

MINISTERIO DE SALUD

**MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD
PARA LA PERSONA ADULTA MAYOR.**

Equipo técnico:

Dra. Ivette Yasmín Delgado
Dr. Raúl Armando Palomo
Dra. Nidia Cañas
Dr. Jorge Ramírez
Lic. Mayra Magaña
Dra. Guadalupe Gordito

Comité Consultivo del Modelo de Atención Integral:

Dra. Xiomara Margarita Arriaga
Dra. Marcela Hernández
Dr. Carlos Hernández del Valle
Dra. Jenny Patricia Recinos López

Comité de Revisión:

- Lic. Maira Elena Franco, Ministerio de Educación, Ministerio de Educación.
- Lic. Sandra Imelda Méndez, Centro de Atención Integral de Pensionados Salvadoreños de la Fuerza Armada, CAIPSFA
- Dra. Ana Margarita Pineda Colocho, Instituto Salvadoreño de Seguro Social, ISSS
- Lic. Evelin Salvadora Ramírez, Ministerio de Trabajo y Previsión Social, Ministerio de Trabajo
- Lic. Nadia Jennifer Soundy, Secretaria de Inclusión Social,
- Lic. Patricia de Claudio, Secretaria de Inclusión Social,
- Lic. Margarita Méndez,
- Procuraduría para la Defensa de los derechos Humanos, PDDH

AUTORIDADES

DRA. ELVIA VIOLETA MENJÍVAR ESCALANTE
MINISTRA DE SALUD

DR. JULIO OSCAR ROBLES TICAS
VICEMINISTRO DE SERVICIOS DE SALUD

DR. EDUARDO ANTONIO ESPINOZA FIALLOS
VICEMINISTRO DE POLÍTICAS DE SALUD

Tabla de contenido

INTRODUCCION.....	5
MARCO REFERENCIAL	6
MARCO NORMATIVO	10
MODELO DE ATENCION INTEGRAL A LA PERSONA ADULTA MAYOR	14
ENFOQUES DEL MODELO DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD PARA LA PERSONA ADULTA MAYOR.....	15
PRINCIPIOS QUE RIGEN EL MODELO:.....	15
OBJETIVOS.....	17
AMBITO DE APLICACIÓN:	18
COMPONENTES DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA LA PERSONA ADULTA MAYOR.....	18
LINEAS DE ACCION POR COMPONENTES DEL MODELO DE ATENCIÓN	18
CONDICIONES NECESARIAS PARA LA IMPLEMENTACION DEL MODELO:.....	21
MONITOREO Y EVALUACIÓN	22
GLOSARIO	23
BIBLIOGRAFÍA.....	26
ANEXOS.....	27

INTRODUCCION

Actualmente en todo el mundo se estima que existen 901 millones de personas de 60 años y más, lo cual representa el 12 por ciento de la población global. En 2030 esta cifra habrá aumentado a 1,400 millones y representará el 16.5 por ciento, y en el 2050 ascenderá a 2.100 millones; es decir el 21.5 por ciento de la población global. Las cifras de personas de 60 y más años son en la actualidad más numerosas que las cifras de los niños menores de cinco; en el año 2050 éstas estarán aún más elevadas que las de los niños de menos de 15 años.

Desde la perspectiva económica, se torna importante mencionar que seguramente los costos que implicará la atención a la población adulta mayor también se incrementaran sustancialmente. A pesar de esto, se reconoce que el bienestar en la vejez es el reflejo de un cúmulo de experiencias a lo largo de la vida. Los países que apoyan el desarrollo humano a través del ciclo de vida de las personas tienen más posibilidades de tener altas tasas de participación de personas mayores trabajando como voluntarios, y participando activamente en sus comunidades.

El rápido envejecimiento de la población demanda la identificación de necesidades específicas, de circunstancias desestabilizadoras y de vulnerabilidad en las personas adultas mayores generadas por la coexistencia de padecimientos crónicos, agudos, traumáticos, afecciones de salud mental y múltiples problemas en las determinantes sociales.

A pesar de que no siempre se ve de esta manera, el envejecimiento demográfico global es la mayor historia de éxito del desarrollo humano, surgida como resultado de la reducción de la tasa de fecundidad y el incremento de la esperanza de vida. Sin embargo, no todos los gobiernos han implementado aún los marcos necesarios para responder a los desafíos que representa el envejecimiento de su población.

El Ministerio de Salud como parte del Gobierno de El Salvador, ha tenido a bien proponer un Modelo de Atención Integral en Salud a la Persona Adulta Mayor en el que pretende fortalecer y reorientar todas las estrategias creadas para la atención integral en los diferentes niveles de los establecimientos de la Red Integral e Integrada de los Servicios de Salud (RIIS), como en la dispensarización, la promoción de la salud, la prevención, la geriatrización de los servicios, redes de apoyo y la rehabilitación con participación de la comunidad entre otros.

El Modelo de Atención que se propone cambia el enfoque tradicional, considera los Valores, Principios y las necesidades sentidas por la población, acorde a las líneas estratégicas prioritarias institucionales y de Gobierno, se retoma el interés y el desafío de garantizar una salud integral para este grupo poblacional en cuanto a la calidez y a la calidad de estilos de vida saludable, lo que pone de manifiesto la importancia del enfoque integral del curso de vida.

Toda persona debería poder vivir su vida de la mejor manera posible en cada una de las diferentes etapas, con **dignidad, autonomía, oportunidad, libertad de elección y siendo incluido en la toma de decisiones con respecto a su salud**. La inversión en el envejecimiento saludable tiene menos costos que el requerimiento de nuevas tecnologías médicas para la atención.

MARCO REFERENCIAL

Cifras demográficas de la persona adulta mayor en El Salvador.

El Informe mundial sobre el Envejecimiento y la Salud/OMS 2015, revela que entre el periodo 2000 y 2050 se duplicará la población adulta mayor y su segmento porcentual pasará del 11 al 22 por ciento, y el total de personas de 80 años, en el mismo periodo, se incrementará casi cuatro veces hasta alcanzar los 395 millones de personas de 80 años y más.

En el año 2006 había 50 millones de adultos mayores y se estima que se duplicara para el año 2025. Estos datos cobran más relevancia considerando aspectos como los siguientes: En los países desarrollados, entre un 4 por ciento y un 6 por ciento de las personas mayores han sufrido alguna forma de maltrato en casa, el número de personas que no pueden valerse por sí mismas se multiplicará por cuatro en los países en desarrollo y el riesgo de padecer demencia senil aumenta netamente con la edad y se calcula que entre un 25 por ciento y un 30 por ciento de las personas de 85 años o más padecen cierto grado de deterioro cognitivo.

Según la Dirección general de Estadística y Censo (DIGESTYC), en el año 2017 el número de personas adultas mayores en El Salvador es de 727,899 lo que representa el 11% de la población total del país y se estima que para el año 2018 habrán 745,874 adultos mayores; cifra que se incrementará a 784,248 en el año 2020 y representará el 11.5% de la población general y en el año 2025 serán 895,671 correspondiendo al 12.6% de la población total¹.

Al evaluar los indicadores de la esperanza de vida al nacer, se plantea para los años futuros, un notable incremento. En efecto para el año 1990, la esperanza de vida se estimó en 66.4 años, para el 2000 alcanzó 69.5 y el promedio para el periodo 2005-2010 fue 71.8. De la comparación de estas cifras se deriva que la relación cuantitativa de hombres y mujeres de 60 años y más, relación definida como índice de masculinidad, es de 89.0% esto significa que por cada 100 mujeres hay 89 hombres adultos mayores.

Actualmente las mujeres tienen una esperanza de vida al nacer de 75 años, en tanto que para los hombres es de 66 años de edad. A medida la edad alcanza el rango de 70 años y más, aumentan las posibilidades de convertirse en población dependiente.

La vulnerabilidad del adulto mayor aumenta principalmente por situaciones asociadas a los procesos de cambio del organismo, las cuales se manifiestan en modificaciones de las funciones motoras, sensoriales y otras.

Situación de Salud

Se sabe que de cada 10 personas adultas mayores, 8 tienen problemas de salud, el 39% de estos problemas se relacionan con funcionamiento de miembros superiores e inferiores, 78.5% con problemas visuales y el 7.9% de los adultos mayores padecen alguna discapacidad, siendo mayormente afectados los hombres con un 8.2% y 7.6% las mujeres. La salud mental de este grupo de población se ve altamente afectada principalmente por el estereotipo negativo de considerar al adulto mayor como una persona discapacitada.

Durante el año 2017 se reportaron como primeras causas de consulta ambulatoria para el grupo de personas adultas mayores: Infecciones de Vías Urinarias, Hipertensión Arterial, Infecciones Respiratorias Agudas, Enfermedad Obstructiva Crónica, Artritis Inflamatoria, Lumbago, Artrosis, Síndrome de Colon Irritable, Diabetes Mellitus, Insuficiencia Renal, Hiperplasia prostática, Enfermedades Gastrointestinales, Bronquitis y Asma.

Según datos del Tabulador de Consulta o Atención Ambulatoria y Vigilancia Especial del Sistema Estadístico de Producción de Servicios (SEPS) se han atendido 777,316 consultas de Primera Vez a población adulta mayor, de las cuales 242,969 corresponden a hombres y

434,347 a mujeres, estas consultas representan el 10.66% de la Consulta Total País, y fueron 27,538 casos atendidos por enfermedades crónicas en los adultos mayores.¹

En cuanto a las primeras causas de muerte en las personas adultas mayores en el año 2017 han sido: Neumonía, Infarto Agudo del Miocardio, Hipertensión Arterial, Accidente Cerebro Vascular, Bronconeumonía, múltiples traumatismos, Enfermedad gastrointestinal, Insuficiencia Renal, Accidente Vascular Encefálico Agudo, Septicemia y complicaciones de la Diabetes Mellitus 2.

En el mismo año se brindaron un total de 2,181 atenciones ambulatorias por causas de violencia según datos del SIMMOW, de éste total, 1,759 fueron debido a los accidentes de tránsito, 341 a violencia física de las cuales 211 fueron en hombres y 130 en mujeres, las atenciones por violencia sexual fueron 33 y por área de procedencia: 1,236 en área urbana y 945 en área rural. Además otros adultos mayores se ven afectadas como producto de una situación de negligencia, abandono y carencia de medios de subsistencia, se ven privados de alimentos, atenciones que requiere su salud, de afecto o del cuidado de sus hijos o familiares y son objeto de violencia intrafamiliar o malos tratos de terceras personas.

Cambios fundamentales que suelen ocurrir en algún grado en todos los seres humanos a medida que envejecen.

Existen diversas formas de envejecer en el ser humano, y hay diversas clasificaciones en función de ello, una de las más notables propone clasificar a las personas mayores en función de la evolución de su salud con la edad en:

- **Envejecimiento satisfactorio**, definido por Rowe and Khan. La salud se mantiene buena con solamente pequeños decrementos progresivos hasta la década de los 80 o principios de los 90 años.
- **Envejecimiento usual o normal** que implica una disminución de la salud percibida que es coincidente con un empeoramiento objetivo del estado de salud en la década de los

¹ Unidad Información, Dirección de Planificación, MINSAL.

² Unidad Información, Dirección de Planificación, MINSAL.

setenta años que se asocia a una disminución de la capacidad funcional a partir de esta edad con moderados niveles de discapacidad.

- **Envejecimiento patológico** en personas con mala salud ya en la década de los sesenta con una pérdida funcional acelerada.

Las funciones de movimiento. Después de alcanzar un nivel máximo en la edad adulta temprana, la masa muscular tiende a disminuir con la edad, lo que puede estar asociado con el deterioro de la fuerza y la función musculo esquelética.

Las funciones sensoriales. El envejecimiento a menudo se asocia con la disminución de la visión y la audición, aunque hay notorias diferencias en cómo este deterioro se vive a nivel individual.

Las funciones cognitivas. Estas varían mucho entre las personas y están estrechamente relacionadas con los años de educación. Muchas de las funciones cognitivas empiezan a disminuir a una edad relativamente joven, y las diferentes funciones disminuyen a ritmos diferentes. En consecuencia, el funcionamiento se torna cada vez más heterogéneo con los años.

Las funciones de la piel. La piel se deteriora progresivamente con la edad debido a los daños provocados por los mecanismos fisiológicos, la predisposición genética y las agresiones externas.

Al envejecer, es más probable que las personas presenten multimorbilidad, es decir, varias enfermedades crónicas al mismo tiempo que puede provocar; interacciones entre los trastornos, entre una afección y el tratamiento para otra afección, así como entre los medicamentos recetados para diferentes trastornos. Afectando en el funcionamiento, la calidad de vida y el riesgo de mortalidad. Es importante conocer que frecuentemente estos problemas de salud van acompañados de una problemática social, (personas adultas mayores que viven solas, cuidadores frágiles, maltrato, abandono).

MARCO NORMATIVO

Marco Normativo Internacional

1. Primera Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, Viena, 1982.

Se elaboró el Plan de Acción Internacional Sobre el Envejecimiento, Documento en el cual se invoca a la comunidad internacional a que trabaje sus propuestas de desarrollo sostenible, considerando las tendencias demográficas y los cambios en la estructura de la pirámide población.

2. Convención de Ginebra 1982.

Aprobó los derechos básicos de los Adultos Mayores.

3. Protocolo adicional a la Convención Americana Sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “Protocolo de San Salvador” (adoptando en San Salvador, El Salvador, el 17 de Noviembre de 1988. Artículo 17: Protección a los Ancianos. Toda persona tiene derecho a protección especial durante su ancianidad. Los estados partes se comprometen a adoptar las medidas necesarias a fin de llevar este derecho a la práctica y otros: “Proporcionar instalaciones adecuadas, así como alimentación y atención médica especializada, a las personas de edad avanzada que carezcan de ella y no se encuentren en condiciones de proporcionárselas por sí mismas”.

4. Asamblea General de las Naciones Unidas, 14 de Diciembre de 1990.

Designo el primero de octubre “Día Internacional de las Personas de Edad”, (Resolución 45/ 106).

5. Asamblea General de las Naciones Unidas, Resolución 46/91, 16 de Diciembre 1991.

En esta se adoptaron los Principios a favor de las Personas de Edad, exhortando a los gobiernos a que incorporasen dichos principios en sus programas nacionales.

6. Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento del 2002.

Concluye en que los gobiernos busquen eliminar las desigualdades económicas y sociales en función de la edad, género y otros aspectos desarrollando y reforzando la asistencia sanitaria primaria y fortaleciendo los servicios sociales primarios y a largo plazo.

7. Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento, Santiago de Chile Noviembre 2003.

Fue enfocada a que los países de América Latina y El Caribe, participantes en la conferencia trabajaran una “Estrategia Regional de Implementación Para América Latina y El Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid Sobre El Envejecimiento”.

8. Convención Interamericana para los Derechos de las Personas Mayores (OEA) 28 de octubre de 2010.

Representantes de los Estados Miembros de la Organización de los Estados Americanos (OEA) y expertos en el tema de los derechos humanos y las personas adultas mayores en Washington, DC, discutió la viabilidad de crear una convención que proteja y promueva aún más los derechos de las personas mayores.

9. Declaración Universal de los Derechos Humanos (Art. 25 numeral 1);

Establece que la persona adulta mayor está amparada como ser humano igual en derechos a todos los demás integrantes de la sociedad.

Marco Normativo Nacional

1. Constitución de la República.

En su Artículo 1. “reconoce a la persona humana como el origen y el fin de la actividad del Estado y que es obligación de éste, entre otras, asegurar a sus habitantes el goce de la salud. En el artículo 65 establece que la salud es un bien público y que tanto el Estado como las personas están obligadas a velar por su conservación y restablecimiento.

Establece además que dentro de su rol subsidiario, “una de las responsabilidades prioritarias del Estado es la atención a grupos vulnerables: niños en situación de riesgo y de exclusión social, personas con discapacidad y de la tercera edad.”

2. Código de Salud.

En la sección cuarenta y cinco, en los Artículos 200 y 202 establece la responsabilidad para que el Ministerio de Salud de conformidad con sus recursos, y las normas respectivas dará asistencia al anciano y al inválido indigente y coordinará las actividades correspondientes de los organismos públicos, privados, nacionales e internacionales.

3. Código de Familia.

En su Artículo 391: establece que la protección de las personas adultas mayores comprenderá especialmente los aspectos físico, gerontológico, geriátrico, psicológico, moral, social y jurídico. Considera aspectos esenciales de la protección integral de las personas adultas mayores el afecto, respeto, consideración, tolerancia, atención y cuidados personales, el ambiente apropiado, tranquilo y los esparcimientos adecuados.

Además, en el Artículo 398 declara que la protección integral de la familia y personas de la tercera edad, a cargo del Estado se hará a través de un conjunto de acciones gubernamentales y no gubernamentales con la participación de la comunidad y el apoyo

de los organismos internacionales para garantizar la satisfacción de las necesidades básicas.

4. Política Nacional de Atención a la Persona Adulta Mayor

Apoya a las personas mayores a llevar una vida independiente en el contexto de sus familias y comunidad, objetivo que permite desarrollar estrategias y áreas de intervención orientadas a la promoción de la salud intersectorial e interdisciplinaria, diseñar planes de acción con el enfoque preventivo e impulsar programas que prioricen la cobertura de las personas mayor.

5. Ley Contra la Violencia Intrafamiliar, Ley Especial

Ley Especial, cuyo fin es proteger a las víctimas de violencia en las relaciones de pareja, de niños y niñas, adolescentes, personas adultas mayores y personas con discapacidad.

6. Política Nacional y Ley de Equiparación de Oportunidades para las Personas con Discapacidad.

Cuyo propósito es establecer el régimen de equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad.

7. Ley de Atención Integral para la Persona Adulta Mayor (2002).

Artículo 1 La Ley tiene como objeto garantizar y asegurar una atención integral para la protección de las personas adultas mayores y contribuir al fortalecimiento e integración de la familia.

También plantea que la familia tendrá la responsabilidad primaria de atención y el estado estará obligado a brindar apoyo a través de las instancias pertinentes. En el capítulo 2, establece mecanismos de organización y funcionamiento del Consejo Nacional de atención Integral a los programas de adulto mayor.

En el capítulo 4 se da la responsabilidad de brindar servicios médicos integrales con atención Geronto-geriátrica; menciona además, que las personas adultas mayores deben recibir oportuna y eficazmente todas las formas de tratamiento que necesiten con miras a prevenir complicaciones y deficiencias funcionales, nutricionales, restablecer la salud, y a rehabilitar las deficiencias y discapacidades que hayan podido producirse.

8. Norma de Atención Integral en Salud Mental,

En la sección de promoción de salud, refiere que los proveedores de salud realizarán acciones de orientación preventivas con énfasis en la educación al adulto mayor, para generar estilos de vida saludables.

9. Norma para atención integral de la persona en el ciclo de vida.

Establece las directrices para la prestación de servicios de salud a las personas adultas mayores y sus cuidadores y para el fomento de la organización y participación comunitaria para identificación de problemas de salud, facilitar el desarrollo y seguimiento de las acciones integrales de salud y grupos de autoayuda para la atención al adulto mayor.

10. Norma de atención integral e integrada de todas las formas de violencia

Establece las disposiciones en las Redes Integrales e Integradas de Salud (RIISS), para la atención a todos los tipos de violencia en el ciclo de vida, incluyendo acciones de promoción de estilos de vida no violentos y prevención de la violencia; detección, atención, rehabilitación integral de las personas afectadas por la violencia; enmarcado en el enfoque de género y riesgo.

11. Lineamientos Técnicos para la Atención Integral en Salud Para las Personas Afectadas por Violencia.

12. Ley Especial Integral para una Vida Libre de Violencia para las Mujeres

13. Ley de Igualdad, Equidad y Erradicación de la Discriminación contra las Mujeres.

MODELO DE ATENCION INTEGRAL A LA PERSONA ADULTA MAYOR

DESCRIPCION DEL MODELO:

El modelo de atención integral a la persona mayor tiene como propósito proveer servicios de salud pertinentes de calidad, brindados **con calidez** por el personal de salud, a través de la ejecución de acciones de promoción de entornos favorables para el envejecimiento activo y saludable, por medio de una atención integral, multi e interdisciplinaria que incluye la promoción de salud, la atención a enfermedades prevalentes en esta etapa de la vida, la prevención de complicaciones y sus discapacidades y la rehabilitación.

El Modelo toma en consideración las características propias de las personas adultas mayores, relacionadas con el modo de enfermar, la coexistencia de múltiples patologías, la presentación atípica de la enfermedad, la alta incidencia de complicaciones que derivan tanto de la propia enfermedad como de los tratamientos empleados, la tendencia a la cronicidad, la asociación de deterioro funcional y la importancia de los factores ambientales y sociales en la recuperación. 'Las diferencias y desigualdades de género son una de las principales causas de la desigualdad en la salud y la atención de la salud. Reconociendo la importancia de tomar en cuenta el tema de género tanto para reducir las desigualdades en la salud como incrementar la eficiencia y eficacia de los servicios de atención de la salud.

En la implementación del Modelo se incluyen instrumentos para la Valoración Geriátrica, que permiten evaluar las condiciones de salud física y mental de las personas adultas mayores. Incluye además un conjunto de intervenciones centradas en la persona, familia y comunidad que pretenden contribuir efectivamente a mejorar la calidad de vida, y conservar y restablecer de manera integral la salud de la población de personas adultas mayores.

En El Salvador se considera que el mejor indicador de salud en la población adulta mayor, es la capacidad funcional. La posición planteada a través del modelo de atención integral confirma lo expuesto por la Organización Panamericana de Salud la cual define a un adulto mayor funcionalmente sano como aquel capaz de enfrentar este proceso de cambio con un nivel adecuado de adaptación funcional y personal (resiliencia). Con el objetivo de construir un mundo favorable para las personas mayores y dentro del marco del envejecimiento saludable, se requiere transformar los sistemas de salud a la prestación de cuidados integrales centrado en las necesidades.

ENFOQUES DEL MODELO DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD

PARA LA PERSONA ADULTA MAYOR:

1. Derechos Humanos
2. Protección e inclusión social
3. Equidad de Genero
4. Integral/integrado
5. **Centrado en la persona**, familia y Comunidad
6. Continuo de la Atención

PRINCIPIOS QUE RIGEN EL MODELO:

Universalidad: Implica que el ejercicio pleno al Derecho a la Salud debe ser garantizado a toda la población, mejorando las condiciones y calidad de vida, atendiendo de forma integral las necesidades en materia sanitaria, siendo uno de las bases del sistema. Ello conlleva a la construcción de un sistema de acceso universal, eliminándose las barreras económicas, geográficas, de género, étnicas, socioculturales y de cualquier otro tipo, para alcanzar la mayor cobertura del sistema público de salud, reorientando los servicios hacia la promoción y la prevención.

Accesibilidad: Es la posibilidad que tiene la población de recibir atención de salud en los establecimientos de salud de la red. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas: no discriminación; accesibilidad física; accesibilidad económica (asequibilidad) y acceso a la información.

Equidad : Todas las personas deben disfrutar de igualdad de oportunidades para desarrollar y mantener su salud, a través del acceso a todos los recursos del sistema y de su participación en los procesos de formulación de Políticas de salud (investigación, prioridades, planificación, implementación, evaluación), además implica la ausencia de diferencias en el acceso a servicios y precondiciones esenciales para iguales necesidades en salud (equidad horizontal), y aumento en el acceso u otros recursos para grupos poblacionales definidos en el aspecto social, demográfico o geográfico, con mayores necesidades de salud.

Igualdad: se debe dar el mismo trato a todas las personas que se encuentran en la misma situación, y a la inversa, debe darse un trato distinto y adecuado a cada circunstancia a las personas que se encuentren en situaciones distintas.

Integralidad: De acuerdo con este principio, las prestaciones que brinda el sistema de salud deben ser acordes con las necesidades y no deben ser solo invalidez, vejez, muerte, enfermedad y maternidad, sino que debe tener un crecimiento constante tendiente a detectar las diferentes necesidades sociales para acudir a su protección.

Calidad: La OMS define la calidad, a nivel general, como "el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos, y la máxima satisfacción del paciente con el proceso".

Calidez: se refiere a uno de los valores personales del individuo, sinónimo de cordialidad y afecto humano en el sentido de "calor humano", es uno de los valores personales que brinda comodidad en las relaciones sociales y abre las puertas al bienestar interior del individuo y de su entorno social.

Corresponsabilidad: Es la responsabilidad en educación y salud que tienen los integrantes de las familias beneficiarias y que se comprometen a cumplir.

Ética: La ética está vinculada con la moral que rige el obrar correcto. La ética está marcada por normas que son la base para diferenciar entre el bien y el mal, uno de los temas filosóficos por excelencia.

Respeto: Es la consideración especial que se le tiene a alguien o incluso a algo, al que se le reconoce valor social o especial diferencia.

Solidaridad: En una colectividad o grupo social, es la capacidad de actuación unitaria de sus miembros, para lograr un alto grado de integración y estabilidad interna; es la adhesión ilimitada y total a una causa, situación o circunstancia, que implica asumir y compartir por ella beneficios y riesgos. Refiere a la convicción permanente de colaborar con el bien común, mediante la unión de intereses, propósitos y afinidades entre los miembros de la sociedad,

para mejorar las condiciones de vida y bienestar colectivos. Es parte del reconocimiento de las asimetrías, y opera en sentido inverso para compensarlas.

No discriminación: El principio de no discriminación procura garantizar el ejercicio de los derechos sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición, por ejemplo, discapacidad, edad, estado civil y familiar, orientación e identidad sexual, estado de salud, lugar de residencia y situación económica y social.

Disponibilidad: se hace referencia a la posibilidad de que algo, un producto o un servicio, esté disponible de ser realizado, encontrado o utilizado cuando se le necesita.

Aceptabilidad: Es la aceptación de pacientes y familiares con las expectativas que tenían sobre la atención médica solicitada y obtenida.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Establecer directrices para el desarrollo de acciones multidisciplinarias de atención integral a las necesidades de salud de las personas adultas mayores con un enfoque biológico, psicológico, funcional y social; fomentando la participación y la articulación interinstitucional e intersectorial **y respetando la autonomía de las personas adultas mayores.**

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Definir líneas de acción para el desarrollo de actividades para la formación o fortalecimiento del personal en la Atención **Geronto-Geriátrica.**
- Definir estrategias para promover la participación y la articulación interinstitucional e intersectorial en el abordaje integral a las personas adultas mayores.
- Asegurar la aplicación de los Instrumentos técnicos Jurídicos que norman la

AMBITO DE APLICACIÓN:

Este modelo se implementará en todos los establecimientos que conforman las Redes Integrales e Integradas.

COMPONENTES DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA LA PERSONA ADULTA MAYOR

- I. Promoción y educación para un envejecimiento activo y saludable.
- II. Aseguramiento de la calidad de atención
- III. Coordinación y articulación interinstitucional e intersectorial
- IV. Fortalecimiento de la atención en la rehabilitación Geriátrica.
- V. Formación del recurso humano e investigación.

LINEAS DE ACCION POR COMPONENTES DEL MODELO DE ATENCIÓN

Promoción y educación para un envejecimiento activo y saludable

Líneas de acción.

- ☐ Promoción de autocuidado y estilos de vida saludable.
- ☐ Evaluación y Educación nutricional.
- ☐ Fomento de la actividad física.
- ☐ Promoción **de la protección** y prevención del maltrato al adulto mayor.
- ☐ Inmunización.
- ☐ Organización y funcionamiento de Club del Adulto Mayor y Cuidadores.

1. **Aseguramiento de la calidad de atención**

Líneas de acción

- ▣ Atención Integral en Salud en la Persona Adulta Mayor.
- ▣ Aplicación de la Valoración Geriátrica.
- ▣ Valoración del funcionamiento familiar y apoyo social-comunitario.
- ▣ Atención geriátrica en los Hospitales de la RISS.
- ▣ Capacitación continua del personal para la atención integral en salud de la persona adulta mayor.
- ▣ Atención de personas mayores en situación de riesgo y/o empeoramiento de su salud (incluir en atención integral)
- ▣ Programas de soporte al cuidador principal/familiar.
- ▣ Coordinación con la red especializada para derivación o interconsulta especializada.
- ▣ Atención en el proceso y finalización de la vida.
- ▣ Detección y atención de personas adultas mayores en situación de maltrato físico, negligencia o abandono.
- ▣ Atención a la Salud Sexual de las Personas Adultas Mayores

2. **Fortalecimiento de la atención en rehabilitación Geriátrica.**

Líneas de acción

- ▣ Principios de la rehabilitación Geriátrica.
- ▣ Evaluación especializada a la persona adulta mayor con algún grado de discapacidad para evitar la dependencia y/o mejorar su calidad de vida.
- ▣ Promoción de la Rehabilitación Basada en la Comunidad con involucramiento de la familia y de la propia persona adulta mayor.
- ▣ Promoción de espacios de rehabilitación para las personas adultas mayores en los establecimientos de salud.

3. **Coordinación y articulación interinstitucional e intersectorial**

Líneas de acción

- ▣ Promover la conformación de Redes Comunitarias de apoyo para la atención integral de las personas adultas mayores.
- ▣ Promover la inclusión de la atención integral de las personas adultas mayores en las Redes Territoriales.
- ▣ Promover la articulación interinstitucional e intersectorial en la Atención integral de las personas adultas mayores.

4. **Formación del recurso humano e investigación.**

Líneas de acción.

- ▣ **Fortalecimiento del** recurso humano técnico y auxiliar orientado al manejo de población adulta mayor, dependiente, con enfermedad mental o con algún tipo de discapacidad permanente.
- ▣ **Gestión para la incorporación de los temas de Geronto-Geriatría** en la currícula de las instituciones formadoras de profesionales de salud en el pregrado y postgrado.
- ▣ Formación de promotores en envejecimiento activo, con énfasis actividad física.
- ▣ Estrategias de capacitación, **soporte social** y afectivo, dirigidas a las familias y cuidadores de personas adultas mayores.
- ▣ Investigación en temas de Geronto-Geriatría. Envejecimiento y vejez.

CONDICIONES NECESARIAS PARA LA IMPLEMENTACION DEL MODELO:

- ▣ Capacidad instalada para la atención de pacientes geriátricos en todos los niveles de atención (Infraestructura, equipamiento, recurso humano, insumos médicos y no médicos).
- ▣ Compromiso institucional y de los prestadores de servicios de salud.
- ▣ Actualización de Instrumentos técnicos Jurídicos que norman la atención en salud de la persona adulta mayor.

PROVISION DE SERVICIOS DE SALUD EN EL MARCO DE UN MODELO DE ATENCION

INTEGRAL DIRIGIDO A PERSONAS MAYORES

Atención Hospitalaria:

- ▣ Creación de condiciones para la Atención Geriátrica en Hospitales Regionales y Hospital de Referencia Nacional.
- ▣ Equipos Multidisciplinarios e interdisciplinarios para la Atención Geriátrica y Gerontológica a nivel hospitalario. (Geriatra o Médico Internista, Enfermera, Nutricionista, Fisiatra o Fisioterapista, Psicólogo /a, Trabajador/a Social, personal técnico y auxiliar).
- ▣ Personal hospitalario de los servicios de Emergencia y Consulta Externa capacitados para la evaluación del paciente geriátrico.
- ▣ Geriatrización de los espacios de atención a personas adultas mayores (eliminación de barreras arquitectónicas, adecuación de espacios físicos para la atención directa, sensibilización y tecnificación de los recursos humanos).

Atención Ambulatoria:

- ▣ Consulta externa de Geriatría en los Hospitales Regionales y en el Hospital de Referencia Nacional (HNR).
- ▣ Servicios de Rehabilitación para personas adultas mayores funcionando en el Primer Nivel de Atención, Hospitales Regionales y Departamentales.
- ▣ Fortalecimiento de capacidades técnicas de los Equipos Comunitarios de Salud Familiar y Especializados para la Atención Geriátrica y Gerontológica.
- ▣ Implementación de Estrategias para la promoción del envejecimiento activo con participación comunitaria

MONITOREO Y EVALUACIÓN

- ▣ Para conocer los resultados del programa se desarrollarán acciones de monitoreo y evaluación en el Nivel Central, Nivel SIBASI y Nivel Local.
- ▣ Se debe de garantizar los servicios y la atención medica de una manera evidenciada en el cumplimiento de las metas en la atención del adulto mayor.
- ▣ Al personal de salud se les monitoreara el cumplimiento y aplicabilidad de los documentos regulatorios, los planes de capacitación al personal de salud y los planes de promoción así mismo el cumplimiento de las actividades y acciones encaminadas a la prevención y reducción de factores de riesgo.
- ▣ Todo personal de salud que atienda a personas adultas mayores y tenga conocimiento de que esta persona debe de estar con el especialista debe de emprender la referencia y contra referencia en los casos que lo ameriten, **su seguimiento posterior y los controles necesarios para la recuperación de la salud.**
- ▣ Las coordinaciones a nivel intersectorial e interinstitucionalidad debe de funcionar de manera que sea integral, oportuna y eficaz.
- ▣ Se Han establecido Indicadores para dar seguimiento y evaluación a las acciones de atención integral a las personas adultas mayores

GLOSARIO

Autonomía: Grado en que una persona puede tomar sus propias decisiones, asumir las responsabilidades y reorientar las acciones.

Capacidad Funcional: Facultad presente en una persona, para realizar las actividades de la vida diaria, con o sin ayuda, con o sin supervisión.

Capacidad Resolutiva: Es la capacidad que tiene un establecimiento de salud para responder de manera integral y oportuna a una demanda de atención por un problema de salud, es decir, contar con los recursos físicos y humanos debidamente calificados, para diagnosticar y tratar adecuadamente un determinado grado de complejidad del daño en la persona. La capacidad resolutiva se expresa en la cartera de servicios del establecimiento.

Curso de Vida: Remite a la aparición, desarrollo y finalización de la funcionalidad de un determinado elemento. En términos biológicos del ser humano, la OMS lo define como el fenómeno de transición de la concepción a la muerte.

Continuidad de la Atención: Se define como la seguridad que ofrece la red de establecimientos de salud de brindar atención de salud al paciente en todas las fases de dicha prestación. Considerando en la atención acciones promocionales, preventivas, curativas y de rehabilitación, durante todo el ciclo vital

Consejería en Salud: Es la atención sistemática, individual o grupal, que reconoce al usuario el papel de protagonista o conductor de la adopción de conductas saludables, actuando el profesional como facilitador del proceso de toma de conciencia, decisión y actuación de la persona.

Cuidados Paliativos: Enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales

Discapacidad: Es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación.

Envejecimiento: Proceso fisiológico que ocasiona cambios (positivos, negativos o neutros), característicos durante todo el ciclo de vida, considerado normal y que ocurre en todos los seres vivos, comienza desde el nacimiento y se acentúa en los últimos años, no es uniforme y es diferente de un individuo a otro.

Envejecimiento Activo: Concepto introducido por OPS a finales del siglo XX para hacer referencia al proceso en el que se optimizan las oportunidades de bienestar físico, mental y social, durante toda la vida de la persona con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y calidad de vida en la vejez.

Envejecimiento Poblacional: Término demográfico, se refiere a un cambio en la estructura por edades en la población, desde la estructura del antiguo régimen demográfico previo a la transición demográfica, con grupos numerosos de población en edades infantiles y juveniles y un escaso número de población en los grupos de edades maduras y longevas; a una nueva estructura, donde crecen los grupos de edades maduras y longevas manteniéndose o disminuyendo los grupos de menor edad.

Fragilidad del Adulto Mayor: síndrome fisiológico caracterizado por una disminución de reservas y de resistencia a agentes estresantes, resultando una suma de deterioros de sistemas fisiológicos y produciendo vulnerabilidad.

Geriatría: Especialidad médica dedicada al estudio de la prevención, promoción, diagnóstico y tratamiento, rehabilitación de la salud de las personas de 60 años a más.

Gerontología: Ciencia dedicada al estudio de los diferentes aspectos (sociales, culturales, económicos) del envejecimiento de una población.

Limitación de la actividad: son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales.

Modelo de Atención Integral: Conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige - más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados - a las personas, consideradas en su integridad física y mental y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familia, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural.

Participación Comunitaria en Salud: Es la articulación de esfuerzos a nivel local entre el personal de salud y las organizaciones comunitarias para un trabajo conjunto de gestión de los objetivos sanitarios.

Participación Social: Es un proceso social que involucra a varios actores para trabajar de manera colaborativa en pos de un mismo fin, para tener acceso colectivo a la toma de decisiones.

Persona Adulta Mayor: Término utilizado para hacer referencia a las personas mayores de 60 años en países en vías de desarrollo y de 65 años en países desarrollados.

Polifarmacia: Uso concomitante de tres o más medicamentos.

Resiliencia: Capacidad del ser humano de reponerse a adversidades de cualquier índole.

Valoración Geriátrica Integral: proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario, diseñado para identificar y cuantificar los problemas físicos, funcionales, psíquicos y sociales que pueda presentar el anciano, con el objeto de desarrollar un plan de tratamiento y seguimiento de dichos problemas así como la óptima utilización de recursos para afrontarlos.

Vejez: Etapa del ciclo vital, mayores de 70 años, en la que se producen gradualmente modificaciones morfológicas, funcionales, psíquicas y sociales; que pueden disminuir la capacidad de respuesta de la persona frente a los cambios del entorno.

Validismo: refleja la capacidad de las personas para llevar a cabo o no por si mismas las actividades básicas de la vida diaria, así como la necesidad de apoyo y supervisión para su realización.

BIBLIOGRAFÍA

- ▶ Política nacional de Atención a la Persona de la Tercera Edad, 1998.
- ▶ Política Nacional de Atención a la Persona Adulta Mayor, 2001.
- ▶ Constitución Política de El Salvador.
- ▶ Código de Salud,
- ▶ Proyecciones Estadísticas de la Población de El Salvador,1995-2025 Dirección General de Estadística y Censos, DIGESTYC, 1996.
- ▶ Propuesta Plan Nacional de Atención Integral en Salud.
- ▶ Directrices Técnicas Nacionales de Atención Integral en Salud del Adulto Mayor, 2001.
- ▶ Manual Administrativo, Sistema Básico de Salud Integral (SIBASI) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. San Salvador, septiembre 2001.
- ▶ Envejecimiento. Un reto adicional. Apuntes para su estudio en América Latina. Alfonso, J. y Mena, M. (1999).
- ▶ Salud, cambio social y político. México: Edame. M. Bronfman y R. Castro (Comps.):.
- ▶ Modelos de atención gerontológico. Morales, P., Rodríguez, R. y Morales, J. (2000).
- ▶ En R. Rodríguez, J. Morales, Z. Trujillo, J. Encinas y C. D,Hyver (Eds.): Geriatria. México: McGraw-Hill Interamericana.
- ▶ Los ancianos y las políticas de servicio en América Latina y el Caribe. Tapia, J. (1994).
- ▶ La atención de los ancianos, un desafío para los años 90. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. E. Anzola, D. Galinsky, F. Morales, A. Salas y M. Sánchez (Eds.):
- ▶ Informe mundial envejecimiento 2015 OMS
- ▶ Libro Modelos de Atención Gerontológica (web)
- ▶ Estimación y Proyección de Población 2005-2050, DIGESTYC
- ▶ Las tendencias demográficas de la PAM 25.06.2011

ANEXOS

INDICADORES GENERALES DEL MODELO

INDICADOR	CONSTRUCCIÓN	FUENTE	PERIODICIDAD
Tasa de mortalidad de adultos mayores	$\frac{\text{\# de muertes en personas de 60 años y más}}{\text{Población total de 60 años y más}} \times 100,000 \text{ AM}$	Sistema de Morbi-Mortalidad en línea (SIMMOW)	Anual
Tasa de mortalidad específica por Diabetes Mellitus en personas adultas mayores (I10)	$\frac{\text{\# de muertes por Diabetes Mellitus en el grupo de personas de 60 años y más}}{\text{Población total de 60 años y más}} \times 100,000 \text{ AM}$	Sistema de Morbi-Mortalidad en línea (SIMMOW)	Anual
Tasa de mortalidad específica por Hipertensión Arterial en personas adultas mayores (I10)	$\frac{\text{\# de muertes por Hipertensión Arterial en el grupo de personas de 60 años y más}}{\text{Población total de 60 años y más}} \times 100,000 \text{ AM}$	Sistema de Morbi-Mortalidad en línea (SIMMOW)	Anual
Tasa de mortalidad específica por Insuficiencia Renal Crónica en personas adultas mayores (N18.0-N18.9)	$\frac{\text{\# de muertes por Insuficiencia Renal Crónica en el grupo de personas de 60 años y más}}{\text{Población total de 60 años y más}} \times 100,000 \text{ AM}$	Sistema de Morbi-Mortalidad en línea (SIMMOW)	Anual
Porcentaje de Personas Adultas Mayores detectadas y Atendidas por Maltrato.	$\frac{\text{Número de Personas Adultas Mayores detectas y Atendidas por Maltrato}}{\text{Total de Personas Adultas Mayores detectadas en situación de Maltrato}} \times 100 \text{ AM}$	-SIMMOW -Hoja de Tamizaje para la detección de violencia	Semestral Anual

INDICADORES DE SALUD NUTRICIONAL

INDICADOR	CONSTRUCCIÓN	FUENTE	PERIODICIDAD
Porcentaje de personas adultas mayores con desnutrición	<u>Número de personas de 60 años con desnutrición</u> Población total de 60 años y mas.	(SIMMOW)	Trimestral Semestral anual
Porcentaje de personas adultas mayores con sobrepeso	<u>Número de personas de 60 años con sobrepeso</u> Población total de 60 años y más	(SIMMOW)	Trimestral Semestral anual
Porcentaje de personas adultas mayores con obesidad	<u>Número de personas de 60 años y mas con obesidad</u> Población total de 60 años y más	(SIMMOW)	Trimestral Semestral anual

INDICADORES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

INDICADOR	CONSTRUCCIÓN	FUENTE	PERIODICIDAD
Numero de clubes organizados	$\frac{\# \text{ de clubes organizados y activos}}{\text{Total de clubes organizados}} \times 100$	Sistema de Producción	Anual
Cobertura con vacuna influenza en personas adultas mayores	$\frac{\text{Número de personas adultas mayores que recibieron dosis de vacuna contra influenza}}{100} \times \text{Población total de 60 años y más}$	Sistema Nacional de Registro de Vacunas	Anual
Cobertura con vacuna dT en personas adultas mayores	$\frac{\text{Número de personas adultas mayores que recibieron dosis de vacuna dT}}{100,000} \times \text{Población total de 60 años y más}$	Sistema Nacional de Registro de Vacunas	Anual
Cobertura con vacuna Neumococo 13 Valente o Neumococo 23 Valente en personas adultas mayores	$\frac{\text{Número de dosis de vacuna Neumococo 13 valente o 23 valente aplicadas a personas de 60 años y más}}{\text{Población total de 60 años y más}} \times 100$	Sistema Nacional de Registro de Vacunas	Anual

EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD)¹ ÍNDICE DE KATZ MODIFICADO

Información obtenida:		Actividad	Guía para evaluación I = 2 A = 1 D = 0
Paciente	Informante		
I A D Puntuación :	I A D Puntuación :	Bañarse	I = Se baña completamente sin ayuda, o recibe ayuda sólo para una parte del cuerpo, por ejemplo: la espalda. A = Necesita ayuda para más de una parte del cuerpo, para entrar o salir de la bañera. D = Completamente incapaz para darse un baño por sí mismo.
I A D Puntuación :	I A D Puntuación :	Vestirse	I = Capaz de escoger ropa, vestirse/desvestirse, manejar cinturones/sujetadores; excluido el atarse los zapatos. A = Necesita ayuda pues solo está parcialmente vestido. D = Completamente incapaz de vestirse/desvestirse por sí mismo.
I A D Puntuación :	I A D Puntuación :	Apariencia Personal	I = Capaz de peinarse, afeitarse sin ayuda A = Necesita ayuda para peinarse, afeitarse D = Completamente incapaz de cuidar su apariencia
I A D Puntuación :	I A D Puntuación :	Usar el inodoro	I = Capaz de ir al inodoro, sentarse y pararse, ajustar su ropa, limpiar órganos de excreción; usa orinal solo por la noche. A = Recibe ayuda para acceder a y usar el inodoro; usa orinal regularmente. D = Completamente incapaz de usar el inodoro.
I A D Puntuación :	I A D Puntuación :	Continencia	I = micción/defecación autocontrolados. A = Incontinencia fecal/urinaria parcial o total, o control mediante enemas, catéteres, uso regulado de orinales. D = Usa catéter o colostomía.
I A D Puntuación :	I A D Puntuación :	Trasladarse	I = Capaz de acostarse/sentarse y levantarse de la cama/silla sin asistencia humana o mecánica A = Necesita ayuda humana o mecánica. D = Completamente incapaz de trasladarse; necesita ser levantado.
I A D Puntuación :	I A D Puntuación :	Caminar	I = Capaz de caminar sin ayuda excepto por bastón. A = Necesita asistencia humana/andador, muletas D = Completamente incapaz de caminar; necesita ser levantado.
I A D Puntuación :	I A D Puntuación :	Alimentarse	I = Capaz de alimentarse completamente a sí mismo. A = Necesita ayuda para cortar o untar el pan, etc. D = Completamente incapaz de alimentarse a sí mismo o necesita alimentación parenteral.
Total:	Total:		

Códigos: I = independiente A = requiere asistencia D = dependiente

¹ Traducido y adaptado con permiso de Modules in Clinical Geriatrics by Blue Cross and Blue Shield Association and the American Geriatrics Society.

EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD)¹
ESCALA DE LAWTON

Información obtenida de:		Actividad	Guía para evaluación I = 2 A = 1 D = 0
Paciente	Informante		
I A D Puntuación :	I A D Puntuación :	Capacidad para usar el teléfono	I = Utiliza el teléfono por iniciativa propia y es capaz de marcar los números y completar una llamada. A = Es capaz de contestar el teléfono o de llamar a la operadora en caso de emergencia, pero necesita ayuda en marcar los números. D = Totalmente incapacitado para realizar una llamada por teléfono por sí mismo.
I A D Puntuación :	I A D Puntuación :	Uso de medios de transporte	I = Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su propio auto. A = Sólo viaja si lo acompaña alguien. D = No puede viajar en absoluto.
I A D Puntuación :	I A D Puntuación :	Ir de compras	I = Realiza todas las compras con independencia. A = Necesita compañía para realizar cualquier compra. D = Totalmente incapaz de ir de compras.
I A D Puntuación :	I A D Puntuación :	Preparación de la comida	I = Organiza, prepara y sirve las comidas adecuadamente y con independencia. A = Calienta, sirve y prepara comidas ligeras, pero no puede mantener una dieta adecuada sin ayuda. D = Necesita que le preparen y sirvan las comidas.
I A D Puntuación :	I A D Puntuación :	Control de sus medicamentos	I = Es capaz de tomar su medicación en el horario y dosis correcta. A = Toma su medicación si alguien se lo recuerda y le prepara la dosis. D = No es capaz de administrarse su medicación.
I A D Puntuación :	I A D Puntuación :	Manejo de sus asuntos económicos	I = Maneja los asuntos económicos con independencia. A = Realiza los gastos cotidianos pero necesita ayuda para manejar su cuenta de banco y hacer grandes compras, etcétera. D = Incapaz de manejar su dinero.
Total:	Total:		

Códigos: I = independiente A = requiere asistencia D = dependiente

¹ Traducido y adaptado con permiso de Modules in Clinical Geriatrics by Blue Cross and Blue Shield Association and the American Geriatrics Society.

ESCALA DE TINETTI MODIFICADA1

EVALUACION DEL EQUILIBRIO

Silla: Coloque una silla dura y sin brazos contra la pared. Dé instrucciones al paciente para las siguientes maniobras.

1. Al sentarse:

0 = incapaz sin ayuda o se colapsa sobre la silla o cae fuera del centro de la silla.

1 = capaz y no cumple los criterios para 0 ó 2.

2 = se sienta mediante movimientos fluidos y seguros y termina con los glúteos tocando el respaldo de la silla y los muslos en el centro de la silla.

2. Equilibrio mientras está sentado:

0 = incapaz de mantener su posición (se desliza marcadamente hacia el frente o se inclina hacia el frente o hacia el lado).

1 = se inclina levemente o aumenta levemente la distancia entre los glúteos y el respaldo de la silla.

2 = firme, seguro, erguido.

3. Al levantarse:

0 = incapaz sin ayuda o pierde el balance o requiere más de 3 intentos.

1 = capaz, pero requiere 3 intentos.

2 = capaz en 2 intentos o menos.

4. Equilibrio inmediato al ponerse de pié (primeros 5 seg):

0 = inestable, se tambalea, mueve los pies, marcado balanceo del tronco, se apoya en objetos.

1 = estable, pero usa andador o bastón, o se tambalea levemente pero se recupera sin apoyarse en un objeto.

2 = estable sin andador, bastón u otro soporte.

De Pié: ver ilustraciones de posiciones específicas de los pies en la siguiente página.

5. Equilibrio con pies lado a lado:

0 = incapaz o inestable o sólo se mantiene ≤ 3 segundos.

1 = capaz, pero usa andador, bastón, u otro soporte o sólo se mantiene por 4 – 9 segundos.

2 = base de sustentación estrecha, sin soporte, por 10 segundos.

Tiempo: ____ , ____ segundos.

6. Prueba del Tirón (el paciente en la posición máxima obtenida en # 5; el examinador parado detrás de la persona, tira ligeramente hacia atrás por la cintura):

0 = comienza a caerse.

1 = da más de 2 pasos hacia atrás.

2 = menos de 2 pasos hacia atrás y firme.

7. Se para con la pierna derecha sin apoyo:

0 = incapaz o se apoya en objetos de soporte o capaz por < 3 segundos.

1 = capaz por 3 ó 4 segundos.

2 = capaz por 5 segundos.

Tiempo: ____ , ____ segundos

8. Se para con la pierna izquierda sin apoyo:

0 = incapaz o se apoya en objetos de soporte o capaz por < 3 segundos.

1 = capaz por 3 ó 4 segundos.

2 = capaz por 5 segundos.

Tiempo: __ __, __ segundos

9. Posición Semi-tándem:

0 = incapaz de pararse con la mitad de un pie frente al otro (ambos pies tocándose) o comienza a caerse o se mantiene ≤ 3 segundos.

1 = capaz de mantenerse 4 a 9 segundos.

2 = capaz de mantener la posición semi-tándem por 10 segundos.

Tiempo: __ __, __ segundos

10. Posición Tándem:

0 = incapaz de pararse con un pie frente al otro o comienza a caerse o se mantiene por ≤ 3 segundos.

1 = capaz de mantenerse 4 a 9 segundos.

0 = capaz de mantener la posición tándem por 10 segundos.

Tiempo: __ __, __ segundos

11. Se agacha (para recoger un objeto del piso):

0 = incapaz o se tambalea.

1 = capaz, pero requiere más de un intento para enderezarse.

2 = capaz y firme.

12. Se para en puntillas:

0 = incapaz.

1 = capaz pero por < 3 segundos.

2 = capaz por 3 segundos.

Tiempo: __ __, __ segundos

13. Se para en los talones:

0 = incapaz.

1 = capaz pero por < 3 segundos.

2 = capaz por 3 segundos.

Tiempo: __ __, __ segundos



Pies lado a lado



Posición Semi-tándem



Posición Tándem

EVALUACIÓN DE LA MARCHA

INSTRUCCIONES: La persona se para junto al examinador, camina por el pasillo o habitación (mida 3 metros), da la vuelta y regresa por el mismo camino usando sus ayudas habituales para la marcha, como el bastón o andador. El piso debe ser plano, no alfombrado y sin irregularidades.

Anote el tipo de piso: ---linóleo/cerámica ---madera ---cemento/concreto ---otro: _____

1. Inicio de la marcha (Inmediatamente después de decirle “camine”) :

0 = cualquier vacilación o múltiples intentos para comenzar.

1 = sin vacilación.

2. Trayectoria (estimada en relación a la cinta métrica colocada en el piso), Inicia la observación de la desviación del pie más cercano a la cinta métrica cuando termina los primeros 30 centímetros y finaliza cuando llega a los últimos 30 centímetros.

0 = marcada desviación.

1 = moderada o leve desviación o utiliza ayudas.

2 = recto, sin utilizar ayudas.

3. Pierde el paso (tropieza o pérdida del balance):

0 = sí, y hubiera caído o perdió el paso más de 2 veces.

1 = sí, pero hizo un intento apropiado para recuperarlo y no perdió el paso más de 2 veces.

2 = no.

4. Da la vuelta (mientras camina):

0 = casi cae.

1 = leve tambaleo, pero se recupera, usa andador o bastón.

2 = estable, no necesita ayudas mecánicas.

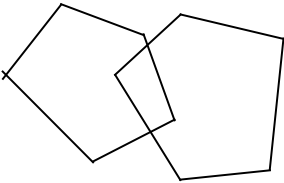
5. Caminar sobre obstáculos (se debe evaluar durante una caminata separada donde se colocan dos zapatos en el trayecto, con una separación de 1.22 metros):

0 = comienza a caer ante cualquier obstáculo o incapaz o camina alrededor de cualquier obstáculo o pierde el paso > 2 veces.

1 = capaz de caminar por encima de todos los obstáculos, pero se tambalea un poco aunque logra recuperarse o pierde el paso una o dos veces.

2 = capaz y firme al caminar por encima de todos los obstáculos sin perder el paso.

EVALUACIÓN COGNITIVA (MMSE) MODIFICADO¹

1. Por favor, dígame la fecha de hoy. Sondee el mes, el día del mes, el año y el día de la semana. Anote un punto por cada respuesta	Mes _____ Día mes _____ Año _____ Día semana _____ Total: _____
2. Ahora le voy a nombrar tres objetos. Después que se los diga, le voy a pedir que repita en voz alta los que recuerde, en cualquier orden. Recuerde los objetos porque se los voy a preguntar más adelante. Lea los nombres de los objetos lentamente y a ritmo constante, aproximadamente una palabra cada dos segundos. Si para algún objeto, la respuesta no es correcta, repita todos los objetos Número de repeticiones: _____	Árbol _____ Mesa _____ Avión _____ Anote un punto por cada objeto recordado Total: _____
3. Ahora voy a decirle unos números y quiero que me los repita al revés: 1 3 5 7 9 Al puntaje máximo de 5 se le reduce uno por cada número que no se mencione, o por cada número que se añada, o por cada número que se	Respuesta Paciente Respuesta correcta 9 7 5 Total: _____
4. Le voy a dar un papel. Tómelo con su mano derecha, dóblelo por la mitad con ambas manos y colóquelo sobre sus piernas. Entréguele el papel y anote un punto por cada acción realizada	Toma papel _____ Dobra _____ Coloca _____ Total: _____
4. Hace un momento le leí una serie de 3 palabras y Ud. repitió las que recordó. Por favor, dígame ahora cuáles recuerda. Anote un punto por cada objeto	Árbol _____ Mesa _____ Avión _____ Total: _____
6. Por favor copie este dibujo: Muestre al entrevistado el dibujo con los dos pentágonos que se cruzan. La acción está correcta si los dos pentágonos se cruzan y forman un cuadrilátero.  Anote un punto si el objeto está dibujado correcto.	Correcto: _____
Sume los puntos anotados en los totales de las Preguntas 1 a 6.	SUMA TOTAL: _____
Puntuación máxima: 19 puntos. A partir de 13 puntos o menos se sugiere déficit cognitivo.	

¹ Folstein MF, Folstein S, McHugh PR. "Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician." J Psychiatry Res 1975, 12: 189-198. Modificado por Icaza, MG, Albala C. "Mini-mental State Examination (MMSE): el estudio de demencias en Chile," OPS/OMS, 1999.

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA ABREVIADA¹

Instrucciones:

Responda a cada una de las siguientes preguntas según como se ha sentido Ud. durante la ULTIMA SEMANA

N°	PREGUNTA	RESPUESTA AFIRMATIVA	RESPUESTA NEGATIVA
	¿Está Ud., básicamente satisfecho con su vida?	SI	NO
	¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	SI	no
	¿Siente que su vida está vacía?	SI	no
	¿Se siente aburrido frecuentemente?	SI	no
	¿Está Ud., de buen ánimo la mayoría del tiempo?	SI	NO
	¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	SI	no
	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI	NO
	¿Se siente con frecuencia desamparado?	SI	no
	¿Prefiere Ud., quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?	SI	no
	¿Siente Ud. que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	SI	no
	¿Cree Ud. que es maravilloso estar vivo?	SI	NO
	¿Se siente inútil o despreciable como está Ud., actualmente?	SI	no
	¿Se siente lleno de energía?	SI	NO
	¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	SI	no
	¿Cree Ud., que las otras personas están en general, mejor que Usted?	SI	no
Sume todas las respuestas SI en mayúsculas o NO en mayúsculas			
o sea: SI = 1; SI = 0; NO = 1; no = 0		TOTAL : _____	

¹ Sheikh JL, Yesavage, JA. "Geriatric Depression Scale: recent evidence and development of a shorter version," Clinical Gerontology 1986, 5: 165-172.

MINI-TAMIZAJE DE NUTRICIÓN EN LA COMUNIDAD1

PREGUNTAS	PUN TAJE
Tiene alguna enfermedad o condición que le haga cambiar la clase de comida o la cantidad de alimento que come.	2
Come menos de dos comidas al día.	3
Come pocas frutas, vegetales o productos de leche.	2
Toma tres o más bebidas de cerveza, licores o vino casi todos los días.	2
Tiene problemas con los dientes o la boca, que le dificultan el comer.	2
No siempre tiene suficiente dinero para comprar los alimentos que necesita.	4
Come solo la mayor parte de las veces.	1
Toma al día: tres o más medicinas diferentes, recetadas o sin recetas.	1
Ha perdido o ganado, sin querer, 5 Kg (10 lb.) de peso, en los seis últimos meses.	2
Físicamente no puede ir de compras, cocinar o alimentarse.	2
TOTAL	

Si la puntuación total es:

- 0 – 2** **La persona *no está en riesgo nutricional*.**
- 3 - 5** **La persona está en *riesgo nutricional moderado*. Asesore a la persona de cómo puede mejorar su estado nutricional y vuelva a evaluarlo en 3 meses.**
- 6 ó más** **La persona está en *riesgo nutricional alto*. Requiere examen más exhaustivo de su estado nutricional.**

EVALUACIÓN AUDITIVA (RAPIDA) EN ADULTOS MAYORES

PREGUNTA	SI 4	Algunas veces 2	NO 0
¿Alguna vez se ha sentido avergonzado al conocer personas debido a problemas para oír?			
¿Los problemas para oír le hacen sentir frustrado al hablar con miembros de su familia?			
¿Tiene dificultad para oír cuando alguien le habla en voz baja?			
¿Alguna vez ha tenido limitaciones debido a problemas para oír?			
¿Los problemas para oír le han causado dificultades al visitar amigos, parientes o vecinos?			
¿Los problemas para oír han hecho que vaya menos seguido de lo que le gustaría a eventos sociales o servicios religiosos?			
¿Los problemas para oír han causado discusiones con miembros de su familia?			
¿Los problemas para oír le causan dificultad para entender los programas de televisión o radio?			
¿Cree que su problema para oír limita su vida personal o social?			
¿Un problema para oír le causa dificultad cuando va con amigos o parientes a algún lugar? Ej: restaurantes u otros			
Total			

CUESTIONARIO DE INCONTINENCIA URINARIA

1- Con qué frecuencia pierde orina? (Marque sólo una respuesta)

- | | |
|-------------------------|----------|
| A- Nunca | 0 puntos |
| B- Una vez a la semana | 1 |
| C- 2-3 veces por semana | 2 |
| D- Una vez al día | 3 |
| E- Varias veces al día | 4 |
| F- Continuamente | 5 |

2- Indique su opinión acerca de la cantidad de orina que usted que se le escapa, es decir, la cantidad de orina que pierde habitualmente (tanto si lleva protección como si no). Marque sólo una respuesta.

- | | |
|--------------------------|----------|
| A- No se me escapa nada | 0 puntos |
| B- Muy poca cantidad | 2 |
| C- Una cantidad moderada | 4 |
| D- Mucha cantidad | 6 |

3- En qué medida estos escapes de orina que tiene, han afectado su vida diaria? Califique del 1 al 10.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4- Cuándo pierde orina? Señale todo lo que le pase a usted.

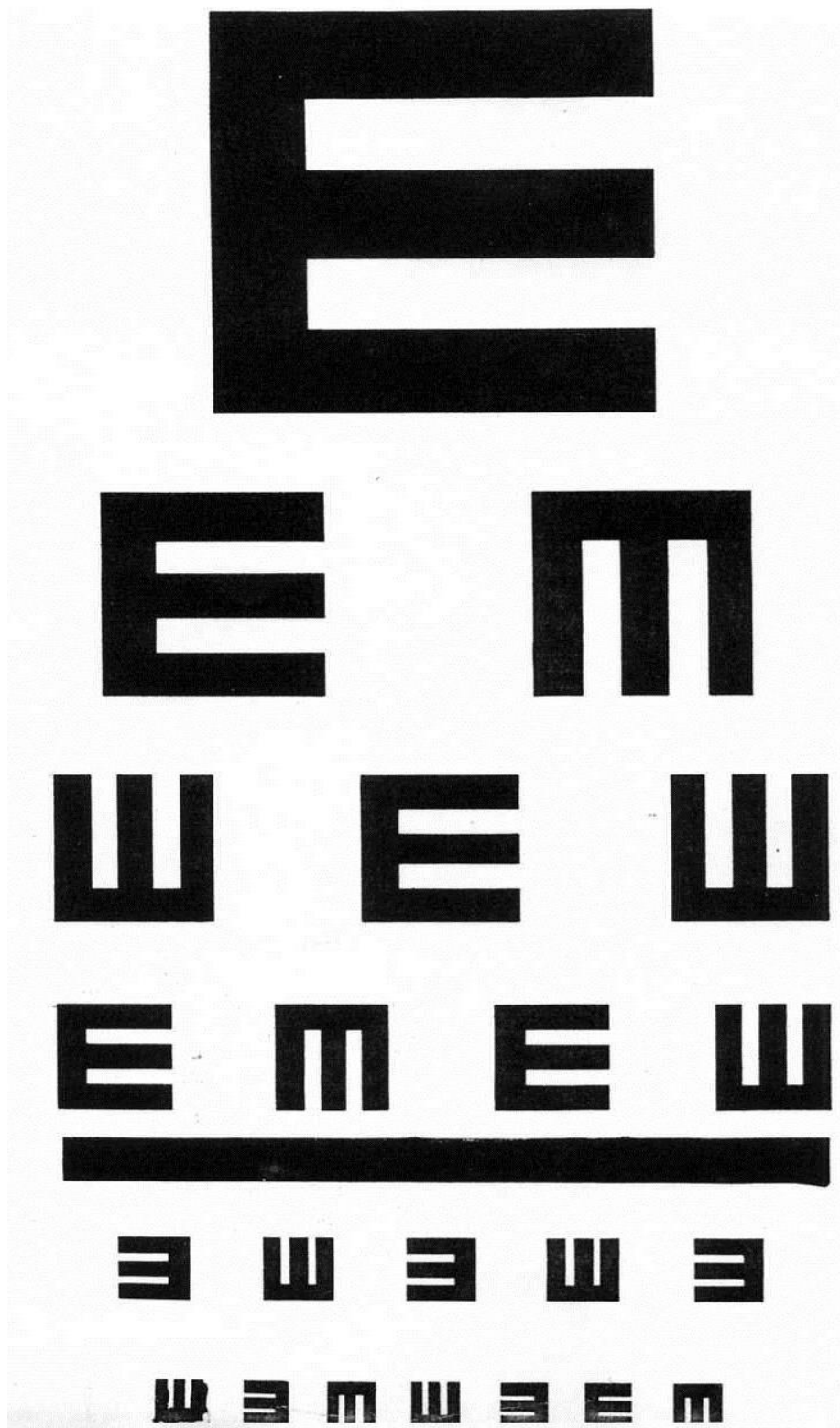
- Nunca
- Antes de llegar al servicio
- Al toser o estornudar
- Mientras duerme
- Al realizar esfuerzos físicos/ejercicio
- Cuando termina de orinar y ya se ha vestido
- Sin motivo evidente
- De forma continua

Puntuación:

Sume las puntuaciones de las preguntas 1+2+3.

- Se considera diagnóstico de incontinencia urinaria cualquier puntuación mayor a cero.

EVALUACION VISUAL



TEST DEL DIBUJO DEL RELOJ

Es un test de cribaje para examinar el deterioro cognitivo, aunque también se utiliza para seguir la evolución de los cuadros confesionales. Varios son los autores que han desarrollado diferentes criterios de realización y de puntuación.

Se trata de un test sencillo que valora el funcionamiento cognitivo global, principalmente la apraxia constructiva, la ejecución motora, la atención, la comprensión y el conocimiento numérico, mediante la orden de dibujar un reloj (un círculo, las s 12 horas del reloj) y marcar una hora concreta (las 11:10)

Criterios de puntuación

J. Cacho y cols. (1998) han propuesto la siguiente escala de puntuación: se ha establecido una puntuación máxima de 2 puntos por el dibujo de la esfera, 4 puntos por lo números y 4 puntos por las manecillas.

Criterios de puntuación del Test del Reloj.

1. Esfera del reloj (máximo 2 puntos)	
Puntos	Resultados
2	Dibujo norma. Esfera circular u ovalada con pequeñas distorsiones por temblor.
1	Incompleto o con alguna distorsión significativa. Esfera muy asimétrica.
0	Ausencia o dibujo totalmente distorsionado.
2. Presencia o secuencia de los números (máximo 4 puntos).	
4	Todos los números presentes y en el orden correcto. Solo “pequeños errores” en la localización espacial en menos de 4 números (p.e. colocar el numero en el espacio del número 9).
3.5	Cuando los “pequeños errores” en la colocación espacial se dan en 4 ó más números pequeños.
3	Todos los presentes con error significativo en la localización espacial(p.. colocar el número 3 en el espacio del número 6).

	Números con algún desorden de secuencia (menos de 4 números).
2	Omisión o adición de algún número, pero sin grandes distorsiones en los números restantes.
	Números con algún desorden de secuencia (4 o más números).
	Los 12 números colocados en sentido antihorario (rotación inversa).
	Todos los números presentes, pero con gran distorsión espacial (números fuera del reloj o dibujados en media esfera, etc).
	Presencia de los 12 números en una línea vertical, horizontal u oblicua (alineación numérica).
1	Ausencia o exceso de números con gran distorsión espacial.
	Alineación numérica con falta o exceso de números.
	Rotación inversa con falta o exceso de números.
0	Ausencia o escasa representación de números (menos de 6 números)
3. Presencia y localización de las manecillas (máximo a puntos)	
Puntos	Resultados
4	Las manecillas están en posición correcta y con las proporciones adecuadas de tamaño (la de la hora más corta).
3.5	Las manecillas en posición correcta pero ambas de igual tamaño.
3	Pequeños errores en la localización de las manecillas (situar una de las agujas en el espacio destinado al número anterior o posterior).
	Aguja de los minutos más corta que la de la hora, con pauta horaria correcta.

2	Gran distorsión en la localización de las manecillas (incluso si marcan las once y diez, cuando los números presentan errores significativos en la localización espacial.
	Cuando las manecillas no se juntan en el punto central y marcan una hora correcta.
1	Cuando las manecillas no se juntan en el punto central y marcan una hora incorrecta.
	Presencia de una sola manecilla o un esbozo de las s dos.
0	Ausencia de manecillas o perseveración en el dibujo de las mismas. Efecto en forma de “rueda de carro”.

Criterios de aplicación

Se debe aplicar en dos fases sucesivas, según el orden establecido:

1. Test de reloj a la orden (TRO). Es esta fase, se le presenta al sujeto una hoja de papel completamente en blanco, un lápiz y una goma de borrar, y se le proporcionan las siguientes instrucciones: “me gustaría que dibujara un reloj redondo y grande en esta hoja, colocando en él todos sus números y cuyas manecillas marquen las once y diez. En caso de que cometa algún error, aquí tiene una goma de borrar para que pueda rectificarlo. Esta prueba no tiene tiempo límite, por lo que le pedimos que la haga con tranquilidad, prestándole toda la atención que se le sea posible”.

Se repiten las instrucciones tantas veces como sea necesario. Si el paciente, después de dibujar la esfera, omite algún número, se le pregunta si los ha puesto todos, permitiéndole rectificar el dibujo si toma conciencia de sus errores. Si, por el contrario, no percibe el error, ya sea porque sobra o falta algún número, se le recuerda la instrucción de la pauta horaria.

Una vez dibujado los números, se le recuerda que deben ubicar las manecillas marcando las once y diez. Si transcurrido un tiempo, el sujeto no ha dibujado las s manecillas o falta alguna de ellas, se le pregunta si ha finalizado su reloj, en caso afirmativo, se le informa que, seguidamente, van a desarrollar una prueba más fácil, comenzando entonces con la realización de la fase del TR “a la copia”. En caso contrario, se le concede un plazo de tiempo adicional para completar la tarea.

2. Test de reloj a la copia (TRC). En esta segunda condición, se le presenta al sujeto un folio en posición vertical, con un reloj impreso en el tercio superior de la hoja.

Se le pide que preste la máxima atención al dibujo y copie de la forma más exacta posible el dibujo del reloj que aparece en la parte superior de la hoja. Dado que en esta fase tampoco se establece un tiempo límite, se le sugiere que la realice con tranquilidad y que utilice el borrador en caso de que cometa un error.

Al terminar esta prueba se le retira la hoja para su posterior evaluación y puntuación. Si el reloj está incompleto, antes de recoger la hoja se le pregunta si el dibujo está terminado. Si el paciente advierte la existencia de algún error se le permite corregirlo, de lo contrario se le recoge la hoja.

Puntos de corte para la estimación del deterioro cognitivo asociado a la demencia Tipo Alzheimer.

En la condición de TRO, el punto de corte que muestra una mayor eficacia es el 116. Por tanto, se considera el test como positivo si el valor de la suma de las tres puntuaciones (esfera, números y manecillas) “a la orden” es menor o igual a 6, y como negativo si la suma de las puntuaciones es mayor de 6. Las puntuaciones altas sirven para descartar la enfermedad, especialmente las puntuaciones próximas al 18 y al 9.

En la condición de TRC, el punto de mayor eficacia es de 8. Por tanto, se considera el test como positivo si el valor de la suma de las tres puntuaciones (esfera, números y manecillas) “a la copia” es menor o igual a 8, y como negativo si la suma de las tres puntuaciones es superior a 8.

El punto de corte de mayor eficacia del TRO+TRC es 15. Así pues, se considera el test como positivo si el valor de la suma de las tres puntuaciones (esfera, números y manecillas) en las dos condiciones del test (orden y copia) es menor o igual a 15, y como negativo si la suma de las puntuaciones es superior a 15.

La aparición de rotación inversa o alineación numérica, así como de perseveración de errores en cualquiera de las dos condiciones experimentales (TRO y TRC) puede indicar un probable deterioro cognitivo.