |

La información derivada del seguimiento y evaluación de los resultados de las actividades, además de ser un mecanismo para la toma de decisiones, así como para el control y para la mejora al interior de las áreas; se convierte también en un mecanismo que permite la continuidad de la operación de los Centros Gerontológicos y Casas Hogar. En tal sentido, entre los destinatarios de la evaluación, deberá considerarse desde la propia población atendida y su entorno inmediato (Personas mayores, su familia, sus redes de apoyo y la comunidad en la que se encuentran inmersos); hasta el personal estratégico encargado de la administración de los Centros de Asistencia Social y de toda decisión sobre ésta.

## Propósito y objeto de la evaluación

Previamente se ha expuesto la relevancia de identificar, ¿quiénes serán las áreas responsables de recopilar la información en torno a la operación de cada una de las Acciones Sustantivas?, así como, ¿en qué medida se están logrando los Objetivos Específicos que persiguen cada una de las Acciones referidas?, escenario al que debe sumarse el evidenciar la finalidad y la relevancia de dicha información, esto es, su utilidad, ¿para qué sirve o servirá la información recabada a partir de la evaluación?

Un aspecto importante que deberá tenerse en cuenta a lo largo de todo el proceso de recopilación de evidencias y documentación de las mismas, es el contar con mecanismos e instrumentos homologados en la intervención; los cuales deberán especificarse y representarse alineados a cada uno de los Objetivos Específicos en el siguiente apartado de la evaluación, esto es en la Matriz Síntesis de Evaluación.

### Matriz Síntesis de Evaluación: indicadores para la verificación de resultados

A continuación, el desglose de los resultados a demostrar derivados de la intervención (Objetivos Específicos *-Indicadores-*); los mecanismos e instrumentos a partir de los cuales se documentan éstos (*Fuentes de Información*) y el estimado de resultados esperados en un periodo determinado (*Meta*).

## MATRIZ SÍNTESIS DE EVALUACIÓN

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| <b>1. ACCIÓN SUSTANTIVA</b>     | Intervención interdisciplinaria  |
| <b>1.1. Objetivo específico</b> | Personas mayores con capacidad funcional optimizada de acuerdo con su proceso de envejecimiento. |
| <b>1.1.1 ESTRATEGIA</b>         | Atención gerontológica integral  |

| Indicador   | ¿Cómo se mide? / Fórmula  | Meta | Fuentes de información / instrumentos  | Periodicidad / Criterios y Limitaciones  |
|---|---|------|--|--|
| Porcentaje de personas mayores con capacidad funcional optimizada de acuerdo con su proceso de envejecimiento | <p><b>¿Cómo se mide?:</b></p> <p>1. Se establece la línea base del Centro o la Casa Hogar, de acuerdo a su población residente y el noventa por ciento definido en la meta, esto es:</p> <p>a) El Número de Personas Residentes (NPR), representa el 100% de la población</p> <p>b) Deberá determinarse cuántas personas representan el 90%</p> <p>c) Se multiplica el NPR por 90 y se divide entre 100</p> | 90%  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración de ingreso por las diferentes áreas y aplicación de escalas de evaluación.</li> <li>• Minuta de Junta Interdisciplinaria.</li> <li>• Canalizaciones, en caso de ser necesario, a los diferentes servicios.</li> <li>• Notas de seguimiento en el expediente clínico.</li> <li>• Informes de visitas</li> </ul> | <p><b>Periodicidad:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguimiento anual.</li> <li>• Revaloración por la Junta Interdisciplinaria semestral.</li> </ul> <p><b>Criterios:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cumplir en un 90% con los seguimientos de plan de atención individualizado.</li> <li>• Contar con residencia mínima de un año en el Centro.</li> <li>• Formato de Consentimiento Informado.</li> </ul> |



| Indicador                          | ¿Cómo se mide? /<br>Fórmula  | Meta | Fuentes de<br>información /<br>instrumentos   | Periodicidad /<br>Criterios y Limitaciones   |
|------------------------------------|--|------|---|--|
|                                    | <p>d) El resultado representará el número de personas mayores establecidas en la meta.</p> <p><b>Fórmula:</b><br/>           Número de personas mayores con seguimiento = <b>NPAMS</b><br/>           Número total de personas mayores con capacidad funcional optimizada = <b>NPAMCFO</b></p> <p>Número de personas mayores con seguimiento / Número total de personas mayores (90%) con capacidad funcional optimizada.</p> $\frac{\text{NPAMS}}{\text{NPAMCFO}} \times 100$ |      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluaciones semestrales</li> <li>• Evaluaciones extemporáneas</li> <li>• Listas de asistencia de Programa de día de trámites hospitalarios</li> </ul> | <p><b>Limitaciones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de personal especializado.</li> <li>• Falta de capacitación para el personal adscrito enfocado a la geriatría/gerontología.</li> <li>• Señales de Síndrome de cuidador primario en el personal adscrito (edad y años de servicio)</li> <li>• Resistencia del adulto mayor para el uso adecuado de los servicios brindados.</li> <li>• Recurso humano limitado.</li> <li>• Recursos materiales limitados.</li> <li>• Jornada laboral del personal asignado.</li> </ul> |
| <p><b>2. ACCIÓN SUSTANTIVA</b></p> | <p>Promoción de la gerontagogía y la gerontoprofilaxis</p>   |      |   |  |

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| <b>2.1. Objetivo específico</b> | Personas mayores informadas sobre la vejez y el proceso de envejecimiento, con prácticas de prevención y autocuidado |
| <b>2.1.1 ESTRATEGIA</b>         | Educación para el bienestar  |

| <b>Indicador</b>  | <b>¿Cómo se mide? / Fórmula</b>  | <b>Meta</b> | <b>Fuentes de información / instrumentos</b>  | <b>Periodicidad / Criterios y Limitaciones</b>  |
|---|--|-------------|---|---|
| Porcentaje de población Adulta Mayor informada y con prácticas de prevención y autocuidado. | <p><b>¿Cómo se mide?:</b></p> <p>1. Se establece la línea base del Centro o la Casa Hogar, de acuerdo a su población residente y el ochenta por ciento definido en la meta, esto es:</p> <p>a) El Número de Personas Residentes (NPR), representa el 100% de la población</p> <p>b) Deberá determinarse cuántas personas representan el 80%</p> <p>c) Se multiplica el NPR por 80 y se divide entre 100</p> <p>d) El resultado representará el NPR que deberán contar con información y prácticas de prevención y autocuidado.</p> <p>2. Por otro lado, se determina el porcentaje de Población Residente informada y con prácticas de</p> | 80%         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan de Atención Individualizado</li> <li>• Minutas de sesiones interdisciplinarias</li> <li>• Evaluaciones semestrales</li> <li>• Listas de asistencia a sesiones, pláticas y talleres</li> </ul> | <p><b>Periodicidad:</b> Semestral</p> <p><b>Criterios:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se considerará a las Personas mayores que residan y cuenten con al menos seis meses de permanencia en el Centro Gerontológico o Casa Hogar.</li> </ul> <p><b>Limitaciones:</b></p> <p>Situaciones contextuales de la población residente, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desinterés de la Persona mayor.</li> <li>• Estilos de vida poco saludables la mayor parte de su vida.</li> </ul> |

| Indicador | ¿Cómo se mide? /<br>Fórmula  | Meta | Fuentes de información / instrumentos | Periodicidad /<br>Criterios y Limitaciones   |
|-----------|--|------|---------------------------------------|--|
|           | <p>prevención y autocuidado en el Semestre (PRIPPAS), esto es:</p> <p>a) Se define el Total de Población Residente informadas y con prácticas de prevención y autocuidado en el Semestre (TPRIPPAS)</p> <p>b) Dicho número, se divide entre el Total de Población Residente en el Semestre (TPRS)</p> <p>c) El resultado se multiplica por 100.</p> <p><b>Fórmula:</b></p> $\frac{\text{Total de Población Residente informadas y con prácticas de prevención y autocuidado en el Semestre}}{\text{Total de Población Residente en el Semestre}} \times 100$ <p>TPRIPPAS = Total de Población Residente Informadas y con Prácticas de Prevención y Autocuidado al Semestre</p> |      |                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Resistencia al cambio.</li> <li>• Deterioro cognitivo o padecimientos psiquiátricos que no permitan la interacción o dificulten el cambio.</li> </ul> |

| Indicador | ¿Cómo se mide? /<br>Fórmula   | Meta | Fuentes de información / instrumentos | Periodicidad / Criterios y Limitaciones |
|-----------|---|------|---------------------------------------|---|
|           | <p>TPRS = Total de Población residente al Semestre</p> $\frac{\text{TPRIPPAS}}{\text{TPRS}} \times 100$ <p>3. Para valorar el cumplimiento de la meta:</p> <p>El resultado obtenido representará el porcentaje de Personas mayores Informadas</p> |      |                                       |   |

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| <b>3. ACCIÓN SUSTANTIVA</b>     | Generación y fortalecimiento de vínculos afectivos              |
| <b>3.1. Objetivo específico</b> | Personas mayores con vínculos familiares o sociales funcionales |
| <b>3.1.1 ESTRATEGIA</b>         | Fomento de redes de apoyo                                       |

| Indicador   | ¿Cómo se mide? / Fórmula   | Meta | Fuentes de información / instrumentos   | Periodicidad / Criterios y Limitaciones  |
|---|--|------|---|--|
| Porcentaje de población residente que cuenta con vínculos familiares o sociales funcionales | <p><b>¿Cómo se mide?:</b></p> <p>1. Se establece la línea base del Centro o la Casa Hogar, de acuerdo a su población residente y el ochenta por ciento definido en la meta, esto es:</p> <p>a) El Número de Personas Residentes (NPR), representa el 100% de la población</p> <p>b) Deberá determinarse cuántas Personas Residentes (PR) representan el 80%</p> <p>c) Se multiplica el NPR por 80 y se divide entre 100</p> <p>d) El resultado representará el Número mínimo de Personas Residentes que deberán contar con Vínculos Familiares</p> | 80%  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan de Atención Individualizado</li> <li>• Minutas de sesiones interdisciplinarias</li> <li>• Evaluaciones semestrales</li> <li>• Control de visitas</li> <li>• Control diario de salidas de beneficiarios</li> </ul> | <p><b>Periodicidad:</b> Semestral</p> <p><b>Criterios:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se considerará a las Personas mayores que cuenten con al menos seis meses de permanencia en el Centro Gerontológico o Casa Hogar.</li> </ul> <p><b>Limitaciones:</b></p> <p>Situaciones contextuales en la red de apoyo, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fallecimiento de la persona con la que se tenía el vínculo.</li> <li>• Relaciones interpersonales en conflicto.</li> </ul> |

| Indicador | ¿Cómo se mide? / Fórmula   | Meta | Fuentes de información / instrumentos | Periodicidad / Criterios y Limitaciones  |
|-----------|--|------|---------------------------------------|--|
|           | <p>o Sociales en el Semestre (PRVFSFS), para cubrir la meta definida.</p> <p>Con base en el resultado de los incisos previamente descritos, sabremos de inicio que, en la medida en que el Número de Personas Residentes identificados con Vínculos Familiares o Sociales Funcionales, en la intervención, sea igual o mayor a dicho resultado, se habrá cubierto la meta, pero <i>¿en qué porcentaje se habrá cubierto o no la meta?</i></p> <p>2. Para determinar el porcentaje de Población Residente con Vínculos Familiares o Sociales Funcionales en el Semestre (PRVFSFS), se deberá:</p> <p>d) Definir el Total de Población Residente con Vínculos Familiares y Sociales Funcionales en el Semestre (TPRVFSFS)</p> <p>e) Dividir dicho número entre el Total de Población Residente en el Semestre (TPRS)</p> |      |                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reasignación de roles familiares por algún cambio drástico en la dinámica familiar (fallecimiento, migración, situación de salud, etcétera)</li> <li>• Desistimiento o desinterés tanto de la Persona mayor como de la red.</li> <li>• Ubicación geográfica de la red distante del Centro o Casa Hogar.</li> <li>• Recursos económicos insuficientes para llevar a cabo la visita al Centro o Casa.</li> <li>• Resistencia de las Personas mayores para establecer relaciones interpersonales.</li> </ul> |

| Indicador | ¿Cómo se mide? /<br>Fórmula  | Meta | Fuentes de<br>información /<br>instrumentos | Periodicidad /<br>Criterios y Limitaciones |
|-----------|--|------|---|--|
|           | <p>f) Multiplicar el resultado de la división por 100.<br/>g) El resultado representará el Porcentaje de Población Residente que cuenta con Vínculos Familiares o Sociales Funcionales en el Semestre (PPRVFSFS)</p> <p><b>Fórmula:</b></p> $\frac{\text{Total de Población Residente con Vínculos Familiares o Sociales Funcionales en el Semestre}}{\text{Total de Población Residente en el Semestre}} \times 100$ <p>TPRVFSFS = Total de Población Residente con Vínculos Familiares o Sociales Funcionales al Semestre<br/>TPRS = Total de Población Residente al Semestre</p> $\frac{\text{TPRVFSFS}}{\text{TPRS}} \times 100$ |      |   |  |

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| <b>4. ACCIÓN SUSTANTIVA</b>     | Gestión del conocimiento                                |
| <b>4.1. Objetivo específico</b> | Colaboradores con habilidades en atención gerontológica |
| <b>4.1.1 ESTRATEGIA</b>         | Promoción de acciones de formación y capacitación       |

| Indicador   | ¿Cómo se mide? / Fórmula  | Meta | Fuentes de información / instrumentos  | Periodicidad / Criterios y Limitaciones   |
|---|---|------|--|---|
| Porcentaje de personas colaboradoras que cuentan con habilidades gerontológicas | <p><b>¿Cómo se mide?:</b></p> <p>1. Se establece la línea base de acuerdo a las personas colaboradoras en el Centro o la Casa Hogar y el noventa por ciento definido en la meta, esto es:</p> <p>a) El Número de Personas Colaboradoras que Laboran durante el año en los Centros Gerontológicos y Casas Hogar (NPCLA) representa el 100% de Personas Colaboradoras.</p> <p>b) Deberá determinarse cuántas personas representan el 90%</p> <p>c) Se multiplica el NPCLA por 90 y se divide entre 100</p> <p>d) El resultado representará el Número mínimo de Personas Colaboradoras que deberán estar</p> | 90%  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Plantilla de personal en los Centros Gerontológicos o Casas Hogar</li> <li>Registro de personas colaboradoras no contabilizadas en plantilla de personal: servicio social, prácticas profesionales y voluntariado, entre otras)</li> <li>Diagnóstico de necesidades de capacitación</li> <li>Plan Anual de Trabajo</li> </ul> | <p><b>Periodicidad:</b> Anual</p> <p><b>Criterios:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se contempla el 90% en relación a el diagnóstico de necesidades de capacitación, el perfil profesional y la motivación del capital humano.</li> <li>Se considera únicamente a las personas colaboradoras con más de seis meses de permanencia en el Centro o Casa Hogar.</li> </ul> <p><b>Limitaciones:</b></p> |



| Indicador | ¿Cómo se mide? / Fórmula  | Meta | Fuentes de información / instrumentos   | Periodicidad / Criterios y Limitaciones   |
|-----------|---|------|---|---|
|           | <p>Formadas o Capacitadas, durante el año, en habilidades gerontológicas para su función (PCFCA)</p> <p>Con base en el resultado de los incisos previamente descritos, sabremos de inicio que, en la medida en que el Número de Personas Colaboradoras identificadas como Formadas o Capacitadas en habilidades gerontológicas, sea igual o mayor a dicho resultado, se habrá cubierto la meta, pero <i>¿en qué porcentaje se habrá cubierto o no la meta?</i></p> <p>2. Para determinar el porcentaje de Personas Colaboradoras Formadas o Capacitadas, durante el año, en habilidades gerontológicas para su función (PCFCA), se deberá:</p> <p>a) Establecer el Total de Personas Colaboradoras Formadas o</p> |      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan Anual de Capacitación</li> <li>• Formato de inscripción para la capacitación del personal del DIF</li> <li>• Listas de asistencia de las acciones de formación y capacitación</li> <li>• Constancias de actualización</li> <li>• Reporte mensual de educación continua.</li> <li>• Formato de educación continúa</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de profesionalización gerencial<sup>19</sup>.</li> <li>• Complejidad organizacional</li> <li>• Ausencia de evaluaciones pre y post capacitación</li> <li>• Expedición de constancias con valor curricular no para todas las acciones de formación y capacitación</li> <li>• Acceso limitado a ponentes con el perfil profesional requerido.</li> </ul> |

<sup>19</sup> Parte teórica y parte práctica o empírica -que se gana a través de experiencia- La parte teórica como la más importante porque estandariza los procesos y principios; pero de igual manera, es muy común que el conocimiento teórico sea irrelevante ante los años de experiencia o práctica (Raza Mejía, 2019)

| Indicador | ¿Cómo se mide? /<br>Fórmula  | Meta | Fuentes de<br>información /<br>instrumentos | Periodicidad /<br>Criterios y Limitaciones |
|-----------|--|------|---|--|
|           | <p>Capacitadas durante el Año en habilidades gerontológicas para su función (TPCFCA)</p> <p>b) Dividir el número previamente establecido entre el Total de Personas Colaboradoras que Laboran durante el Año en los Centros Gerontológicos y Casas Hogar (TPCLA)</p> <p>c) Multiplicar el resultado de la división por cien.</p> <p>d) El resultado representará el Porcentaje de Personas Colaboradoras Formadas o Capacitadas, durante el Año, en habilidades gerontológicas para su función (PPCFCA)</p> <p><b>Fórmula:</b></p> $\frac{\text{Total de Personas Colaboradoras Formadas o Capacitadas, durante el Año, en habilidades gerontológicas para su función}}{\text{Total de Personas Colaboradoras que Laboran durante el Año en los Centros Gerontológicos y Casas Hogar}} \times 100$ |      |   |  |

| Indicador | ¿Cómo se mide? /<br>Fórmula   | Meta | Fuentes de<br>información /<br>instrumentos | Periodicidad /<br>Criterios y Limitaciones |
|-----------|---|------|---|--|
|           | <p>TPCFCA = Total de Personas Colaboradoras Formadas o Capacitados, durante el Año, en habilidades gerontológicas para su función</p> <p>TPCLA = Total de Personas Colaboradoras que Laboran durante el Año en los Centros Gerontológicos y Casas Hogar</p> $\frac{\text{TPCFCA}}{\text{TPCLA}} \times 100$ |      |   |  |

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| <b>4. ACCIÓN SUSTANTIVA</b>     | Gestión del conocimiento                  |
| <b>4.2. Objetivo específico</b> | Investigaciones con enfoque gerontológico |
| <b>4.2.1 ESTRATEGIA</b>         | Generación de conocimiento especializado  |

| Indicador  | ¿Cómo se mide? / Fórmula   | Meta | Fuentes de información / instrumentos   | Periodicidad / Criterios y Limitaciones  |
|--|--|------|---|--|
| Porcentaje de investigaciones realizadas con enfoque gerontológico | <p><b>¿Cómo se mide?:</b></p> <p>1. Se establece la línea base de acuerdo al número de investigaciones realizadas en el año en el Centro o Casa Hogar (NIRA) y el noventa por ciento definido en la meta, esto es:</p> <p>a) El Número de Investigaciones realizadas en el año en el Centro o Casa Hogar (NIRA) representa el 100% de las investigaciones.</p> <p>b) Deberá determinarse cuántas investigaciones representan el 90%</p> <p>c) Se multiplica el NIRA por 90 y se divide entre 100</p> <p>d) El resultado representará el Número mínimo de Investigaciones</p> | 90%  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficio de presentación</li> <li>• Elementos del protocolo de investigación</li> <li>• Control de avances de la investigación</li> <li>• Informe final</li> </ul> | <p><b>Periodicidad:</b> Anual</p> <p><b>Criterios:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se establece el 90% en relación a la recepción de protocolos que cumplan con el rigor metodológico, recursos económicos propios de la persona investigadora, cumplimiento de criterios bioéticos con enfoque gerontológico.</li> </ul> <p><b>Limitaciones:</b></p> |

| Indicador | ¿Cómo se mide? /<br>Fórmula   | Meta | Fuentes de<br>información /<br>instrumentos | Periodicidad /<br>Criterios y<br>Limitaciones  |
|-----------|---|------|---|--|
|           | <p>con Enfoque Gerontológico que deberán llevarse a cabo en el año.</p> <p>Con base en el resultado de los incisos previamente descritos, sabremos de inicio que, en la medida en que el Número de Investigaciones Realizadas con Enfoque Gerontológico en el año (NIREGA), sea igual o mayor a dicho resultado, se habrá cubierto la meta, pero <i>¿en qué porcentaje se habrá cubierto o no la meta?</i></p> <p>2. Para determinar el porcentaje de Investigaciones Realizadas con Enfoque Gerontológico en el año, se deberá:</p> <p>a) Definir el Total de Investigaciones Realizadas con Enfoque Gerontológico en el Año (TIREGA)</p> <p>b) Dividir el número previamente definido entre el Total de Investigaciones Realizadas en el Año (TIRA)</p> <p>c) Multiplica el resultado de la división entre 100.</p> |      |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de comités de investigación a nivel central o local.</li> <li>• Necesidad de asignación de asesores por áreas.</li> <li>• Falta de coordinación de investigación.</li> <li>• Procedimiento para la realización de investigación en los Centros de Asistencia Social, desactualizado.</li> </ul> |

| Indicador | ¿Cómo se mide? /<br>Fórmula  | Meta | Fuentes de información /<br>instrumentos | Periodicidad /<br>Criterios y Limitaciones |
|-----------|--|------|--|--|
|           | <p>e) El resultado representará el Porcentaje de Investigaciones Realizadas con Enfoque Gerontológico en el Año (PIREFA)</p> <p><b>Fórmula:</b></p> $\frac{\text{Total de Investigaciones Realizadas con Enfoque Gerontológico en el Año}}{\text{Total de Investigaciones Realizadas en el Año}} \times 100$ <p>TIREGA = Total de Investigaciones Realizadas con Enfoque Gerontológico en el Año.</p> <p>TIRA = Total de Investigaciones Realizadas en el Año</p> $\frac{\text{TIREGA}}{\text{TIRA}} \times 100$ |      |  |  |

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| <b>5. ACCIÓN SUSTANTIVA</b>     | Gestión institucional   |
| <b>5.1. Objetivo específico</b> | Centros gerontológicos y Casas Hogar para Personas mayores, con mecanismos de operación integral. |
| <b>5.1.1 ESTRATEGIA</b>         | Coordinación intra e interinstitucional   |

| <b>Indicador</b>   | <b>¿Cómo se mide? / Fórmula</b>  | <b>Meta</b> | <b>Fuentes de información / instrumentos</b>  | <b>Periodicidad / Criterios y Limitaciones</b>  |
|--|--|-------------|---|---|
| Porcentaje de mecanismos de operación integral implementados | <p><b>¿Cómo se mide?:</b></p> <p>1. Se establece la línea base de acuerdo al número de mecanismos de operación integral programados anualmente y el noventa por ciento definido en la meta, esto es:</p> <p>a) El Número de Mecanismos de Operación Integral Programados en el Año (NMOIPA) representa el 100%.</p> <p>b) Deberá determinarse cuántos Mecanismos de Operación Integral representan el 90%</p> <p>c) Se multiplica el NMOIPA por 90 y se divide entre 100</p> <p>d) El resultado representará el Número mínimo de Mecanismos de Operación</p> | 90%         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan Anual de Trabajo</li> <li>• Programa Anual de Trabajo del Centro</li> <li>• Subprogramas anuales de trabajo por departamento</li> <li>• Planes de trabajo</li> <li>• Manuales de procedimientos</li> <li>• Informe mensual de actividades</li> <li>• Cédulas de supervisión a Centros Gerontológicos y Casas Hogar</li> </ul> | <p><b>Periodicidad</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anual. Con base en la planeación y reporte mensual de acciones programadas versus acciones realizadas.</li> </ul> <p><b>Criterios</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se establece el 90 % en función de factores tales como: población adulta mayor atendida, disponibilidad de recursos económicos, materiales y humanos, así como infraestructura y oferta de servicios en los Centros</li> </ul> |

| Indicador | ¿Cómo se mide? /<br>Fórmula   | Meta | Fuentes de<br>información /<br>instrumentos  | Periodicidad /<br>Criterios y Limitaciones  |
|-----------|---|------|--|---|
|           | <p>Integral que deberán Realizarse en el año (NMOIRA)</p> <p>Con base en el resultado de los incisos previamente descritos, sabremos de inicio que, en la medida en que el Número de Mecanismos de Operación Integral Realizados en el año (NMOIRA), sea igual o mayor a dicho resultado, se habrá cubierto la meta, pero <i>¿en qué porcentaje se habrá cubierto o no la meta?</i></p> <p>2. Para determinar el porcentaje de Mecanismos de Operación Integral Realizados en el año, se deberá:</p> <p>a) Definir el Total de Mecanismos de Operación Integral Realizados Anualmente (TMOIRA)</p> <p>b) Dividir el número previamente definido entre el Total de Mecanismos de Operación Integral Programados en el Año (TMOIPA)</p> <p>a) Multiplicar el resultado de la división por cien.</p> |      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguimiento a las observaciones</li> <li>• Informe Final del Plan Anual de Trabajo (PAT)</li> <li>• Vinculaciones intra e interinstitucionales (libretas de enlace, minutas de sesión interdisciplinaria, oficios o solicitudes de servicio al interior o al exterior del Centro, entre otros)</li> </ul> | <p>Gerontológicos y Casas Hogar.</p> <p><b>Limitaciones</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Factores contextuales tales como: la jurisdicción de ciertos servicios, localización geográfica de los Centros y Casas Hogar, situación socio sanitaria.</li> <li>• Inconsistencia en la planeación y operación de los Programas.</li> </ul> |



| Indicador | ¿Cómo se mide? /<br>Fórmula  | Meta | Fuentes de<br>información /<br>instrumentos | Periodicidad /<br>Criterios y Limitaciones |
|-----------|--|------|---|--|
|           | <p>b) El resultado representará el Porcentaje de Mecanismos de Operación Integral Realizados en el Año (PMOIRA)</p> <p><b>Fórmula:</b></p> $\frac{\text{Total de Mecanismos de Operación Integral Realizados Anualmente}}{\text{Total de Mecanismos de Operación Integral Programados Anualmente}} \times 100$ <p>TMOIRA = Total de Mecanismos de Operación Integral Realizados Anualmente</p> <p>TMOIPA = Total de Mecanismos de Operación Integral Programados Anualmente</p> $\frac{\text{TMOIRA}}{\text{TMOIPA}} \times 100$ |      |   |  |

## CONSIDERACIONES FINALES

El SNDIF orgulloso de su tradición humanista, acerca este modelo a la población con el objetivo de aportar al bienestar de las Personas mayores, principalmente en situación de alta vulnerabilidad, aquellos elementos de protección y atención para favorecer su calidad de vida.

El presente documento está disponible tanto para quienes deseen emprender un proyecto de cuidados para personas mayores, como para aquellas instituciones que requieren mejorar algún aspecto de su práctica asistencial cotidiana, pudiendo aplicarse de manera total o parcial según sean los requerimientos en cada caso.

Sin embargo, es de gran importancia considerar al menos tres aspectos para la puesta en marcha:

- 1) El mejor sistema, plan o modelo requerirá para un óptimo funcionamiento, que se establezcan y consoliden equipos de trabajo y estos a su vez, la identificación y presencia de líderes con alta capacidad de manejo de personal.
- 2) Definir el perfil de ingreso de la población motivo de intervención, a fin de que se logre la mayor efectividad posible; es decir, que las acciones lleguen a quienes realmente pueden beneficiarse de ellas y no se retrase la atención a quienes no pueden beneficiarse a través de este modelo, puesto que requieren otro tipo de servicios.
- 3) Asegurarse de completar y continuar el ciclo de mejora implícito en el esquema del modelo; esto es, que cada acción sustantiva tiene su base en otra acción y, a su vez, alimenta al sistema para obtener avances medibles.

Por lo anterior, resulta vital para el logro de resultados implicar el método científico y la investigación en todos los pasos del modelo, de forma que se obtengan datos factibles de ser analizados de inmediato, a fin de corregir posibles fallos.

Finalmente, el equipo de expertos encargado de la redacción del modelo agradece al lector el tiempo dedicado al análisis de esta propuesta y le extiende la más cordial invitación para continuar formándose en la atención de personas mayores a través de los cursos y talleres con que cuenta el SNDIF.

## FUENTES DE CONSULTA

- Álvarez Nebreda, L., Rada Martínez, S., & Marañón Fernández, E. (2007). Principios básicos de la rehabilitación geriátrica. En S. E. Gerontología (Ed.), *Tratado de geriatría para residentes* (págs. 107-114).  
Ann Intern Med 2007;147:156-164
- Cigolle CT, Langa KM, Kabeto MU, Tian Z, Blaum CS. Geriatric conditions and disability: the Health and Retirement Study. Ann Intern Med. 2007 Aug 7;147(3):156-64. doi: 10.7326/0003-4819-147-3-200708070-00004. PMID: 17679703.
- Anzola Pérez, E. (1993). *Enfermería gerontológica: conceptos para la práctica*. (O. P. Salud, Ed.) Washington.
- Barrantes-Monge M, García-Mayo EJ, Gutiérrez-Robledo LM, Miguel-Jaimes A. Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. Salud Publica Mex 2007;49 supl 4: S459-S466.
- Bruera et al. PALLIATIVE CARE IN THE DEVELOPING WORLD PRINCIPLES AND PRACTICE. International Association for hospice and palliative care. IAHPC Press, first edition
- Campos-Navarro, Roberto & Torrez, Diana & Arganis-Juárez, Elia. (2002). Las representaciones del padecer en ancianos con enfermedades crónicas. Un estudio en la Ciudad de México. Cadernos de Saúde Pública. 18. 10.1590/S0102-311X2002000500019.
- Carlsson,1998; Dervis,2004; Allen y McMillan, 2003; Boehm y Scannapieco, 2007; Felton, 2009. Mencionado en Gutiérrez RLM, Gutiérrez ÁH. Envejecimiento humano. Una visión transdisciplinaria. Med Int Mex. 2010;26(5):531.
- Córdova-Villalobos JA (2008), Barriguete-Meléndez JA, Lara-Esqueda A, Barquera S, Rosas-Peralta M, Hernández-Ávila M, De León-May ME, Aguilar-Salinas CA. Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. Salud Publica Mex 2008;50:419-427
- Fernández-López, J., Fernández-Fidalgo, M., & Cieza, A. (Marzo/Abril de 2010). Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). *Revista Española de Salud Pública*, 84(2). Recuperado el 27 de Abril de 2022, de <https://n9.cl/flxrag>
- Geriatría. Grandes síndromes geriátricos. Demencias. (2009). En U. d. León (Ed.). España: Fundación Iberoamericana.
- Glendening, F. (1985). Educational Gerontology: International perspectives. En T. & Editores (Ed.). New York.
- Gutiérrez RLM, Gutiérrez ÁH. Envejecimiento humano. Una visión transdisciplinaria. Med Int Mex. 2010;26(5):531.

- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA No 2006/08
- Instituto Nacional de Geriátría. (13 de Noviembre de 2017). *Envejecimiento*. Recuperado el 17 de Mayo de 2022, de Gobierno de la Ciudad de México: <https://cutt.ly/0HQnUif>
- Instituto Nacional de las Personas mayores. (27 de Agosto de 2021). *Calidad de vida para un envejecimiento saludable. Envejecimiento saludable y calidad de vida. La Asamblea General de las Naciones Unidas declaró el periodo de 2021 - 2030 como la Década del Envejecimiento Saludable*. Obtenido de Goberino de México: <https://cutt.ly/HGDNIZt>
- Inouye, S. K., Studenski, S., Tinetti, M. E., & Kuchel, G. A. (2007). *Geriatric syndromes: clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept. Journal of the American Geriatrics Society, 55(5), 780–791.* <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01156.x>
- Jiménez-Hernández, Y., Pintado-Machado, Y., Rodríguez-Márquez, A., Guzmán-Becerra, L., Guzmán-Becerra, L., & Calvijo-Llerena, M. (2010). Envejecimiento poblacional: tendencias actuales. *Psicogeriatría, 239-242*.
- Jimenez Hernández et al; Envejecimiento poblacional: tendencias actuales. Viguera Editores SL 2010. PSICOGERIATRÍA 2010; 2 (4): 239-242
- Mendoza-Núñez, V. M. (2011). Gerontología comunitaria. En R. M. Rodríguez-García, G. A. Lazcano-Botello, & S. d. INTERAMERICANA EDITORES (Ed.), *Práctica de la Geriátría* (págs. 496-503). McGraw-Hill Companies, Inc.
- Mendoza-Núñez, V. M. ([http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/06\\_env\\_act\\_mod ger.pdf](http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/06_env_act_mod ger.pdf)). Un desarrollo integral comunitario. Obtenido de <https://cutt.ly/8HQVlaj>
- Mogollón, E. (2012). Una perspectiva integral del adulto mayor en el contexto de la educación. *Revista Interamericana de Educación de Adultos, 34(1), 56-74*. Recuperado el 27 de Mayo de 2022, de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457545090005>
- Odontogeriatría. Programa Nacional de Atención al Envejecimiento; Guía de Consulta para el Médico y Odontólogo de Primer Nivel de Atención. Secretaría de Salud. (2010) Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades. Distrito Federal México.
- Petersen RC, Doody R, Kurz A, et al. Current Concepts in Mild Cognitive Impairment. *Arch Neurol.* 2001;58(12):1985–1992. doi:10.1001/archneur.58.12.1985
- Petersen RC. Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. *J Intern Med.* 2004 Sep;256(3):183-94. doi: 10.1111/j.1365-2796.2004.01388.x. PMID: 15324362.
- Power, M., Bullinger, M., Harper, A., & The World Health Organization Quality of Life Group. (1999). The World Health Organization WHOQOL-100: Tests of

- the universality of quality of life in 15 different cultural groups worldwide. *Health Psychology*, 18(5), 495–505. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.18.5.495>
- Programas de Intervención para Mayores, Ed. Fundación Iberoamericana. Universidad de León. España. 2009
- Raza Mejía, A. E. (2019). Incidencia de la profesionalización gerencial en el éxito de las empresas de Alimentos y Bebidas en el DMQ. (U. A. Bolívar, Ed.) Quito, Ecuador.
- Rodríguez García, R. *Práctica de la Geriatría*, Tercera Edición. Capítulo 85- Geroprofilaxis. McGraw Hill. 2011
- Secretaría de Salud. (2010). Cuidados paliativos en pacientes adultos. Guía de referencia rápida. Catálogo maestro de guía práctica clínica: IMSS-440-11. En I. M. Social (Ed.). México.
- Secretaría de Salud. (2012). *Guía de Práctica Clínica. Evaluación y manejo nutricional en el anciano hospitalizado*. México.
- Shamah Levi, T., & Evangelina, M. S. (2003). *Guía de Orientación Alimentaria. Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán"*. Talleres Gráficos de México.
- Salvarezza, L. (1998). *DE Vejez: Una Mirada Gerontológica Actual*. Buenos Aires Argentina: Paidós.
- Sánchez Gavito, A. *Manual de Prevención y Autocuidado de las Personas mayores, Dirección General de Equidad y Desarrollo Social, 2000*
- Sánchez Salgado Carmen Delia (2005), *Gerontología Social*, Editorial Espacio, Argentina.
- Sánchez-Sosa, J. & González-Celis, A. (2006). *Evaluación de la calidad de vida desde la perspectiva psicológica*. En V. E. Caballo (Director). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos*. Madrid: Pirámide. Pp. 473-492.
- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. (2010). *Modelo de Atención Integral del Programa de Estancias Infantiles*. Ciudad de México: SNDIF.
- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. (2018). *Modelo de Desarrollo Infantil. Un compromiso con la primera infancia*. Ciudad de México: Sistema Nacional DIF.
- Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. (2009). *Autogestión en la atención primaria española. Grupo de trabajo sobre autogestión en atención primaria*. . España.
- Tobón-Correa, O. (19 de Diciembre de 2003). El autocuidado una habilidad para vivir. *Hacia la promoción de la Salud*, 8, 38-50. Recuperado el 17 de Mayo de 2022, de <https://cutt.ly/YHWq7Fw>
- Vázquez Archilla, M. (2010). Psicogeriatría y atención primaria. (U. D. Rioja, Ed.) *Informaciones psiquiátricas*(200), 123-132.

Yuste-Rossell, N., Rubio-Herrera, R., & Aleixandre-Rico, M. (2004). *Introducción a la psicogerontología*. Madrid, España: Pirámide.

## GLOSARIO

| <b>Término</b>                        | <b>Conceptualización</b>  |
|---------------------------------------|---|
| Actividades Básicas de la Vida Diaria | Se refiere a las tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, la movilización y la continencia de esfínteres.<br>( <a href="http://www.repositoriodigital.ipn.mx/bitstream/handle/123456789/9031/tesis_25_enero5B15D.pdf?sequence=1">http://www.repositoriodigital.ipn.mx/bitstream/handle/123456789/9031/tesis_25_enero5B15D.pdf?sequence=1</a> , 2014)  |
| Aislamiento                           | Soledad experimentada por el individuo y percibida como negativa o amenazadora e impuesta por otros (North American Nursing Diagnosis Association, 2001)  |
| Autoaceptación                        | Actitud que tiene uno consigo mismo a la hora de aceptar sus defectos y virtudes de manera coherente, sin juicios, ni reproches. El objetivo de la autoaceptación es tomar consciencia de uno mismo de forma global y positiva.   |
| Autoconcepto                          | Opinión o la imagen que tiene un individuo sobre sí mismo. La interacción social, y la manera de relacionarse con el mundo en general, son aspectos muy influyentes en el desarrollo de este término.   |
| Autocontrol                           | Habilidad que permite regular las emociones, pensamientos, comportamientos y deseos de uno mismo ante las tentaciones e impulsos  |
| Autocuidado                           | Conjunto de actividades que realizan las personas, la familia o la comunidad, para asegurar, mantener o promover al máximo su potencial de salud". Implica cambiar estilos de vida incorporando conductas que permitan, a través de un estado de bienestar, desarrollar una vida plena y activa, perseverando y fortaleciendo la salud física o psíquica. Asumir responsablemente el autocuidado implica la práctica de hábitos de vida saludables tales como: <ul style="list-style-type: none"><li>- Realizar alguna actividad física programada al menos 3 veces por semana sin producir fatiga.</li><li>- Favorecer una dieta sana.</li><li>- Evitar hábitos nocivos.</li></ul> |

## Término

## Conceptualización

|            |   |
|------------|---|
|            | <ul style="list-style-type: none"><li>- Promover la participación en centros o agrupaciones del adulto mayor</li><li>- Cumplir con controles médicos periódicos.</li><li>- Conocer, controlar y evitar los factores de riesgo de enfermedad.</li></ul> <p>(<a href="http://www.senama.cl/filesapp/SENAMA20web1.pdf">http://www.senama.cl/filesapp/SENAMA20web1.pdf</a>, 2014)</p>   |
| Autoestima | Valoración, percepción o juicio positivo o negativo que una persona hace de sí misma en función de la evaluación de sus pensamientos, sentimientos y experiencias.  |
| Autonomía  | Es la convicción personal guiada por unos principios. Uno de los grandes principios de la bioética. La capacidad para determinar el curso de acción de uno mismo (el derecho de autodeterminación). La autonomía requiere la capacidad de tomar decisiones y la habilidad de poner en práctica las elecciones hechas. En el contexto del cuidado médico, el respeto por la autonomía individual significa permitir que el paciente escoja si acepta o rechaza tratamientos médicos específicos.<br>( <a href="http://www.unesco.org.uy/ci/fileadmin/shs/redbioetica/glosario_bioetica_completo_1_.pdf">http://www.unesco.org.uy/ci/fileadmin/shs/redbioetica/glosario_bioetica_completo_1_.pdf</a> , 2014)  |
| Bienestar  | <p>El bienestar de una persona es lo que en última instancia es bueno para esta persona o lo que está en el interés propio de esta persona.</p> <p>Crisp, Roger, "Well-Being", The Stanford Encyclopedia of Philosophy (Winter 2021 Edition), Edward N. Zalta (ed.). Disponible para su consulta en línea en: &lt;<a href="https://plato.stanford.edu/archives/win2021/entries/well-being/">https://plato.stanford.edu/archives/win2021/entries/well-being/</a>&gt;</p> <p>Es una combinación de sentirse bien y de tener realmente sentido en la vida, buenas relaciones y logros. La forma de elegir el rumbo de nuestra vida es maximizar los cinco elementos en su totalidad, que son: emoción positiva, compromiso, sentido, relaciones positivas y logro.</p> <p>Seligman, Martin E. Florecer: la nueva psicología positiva y la búsqueda del bienestar Primera edición, Editorial Océano. México, 2014. ISBN 9786077351108. OCLC 892461360</p> |



Conjunto de actitudes y comportamientos que mejoran la calidad de vida de la persona y le ayudan a llegar a un estado de salud óptimo. Es un proceso activo dirigido a mejorar el estilo de vida en todas sus dimensiones.

Donatell, R., Snow, C., & Wilcox, A. (1999). *Wellness: Choices for Health and Fitness* (2da. ed., pp.1-23). Belmont, CA: Wadsworth Publishing Company.

Bienestar en las Personas mayores Institucionalizadas

Para las Personas mayores institucionalizadas, vivir lejos de su familia implica un proceso de transformación a su nuevo contexto y estilo de vida, la PAM reestructura sus necesidades básicas que le proveen de bienestar. El significado de bienestar en la PAM institucionalizada en situación de abandono refleja precisamente que está envuelto en la dinámica de las necesidades humanas, resaltando la convivencia, la satisfacción de necesidades físicas, la funcionalidad percibida y la espiritualidad.

Esta construcción del fenómeno de bienestar apunta al componente subjetivo revelando que este bienestar es percibido en la cotidianidad del anciano y que muestra una satisfacción personal aun en las condiciones de estar abandonado en una institución.

El significado del bienestar envuelve un conocimiento subjetivo que vincula la noción de sentirse bien consigo mismo a pesar de las limitaciones o desventajas que se puedan tener. Es recomendable adaptar la atención en salud integral al contexto en el que vive, para que pueda experimentar el bienestar en esta etapa de su vida.

Así pues, los profesionales de la salud deben fortalecer y fomentar, a través del cuidado y la educación, todas aquellas acciones dirigidas al fortalecimiento de las actividades de autonomía e independencia en el anciano.

Flores WSN, Jiménez-González MJ, Moreno-Pérez NE, Guerrero-Castañeda RF. Meaning of well-being of older institutionalized persons in abandonment situation. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(Suppl 3):e20200123. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0123>

## Término

## Conceptualización

Entendemos el bienestar psicológico subjetivo, como la valoración positiva, afectiva y cognitiva, de bienestar y satisfacción con la vida entendida como “estar y sentirse bien en el presente” y, “estar y sentirse bien con el propio recorrido vital.

Flecha, A.. (2015). Bienestar Psicológico Subjetivo y Personas Mayores Residentes. *Pedagogía Social. Revist Universitaria*, (25), , pp. 319-34,

*Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 2015, 25, pp. 319-341 [http://www.upo.es/revistas/index.php/pedagogia\\_social/](http://www.upo.es/revistas/index.php/pedagogia_social/) ISSN: 1139-1723. © SIPS. DOI: 10.7179/PSRI\_2015.25.14

El concepto de bienestar personal integra tres elementos que lo caracterizan. Por un lado, está su carácter individual, basándose en la propia experiencia personal y en las percepciones y evaluaciones de la misma, (aunque se admite que el contexto físico y material de la vida influye sobre el bienestar personal, no es visto como parte inherente y necesaria del mismo). Por otro lado, se encuentra su dimensión global, que incluye una valoración o juicio de todos los aspectos de la vida (a menudo denominada satisfacción vital). Por último, destacamos la necesaria inclusión de medidas positivas, ya que su naturaleza va más allá de la mera ausencia de factores negativos.

Diener, E. (1994), “Assessing subjective well-being: Progress and opportunities” en *Social Indicator, Research*. Número 31, pp. 103-115.

La revisión de los estudios sobre bienestar personal muestra consistencia en los elementos que integran su estructura. La mayor parte de los autores coinciden en tres componentes: la satisfacción con la vida, el afecto positivo y el afecto negativo. García, M. (2002), “Beneficios del apoyo social durante el envejecimiento: efectos protectores de la actividad y el deporte”, en *Revista Digital Buenos Aires*, Año 8, Número 51, Agosto de 2002. . [Marzo 2005]

Sin embargo, autores relevantes, amplían el concepto de bienestar tomando en cuenta la aceptación y crecimiento personal del individuo, así como en la adaptación e

## Término

## Conceptualización

integración en su ambiente social, lo que da lugar a una estructura integrada por dimensiones como: la autoaceptación, el crecimiento personal, la pertenencia social, el sentido/propósito en la vida, las relaciones positivas con los otros, la autonomía y el control sobre su entorno.

Ryff, C. (1995), "The Structure of psychological well-being revisited", en *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 69, Año 4, pp. 719-727.

En la vejez, el bienestar personal o la satisfacción con la vida, se constituyen en los principales criterios para un envejecimiento exitoso, tomando al bienestar como un concepto globalizador que incluye tanto la satisfacción, la felicidad, la vida considerada como un todo, una moral alta, ajuste personal, buenas actitudes hacia la vida, competencia. En este sentido, al examinar el bienestar personal de los adultos mayores podremos conocer sus sentimientos de satisfacción y de felicidad, sus condiciones y su dinámica de vida, lo cual permite acercarnos al proceso de envejecimiento y a la realidad social de los adultos mayores.

Neugarten, B., Havighurst R. y Tobin S. (1961), "The Measurement of Life Satisfactions", en *Journal of Gerontology*. Número 16, pp. 134-143

### Bioética

Una rama de la ética aplicada que estudia las implicaciones de valor de prácticas y desarrollos en las ciencias de la vida, medicina y atención en salud.

(<http://envejecimiento.csic.es/documentacion/glosario/glosario-online/b.html>, 2014)

### Calidad de vida

La OMS define la calidad de vida como "la percepción que el individuo tiene sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive, con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Todo ello influenciado por la salud física del individuo, el estado físico del individuo, el estado psicológico, la espiritualidad y las relaciones sociales". (Barón, 2005) COLAPSO DEL CUIDADOR. Se presenta en las personas que están a cargo de un adulto mayor, específicamente cuando la carga del cuidado sobrepasa su capacidad y

| <b>Término</b>      | <b>Conceptualización</b>   |
|---------------------|--|
|                     | <p>recursos y es tan grave que puede causar estrés excesivo, además del riesgo de muerte o suicidio.<br/>(<a href="http://www.repositoriodigital.ipn.mx/bitstream/handle/123456789/9031/tesis_25_enero5B15D.pdfsequence=1">http://www.repositoriodigital.ipn.mx/bitstream/handle/123456789/9031/tesis_25_enero5B15D.pdfsequence=1</a>, 2014)</p>   |
| Capacidad física    | <p>Conjunto de elementos que componen la condición física y que intervienen en mayor o en menor grado, a la hora de poner en práctica las habilidades motrices.</p>  |
| Capacidad funcional | <p>la competencia que tiene la persona para realizar las actividades de la vida diaria sin la necesidad de supervisión o de ayuda, además de la habilidad de ejecutar tareas en la comunidad que tiene un grado de complejidad.</p>  |
| Capacidad mental    | <p>Capacidad de los individuos para tomar decisiones autónomas.</p>  |
| Capacitación        | <p>Proceso destinado a promover, facilitar, fomentar y desarrollar las aptitudes, habilidades o grados de conocimiento de los colaboradores, con el fin de permitirles mejores oportunidades, condiciones de vida y de trabajo e incrementar la calidad de la atención, incluyen acciones que preparan a una persona para una actividad laboral que pueden ser al ingreso del trabajador a los Centros Gerontológicos o Casas Hogares o, durante su vida laboral, con el fin de actualizarlo o prepararlo para responder a los requerimientos del proceso productivo, ya sea por innovaciones tecnológicas o por cambios organizacionales. Las acciones de capacitación son el conjunto de actividades permanentes, organizadas y sistemáticas destinadas a que los colaboradores desarrollen y complementen su conocimiento. (Elaboración propia, 2022)</p> |
| Casa Hogar          | <p>Instituciones del SNDIF que ofrecen servicios sociales, protección física y atención integral en salud a Personas mayores. No se considera alguna diferencia entre las Casas Hogar y los Centros Gerontológicos, ya que se brindan las mismas atenciones; sin embargo, se modificó el nombre de las Casas localizadas en la Ciudad de México a Centros</p>  |

## Término

## Conceptualización

|                          |   |
|--------------------------|---|
|                          | Gerontológicos en espera de extender el nombre a las Casas foráneas.  |
| Centro gerontológico     | Instituciones del SNDIF que ofrecen servicios sociales, protección física y atención integral en salud a Personas mayores. No se considera alguna diferencia entre las Casas Hogar y los Centros Gerontológicos, ya que se brindan las mismas atenciones; sin embargo, se modificó el nombre de las Casas localizadas en la Ciudad de México a Centros Gerontológicos en espera de extender el nombre a las Casas foráneas.   |
| Consentimiento Informado | La elección que realiza un adulto particular de aceptar tratamiento médico, participar como sujeto en una investigación o enfrentar adecuadamente un problema de salud. Para ser ético y legalmente válido, el consentimiento debe estar exento de violencia y basarse en información adecuada sobre los riesgos y beneficios del tratamiento al igual que sobre las opciones disponibles. Además, la persona que proporciona el consentimiento debe tener la capacidad de comprender la información y hacer una elección libre. Desde el punto de vista ético, el consentimiento informado es un proceso compartido de toma de decisiones que está basado en el respeto mutuo y la participación, por tanto no es un mero ritual obligatorio.<br>( <a href="http://www.senama.cl/filesapp/GLOSARIO_GERONTOLOGICO.pdf">http://www.senama.cl/filesapp/GLOSARIO_GERONTOLOGICO.pdf</a> , 2014) |
| Cuidador primario        | Familiar que ejerce la tarea de cuidado cuando la persona mayor vive en casa y que necesita del apoyo de otro. El cuidador informal presta la asistencia básica, no se refiere a cuidados profesionales.  |
| Cuidados Paliativos      | Conjunto de tratamientos y cuidados médicos quirúrgicos y psicológicos, así como el apoyo espiritual destinados a aliviar y mejorar el confort cuando un tratamiento con intención curativa es inapropiado.<br>Glosario de Bioética, Rafael Torres Acosta, Editorial Ciencias Médicas, La Habana Cuba, 2011.  |

## Término

## Conceptualización

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| Demencia                      | La Clasificación Internacional de las Enfermedades Mentales – CIE 10 – describe a la demencia como “un síndrome debido a una enfermedad del cerebro, generalmente de naturaleza crónica o progresiva, en la que hay déficit de múltiples funciones corticales superiores, entre ellas la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio.” Señala que la conciencia permanece clara y que no sólo hay un déficit cognoscitivo sino que “por lo general, y ocasionalmente es precedido de un deterioro en el control emocional, del comportamiento social o de la motivación.” |
| Envejecimiento activo         | La OMS la define como “el proceso por el que se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida, con el objetivo de ampliar las esperanzas de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez. Más concretamente, “es el proceso que permite a las personas realizar su potencial físico, psíquico y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia”. (García, 2010)  |
| Equipo Interdisciplinario     | Equipo conformado por las áreas de atención social gerontológica, médica geriátrica, y psicogerontológica del Centro. (DIF. Reglamento interno de la CNMAIC Gerontológica y Casas Hogar para Ancianos, 2012)  |
| Enfermedad En Estado Terminal | Enfermedades en las que concurren las características de enfermedad avanzada, progresiva, incurable; falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico; presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes; gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia explícita o no, de la muerte; pronóstico de vida inferior a 6 meses.<br>( <a href="http://envejecimiento.csic.es/documentacion/glosario/glosario-online/e.html">http://envejecimiento.csic.es/documentacion/glosario/glosario-online/e.html</a> , 2014)               |

## Término

## Conceptualización

### Envejecimiento Activo

La OMS la define como “el proceso por el que se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida, con el objetivo de ampliar las esperanzas de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez. Más concretamente, “es el proceso que permite a las personas realizar su potencial físico, psíquico y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia”. (García, 2010)

### Geriatría

Estudio y práctica del cuidado médico de las personas mayores. Aunque se practican numerosos modelos de medicina geriátrica, entre todos ellos, los que predominan son tres: en el Reino Unido, la Geriatría se encarga del cuidado de los enfermos que tienen más de setenta y cinco años. Este cuidado especializado se realiza en colaboración con los médicos de familia o de cabecera. El segundo modelo es aquel que está dirigido a gente a partir de una determinada edad (algunos establecen el límite en los sesenta y cinco, otros en setenta o setenta y cinco) pero en este caso, las raíces de la disciplina se encuentran en la atención primaria. Un tercer modelo, no utiliza estos cortes o grupos de edad, sino que define la Geriatría, como la aplicación de cuidados subespecializados a las personas mayores que son frágiles. En este contexto, fragilidad se entiende como la tendencia de las personas mayores a sufrir numerosos problemas médicos y sociales; de este modo se observa la Geriatría como una alternativa a esas especialidades que sólo están centradas en los problemas de los sistemas de órganos. La definición de Geriatría suele ir acompañada de la Gerontología -el estudio de los fenómenos asociados al envejecimiento-, para su mejor diferenciación [...]. Sin embargo, hay momentos en los que la diferencia entre Geriatría y Gerontología desaparece, como ocurre con los términos Gerontología clínica y Geriatría, ya que ambos podrían ser intercambiables.

## Término

## Conceptualización

|                          |  |
|--------------------------|--|
| Gerontología Social      | Especialización de la Gerontología, que además de ocuparse del estudio de las bases biológicas, psicológicas y sociales de la vejez y el envejecimiento, está especialmente dedicada al impacto de las condiciones socioculturales y ambientales en el proceso de envejecimiento y en la vejez, en las consecuencias sociales de ese proceso, así como las acciones sociales que puedan interponerse para mejorar los procesos de envejecimiento   |
| Geroprofilaxis           | El conjunto de medidas tomadas para un buen envejecer y puede iniciarse desde la madurez, no pregona tratamientos mágicos, procura la aceptación del proceso de envejecimiento que es la primera medida para envejecer bien.<br>( <a href="http://www.sermayor.com.mx/articulos-secundarios/dr-jose-de-jesus-valencia-medico-gerontologo-y-tanatologo-12.html">http://www.sermayor.com.mx/articulos-secundarios/dr-jose-de-jesus-valencia-medico-gerontologo-y-tanatologo-12.html</a> , 2014)<br>( <a href="http://envejecimiento.csic.es/documentacion/glosario/glosario-online/g.html">http://envejecimiento.csic.es/documentacion/glosario/glosario-online/g.html</a> , 2014) |
| Gerontoprofilaxis        | Se refiere a la preparación necesaria para la vejez. Se basa en 10 principios básicos: salud, alimentación adecuada, arraigo, metas, posesiones materiales, espiritualidad, afectividad, sexualidad, identidad y libertad. Actualmente, la mayoría de los adultos mayores carece de ellos. La gerontoprofilaxis implica prepararse para mantener vigentes todos los principios mencionados. En otras palabras, la gerontoprofilaxis se basa en romper paradigmas y establecer el “yo decido cómo vivir mi vejez”.<br>( <a href="http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/atfm101/editorial.html">http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/atfm101/editorial.html</a> , 2014)   |
| Gestión del conocimiento | Conjunto de actividades y procesos que fortalecen el intercambio de información y experticia dentro de una organización o grupo de profesionales, con el fin de mejorar el rendimiento de la organización o los resultados de un proyecto.   |



| <b>Término</b>                  | <b>Conceptualización</b>  |
|---------------------------------|---|
| Gestión institucional           | Conjunto de políticas y mecanismos destinados a organizar las acciones y recursos materiales, humanos y financieros de la institución, en función de sus propósitos y fines declarados  |
| Inclusión                       | La inclusión es la actitud, tendencia o política de integrar a todas las personas en la sociedad, con el objetivo de que estas puedan participar y contribuir en ella y beneficiarse en este proceso  |
| Independencia                   | Capacidad de actuar, hacer y elegir sin intervención o tutela ajena   |
| Intervención interdisciplinaria | Proceso que se produce a nivel interpersonal a través del cual los miembros de diversas disciplinas contribuyen a un objetivo común.  |
| Intervención gerontológica      | Abordaje integral de la persona mayor al reducir y prevenir situaciones de riesgos para la salud en su contexto biopsicosocial.   |
| Muerte Social                   | Se produce cuando se ha perdido el reconocimiento social de la persona, ya sea porque pasa a ser tratado como si ya hubiera muerto (enfermos terminales), como un número (expedientes para diversos trámites en instituciones públicas), como seres sin capacidad de decisión propia (adultos mayores con deterioro cognitivo), o sea, como un ser que al estar solo físicamente presente y medianamente activo, de facto pasa a la categoría de objeto. (Salvarezza, 1998) |
| Negligencia                     | Es el incumplimiento por deserción o fracaso de las funciones propias del cuidador para satisfacer las necesidades vitales de un adulto mayor (higiene, vestuario, administración de medicamentos, cuidados médicos, no cambiarlos de postura o de pañales).<br>( <a href="http://www.senama.cl/filesapp/SENAMA20web1.pdf">http://www.senama.cl/filesapp/SENAMA20web1.pdf</a> , 2014)   |
| Personas mayores                | Aquella de 60 años o más, salvo que la ley interna determine una edad menor o mayor, siempre que esta no sea superior a los 65 años. Este concepto incluye, entre otros, el de persona adulta mayor.  |

| <b>Término</b>   | <b>Conceptualización</b>  |
|--|---|
|  | (Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos de las Personas Mayores, 2023)   |
| Participación  | Acción de involucrarse en cualquier tipo de actividad de forma intuitiva o cognitiva  |
| Plan de capacitación                                   | Proceso que va desde la detección de necesidades de capacitación hasta la evaluación de los resultados.   |
| Profesionalización                                     | Proceso social mediante el cual mediante el cual se mejoran las habilidades de una persona para hacerla competitiva en términos de su profesión u oficio  |
| Resiliencia  | Se refiere a la capacidad de sobreponerse a momentos críticos y adaptarse luego de experimentar alguna situación inusual e inesperada. También indica volver a la normalidad.   |
| Síndrome de la Invisibilidad                           | Ocurre cuando los individuos y la sociedad en general dan la espalda a las necesidades físicas, económicas y psicológicas del anciano. (Buendía, 2010)  |
| Síndrome De Burn Out                                   | Riesgo de desgaste por el trabajo excesivo. (Bosquet, 2005)   |
| Sistemas de funcionamiento social (integración social) | Proceso durante el cual los recién llegados o las minorías se incorporan a la estructura social de la sociedad de acogida. Se entiende por integración social las acciones que posibilitan a las personas que se encuentran en la marginación a participar del nivel mínimo de bienestar social alcanzado en un determinado país.   |
| Valoración Interdisciplinaria                          | Proceso estructurado de valoración integral, en el que se detectan, describen y aclaran los múltiples problemas físicos, funcionales, psicológicos y socio ambientales que la persona presenta. Durante este proceso se registran los recursos y posibilidades del individuo, se determina la necesidad de servicios asistenciales y finalmente se elabora un plan de atención Individualizado de cuidados progresivos, continuados y coordinados, dirigidos a satisfacer las |

**Término****Conceptualización**

necesidades del paciente y orientados a la consecución del objetivo general del Modelo de Intervención.

**Vejez**

Período de la vida en que se presentan síntomas de involución en el aspecto somático y psíquico. Es muy arriesgado establecer un tope cronológico para la vejez, pero, en términos generales, podemos decir que es un proceso vinculado en cierto modo a las condiciones previas del organismo. Por ejemplo, en sectores geográficos en que reina la depauperación, el envejecimiento se produce con una gran rapidez. En la civilización occidental, por el contrario, un hombre de sesenta años puede mantenerse en perfectas condiciones físicas y mentales.

**Vínculos afectivos**

El vínculo afectivo es un lazo de amor, empatía y cuidado mutuo que une a las personas entre sí. Es un sentimiento amoroso que proporciona bienestar y seguridad y es la base y el motor del desarrollo de los seres humanos.

## SIGLAS Y ACRÓNIMOS

|         |   |
|---------|---|
| A.S.    | Acción Sustantiva   |
| AOTA    | Asociación Americana de Terapia Ocupacional   |
| CAS     | Centro de Asistencia Social   |
| CEPAL   | Comisión Económica para América Latina y el Caribe  |
| CNMAICG | Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Gerontológica                                      |
| CONAPO  | Consejo Nacional de Población   |
| CONEVAL | Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social  |
| DCL     | Deterioro Cognitivo Leve  |
| DGIS    | Dirección General de Integración Social   |
| DOF     | Diario Oficial de la Federación   |
| DGPAS   | Dirección General de Profesionalización de la Asistencia Social   |
| DGRAS   | Dirección General de Rehabilitación y Asistencia Social   |
| DSMIV   | Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) |
| ECNT    | Enfermedades Crónico Degenerativas No Transmisibles   |
| GDS     | Escala de Deterioro Global  |
| INAPAM  | Instituto Nacional de las Personas mayores.   |
| INEGI   | Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Historia   |
| INGER   | Instituto Nacional de Geriátría   |

|               |   |
|---------------|---|
| INTRAGOB      | Modelo de Calidad basado en un sistema de gestión diseñado especialmente para el Gobierno y una herramienta para el diagnóstico y evaluación del grado de madurez en cuanto a la implantación de un sistema de gestión de calidad con énfasis en la mejora continua |
| ISO 9001-2000 | Norma Internacional que especifica los requisitos para un sistema de gestión de la calidad de una organización.   |
| IU            | Incontinencia Urinaria  |
| MIG           | Modelo de Intervención Gerontológica  |
| NANDA         | North American Nursing Diagnosis Association  |
| NIRA          | Número de investigaciones realizadas en el año  |
| NIREGA        | Número de Investigaciones Realizadas con Enfoque Gerontológico que deberán llevarse a cabo en el año  |
| NMOIPA        | Número de Mecanismos de Operación Integral Programados en el Año  |
| NPCLA         | Número de Personas Colaboradoras que Laboran  |
| NPR           | El Número de Personas Residentes  |
| O.E.          | Objetivo Específico   |
| OMS           | Organización Mundial de la Salud  |
| OPS<br>PAM    | Organización Panamericana de la Salud<br>Persona mayor  |
| PAT           | Plan Anual de Trabajo   |
| PCFCA         | Personas Colaboradoras Formadas o Capacitadas   |
| PMI           | Población Motivo de Intervención  |
| PRVFSFS       | Porcentaje de Población Residente con Vínculos Familiares o Sociales Funcionales en el Semestre)  |

|          |  |
|----------|--|
| SEGG     | Sociedad Española de Geriatría y Gerontología  |
| SNDIF    | Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia                                 |
| SPCD     | Síntomas Patológicos y Conductuales en la Demencia   |
| TMAE     | Trastorno de Memoria Asociado a la Edad  |
| TIRA     | Total de Investigaciones Realizadas en el Año  |
| TIREGA   | Total de Investigaciones Realizadas con Enfoque Gerontológico en el Año                    |
| TMOIPA   | Total de Mecanismos de Operación Integral Programados en el Año                            |
| TPCFCA   | Total de Personas Colaboradoras Formadas o Capacitadas                                     |
| TPCLA    | Total de Personas Colaboradoras que Laboran  |
| TPRS     | Total de Población Residente en el Semestre  |
| TPRVFSFS | Total de Población Residente con Vínculos Familiares y Sociales Funcionales en el Semestre |
| TySAIC   | Trámites y Servicios de Alto Impacto Ciudadano   |
| WHO      | World Health Organization  |

## LISTADO DE ACTORES INVOLUCRADOS Y FORMATOS E INSTRUMENTOS REQUERIDOS PARA LA OPERACIÓN DEL MODELO

### 1. Intervención Interdisciplinaria

#### Objetivo Específico 1.1

Personas mayores con capacidad funcional optimizada de acuerdo con su proceso de envejecimiento.

#### Estrategia 1.1.1. Atención gerontológica integral

##### Líneas de acción

##### 1.1.1.1. Valorar con base en entrevista inicial y aplicación de instrumentos Actores involucrados

1. Profesionales de: Trabajo Social, Área Médica; Área de Psicogerontología
2. Junta Interdisciplinaria de Ingreso

##### Formatos e Instrumentos requeridos para la operación

1. Solicitud de Servicio
2. Informe de Visita
3. Valoración Social Gerontológica: Familiograma, Test de Colapso del Cuidador (ZARIT), Cédula Socioeconómica-
4. Diagnóstico social
5. Valoración médica: Historia Clínica Geriátrica –Escala de Actividades Básicas de la Vida Diaria (BARTHEL), Examen Mínimo de Estado nutricional (MNA), Escala de Actividades Instrumentadas de la Vida Diaria (LAWTON y BRODY), Evaluación del Equilibrio y la Marcha (TINETTI)-
6. Valoración psicológica: Tabla para la Detección de Síndromes Geriátricos, Escalas de CRICHTON y PFEIFFER, Examen Mínimo del Estado Mental (MMSE FOLSTEIN), MoCA, Test Acortado de Depresión Geriátrica (GDS YESAVAGE)
7. Diagnóstico de los departamentos de Trabajo social, Psicogerontología y Médico.
8. Valoración Gerontológica Integral: Test o instrumentos y técnicas para evaluar estado de salud física, funcionalidad, marcha, estado odontológico, estado nutricional, estado cognitivo y emocional, interés y necesidades ocupacionales, así como situación económica y social.

### **1.1.1.2. Realizar evaluación individual del caso obteniendo un diagnóstico interdisciplinario**

#### **Actores involucrados**

1. Junta Interdisciplinaria
2. Profesionales que intervienen en la realización de las valoraciones, diagnóstico y atención.

#### **Formatos e Instrumentos requeridos para la operación**

1. Diagnóstico interdisciplinario

### **1.1.1.3. Diseñar un Plan de Atención Individualizado.**

#### **Actores involucrados**

1. Junta Interdisciplinaria
2. Profesionales responsables de cada caso
3. Personal Médico, de Terapia Física, de Odontología, de Nutrición.

#### **Formatos e Instrumentos requeridos para la operación**

1. Plan de Atención individualizado
2. Minuta Interdisciplinaria: Datos generales de la Persona mayor, diagnóstico interdisciplinario, resultados de la evaluación interdisciplinaria, manejo y avances del caso.

### **1.1.1.4. Otorgar servicios integrales de atención.**

#### **Actores involucrados**

Personal de operativo y estratégico de las siguientes áreas al interior de los Centros y Casas Hogar:

- Médica
- Terapia Física
- Odontología
- Nutrición
- Enfermería
- Psicogerontología
- Terapia Ocupacional
- Gericultura
- Trabajo Social Gerontológico



## Formatos e Instrumentos requeridos para la operación

### Área Médica

1. Historia Clínica
2. Resumen Médico Anual
3. Expediente Clínico
4. Reporte de Actividades (Área Médica)
5. Valoración Médica de Ingreso y de Seguimiento
6. Hojas de referencia y contrarreferencia
7. Certificados de Defunción
8. Notas Médicas
9. Resúmenes de defunción

### Terapia Física

1. Evaluaciones y exámenes en torno a estado: muscular, de arcos de movilidad, sensibilidad y funcionalidad
2. Evaluaciones del grado de complicación o evolución del tratamiento
3. Informe de Actividades (Terapia Física)
4. Expediente Clínico
5. Notas de Evolución (Terapia Física)
6. Escala Tinetti

### Odontología

1. Diagnóstico Preventivo Bucodental
2. Reporte de Actividades (Odontología)
3. Historias Clínicas
4. Notas de Evolución Odontológica: residentes y personas del Programa de Día
5. Historias dentales
6. Notas de evolución

### Nutrición

1. Plan Nutricional
2. Diagnóstico Nutricional
3. Programas de Atención Nutricional
4. Programas de Limpieza de Zona de alimentos
5. Programas de Capacitación (Nutricional)
6. Valoraciones Nutricionales a *pacientes* sugeridos por Área Médica
7. Menús diarios
8. Seguimiento Nutricional
9. Solicitudes de pedidos alimentos
10. Registro de recepción, almacenamiento y conservación de alimentos

## **Enfermería**

1. Planes de Cuidados de Enfermería con Enfoque Preventivo, Curativo o Paliativo

## **Psicogerontología**

2. Valoración Psicológica de Ingreso
3. Expediente Psicológico de Nuevo Ingreso
4. Plan de Intervención (Psicogerontología)
5. Valoración de Ingreso
6. Plan de Atención Individualizado
7. Valoración Psicológica Subsecuente
8. Registros en Expediente Clínico
9. Acuerdos de Convivencia
10. Evaluaciones Interdisciplinarias Semestrales
11. Evaluaciones Subsecuentes (semestral, anual o extemporánea)
12. Reporte de Actividades (Psicogerontología)

## **Terapia Ocupacional**

1. Expediente de Terapia Ocupacional
2. Valoraciones de destrezas, habilidades e intereses
3. Evaluación cognitiva, psicomotriz y psicosocial de la Persona mayor
4. Plan Anual de Trabajo
5. Escalas de Evaluación Subsecuente
6. Evaluaciones Interdisciplinarias
7. Reporte de Actividades (Terapia Ocupacional)

## **Gericultura**

1. Valoración Funcional
2. Expediente

## **Trabajo Social Gerontológico**

1. Diagnóstico de Necesidades Sociales
  2. Registro de visitas domiciliarias, referencias y contrarreferencias para atenciones médicas de 1ro, 2do y 3er nivel, exención de cuotas de recuperación, asignación de cuotas especiales en instituciones de salud, ingresos y egresos hospitalarios, Programa de Supervivencia para el cobro de pensiones, trámites funerarios
  3. Respaldos documentales de trámites relacionados con documentación oficial de las Personas mayores
- Reporte de Actividades (Trabajo Social Geriátrico)

**1.1.1.5. Dar seguimiento y realizar las adecuaciones al Plan de Atención Individualizado de acuerdo a las necesidades de la Persona mayor.**

**Actores involucrados**

1. Personal de cada Área de Intervención (Profesionales responsables de cada caso)
2. Equipo Interdisciplinario
3. Junta Interdisciplinaria

**Formatos e Instrumentos requeridos para la operación**

1. Plan de Atención Individualizado
2. Evidencia documental periódica o extraordinaria de la evolución de cada caso por área de intervención: Notas de Evolución de las y los profesionales responsables de cada caso
3. Justificación Técnica de Intervención por parte del Equipo Interdisciplinario
4. Plan de Intervención Individualizado
5. Diagnóstico Interdisciplinario de Ingreso
6. Justificación Técnica
7. Notas elaboradas por cada una de las áreas de intervención  
Minutas, estudios de gabinete y Reportes en el manejo del caso

**1.1.1.6. Brindar acompañamiento tanatológico y atención paliativa cuando el caso lo amerite.**

**Actores involucrados**

1. Profesionales en Tanatología

**Formatos e Instrumentos requeridos para la operación**

No aplica

## 2. Promoción de la Gerontagogía y la Gerontoprofilaxis

### Objetivo Específico 2.1

Personas mayores informadas sobre la vejez y el proceso de envejecimiento, con prácticas de prevención y autocuidado

### Estrategia 2.1.1 Educación para el Bienestar

#### Líneas de acción

#### 2.1.1.1 Identificar las necesidades de información de las Personas mayores

##### Actores involucrados

1. Trabajo Social

##### Formatos e Instrumentos requeridos para la operación

1. Entrevista de Ingreso
2. Plan Individualizado de Atención

#### 2.1.1.2 Establecer un Plan Educativo para el Bienestar

##### Actores involucrados

1. Trabajo Social; Psicología y Medicina (Profesionales)
2. Personal Operativo de cada Área
3. Jefatura de Trabajo Social
4. Subdirección del Centro o Casa Hogar

##### Formatos e Instrumentos requeridos para la operación

1. Plan Educativo para el Bienestar
2. Cuestionario de Preferencias e Intereses
3. Plan de Educación General

#### 2.1.1.3 Desarrollar acciones de formación con base en el Plan Educativo

##### Actores involucrados

1. Jefatura de Trabajo Social
2. Jefaturas de Área del Centro Gerontológico o Casa Hogar
3. Junta Interdisciplinaria (Sesiones Interdisciplinarias)

### **Formatos e Instrumentos requeridos para la operación**

1. Plan Educativo
2. Calendario de sesiones, pláticas y orientaciones
3. Listas de Asistencia de las Personas mayores a las acciones de información
4. Plan de Educación para el Bienestar

#### **2.1.1.4 Detectar las necesidades de prevención y autocuidado de las Personas mayores**

##### **Actores involucrados**

1. Profesionales de cada Área Operativa
2. Personal a cargo de las prácticas informativas y vivenciales
3. Jefaturas de Departamento

### **Formatos e Instrumentos requeridos para la operación**

1. Evaluaciones rutinarias de necesidades de las Personas mayores
2. Programación de prácticas informativas y vivenciales
3. Listas de Asistencia
4. Evaluaciones de impacto de las prácticas informativas y vivenciales

#### **2.1.1.5 Llevar a cabo un Programa de Acompañamiento y Supervisión de Actividades Cotidianas de Promoción de Estilos de Vida Saludables**

##### **Actores involucrados**

1. Personal Operativo
2. Personas prestadoras de servicio social, prácticas profesionales y estudiantes en general
3. Jefaturas de Departamento
4. Sesión Interdisciplinaria

### **Formatos e Instrumentos requeridos para la operación**

1. Programa de Acompañamiento y Supervisión de Actividades Cotidianas de Promoción de Estilos de Vida Saludables
2. Expediente de cada Persona mayor
3. Evaluación semestral de avances en la Sesión Interdisciplinaria

### **3. Generación y Fortalecimiento de Vínculos Afectivos**

#### **Objetivo Específico 3.1**

Personas mayores con vínculos familiares o sociales funcionales

#### **Estrategia 3.1.1 Fomento de Redes de Apoyo**

##### **Líneas de acción**

##### **3.1.1.1 Establecer contacto con redes familiares o sociales previamente identificadas en el Plan de Atención Individualizado.**

##### **Actores involucrados**

1. Trabajo Social

##### **Formatos e Instrumentos requeridos para la operación**

1. Plan de Atención Individualizado
2. Informe visita (visita inicial)
3. Investigación Social
4. Evaluación Subsecuente del desarrollo de las actividades relacionadas con las redes familiares o sociales de apoyo

##### **3.1.1.2 Identificar nuevas redes potenciales de apoyo**

##### **Actores involucrados**

1. Trabajo Social Gerontológico
2. Instituciones públicas y privadas
3. Voluntariado procedente de diversos centros educativos

##### **Formatos e Instrumentos requeridos para la operación**

No aplica

##### **3.1.1.3 Implementar acciones de participación y orientación con las redes**

##### **Actores involucrados**

1. Persona facilitadora (personal)
2. Equipo Interdisciplinario

##### **Formatos e Instrumentos requeridos para la operación**

1. Planes de Atención

### **3.1.1.4 Realizar el seguimiento de la vinculación con las redes de apoyo**

#### **Actores involucrados**

- 1.** Trabajo Social

#### **Formatos e Instrumentos requeridos para la operación**

- 1.** Diagnósticos de Necesidades Sociales
- 2.** Propuestas de Actividades
- 3.** Coordinaciones Institucionales
- 4.** Gestiones para la Atención en Unidades Médicas y de Especialidad
- 5.** Exenciones de cuotas de recuperación
- 6.** Seguimiento de Caso
- 7.** Informe de Visita Domiciliaria
- 8.** Hoja de Evolución
- 9.** Registro de Control de Visitas
- 10.** Evaluación Social Semestral
- 11.** Control Diario de Salidas de personas *usuarias* (PAM)
- 12.** Crónica Grupal
- 13.** Sesión Interdisciplinaria

## 4. Gestión del conocimiento

### Objetivo Específico 4.1

Personas colaboradoras con habilidades en atención gerontológica.

### Estrategia 4.1.1 Promoción de las acciones de formación y capacitación

#### Líneas de acción

#### 4.1.1.1 Definir Plan de Capacitación, con base en el Diagnóstico de Necesidades, así como el *Perfil de Puesto y Funciones*

##### Actores involucrados

1. Subdirección de Capacitación y Desarrollo
2. Dirección General de Recursos Humanos
3. Supervisión de la Dirección General de Integración Social
4. Jefaturas de Departamento de cada Centro Gerontológico y Casa Hogar
5. Jefatura del Departamento Administrativo
6. Subdirección de Área

##### Formatos e Instrumentos requeridos para la operación

1. Plan de Capacitación
2. Detección de Necesidades de Capacitación
3. Perfil de Puesto y Funciones
4. Programa de Capacitación Anual
5. Lineamientos emitidos por la Secretaría de la Función Pública
6. Programas y Subprogramas de Trabajo de los Centros Gerontológicos y Casas Hogar

#### 4.1.1.2 Difundir los *Programas de Formación y Capacitación* entre el capital humano

##### Actores involucrados

1. Subdirección de Capacitación y Desarrollo
2. Subdirección de cada uno de los Centros Gerontológicos y de las Casas Hogar
3. Jefatura del Departamento Administrativo de Cada Centro de Asistencia Social

##### Formatos e Instrumentos requeridos para la operación

1. Programas de Formación y Capacitación Calendarización de las capacitaciones



#### **4.1.1.3 Implementar Mecanismos de Formación y Capacitación Intra e Interinstitucionales**

##### **Actores involucrados**

1. Personal
2. Personas becarias
3. Dirección General de Recursos Humanos

##### **Formatos e Instrumentos requeridos para la operación**

1. Materiales de las Acciones de Formación: Manuales para participantes; Guías didácticas para cada una de las Acciones Formativas; Formatos y controles de logística, de asistencia y de desempeño de las y los Participantes, así como reportes finales.
2. Evaluación diagnóstica
3. Evaluación final
4. Programación Específica de Capacitación: personas becarias
5. Calendarización de Capacitación Continua
6. Criterios para el desempeño del rol: rotaciones clínicas, servicios sociales y prácticas profesionales
7. Instrumentos de evaluación de su estancias: rotaciones clínicas; servicio social y prácticas profesionales

#### **4.1.1.4 Documentar resultados de la implementación de los Mecanismos de Formación y Capacitación para la toma de decisiones**

##### **Actores involucrados**

1. Personal y personas colaboradoras en general
2. Dirección de Centros Gerontológicos
3. Dirección General de Profesionalización de la Asistencia Social
4. Sector Educativo

##### **Formatos e Instrumentos requeridos para la operación**

1. Constancias emitidas por cada uno de los mecanismos de formación y capacitación
2. Informe Mensual de los Centros Gerontológicos y las Casas Hogar

#### **Objetivo Específico 4.2 Investigaciones con enfoque gerontológico**

##### **Estrategia 4.2.1 Generación del conocimiento especializado**

##### **Líneas de acción**

#### **4.2.1.1 Establecer ejes de investigación**

##### **Actores involucrados**

1. Instituciones educativas
2. Comité de Ética en Investigación Recursos Humanos en formación

##### **Formatos e Instrumentos requeridos para la operación**

1. Convenios de Colaboración con instituciones educativas para el desarrollo de investigaciones
2. Guía Nacional por la Integración y Funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación

#### **4.2.1.2 Autorizar protocolos de investigación**

##### **Actores involucrados**

1. Comité de Ética en Investigación del SNDIF

##### **Formatos e Instrumentos requeridos para la operación**

1. Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA4-2012
2. Manual de Procedimientos de la Dirección General de Integración Social
3. Oficio de Presentación PIS DsaSPA 03 F01

#### **4.2.1.3 Desarrollar protocolos**

##### **Actores involucrados**

1. Personas colaboradoras involucradas en el desarrollo de protocolos de investigación

##### **Formatos e Instrumentos requeridos para la operación**

1. Criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos: Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA4-2012
2. Informe Mensual de Avances por Investigación  
Registro de Informes Técnicos – Administrativos de los Avances de la Investigación

#### **4.2.1.4 Elaborar informe final**

##### **Actores involucrados**

1. Personas colaboradoras involucradas en el desarrollo de protocolos de investigación

### **Formatos e Instrumentos requeridos para la operación**

1. Resumen del Informe de la Investigación

#### **4.2.1.5 Promover la publicación de las investigaciones realizadas**

##### **Actores involucrados**

1. Jefatura de Departamento de Trabajo Social
2. Comité de Ética en Investigación del SNDIF
3. Subdirección de Área
4. Dirección de Centros Gerontológicos

### **Formatos e Instrumentos requeridos para la operación**

No aplica

## 5. Gestión Institucional

### Objetivo Específico 5.1

Centros Gerontológicos y Casas Hogar para Personas mayores, con mecanismos de operación integral.

### Estrategia 5.1.1 Coordinación intra e interinstitucional

#### Líneas de Acción

#### 5.1.1.1 Establecer Programas, Subprogramas y Planes Anuales de Trabajo.

##### Actores involucrados

1. Dirección de Centros Gerontológicos y Campamentos Recreativos (DCGCR)
2. Subdirección de cada uno de los Centros Gerontológicos y Casas Hogar
3. Jefaturas de Departamento

##### Formatos e Instrumentos requeridos para la operación

1. Programa Anual de Trabajo
2. Programas de Centros Gerontológicos y Casas Hogar
3. Subprogramas de cada una de las Jefaturas de Departamento

#### 5.1.1.2 Supervisar la ejecución de Programas, Subprogramas y Planes Anuales de Trabajo.

##### Actores involucrados

1. Personal y personas colaboradoras en general
2. Jefaturas de Departamento
3. Personal especialista y Supervisor
4. Subdirecciones de Área
5. Dirección de Centros Gerontológicos

##### Formatos e Instrumentos requeridos para la operación

1. Programación de supervisiones a Centros de Asistencia Social
2. Programas
3. Subprogramas
4. Planes Anuales de Trabajo
5. Registro documental de las supervisiones

### **5.1.1.3 Implementar Planes de Acción Preventivos y Correctivos derivados de la Supervisión**

#### **Actores involucrados**

1. Dirección de Centros Gerontológicos
2. Subdirección de cada Centro o Casa Hogar
3. Jefaturas de Departamento
4. Subdirección

#### **Formatos e Instrumentos requeridos para la operación**

1. Planes de Acción Preventivos y Correctivos derivados de la Supervisión
2. Reporte de la Supervisión
3. Plan: soluciones a las recomendaciones derivadas de la Supervisión y personas responsables
4. Calendarización del Plan

### **5.1.1.4 Establecer vinculación intra e interinstitucional**

#### **Actores involucrados**

1. Subdirección del Centro o Casa Hogar
2. Dirección de Centros Gerontológicos y Campamentos Recreativos
3. Instancias gubernamentales, no gubernamentales, de la sociedad civil e instancias académicas entre otras.

#### **Formatos e Instrumentos requeridos para la operación**

1. Convenios de colaboración
2. Informes mensuales
3. Programas Anuales de Trabajo por cada Subdirección de Área

## **DIRECTORIO**

**Lic. Nuria Fernández Espresate**  
**Titular del SNDIF**

**Mtra. Gloria Tokunaga Castañeda**  
**Directora General de Profesionalización de la Asistencia Social**

**Lic. Sally Jaqueline Pardo Semo**  
**Jefa de la Unidad de Asistencia e Inclusión Social**

**Lic. Rubén Ernesto Martínez Rodríguez**  
**Director General de Integración Social**

**Dr. Javier Alberto Cabrera Aguirre**  
**Director de Centros Gerontológicos y Campamentos Recreativos**

**Alain Sánchez Álvarez**  
**Subdirector de Centros Gerontológicos y Campamentos Recreativos**

## ELABORACIÓN DE CONTENIDOS

| <b>Coordinación Metodológica</b>                                     |   |
|--|---|
| <b>Dirección General de Profesionalización de la A.S.</b>            |   |
| Mtra. Gloria Tokunaga Castañeda                                      | Mtra. Yaucalli Mancillas López                                  |
| T.S.P. Evangelina Sánchez Reyes                                      | Mtra. María Ester Arellano Rayo                                 |
| Mtra. Verónica Viveros Rogel   |   |
| <b>Desarrollo de Contenidos</b>                                      |   |
| <b>Casa Hogar para Adultos Mayores “Los Tamayo”</b>                  | <b>C.N.M.A.I.C. Gerontológica “Vicente García Torres”</b>       |
| Dr. Octavio Manuel Corres Castillo                                   | Mtro. Jesús Arturo Ruiz Hernández<br>(Coordinador del Proyecto) |
| Mtra. Omara Luis Villalobos  | Lic. Soledad García García                                      |
| <b>Dirección de Centros Gerontológicos y Campamentos Recreativos</b> | Lic. Gerardo Arellano Soria                                     |
| Lic. Graciela Garduño Sánchez  |   |
| Lic. Anabella del Ángel Esquivel                                     |   |
| <b>C.N.M.A.I.C. Gerontológica “Arturo Mundet”</b>                    | <b>Casa Hogar para Adultos Mayores “Olga Tamayo”</b>            |
| Dra. Guadalupe Juárez Hernández                                      | Mtra. Isabel Lucero Celeste Montero Magallón                    |
| Lic. Ana Margarita Mandujano Álvarez                                 | Lic. Maritza Citlalli Sánchez Juárez                            |
| Dra. Yesid López Sierra  | Lic. Diana Itzel Villalobos Sánchez                             |
| Lic. Violeta Aidée Montero Magallón                                  |   |
| Lic. Marcos Barrientos Adaya   |   |
| Dr. Julio César García Flores  |   |