



**Universidad Nacional Autónoma de México
Programa de Posgrado en Ciencias de la Administración**

Organización de un servicio de atención integral gerontológica bajo un enfoque de envejecimiento activo, en la Clínica Universitaria de Atención a la Salud (CUAS) "Estado de México" de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (FES-Z), Universidad Nacional Autónoma de México

Tesis

Que para optar por el grado de:

Maestro en Administración

Campo de conocimiento: Sistemas de Salud

Presenta:

Carlos Ivan García González

Tutor:

M.G.S. Alicia Arronte Rosales
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza

Ciudad de México, marzo del 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**“Es preciso entender la tesis como una ocasión única, para hacer algunos ejercicios que nos servirán mientras vivamos”
-Umberto Eco**

Dedicatorias

A los pilares de mi vida: mi esposa Eli, mis padres Pablo y Elvia, a mis hermanos Sonia y Edgar; por su apoyo incondicional. Los amo.

Agradecimientos

Agradezco al Programa de Becas para Estudios de Posgrado de la Universidad Nacional Autónoma de México por el apoyo financiero otorgado para la realización de la maestría en Administración en Sistemas de Salud. Así mismo a mi tutora Maestra Alicia Arronte Rosales por su apoyo durante la realización de la tesis, usted ha sido quien me ha guiado en el complicado proceso. Es cierto, no ha sido nada fácil, sin embargo gracias a su ayuda pude concluir otro objetivo primordial en mi vida.

Les doy las gracias a mis profesores y mi más grato reconocimiento por fomentar la educación de generación en generación, inculcando no solo conocimientos sino valores para formar mejores ciudadanos. No tengo palabras para expresar tanta gratitud a su noble labor; gracias a mis sinodales: Maestra Ernestina Morales Ledesma, Maestra Cynthia Espinosa Contreras, Doctor José Manuel Ibarra Cisneros y al Maestro Rodolfo Mota Mendoza por su apoyo incondicional y críticas constructivas en la conclusión de la tesis.

Gracias a Dios por permitirme tener y disfrutar a mi familia, gracias a mi familia por apoyarme en cada decisión y proyecto, gracias a mi esposa Eli por siempre creer en mí, te agradezco por tu inmensa bondad y apoyo.

Les agradezco, y hago presente mi gran afecto hacia ustedes. Porque son y siempre serán mi motivación para que lo poco logrado sea solo el primer escalón de un largo camino por recorrer.

Les dedico mi tesis y este grado académico obtenido a ustedes, personas que siempre ofrecen su amor, bienestar y los finos deleites de la vida.

“Por mi raza hablará el espíritu”

-José Vasconcelos

Indicé

1	TÍTULO.....	5
2	JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	5
3	PREGUNTA(S) DE INVESTIGACIÓN.....	5
4	MARCO TEÓRICO.....	5
	4.1 Administrativo.....	5
	4.2 Proceso administrativo.....	7
	4.3 Calidad de la atención.....	8
	4.4 Antecedentes.....	8
	4.5 Enfoques teóricos.....	11
	4.6 Calidad de vida.....	13
	4.7 Adulto mayor.....	15
	4.8 Teorías del envejecimiento.....	15
	4.9 Transición demográfica y epidemiológica.....	16
	4.10 Transición demográfica de México 1930-2050.....	17
	4.11 Pirámide poblacional de 1970 - 2050.....	18
	4.12 Autocuidado.....	18
	4.13 Envejecimiento activo.....	20
	4.14 Mantenimiento de la capacidad funcional durante el ciclo vital.....	22
	4.15 Asistencia a las poblaciones que envejecen.....	23
	4.16 Clínicas Universitarias de la Atención a la Salud de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.....	24
5	OBJETIVOS.....	27
	5.1 Objetivo general.....	27
	5.2 Objetivos específicos.....	28
6	HIPÓTESIS.....	28
7	METODOLOGÍA.....	28
	7.1 Procedimientos.....	28
	7.2 Ubicación.....	29
	7.3 Misión.....	30
	7.4 Visión.....	30
	7.5 Valores.....	30
	7.6 Recursos humanos:.....	30
	7.7 Equipo de salud.....	31
	7.8 Organigrama.....	32
	7.9 Operación de actividades.....	34

7.10 Medio de transporte	41
7.11 Diseminación de la información	41
7.12 Requisitos técnicos.....	41
8 BIBLIOGRAFÍA.....	46
9 ANEXOS.....	50

1 TÍTULO.

Organización de un servicio de atención integral gerontológica bajo un enfoque de envejecimiento activo, en la Clínica Universitaria de Atención a la Salud (CUAS) "Estado de México" de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (FES-Z), Universidad Nacional Autónoma de México.

2 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

El incremento en la población de adultos mayores representa un reto para el sector salud y principalmente en cuanto a la prevención y control de enfermedades crónico degenerativas, por lo que se requiere de servicios a bajo costo que brinden atención integral a los adultos mayores.

Las CUAS de la FES-Z, cuentan con los servicios de medicina, odontología, psicología, análisis clínicos, actividad física y enfermería, recursos con los cuales se puede implementar un servicio en la CUAS Estado de México de Gerontología que permita desarrollar un envejecimiento activo y por tanto mejorar su calidad de vida. Por lo que se propone el presente trabajo.

3 PREGUNTA(S) DE INVESTIGACIÓN.

¿Implementando un servicio integral gerontológico, mejorará la calidad de la atención y la calidad de vida de los adultos mayores?

4 MARCO TEÓRICO.

4.1 Administrativo

La administración es la técnica que busca obtener resultados de máxima eficiencia por medio de la coordinación de todos los recursos que forman una empresa. La palabra administración viene del latín ad: hacia, dirección o tendencia, y minister: subordinación u obediencia, por tanto significa aquel que realiza una función bajo el mando de otro, es decir, aquel que presta un servicio a otro. Sin embargo, en la actualidad, la palabra administración tiene un significado distinto y mucho más complejo porque incluye términos como "proceso", "recursos", "logro de objetivos", "eficiencia", "eficacia", entre otros.

La administración es una disciplina orientada al cumplimiento de objetivos organizacionales mediante la coordinación del esfuerzo humano y el uso de recursos materiales, financieros y tecnológicos. Así la práctica administrativa es un reflejo de la evolución de las organizaciones, cuyo papel en la sociedad es responder a las necesidades de ésta y generar escenarios que permitan un desarrollo efectivo en los campos de la ciencia y tecnología.

La administración es considerada por varios autores como un arte la cual necesita diferentes factores para ser aplicada, entre ellos se encuentran: la potencialidad, habilidad y destrezas, cuando prevalecen estas fortalezas el administrador es capaz de demostrar que sus ideales están bien centrados y que puede encaminar de la mejor forma a la organización. ¹

- Según Idalberto Chiavenato, la administración es "el proceso de planear, organizar, dirigir y controlar el uso de los recursos para lograr los objetivos organizacionales". ²
- Para Robbins y Coulter, la administración es la "coordinación de las actividades de trabajo de modo que se realicen de manera eficiente y eficaz con otras personas y a través de ellas". ³
- Hitt, Black y Porter, definen la administración como "el proceso de estructurar y utilizar conjuntos de recursos orientados hacia el logro de metas, para llevar a cabo las tareas en un entorno organizacional". ⁴
- Según Díez de Castro, García del Junco, Martín Jiménez y Periañez Cristóbal, la administración es "el conjunto de las funciones o procesos básicos (planificar, organizar, dirigir, coordinar y controlar) que, realizados convenientemente, repercuten de forma positiva en la eficacia y eficiencia de la actividad realizada en la organización". ⁵

Henri Fayol, fue el primero en sistematizar el comportamiento gerencial y vislumbró que todas las actividades deben estar planificadas, organizadas, dirigidas y controladas desde los altos cargos administrativos (denominadas etapas del proceso administrativo). Señala una lista de catorce principios que le fueron de gran utilidad al aplicarlos durante los años en que fue director de una compañía de acero y carbón. Los principios enunciados por Fayol, descritos en forma sintetizada, son los siguientes:

1. División del trabajo. Es el mejor medio de obtener el máximo provecho de los individuos, al especializarse en una tarea determinada en todos los niveles.
2. Autoridad. Consiste en el derecho de mandar y en el poder de exigir obediencia; quien tiene autoridad, adquiere por consecuencia responsabilidades.
3. Disciplina. Su esencia es la obediencia y el respeto a las normas establecidas; es absolutamente necesaria dentro de la organización; debe ser mantenida preferentemente mediante un buen liderazgo.
4. Unidad de mando. Cada persona debe recibir órdenes de un solo jefe.
5. Unidad de dirección. Para la ejecución de un plan o grupo de actividades que tienden al mismo fin, debe haber únicamente un jefe.
6. Subordinación del interés particular al interés general. Debe existir subordinación constante de los intereses de los individuos o pequeños grupos hacia los intereses de la organización. La subordinación puede lograrse mediante acuerdos justos, equitativos y buen ejemplo de los superiores.

7. Remuneración del personal. Debe establecerse un sistema de remuneración económica que sea justo y satisfactorio para el personal y la organización.
8. Centralización. Encontrar el grado de relación óptima para centralizar o descentralizar la autoridad.
9. Jerarquía. La constituyen la serie de jefes, desde el que ocupa el puesto más alto, hasta el más bajo, formando una cadena escalar, de autoridad y comunicación suficientemente clara, la cual no será obstáculo para estimular la comunicación horizontal cuando sea benéfica para lograr rapidez en las acciones.
10. Orden. En este sentido, señala dos conceptos:
 - a) orden material: un lugar para cada cosa y cada cosa en su lugar
 - b) orden social: un lugar para cada persona y cada persona en su lugar.
11. Equidad. Será el resultado de combinar la bondad y la justicia en el trato con el personal de toda la organización.
12. Estabilidad del personal. Brindar oportunidad a las personas de demostrar que pueden desempeñar un buen trabajo y, en cuanto sea posible, debe procurarse darles seguridad de que su permanencia es estable en la organización.
13. Iniciativa. Es concebir y ejecutar cosas; los dirigentes deben estimular la iniciativa de los subordinados para que las ideas que genere el personal puedan, en su caso, ser utilizadas en la solución de problemas comunes. La iniciativa es un poderoso estímulo que motiva a las personas a cooperar en el éxito de la organización, y fuente de satisfacción humana al permitir al trabajador ver sus ideas puestas en práctica.
14. Unión del personal. Debe fomentarse la cooperación y solidaridad entre los integrantes y tratar de mantener buenas relaciones interpersonales.

4.2 Proceso administrativo

Se define como el proceso que se desarrolla en una organización dirigida a él logro y materialización de los objetivos planeados, a través de la relación ininterrumpida de las etapas que integran dicho proceso.

El proceso administrativo se integra por diferentes etapas que están relacionadas y se complementan entre sí para lograr el desarrollo óptimo en la organización.

Planeación:

-¿Qué se va hacer?-

Incluye la definición de metas, establecimiento de la estrategia y desarrollo de planes para coordinar las actividades.

Organización:

-¿Cómo se va hacer?-

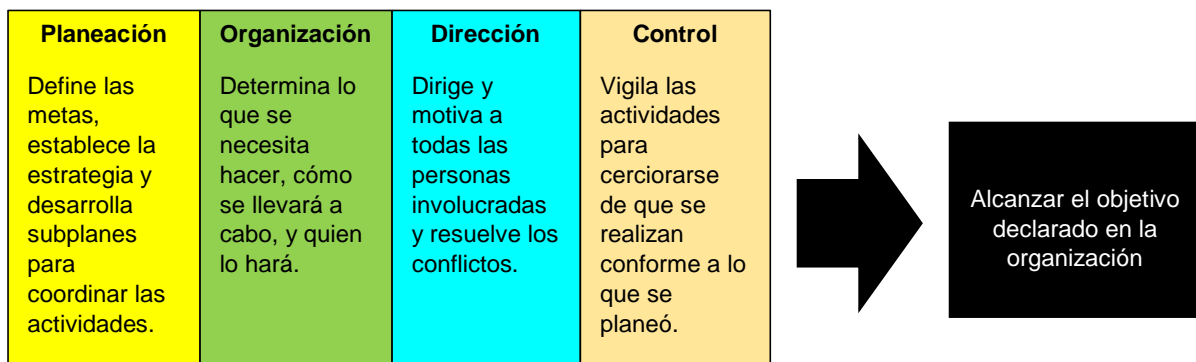
Determinación de las actividades a realizar, quién las llevara a cabo, como deben agruparse, quién informa a quién y dónde se decidirá.

Dirigir:

Supervisar que se estén realizando las actividades y conducción de los subordinados, selección de los canales de comunicación más efectivos y resolución de conflictos.

Controlar:

Vigilar las actividades para asegurar que se estén llevando a cabo conforme se planearon y corregir cualquier desviación significativa. ⁶



Fuente: Stephen Robbins, Administración. Teoría y práctica, p.6 ⁷

4.3 Calidad de la atención

En un sentido etimológico el concepto de calidad proviene del latín qualis que hace referencia al conjunto de cualidades que constituyen la manera de ser de una persona o cosa, y el sinónimo de cualidad, clase, aptitud, excelencia, categoría, casta, nobleza, superioridad entre muchas otras aceptaciones. Una organización orientada a la calidad promueve una cultura que da como resultado comportamientos, actitudes, actividades y procesos para proporcionar valor mediante el cumplimiento de las necesidades y expectativas de los clientes y otras partes interesadas pertinentes. ⁸

Se refiere a diferentes aspectos de la actividad de una organización: el producto o servicio, el proceso, la producción o sistema de prestación del servicio o bien, entenderse como una corriente de pensamiento que impregna toda la empresa. El objetivo fundamental de la calidad, como filosofía empresarial, es satisfacer las necesidades del consumidor. Las necesidades pueden estudiarse según diversos puntos de vista de la teoría económica, del marketing, de la psicología y de la economía de la salud, no siempre coincidentes.

4.4 Antecedentes

Su primera mención se hace en el Génesis, al narrar la creación del mundo en seis días: Al final de cada día y una vez terminada su obra "Dios veía que era

bueno”. En el año 2.150 antes de Cristo, el código de Hammurabi hace referencia a la calidad de construcción de las casas cuando dice “si un albañil ha construido una casa y, no siendo está suficientemente sólida, se hunde y mata a sus ocupantes, el albañil deberá ser ejecutado”. En la tumba de Rekh-Mi-Re descubierta en Tebas y datada en el año 1.450 antes de Cristo apareció lo que muchos consideran el tratado más antiguo de calidad, en este grabado se describe cómo un inspector egipcio procede a comprobar la perpendicularidad de un bloque de piedra con ayuda de una cuerda y bajo la atenta mirada de un cantero.

En los primeros años del siglo XX aparecen una gran cantidad de descubrimientos técnicos, que serán aplicados en la industria; la primera guerra mundial determina que se dé prioridad absoluta a la producción, aunque también la administración y la gestión experimentan una mejora significativa. En el ámbito de la producción destacan los trabajos del norteamericano Frederick W. Taylor, y en el campo administrativo el industrial francés Henry Fayol publica una obra sobre su experiencia como dirigente de empresa y que influyó sobre la industria francesa durante más de 20 años. En Estados Unidos la compañía Ford creada en el año 1.907 aplicó de forma sistemática los principios de F. W. Taylor, a la fabricación de unos automóviles que cada día eran más complejos (hacer de la calidad uno de los puntos fundamentales de la organización del trabajo y separar el control de calidad del control de producción).

Los primeros estudios sobre la calidad se hicieron en los años 30 antes de la Segunda guerra Mundial, la calidad no mejoró sustancialmente, pero se hicieron los primeros experimentos para lograr que ésta se elevará, los primeros estudios sobre calidad se hicieron en Estados Unidos. En el año de 1933 el Doctor W. A. Shward, de los Bell Laboratories, aplicó el concepto de control estadístico de proceso por primera vez con propósitos industriales; su objetivo era mejorar en términos de costo-beneficio las líneas de producción el resultado fue el uso de la estadística de manera eficiente para elevar la productividad y disminuir los errores, estableciendo un análisis específico del origen de las mermas, con la intención de elevar la productividad y la calidad. Para lograr elevar la calidad se crearon las primeras normas de calidad del mundo mediante el concepto moderno del aseguramiento de la calidad, para lograr un verdadero control de calidad se ideó un sistema de certificación de la calidad que el ejército de Estados Unidos inició desde antes de la guerra. Las primeras normas de calidad norteamericanas funcionaron precisamente en la industria militar y fueron llamadas las normas Z1, las normas Z1 fueron de gran éxito para la industria norteamericana y permitieron elevar los estándares de calidad

Cuando en 1939 estalló la Segunda Guerra Mundial, el control estadístico del proceso se convirtió poco a poco y paulatinamente en un arma secreta de la industria, fue así como los estudios industriales sobre cómo elevar la calidad bajo el método moderno consistente en el control estadístico del proceso llevó a los norteamericanos a crear el primer sistema de aseguramiento de la calidad vigente en el mundo. Cabe destacar que las necesidades de la enorme producción en masa requeridas por la segunda guerra mundial originaron el control estadístico de calidad, generando una mayor eficiencia en las

organizaciones de inspección. Esta necesidad llevo al control total de la calidad. Debemos establecer que la calidad tanto en Europa como en Japón y Estados Unidos detonó precisamente al terminar la segunda Guerra Mundial y que justamente en este periodo fue cuando las naciones del mundo se organizaron para crear y elevar los estándares de calidad, es por ello que el antecedente de la ISO esta precisamente ligado a hace 50 años, cuando entre 1950 y 1996 la calidad se convirtió en una mega tendencia en el mundo entero, para estos tiempos es lógico pensar que el sistema ISO 900 que tiene vigencia sobretodo en Europa (principalmente en Inglaterra), pero también en América Latina, Estados Unidos y Canadá, tendrá que ser un sistema cada vez de mayor uso, un sistema que a través de la visión de normalización de la calidad y normalización así como el aseguramiento de la calidad por estándares a control permite demostrar a través de la certificación que los productos de una fábrica de un determinado país pueden entrar a un mercado globalizado y pueden cumplir con los estándares internacionales, a partir de 1970 las normas ISO 9000 han tenido cada vez mayor vigencia.

En los años noventa las normas han sido revisadas de sus borradores originales y constantemente reactualizadas, a partir del año 2000 la ISO 9000 regulará los sistemas de comercio mundial en Occidente, y los sistemas de calidad serán el único fundamento que permitirá a las empresas sobrevivir en un mundo cada vez más competitivo. ⁹

La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud (CNCSS), lanzada formalmente el 22 de enero de 2001, fue la primera estrategia de alcance nacional en México y en el mundo que permitió, por una parte, integrar proyectos para mejorar la calidad de la atención que se desarrollaban de manera aislada, tanto en el sector público como en el privado y, por la otra, estimular a aquellas organizaciones que nunca habían enfocado sus acciones en mejorar la atención para sus pacientes. De esta manera, la Cruzada se convirtió en una plataforma para la convergencia y el avance que, impulsada desde el Gobierno Federal, adquirió el rango de política pública, a diferencia de lo que habían sido los programas institucionales, independientes unos de los otros. Esta estrategia de gran escala fue producto de un proceso de maduración de tendencias generadas desde varias instituciones durante muchos años y formó parte del inicio, junto con otras políticas públicas, de una nueva era del Sistema Nacional de Salud (SNS) caracterizada por los intentos para lograr una cobertura universal efectiva que se han acentuado en los últimos años.

La calidad es la esencia de cualquier tipo de acción o actividad y la encontramos implícita en todas las áreas del desarrollo del individuo y de la sociedad, de tal modo que la salud no es una excepción. A pesar de todos los conocimientos, avances y esfuerzos realizados por la sociedad, la deficiencia de calidad o de garantía de la calidad es una constante que representa un reto para la sociedad misma, pero sobre todo, para aquellos países cuyos niveles de desarrollo no han alcanzado estándares deseables y sostenidos que repercutan en su progreso sanitario y social.

4.5 Enfoques teóricos

Avedis Donabedian

En 1965 el Doctor Avedis Donabedian inicia trabajos sobre la calidad de la atención, definiéndola como el tipo de cuidado que se espera, maximizando el bienestar del paciente. ¹⁰

Propuso en 1980 una definición de calidad asistencial que ha llegado a ser clásica y que formulaba de la siguiente manera:

"Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes".

Según Donabedian, son tres los componentes de la calidad asistencial a tener en cuenta

1. El componente técnico

Es la aplicación de la ciencia y de la tecnología en el manejo de un problema de una persona de forma que rinda el máximo beneficio sin aumentar con ello sus riesgos.

2. Componente interpersonal

Está basado en el postulado de que la relación entre las personas debe seguir las normas y valores sociales que gobiernan la interacción de los individuos en general. Estas normas están modificadas en parte por los dictados éticos de los profesionales y las expectativas y aspiraciones de cada persona individual.

3. Aspectos de confort

Son todos aquellos elementos del entorno del usuario que le proporcionan una atención más confortable.

Entre 1985 y 1986 destaca la implantación de los primeros círculos de calidad. Sin embargo, es en la década de los 90 cuando es posible identificar un verdadero movimiento hacia la calidad de los servicios en las instituciones de seguridad social del país. La satisfacción del paciente se obtiene como resultado de un trato humano, individualizado y afable que los hace sentir personas únicas en la medida en que se atienden sus necesidades y se logra su bienestar.

H. Palmer

Postula las dimensiones que abarca la calidad, mediante la siguiente clasificación:

1. Efectividad

Capacidad de un determinado procedimiento o tratamiento en su aplicación real para obtener los objetivos propuestos.

2. Eficiencia

La prestación de un máximo de unidades comparables de cuidados por unidad de recursos utilizada.

3. Accesibilidad

Facilidad con que puede obtenerse la asistencia frente a barreras económicas, organizativas, culturales, etc.

4. Aceptabilidad

Grado de satisfacción de los usuarios respecto a la atención.

5. Competencia profesional

Capacidad del profesional para la mejor utilización de sus conocimientos a fin de proporcionar cuidados y satisfacción a los usuarios.

Servqual

Desarrolló un método para medir y evaluar la calidad en el servicio, a partir de cinco dimensiones de calidad que son comunes y generales para la mayoría de los servicios:

1. Tangibilidad
2. Confiabilidad
3. Sensibilidad o capacidad de respuesta
4. Seguridad
5. Empatía.

Este modelo establece que la calidad del servicio se define desde la óptica del cliente como: “la diferencia que existe entre su percepción del servicio y la expectativa que sobre éste se había formado previamente”. Sin embargo, el modelo propone que para evaluar e implantar medidas correctivas a las causas que provocan esta brecha, se requiere medir y evaluar la brecha del prestador del servicio, definida como: “la diferencia que existe entre la expectativa del cliente y la percepción que tiene el prestador del servicio, sobre dicha expectativa.”¹¹

La aplicación del Servqual a muestras de clientes, proporciona información para evaluar el desempeño global de una oferta de servicio de acuerdo a:

- Lo que los consumidores esperan de ese servicio (sus expectativas).
- Los resultados de las experiencias de los clientes en su interacción con el prestador del servicio (sus percepciones).
- La amplitud o diferencia entre las expectativas y percepciones de los clientes.
- Las oportunidades y prioridades de mejora del servicio. La clave del éxito en la implantación del Servqual o modelo de brechas, reside en la posibilidad de adaptarlo a las características de cada organización, de su oferta de servicio y de su mercado meta.

El desarrollo e implementación del Servqual, en una organización dedicada a la prestación de servicios considera los siguientes cinco pasos básicos en su proceso:

1. Identificar los incidentes críticos del servicio.
2. Clasificar y agrupar los incidentes críticos en indicadores de satisfacción.
3. Agrupar los indicadores de satisfacción en las cinco dimensiones de calidad del Servqual.
4. Diseñar los instrumentos para recopilar la información de las expectativas y percepciones de los clientes sobre a una oferta de servicio determinada.
5. Procesar la información para medir la amplitud de las brechas del Servqual, e identificar áreas de oportunidad para mejorar el desempeño global del prestador de servicio.

El cuestionario Servqual, se basa en 22 ítems, dividido en 2 partes:

- A. Expectativas. Donde se recogen afirmaciones que tratan de identificar las expectativas generales de los clientes.
- B. Percepciones. Formada por las mismas afirmaciones anteriores donde la única diferencia es que no hacen referencia a un servicio específico sino a lo que reciben de una empresa concreta que pertenece a dicho servicio.

4.6 Calidad de vida

Levy y Anderson, en 1980, refieren que “es una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal y como lo percibe cada individuo o grupo, y de la felicidad, satisfacción y recompensas”. Szalai al respecto apunta que “es la evaluación subjetiva del carácter bueno o satisfactorio de la vida como un todo”. En 1990, Celia y Tulsy la definen como “la apreciación que el paciente hace de su vida y la satisfacción con su nivel actual de funcionamiento comparado con el que percibe como posible y real”. En 1992, Quintero refiere que es “el indicador multidimensional del bienestar material y espiritual en un marco social y cultural determinado”. Asimismo, Felce y Perry, en 1995, la definen como la “calidad de las condiciones de vida de una persona, como la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales, como la combinación de componentes objetivos y subjetivos”, es decir, la calidad de las condiciones de una persona junto con la satisfacción que ésta experimenta, la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales.

La calidad de vida es una combinación de elementos:

Objetivos: bienestar material, salud objetivamente considerada, relaciones armónicas con el ambiente y la comunidad.

Subjetivos: Intimidad, expresión emocional, seguridad percibida, productividad personal y salud percibida.

La Organización Mundial de la Salud, define la calidad de vida como la percepción que cada individuo tiene de su posición en la vida en el contexto del sistema cultural y de valores en el que vive, en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones.¹³

La Organización Panamericana de la Salud, cuenta con una serie de estrategias para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores. Estas estrategias están basadas en una serie de principios y lineamientos de las Naciones Unidas que son:

- ✓ Independencia
- ✓ Participación
- ✓ Cuidado
- ✓ Autorrealización
- ✓ Dignidad

Constan de cuatro áreas críticas que son:

1. Colocar a la salud y las personas mayores en las políticas públicas.
2. Lograr la idoneidad de los sistemas de salud para afrontar los retos asociados al envejecimiento de la población.
3. La capacitación de recursos humanos, principalmente del personal de salud, los propios adultos mayores, y personas encargadas de su cuidado.
4. Generar la información necesaria para lograr intervenciones con base a experiencias exitosas.

En las sociedades que envejecen a ritmo creciente, promocionar la calidad de vida en la vejez es el reto más inmediato de las políticas sociales. El creciente aumento de la esperanza de vida, el descenso sin precedentes históricos de la tasa de natalidad, los cambios en la estructura, en el tamaño, en las formas en la familia, los cambios en el status de las mujeres, la reducción creciente de las tasas de actividad laboral entre las personas de cincuenta y cinco y más años, han convertido el envejecimiento de la sociedad en una cuestión de máximo interés.

La calidad de vida en la vejez tiene que ver con la seguridad económica y con la inclusión social que se asegura por medio de infraestructuras de apoyo y redes sociales. Todo ello promoverá la participación de las personas de edad como miembros activos de la comunidad, una de cuyas funciones puede ser transmitir sus experiencias a las generaciones más jóvenes, al tiempo que comprenden su estilo de vida y los desafíos que les son propios. Todo ello en una sociedad inmersa en procesos que la llevan también a ella a aprender a envejecer.

4.7 Adulto mayor

Las Naciones Unidas consideran adulto mayor a toda persona mayor de 65 años de edad para los países desarrollados y de 60 años para los países en desarrollo; por tanto, en México es considerado a partir de los 60 años de edad. Una de las razones por las que el envejecimiento se ha convertido en una cuestión política clave es que tanto la proporción como el número absoluto de personas mayores están aumentando de forma notable en las poblaciones de todo el mundo.

El envejecimiento son aquellas modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo, generando una disminución relativa en la respuesta homeostática.

No existe una definición de envejecimiento lo suficientemente convincente, ya que depende de las diferentes perspectivas que se consideren. Frolkis: “Un proceso biológico multifactorial, que comienza mucho tiempo antes que la vejez, y que evoluciona de forma continua siguiendo un curso determinado por las propias características intrínsecas”. Brocklehurst es: “Un proceso progresivo de desadaptación del individuo al medio que le rodea, que termina con la muerte”. Para Binet y Bourliene el envejecimiento incluye “todas las modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos”.¹⁴

El estudio de la vejez durante muchas décadas ha sido abordado desde una perspectiva centrada en el derrumbe, en la decadencia y en la decrepitud. Aún hoy, la vinculación entre vejez y conceptos tales como: enfermedad o dependencia forman parte del conjunto de prejuicios que la acompañan. Reducir el envejecimiento humano a una de sus dimensiones, la biológica, o extender en forma abusiva e inadecuada los criterios asociados al envejecimiento biológico, dificultan en forma significativa su comprensión.

4.8 Teorías del envejecimiento

Teoría Inmunológica: Sostiene que a medida que avanzan los años, el sistema inmunológico resulta menos efectivo para proteger o defenderse de las enfermedades. Llega un momento en que este sistema pierde la capacidad de distinguir la presencia de agentes invasores externos de los elementos del propio organismo y en consecuencia es el que ataca y destruye el funcionamiento biológico natural.

Teoría Celular: sostiene que el envejecimiento biológico es causado por la pérdida de información acerca del metabolismo y reproducción celular. Contenida en el ADN. Por este motivo las células dejan de dividirse, envejecen y pierden su función.

Teoría Endocrinológica: el envejecimiento es el resultado de los cambios que se producen en la liberación de hormonas del cuerpo humano, por ejemplo, la pérdida de estrógenos que se produce durante la menopausia en las mujeres.

Teoría Genética: postula que todas las especies tienen una cantidad de vida programada y las condiciones ambientales participan modificando en más o en menos los años que nos fueron genéticamente asignados al momento de nacer.

Teoría de los Radicales Libres: Los radicales libres son moléculas con un electrón libre o no apareado. Este radical libre va reduciendo la eficiencia celular y provoca la acumulación de productos de desecho en la célula. Pueden producirse por la radiación, el extremo calor o por reacciones oxidativas. Pueden a la vez formarse en cantidades reducidas como parte integrante del metabolismo normal de la célula. Son altamente reactivos y su acumulación afecta la membrana celular y otros componentes de la célula, acelerando el proceso de envejecimiento.

Teoría del Error Catastrófico: A medida que se avanza en edad, se van produciendo errores en la síntesis proteica, de tal forma que la célula con el tiempo se hace inviable.

4.9 Transición demográfica y epidemiológica

Una de las razones por las que el envejecimiento se ha convertido en una cuestión política clave, es que tanto la proporción como el número absoluto de personas mayores están aumentando de forma notable en las poblaciones de todo el mundo. La pirámide de población de México perderá su 2 forma triangular, característica de una población joven, para adquirir un perfil rectangular abultado en la cúspide, propio de las poblaciones envejecidas.¹⁵

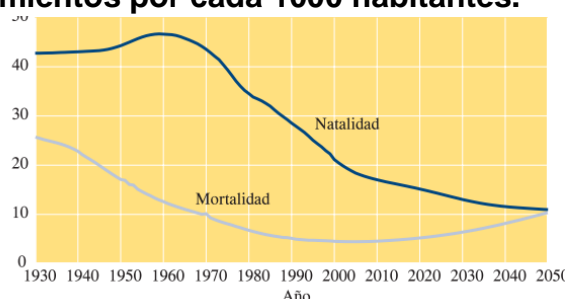
Según cálculos de las Naciones Unidas, en 1950 había alrededor de 200 millones de personas de 60 o más años de edad en todo el mundo. En 1975, su número había aumentado a 350 millones, las proyecciones demográficas para el año 2025 serán de más de 1,100 millones lo que significa un aumento del 224% a contar de 1975. Se prevé que durante ese mismo período la población total mundial aumentará de 4.100 millones a 8.200 millones, es decir, un 102%. Por lo tanto, en 45 años más, las personas de edad avanzada constituirán el 13,7% de la población mundial.¹⁶ En América Latina ha existido un incremento sostenido en la proporción y el número absoluto de personas de 60 y más años de edad. El proceso de envejecimiento seguirá profundizándose de manera acelerada en los próximos años, sobre todo en el período 2010-2030, cuando la tasa de crecimiento de este segmento de edad será del 2,3 %. De acuerdo con los resultados del Censo 2010, actualmente en México hay 10 millones de adultos mayores de 60 años o más, que representan 9% del total de la población; su tasa de crecimiento anual es de 3.8%, lo que implica que en 2018 habrá 14 millones. De hecho, ahora hay más individuos mayores de 60 años que niños menores de 4 años y las proyecciones indican que el fenómeno del

envejecimiento demográfico es irreversible.¹⁷ En la actualidad el Estado de México está conformado principalmente de población joven, 28.69% tienen de 0 a 14 años, 62.58 se encuentran del grupo de 15 a 59 años y 7.50% de su población es mayor de 60 años. De acuerdo a datos del INEGI 2010 en el municipio de Nezahualcóyotl radican 116,148 siendo la segunda entidad con mayor población adulta (detrás de Ecatepec de Morelos).

La transición demográfica es un proceso que se caracteriza por un descenso importante de la mortalidad y de la natalidad. En México, la primera fase de esta transición comienza en los años treinta del siglo XX con un descenso de la mortalidad que, junto con elevados niveles de natalidad, provocaron un periodo de elevado crecimiento demográfico. La segunda etapa de este proceso se dio en los años setenta con un acelerado descenso de la fecundidad, en parte como resultado de las políticas de población de aquella década que tenían como objetivo frenar el acelerado crecimiento de la población. En conjunto, la baja en la mortalidad y en la fecundidad dio pie al predominio de la población adulta y de edades avanzadas.

4.10 Transición demográfica de México 1930-2050

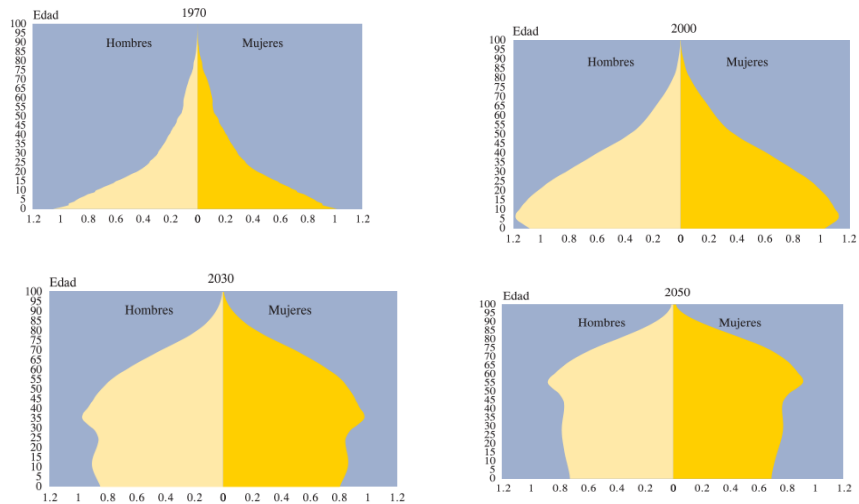
Defunciones o nacimientos por cada 1000 habitantes.



Fuente: Estimaciones CONAPO

Este crecimiento es una muestra también del aumento en la esperanza de vida, que actualmente es de 76.4 años para población en general y de 22 años para el grupo poblacional de 60 años o más. Sin embargo, la esperanza de vida saludable para la población en general es apenas de 65.8 años, lo que significa que en 10.6 años (de la esperanza de vida general) hay una carga de enfermedad y dependencia. Además, este aumento en la esperanza de vida representa también un reto para la salud de los adultos mayores en términos de enfermedades no transmisibles, las cuales son generadoras de discapacidad. La creciente prevalencia de las enfermedades crónicas, constituye un reto particular, pues compromete la funcionalidad, genera discapacidad, eventualmente conduce a la dependencia y representa además un incremento significativo en el costo de la atención a la salud. Se debe reconocer, por tanto, la importancia del estado funcional de los adultos mayores, ya que determina en gran medida la relación entre el envejecimiento poblacional y el gasto en salud.¹⁶

4.11 Pirámide poblacional de 1970 - 2050



Fuente: Estimaciones CONAPO

4.12 Autocuidado

Los procesos intelectuales envejecen con el paso del tiempo. Sin embargo el cerebro tiene una capacidad de reserva y de compensación, de forma que el rendimiento intelectual no se ve alterado con la edad salvo en casos de trastornos neurológicos (demencias, por ejemplo) o que se desarrolle alguna alteración sistémica. El estado mental es la total expresión de las respuestas emocionales de la persona, del ánimo, la función cognitiva y la personalidad. Está absolutamente ligado al funcionamiento del individuo en cuanto comprende la motivación e iniciativa; la formación de expectativas o metas, el planeamiento y desarrollo de tareas y actividades, así como el autocontrol y la integración de la retroalimentación de las múltiples fuentes de energía.

Un elemento coherente en el tratamiento de las enfermedades crónico-degenerativas es el autocuidado. Esta perspectiva ayuda a estos pacientes a tomar conciencia de su propia condición, mediante la mejora de sus conocimientos y habilidades, orientados hacia un cambio de comportamiento positivo, que les permita, en última instancia, reducir el riesgo de complicaciones. El autocuidado que promueve la teoría de Dorothea Elizabeth Orem lo define como, las acciones que permiten al individuo mantener la salud, el bienestar y responder de manera constante a sus necesidades para mantener la vida, curar las enfermedades y/o heridas y hacer frente a las complicaciones.¹⁸

En esta teoría el paciente es el protagonista en la toma de decisiones en la salud y en el desarrollo de sus capacidades de autocuidado, pero para ello se deben realizar acciones y secuencias de acciones aprendidas, dirigidas hacia sí mismos o hacia características ambientales conocidas o supuestas, para cubrir requisitos, identificados para el control de factores que promueven o afectan

adversamente, o interfieren la regulación continuada de su propio funcionamiento o desarrollo, para contribuir así a la continuación de la vida, al auto mantenimiento y a la salud y bienestar personal, ya que como personas maduras y en proceso de maduración, requieren aprender sobre el cuidado propio, y estos requerimientos pueden ir cambiando o modificándose a lo largo del tiempo, en función de sus propia demanda de autocuidado.

El autocuidado también tiene elementos culturales que varían con los individuos y los grandes grupos sociales, además es una acción intencionada y dirigida, e implica el uso de recursos materiales y el gasto de energía. Igualmente el autocuidado está entendido como una función reguladora humana, ejecutada deliberadamente con cierto grado de complejidad y efectividad.

Dorothea E Orem contempla el concepto de auto, como la totalidad de un individuo (incluyendo necesidades físicas, psicológicas y espirituales) y el concepto cuidado como la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él. El autocuidado es la práctica de actividades que las personas inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.

Esta teoría articula un campo de conocimiento que guía las acciones de enfermería, en aras de satisfacer las demandas y promoción del ejercicio de autocuidado entre otras. Una persona para cuidar de sí misma es capaz de realizar las siguientes actividades:

1. Apoyar los procesos vitales y del funcionamiento normal.
2. Mantener el crecimiento, maduración y desarrollo normal.
3. Prevenir o controlar los procesos de enfermedad o lesión.
4. Prevenir incapacidad (o su compensación).
5. Promover el bienestar.

El autocuidado es un fenómeno activo que requiere que las personas sean capaces de usar la razón de comprender su estado de salud, y sus conocimientos en la toma de decisiones para elegir un curso de acción apropiado. El autocuidado está influenciado por los factores básicos condicionantes, los cuales son factores internos y externos a los individuos que afectan sus capacidades para ocuparse de su autocuidado o afectan al tipo y cantidad de autocuidado requeridos son:

- I. Edad.
- II. Sexo.
- III. Estado de desarrollo.
- IV. Estado de salud.
- V. Orientación sociocultural.
- VI. Factores del sistema de cuidado de salud.
- VII. Factores del sistema familiar.
- VIII. Patrón de vida.
- IX. Factores ambientales.
- X. Disponibilidad y adecuación de los recursos.

Los requisitos de autocuidado son un componente principal del modelo y constituyen una parte importante de la valoración del paciente. Dorothea Orem ha identificado o descrito ocho actividades que son esenciales para el logro del autocuidado que son los requisitos del autocuidado universal. Así mismo, los requisitos del autocuidado universal representan las clases de relaciones humanas que producen las condiciones internas y externas que mantiene la estructura y funcionamiento y que a su vez apoyan el desarrollo y maduración del individuo. Cuando estos requisitos se proporcionan de manera efectiva el autocuidado refuerza la salud positiva y el bienestar de la persona son:

- 1) Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
- 2) Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
- 3) Mantenimiento de un aporte suficiente de alimento.
- 4) Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de los excrementos.
- 5) Mantenimiento y equilibrio del reposo.
- 6) Mantenimiento y equilibrio entre la soledad y la interacción social.
- 7) Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humanos.
- 8) Promoción del funcionamiento y desarrollo dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones conocidas y el deseo de ser normal (normalidad).

Estos requisitos de autocuidado universal abarcan los elementos físicos, psicológicos, sociales y espirituales esenciales para la vida. Cada uno de ellos es importante para el funcionamiento del individuo. La finalidad de la atención en autocuidado es fomentar y promover la salud, prevenir las enfermedades, recuperar o rehabilitar la salud integral. A través del autocuidado se influye positivamente en el nivel de salud al lograr que los propios adultos mayores, familia y comunidad mejoren sus conocimientos y destrezas para cuidar su propia salud, fomentar su capacidad de decidirse a buscar ayuda profesional cuando sea necesario. Es una teoría interesante para llevarla a la vida cotidiana y para evaluar su aplicación en la práctica comunitaria.

4.13 Envejecimiento activo

En 1995, cuando la OMS cambió de nombre su “Programa de Salud de las Personas Mayores” por el de “Envejecimiento y Salud”, marcó un importante cambio de orientación. En vez de aislar en categorías a las personas mayores, el nuevo nombre consideraba una perspectiva de todo el curso vital: todos envejecemos y la manera mejor de asegurar una buena salud para las futuras generaciones de personas mayores es prevenir las enfermedades y promover la salud durante todo el ciclo vital. Por el contrario, sólo puede comprenderse bien la salud de aquellos que actualmente se encuentran en la vejez si se tienen en cuenta los acontecimientos de la vida por los que han pasado. El objetivo del Programa de Envejecimiento y Salud ha sido desarrollar políticas que aseguren “el logro de la mejor calidad de vida posible, para el mayor número de personas posible”. Para conseguir esto, es preciso que la OMS fomente la base de

conocimientos sobre gerontología y medicina geriátrica a través de la investigación y los esfuerzos de educación. Es preciso poner el énfasis en fomentar iniciativas interdisciplinarias e intersectoriales, particularmente las dirigidas a los países en vías de desarrollo que se enfrentan a índices de envejecimiento de la población sin precedentes por su rapidez dentro de un contexto de pobreza predominante y con problemas de infraestructura sin resolver. Además, el Programa destaca la importancia de:

- I. Adoptar estrategias basadas en la comunidad, resaltando a ésta como el ámbito fundamental para las intervenciones.
- II. Respetar los contextos y las influencias culturales.
- III. Reconocer la importancia de las diferencias entre hombres y mujeres.
- IV. Fortalecer los vínculos entre las generaciones.
- V. Respetar y conocer los problemas éticos relacionados con la salud y el bienestar en la vejez.

El “Año Internacional de las Personas de Edad” (1999) marcó un hito en la evolución del trabajo de la OMS sobre el envejecimiento y la salud. Ese año, el tema del Día Mundial de la Salud fue “el envejecimiento activo marca la diferencia” y el Director general de la OMS, la Dra. Gro Harlem Brundtland, puso en marcha el “Movimiento Global para el Envejecimiento Activo”. Con tal ocasión, la Dra. Brundtland comentó: Conservar la salud y la calidad de vida durante toda la vida será una valiosa contribución para lograr vidas plenas, una comunidad intergeneracional armoniosa y una economía dinámica. La OMS se ha comprometido a fomentar el envejecimiento activo como un componente indispensable de todos sus programas de desarrollo. En 2000, el nombre del programa de la OMS se volvió a cambiar a “Envejecimiento y Ciclo Vital”. Se ha agregado una mejora ulterior al concepto de “envejecimiento activo” y se ha trasladado a todas las actividades del programa, entre las que se incluyen la investigación y la formación, la diseminación de la información, la defensa y el desarrollo de las políticas.

La idea del envejecimiento activo surgió en un intento de hermanar de forma coherente ámbitos políticos muy compartimentados. En el año 2002, la Organización Mundial de la Salud (OMS) dio a conocer el documento *Envejecimiento activo: un marco político*. En este marco se define el envejecimiento activo como “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen”.¹⁹ Se hace hincapié en la necesidad de actuar de forma integral, con el objetivo de asegurar que las personas mayores sigan siendo un recurso para sus familias, comunidades y economías. El marco político de la OMS reconoce seis tipos de determinantes clave del envejecimiento activo: los económicos, los conductuales, los personales, los sociales, los relacionados con los sistemas sanitarios y sociales y los relacionados con el entorno físico. Propone cuatro políticas fundamentales para la respuesta de los sistemas de salud:

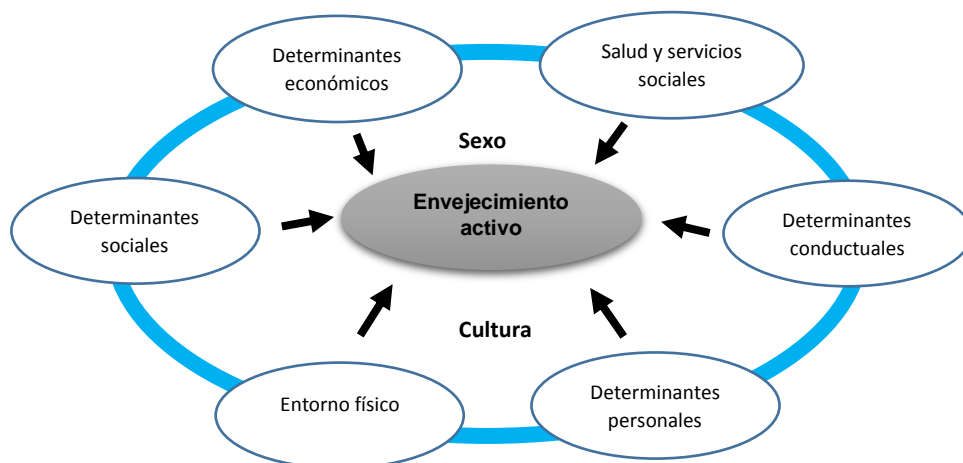
- I. Prevenir y reducir la carga del exceso de discapacidades, enfermedades crónicas y mortalidad prematura.

- II. Reducir los factores de riesgo relacionados con las causas de enfermedades importantes y aumentar los factores que protegen la salud durante el curso de la vida.
- III. Desarrollar una continuidad de servicios sociales y de salud que sean asequibles, accesibles, de gran calidad y respetuosos con la edad, y que tengan en cuenta las necesidades y los derechos de las mujeres y los hombres a medida que envejecen.
- IV. Proporcionar formación y educación a los cuidadores.

Las personas mayores hacen aportes a la sociedad de muchas maneras. Sin embargo, el alcance de esos recursos humanos y sociales y las oportunidades que se tienen al envejecer dependerán en gran medida de algo fundamental: la salud.

La autonomía es la capacidad percibida de controlar, afrontar y tomar decisiones personales acerca de cómo vivir al día de acuerdo con las normas y preferencias propias.

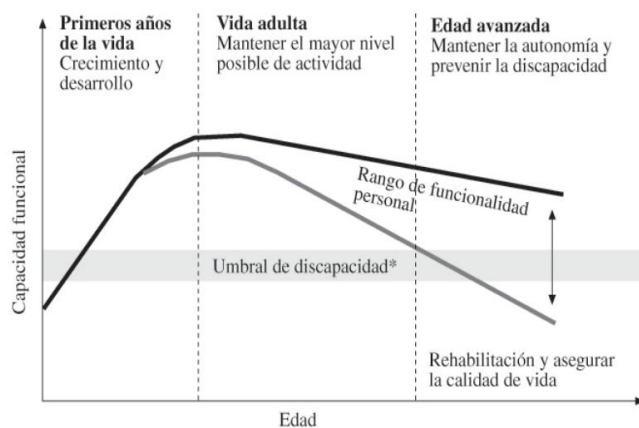
Determinantes del envejecimiento activo.



La independencia se entiende comúnmente como la capacidad de desempeñar las funciones relacionadas con la vida diaria, es decir, la capacidad de vivir con independencia en la comunidad recibiendo poca ayuda, o ninguna, de los demás.

La esperanza de vida saludable se utiliza comúnmente como sinónimo de "esperanza de vida libre de discapacidad". Mientras la esperanza de vida al nacer sigue siendo una importante medida del envejecimiento de la población, cuánto tiempo pueden las personas esperar vivir sin discapacidad resulta especialmente importante para una población que envejece.

4. 14 Mantenimiento de la capacidad funcional durante el ciclo vital.



Fuente: Kalache y Kickbusch, 1997.

Los cambios en el entorno pueden reducir el umbral de discapacidad, disminuyendo así el número de personas con discapacidad en una comunidad dada. La capacidad funcional (como la capacidad respiratoria, la fuerza muscular y el rendimiento cardiovascular) aumenta en la infancia y llega al máximo en los primeros años de la edad adulta, declinando a continuación. Sin embargo, el ritmo del declive viene determinado, en gran medida, por factores relacionados con el estilo de vida adulta, como el tabaquismo, el consumo de alcohol, el nivel de actividad física y la dieta y con factores externos y medioambientales. La pendiente del declive puede llegar a ser tan inclinada que dé lugar a una discapacidad prematura. Sin embargo, se puede influir sobre la aceleración de este declive y hacerlo reversible a cualquier edad mediante medidas tanto individuales como de salud pública.

4.15 Asistencia a las poblaciones que envejecen

A medida que las poblaciones envejecen, uno de los mayores desafíos de la política sanitaria es encontrar el equilibrio entre la ayuda para el cuidado de la propia salud, la ayuda informal (asistencia de los miembros de la familia y amigos) y la atención formal (servicios sociales y de salud). La atención formal incluye tanto la asistencia primaria de salud (prestada básicamente al nivel de la comunidad) como la asistencia institucional (en hospitales o residencias de adultos mayores). Aunque está claro que la mayor parte de la necesidad asistencial de las personas se la prestan ellos mismos o sus cuidadores informales, la mayoría de los países asignan sus recursos financieros inversamente, es decir, la mayor parte del gasto se dedica a la asistencia institucional.

En todo el mundo, los miembros de la familia, los amigos y vecinos, proporcionan la mayor parte del apoyo y los cuidados a los adultos de edad avanzada que necesitan ayuda. Algunos responsables políticos temen que el hecho de proporcionar servicios de asistencia profesionales conlleve una menor implicación por parte de las familias. Los estudios demuestran que esto no es así. Cuando se prestan servicios formales adecuados, la asistencia informal sigue siendo un aliado fundamental. Son preocupantes las recientes tendencias

demográficas en gran número de países, que indican el aumento de la proporción de mujeres sin hijos, cambios en los modelos de divorcio y del matrimonio y el número global, mucho menor, de niños de futuras generaciones de personas ancianas: todo ello contribuye a una disminución de la reserva de apoyo familiar. La asistencia formal a través de los sistemas de servicios sociales y sanitarios tiene que ser igualmente accesible para todos. En muchos países, las personas ancianas que son pobres y viven en zonas rurales carecen de acceso o tienen un acceso limitado a la asistencia sanitaria necesaria. La reducción de la ayuda pública para los servicios de asistencia primaria en muchas zonas ha traído consigo un incremento del esfuerzo financiero e intergeneracional entre las personas de edad y sus familias.²⁰

4.16 Clínicas Universitarias de la Atención a la Salud de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza

Las Clínicas Universitarias con las que cuenta la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza desde prácticamente su fundación que radica en el año 1976, enmarcan la relación entre diferentes integrantes de la comunidad académica, quienes cotidianamente interactúan en aras del proceso enseñanza-aprendizaje, la investigación y el servicio a la comunidad que confía su atención de la salud a la Universidad Nacional Autónoma de México.

Las ocho clínicas se constituyen como extensión de las aulas para fortalecer el conocimiento, las habilidades y destrezas profesionales que requieren nuestros alumnos, bajo la estrecha supervisión y acción de académicos de diferentes disciplinas:

1. Medicina.
2. Odontología.
3. Enfermería.
4. Psicología.
5. Químico Farmacéutico Biólogo.

Su interacción favorece la atención multidisciplinaria sobre el marco de las buenas prácticas y privilegiando el enfoque de riesgo.

Durante estas cuatro décadas, la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza ha mantenido un estrecho contacto con la comunidad a través de los servicios que se otorgan en sus clínicas. La cantidad de atenciones rebasa las cien mil anualmente; cifras y acciones que innegablemente otorgan beneficios a pacientes usuarios de los servicios, a nuestros alumnos y a los académicos que se conjuntan en el día a día en estos espacios.

Misión

Conformar escenarios para la formación de recursos humanos de atención a la salud en un modelo asistencial universitario, con buenas prácticas clínicas, enfoque de riesgo y la sistematización de protocolos y procesos para la generación de nuevos métodos y conocimientos aplicables a la solución de problemas de salud pública.

Visión

Consolidar un modelo de servicios de salud integrado a la formación universitaria que permita cumplir con los objetivos del perfil profesional de los Planes de Estudio e incidir positivamente en la salud de la comunidad y desarrollar líneas de investigación clínica, epidemiológica, social y educativa.

Objetivo general

Desarrollar un modelo de Clínicas Universitarias de Atención a la Salud en la Facultades de Estudios Superiores Zaragoza para la enseñanza, la atención a problemas de salud y educación, así como a la investigación, con base en las buenas prácticas clínicas, enmarcado en fundamentos ético, humanístico y social, con aplicación del enfoque de riesgo que responda al perfil profesional de las carreras de Cirujano Dentista, Enfermería, Medicina, Psicología y Químico Farmacéutico Biólogo. En la Clínica Universitaria de Atención a la Salud “los Reyes” existe un programa de gerontología.

Objetivos específicos

- ✓ Establecer protocolos clínicos estandarizados con fundamento científico para la detección, diagnóstico y tratamiento de los principales problemas de salud y educación de la comunidad, en el marco de las buenas prácticas clínicas y en el enfoque de riesgo.
- ✓ Incidir positivamente en la salud de la comunidad de las zonas aledañas a las Clínicas Universitarias de Atención a la Salud.
- ✓ Desarrollar líneas de investigación clínica, epidemiológica y educativa vinculadas al modelo de las Clínicas Universitarias de Atención a la Salud.
- ✓ Retroalimentar los planes de estudio en los contenidos de las prácticas clínicas y epidemiológicas de nivel primario.
- ✓ Organizar diplomados y cursos de educación continua enmarcados en las buenas prácticas clínicas y enfoque de riesgo.
- ✓ Sistematizar la organización académica administrativa del modelo de las Clínicas Universitarias de Atención a la Salud, para que responda de manera eficiente y eficaz a las necesidades de docencia y de investigación de las licenciaturas y el posgrado de la Facultades de Estudios Superiores Zaragoza.

La aplicación de la administración en los sistemas de salud, en un nivel de atención primaria, por ejemplo, la CUAS FES Zaragoza “Estado de México”, permitirá promover la búsqueda de soluciones, cuyo principal objetivo es mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, a través de la elaboración de planes y

programas para dar respuestas oportunas, adecuadas y económicamente factibles.

Cabe destacar que el servicio integral gerontológico podrá ser una excelente alternativa para los adultos mayores aledaños a la clínica y aquellos que no cuenten con ningún tipo de asistencia médica.

Estudiar la situación de derechohabencia trae consigo grandes desafíos para el Estado de México, pues existen diferencias importantes por sexo, nivel escolar, nivel económico y tipo de localidad. Analizar la situación de derechohabencia en la vejez permitirá diseñar políticas públicas orientadas a la atención en materia de salud en las próximas décadas. Al respecto, la Organización Panamericana de Salud y la Organización Mundial de la Salud han sugerido trabajar durante todas las etapas del ciclo vital en la prevención y control de enfermedades, atención a la salud y en el impulso de políticas favorables para permitir un envejecimiento activo y saludable. Por tanto, se hace necesario indagar las condiciones de vida de los adultos mayores y el impacto que tiene el envejecimiento demográfico en la sociedad y la economía.

La derechohabencia en la vejez es un tema de suma importancia en los estudios y análisis de la población, ya que si un adulto mayor no cuenta con ésta es probable que no atienda sus problemas de salud, pues los gastos médicos tienden a incrementarse de acuerdo con el tipo de enfermedad que la persona padece.

En el Estado de México la distribución de los servicios médicos de la población derechohabiente es desigual, pues la atención va de acuerdo con el tipo de localidad o municipio donde reside el adulto mayor y sus enfermedades se atienden en las instituciones públicas o privadas más cercanas a su domicilio o localidad, lo que resulta una limitante en la cobertura de salud, porque no en todas las zonas de la entidad se cuenta con el material o la tecnología necesarios para garantizar una adecuada atención. Asimismo, las diferencias se hacen más evidentes de acuerdo con la derechohabencia con que cuenta el adulto mayor, pues el Seguro Popular es parte del Sistema de Protección Social en la Salud y no cubre en su totalidad enfermedades crónico-degenerativas.

Datos del INEGI 2010, reportan que el municipio de Nezahualcóyotl cuenta con una población de 1 110 565 habitantes de los cuales el 45.27% (588, 246 habitantes) no son derechohabientes. El contar con un centro integral gerontológico permitirá disminuir costos en salud, debido a practicar medicina preventiva como uno de sus principales pilares. México ha sufrido cambios importantes en su composición, modificando la estructura poblacional en los últimos años.²¹ Una gran parte de la población envejecerá, sobre todo en el Estado de México, pues es la entidad más poblada del país y ocupa el primer lugar a nivel nacional por su número de habitantes. Por tanto, resulta interesante analizar a la población adulta mayor mexiquense para proponer las políticas públicas encaminadas a mejorar su desarrollo y bienestar. Desde una perspectiva que las clínicas universitarias carecen de presupuestos suficientes y que la población a tratar no es económicamente activa se tienen que gestionar recursos gubernamentales y/o no gubernamentales, con el objetivo de ser un

centro integral multidisciplinario sustentable y partiendo de los recursos obtenidos el plantear cuotas de recuperación será otra de las estrategias para obtener un financiamiento más sólido. Cabe mencionar que el recurso humano con el que cuenta la clínica es suficiente, ya que cuenta con servicios básicos como medicina, enfermería, odontología, laboratorio clínico, profesor de educación física, la importancia radica en el adecuado adiestramiento en adultos mayores, al ser una clínica-universitaria cuenta con alumnos y pasantes de los servicios antes mencionados lo cual permitirá participar en la formación de los alumnos y pasantes de servicio social, como un modelo asistencial universitario.

El Costo beneficio para la clínica “Estado de México” está más encaminado a los aspectos sociales, donde el escenario principal es ejercer un plan de negocio para conseguir una efectiva cuantificación de consecuencias sociales y monetarias, lo que permitirá comparar la gran dimensión que tiene la medicina preventiva versus manejo de patologías crónico degenerativas.

La prevención, detección y tratamiento oportuno de las enfermedades crónicas son áreas prioritarias para el sistema de salud mexicano. Por ejemplo la diabetes mellitus tipo 2, es un padecimiento con alta carga de enfermedad, así como de alto costo. En 2013, se calculó que esta enfermedad generó 1.9 millones de años de vida ajustados por discapacidad, además se estima que cada año consume al Seguro Popular y al Instituto Mexicano del Seguro Social en conjunto más de 480 millones de dólares debido a la prestación de servicios de salud. Esta enfermedad no puede ser curada, pero sí puede ser controlada mediante seguimiento, tratamiento médico, y la adopción de estilos de vida saludables. Con base en información de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud 2012, y tomando en consideración a la población general adulta que vive con diabetes mellitus tipo 2, se identificó que las principales complicaciones reportadas asociadas fueron oftalmológicas (45%), neuropatías (40%) y retinopatías (13%).

A pesar de que, tanto nacional como internacionalmente, se reconoce que la revisión de fondo de ojo previene la pérdida de visión, se ha identificado (mediante información de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012) que solamente 8% de la población que vive con DM2 declaró haber recibido revisión de fondo de ojo en su última consulta.²² Una actividad preventiva que puede llevarse a cabo en la Clínica Universitaria de Atención a la Salud “Estado de México”. Y como este radican muchísimas enfermedades que pueden ser prevenibles mediante una atención multidisciplinaria en centros de atención primaria.

5 OBJETIVOS.

5.1 Objetivo general.

Implementar un servicio de atención integral gerontológica en la CUAS Edo. De México, para brindar una atención de calidad a los adultos mayores y mejorar su calidad de vida.

5.2 Objetivos específicos.

- Brindar una atención gerontológica integral a los adultos mayores aledaños a la CUAS Edo. De México.
- Evaluar la calidad de la atención desde una perspectiva de pacientes.
- Mejorar la calidad de vida de los adultos mayores
- Elaborar un diagnóstico integral a los adultos mayores.
- Establecer una ruta crítica de atención prioritaria basada en los diagnósticos obtenidos de los adultos mayores.
- Gestionar recursos.
- Contar con asistencia médica, psicológica, odontológica, enfermería, trabajo social, activador físico, nutrición y análisis clínicos con adiestramiento gerontológico.

6 HIPÓTESIS.

Considerando el incremento de la población de adultos mayores y los pocos servicios de atención gerontológica con los que cuenta el municipio de Nezahualcóyotl y tomando en cuenta la estructura y dinámica de la Clínica Universitaria de Atención a la Salud Estado de México conjuntamente con los servicios que otorga, se considera rentable implementar un Servicio Integral Gerontológico de alta calidad para prevenir y/o controlar patologías, por tanto mejorar su calidad de vida y promover un envejecimiento activo a bajo costo.

7 METODOLOGÍA

La metodología del presente trabajo, se basa en la implementación de un servicio en beneficio de los adultos mayores, que acuden a la clínica universitaria de atención a la salud "Estado de México" con la premisa de organizar un servicio integral multidisciplinario bajo un enfoque de envejecimiento activo, con el objetivo de mejorar su calidad de vida.

7.1 Procedimientos

El centro integral de atención gerontológica está encaminado a mejorar la calidad de vida del adulto mayor, mediante la optimización de las oportunidades de

salud, participación y seguridad, bajo un enfoque de envejecimiento activo y autocuidado que les permita a los adultos mayores tomar conciencia de su propia condición, mediante la mejora de sus conocimientos y habilidades, orientados hacia un cambio de comportamiento positivo y hacer frente a los retos cotidianos.

Con presencia de decisiones colaterales y estrategias para mejorar el desempeño global de la organización y generar una base consolidada para iniciativas de desarrollo, a través de una atención de calidad.

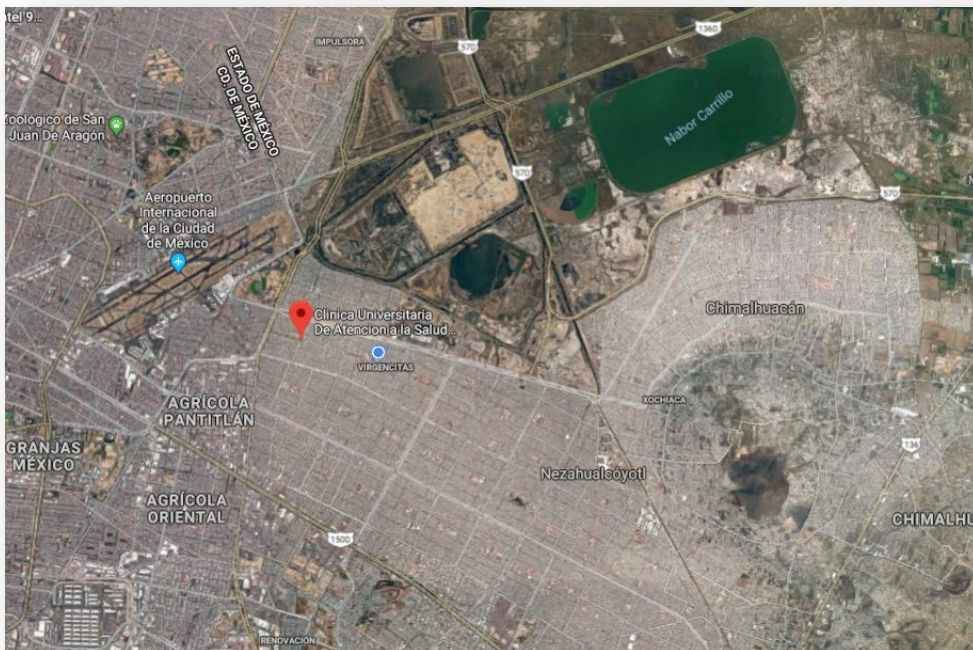
El primer paso es solicitar el permiso de apertura a la Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Clínica Universitaria de Atención a la Salud “Estado de México”, así como el financiamiento gubernamental y no gubernamental.

El centro de atención integral gerontológico, ofrece atención de calidad, bajo el concepto de envejecimiento activo, para todos los niveles socioeconómicos. La atención es personalizada con el objetivo de generar independencia y mantener, mejorar y/o prolongar la funcionalidad física, mental y social de los adultos mayores para mejorar su calidad de vida.

7.2 Ubicación

La localización del centro integral gerontológico, es la siguiente:

Avenida Cuauhtémoc, entre cuarta y quinta avenida. Colonia Estado de México, Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México.



7.3 Misión

Ser un centro de atención integral para adultos mayores, que brinde servicios de salud de forma personalizada, a través de un equipo multidisciplinario en gerontología: médica, psicológica, odontológica, enfermería, trabajo social, nutrición, actividad física y análisis clínicos. Que ofrezca un manejo de calidad. Basado en honestidad, ética, disciplina, respeto, bien común e igualdad. Generando programas de prevención, diagnóstico y tratamiento inspirados en un envejecimiento activo. Para lograr bienestar de nuestros usuarios y por consiguiente permanencia en la institución.

7.4 Visión

Generar un centro integral gerontológico de alta calidad dentro de una clínica universitaria de atención a la salud de la FES Z, con atención especializada con calidad humana. Haciendo siempre hincapié en la mejora continua de los servicios ofrecidos e innovación de instalaciones, a través de un alto grado de organización.

7.5 Valores

Finanzas: Mantener una operación financiera rentable que obtenga recursos para satisfacer las necesidades recientes y futuras, del centro gerontológico así como de sus usuarios.

Tolerancia: Respetar la diversidad de los adultos mayores.

Responsabilidad: La alta calificación del grupo integral, fomentará seguridad de nuestros usuarios. A través de actos eficientes y eficaces del servicio otorgado.

Ética: Practicar servicios de salud de forma honesta, respetando la dignidad y sin ninguna distinción.

Solidaridad: Hacer de nuestra convivencia reciprocidad de nuestras actitudes y aptitudes. Comprendiendo y ayudando a los demás.

7.6 Recursos humanos:

El equipo de salud es el componente primordial para un servicio integral gerontológico, bajo un enfoque de envejecimiento activo.

El enfoque hacia el cliente está orientado a brindar una atención de calidad y calidez, evaluando de forma constante (semestral) los servicios que permitan al centro gerontológico realizar procesos de mejora continua a través de políticas de calidad y enfoques basados en procesos, cumpliendo con los requisitos, necesidades y expectativas de los usuarios mediante auditorías internas y externas, y de esta forma mantener altos índices de calidad.

Así también se realizaran cambios a través de un sistema de quejas y sugerencias (cabe destacar que también se evalúa la calidad de la atención

desde una perspectiva de pacientes), y se contará con equipos de mejora y renovación de instalaciones de forma eficiente y flexible que permitan la comodidad y la realización de actividades por parte de los adultos mayores.

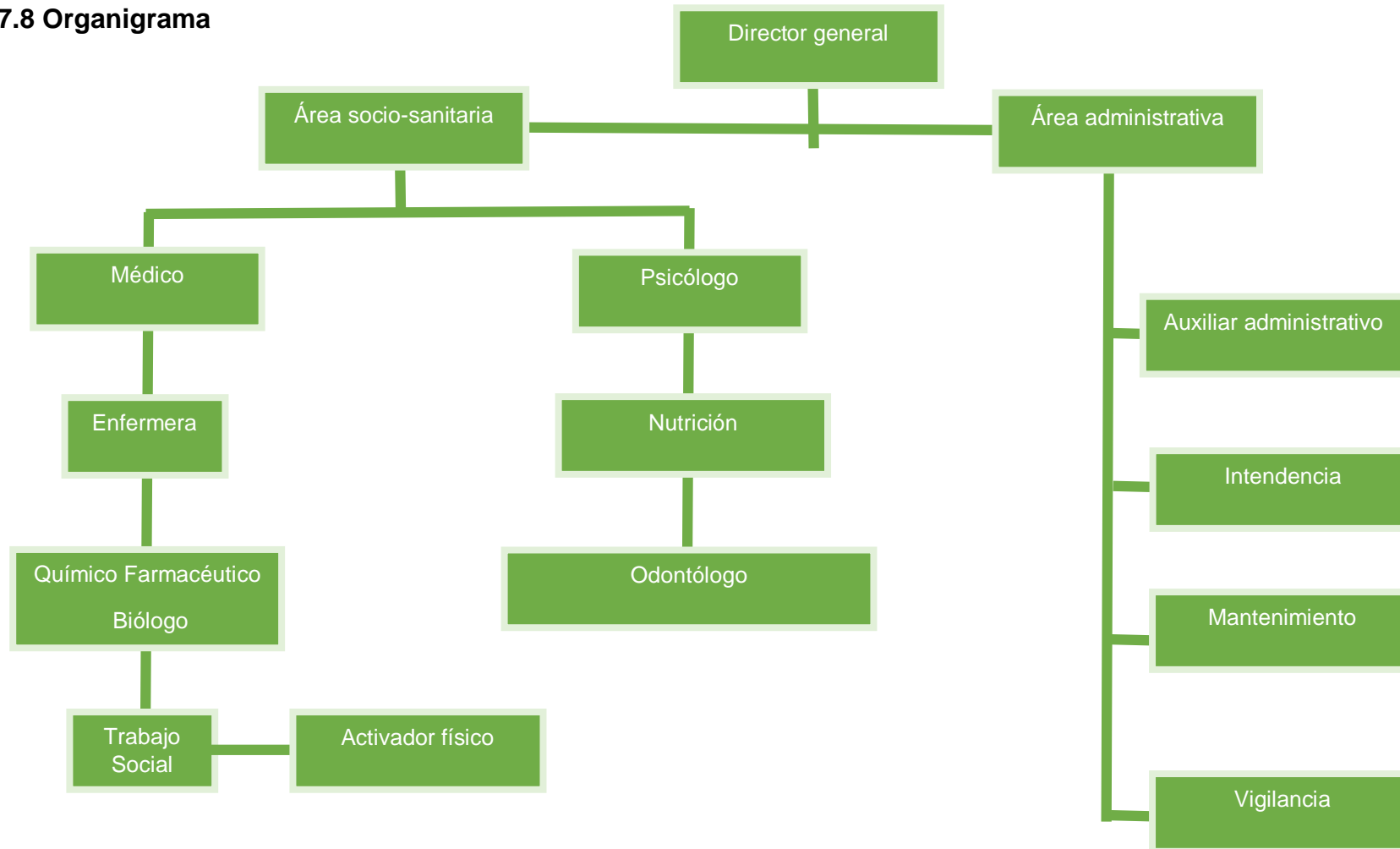
7.7 Equipo de salud

Principal objetivo es la prevención, diagnóstico, detección de complicaciones y tratamiento, por lo que se requiere:

- a) Conformación de equipos de personal con conocimientos específicos en el área de geriatría (como alternativa podrá adiestrarse a pasantes de servicio social con lo que cuente la clínica universitaria).
- b) Una atención de calidad.

Los médicos, psicólogos, odontólogos, personal de enfermería, químicos farmacéuticos biólogos, nutriólogos, trabajadoras sociales, profesores de educación física, el personal de apoyo técnico y administrativo serán capacitados, para poder optimizar las oportunidades de salud, de participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida de los adultos mayores. Con una participación continua de los adultos mayores en forma individual y colectiva, en los aspectos sociales, económicos, espirituales y culturales. Con la intención de prevenir muertes, menos discapacidades relacionadas con enfermedades crónicas en la vejez, que los adultos mayores puedan mejorar su calidad de vida a medida que vayan envejeciendo y por consiguiente menos gastos debidos a tratamientos médicos y a su atención sanitaria.

7.8 Organigrama



El coordinador del servicio será el encargado del adecuado funcionamiento del centro gerontológico a través de la realización de auditorías internas y procedimientos de evaluación, también se encargara de la realización de cálculos y controles presupuestales y diagramas de causa efecto para mejora continua (Ishikawa). Los médicos generales se encargaran de realizar la historia clínica de cada paciente y desempeñaran un papel preventivo, diagnóstico oportuno, manejo de enfermedades de base. Atención a eventualidades presentadas y la derivación a un segundo o tercer nivel de atención, los conocimientos específicos de los médicos están encaminados a un envejecimiento activo y esquemas de manejo estandarizados. Así también el personal de enfermería participara en la toma de signos vitales, somatometría y debe de tener la capacidad de participar en diagnósticos tempranos y el apego de los pacientes a sus tratamientos mediante bitácoras de control. El servicio de odontología tendrá capacitación en relación a salud bucodental en las personas mayores bajo un enfoque geriátrico cuyo objetivo será la prevención, tratamiento, rehabilitación y derivación de pacientes. Los nutriólogos se encargaran de la administración de los insumos, evaluar de forma inicial y bimestral el estado nutricional de los adultos mayores, de generar planes nutricionales personalizados, así también de la educación de preparación y limpieza de los alimentos en sus hogares y la supervisión en horarios de comidas. El área de psicología tendrá un adiestramiento de psicogeriatría, con el objetivo de diagnósticos oportunos, tratamientos y derivación de pacientes, también llevaran a cabo actividades que fortalezcan la autoestima, se realizará una evaluación previa al ingreso y la realización de intervenciones clínicas que fortalezcan la estimulación de los usuarios. El servicio de laboratorio clínico será capacitado en la toma de muestras geriátricas y tomaran de forma rutinaria muestras básicas, dependientes de las enfermedades de base y tamizajes. Los profesores de educación física tendrán adiestramiento de ejercicios encaminados a la rehabilitación y actividad física de los adultos mayores, la cual se realizara 3 veces por semana con una duración de 30 minutos y de forma personalizada, los estudios serán prescritos por el médico y podrán ser modulador por el profesor. Trabajo social estará capacitado para actuar de forma precoz sobre las causas que generen problemáticas individuales y colectivas, con el objeto de potenciar el desarrollo de capacidades y facultades de los adultos mayores puedan afrontar por si mismos sus problemas e integrarse satisfactoriamente en la vida social, la realización del estudio socioeconómico de los adultos mayores, apoyo en trámites legales y administrativos. El personal de apoyo técnico y administrativo necesariamente debe de tener conocimiento básico de los pacientes geriátricos.

Se contara con un sistema de informatica con los datos de los pacientes, al cual tendran acceso todo el personal de salud antes mencionado.

La experiencia del personal es fundamental, y no es precisamente la experiencia retrograda sino la que se adquirirá al transcurso de los años, el personal debe tener la libertad suficiente para desempeñar sus funciones y la ética de transferencia de conocimientos para que la satisfacción de las necesidades de salud de los adultos mayores sea más factible.

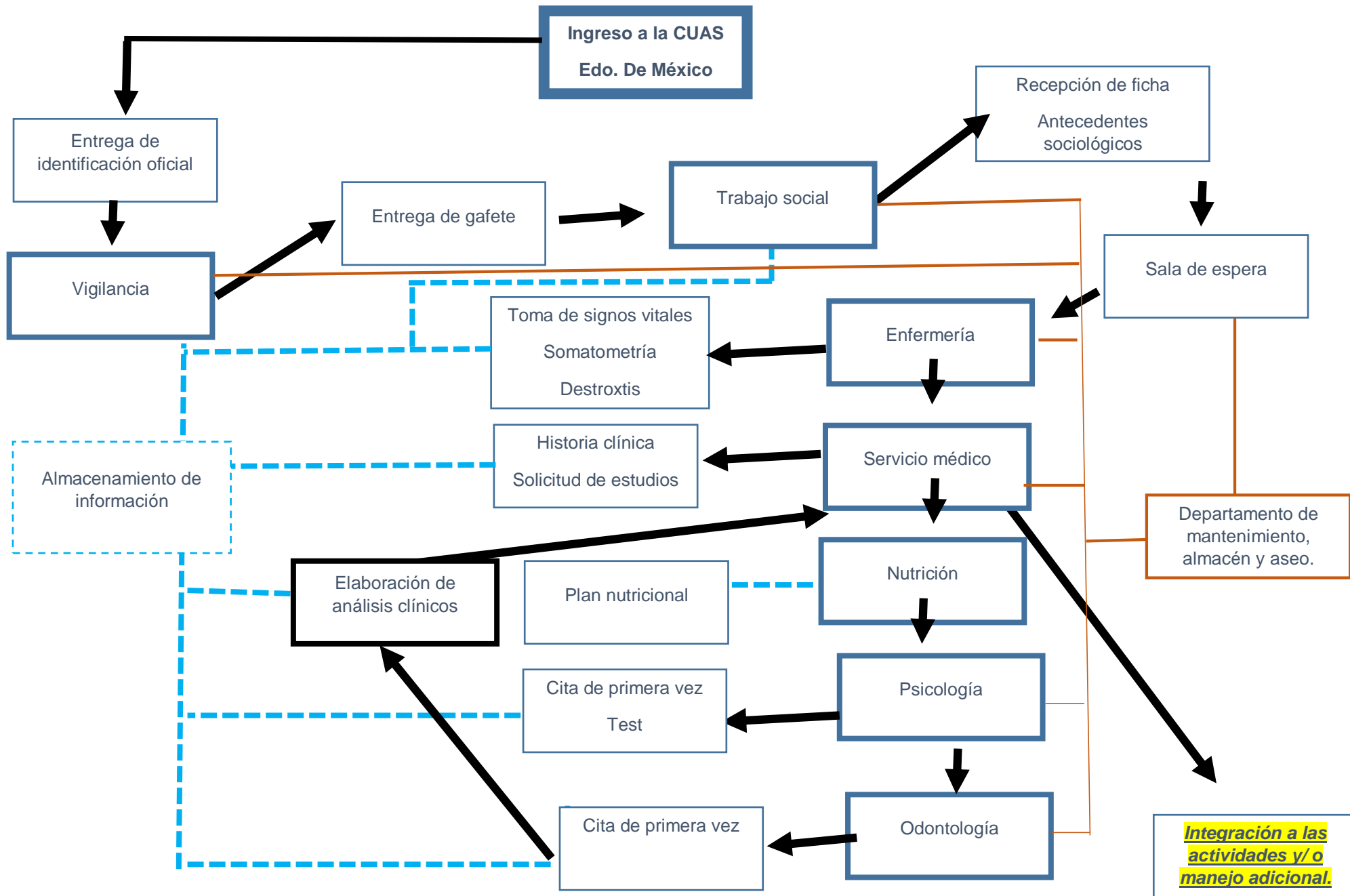
Cabe destacar que una de las propuestas importantes es la participación de pasantes de servicio social (medicina, odontología, enfermería, química y trabajo social), los cuales tendrán un curso de adiestramiento. Los pasantes serán supervisados por los coordinadores de cada uno de los módulos, antes mencionados y realizarán talleres didácticos e informativos.

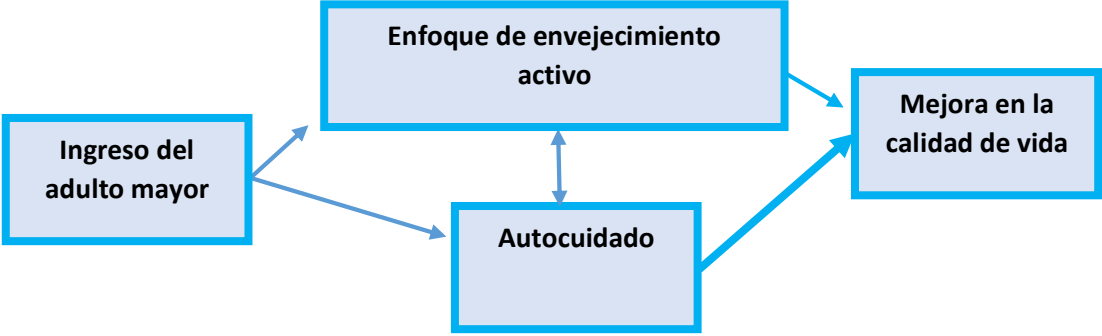
7.9 Operación de actividades

El adulto mayor llega a la Clínica Universitaria de atención a la salud “Estado de México” donde es recibido por el servicio de vigilancia quien pedirá una identificación oficial y le entregará un gafete con un distintivo que indique que acude al centro gerontológico. Posteriormente se trasladará a trabajo social, asignándole una ficha de turno y quien también se encargará de la investigación sobre los aspectos sociales y demográficos. Posteriormente será canalizado al servicio de enfermería quien tomará somatometría, signos vitales, destoxis e indagará comorbilidades, para posteriormente recibir la atención médica, donde se llevará a cabo la historia clínica (Ficha de identificación, antecedentes heredofamiliares, antecedentes personales no patológicos y patológicos, antecedentes ginecológicos y obstétricos o andrológicos, en caso de ser necesario se indagará el padecimiento actual, interrogatorio por aparatos y sistemas, exploración física, diagnósticos, análisis clínicos, tratamiento y pronóstico), después se canalizará al servicio de nutrición quien iniciará un plan nutricional personalizado sea canalizado al servicio de psicología para su cita inicial y la aplicación de test de primera vez (demencia – depresión), después podrá acudir al servicio de odontología para indagar antecedente y revisión inicial. Y finalmente acudirá a obtener su cita en el laboratorio de análisis clínicos, regresará a su realización y acudirá a cita médica, quien valorará si está en condiciones de integrarse a las actividades o de ser necesario continuar con algún tipo de reposo. Todos los servicios contarán con acceso a la red para la realización de una base de datos y notas clínicas.

El presente trabajo tiene determinados tópicos, basados en organización, envejecimiento activo, calidad de vida y calidad de la atención, por lo que no trata temas de infraestructura.

Personal para un total de 20 a 25 adultos mayores	
Categoría	Número de personal
Coordinador del Servicio	1
Médico	2
Pasante de servicio social de Medicina	4
Enfermería	2
Pasante de servicio social enfermería	4
Químico Farmacéutico Biólogo	2
Pasante de servicio social de Químico Farmacéutico Biólogo	4
Trabajo social	2
Pasante de servicio social de trabajo social	4
Profesor de educación física	2
Nutrición	4
Odontología	2
Pasante de servicio social de odontología	4
Recursos humano	2
Auxiliar administrativo	4
Intendencia	2
Mantenimiento	2
Vigilancia	2





Encuesta para valorar la satisfacción del adulto mayor.

1. ¿El personal en salud, se presenta con usted?
Sí____ No____
2. ¿El personal en salud, es respetuoso con usted?
Sí____ No____
3. ¿El personal en salud, es amable con usted?
Sí____ No____
4. ¿Le toman signos vitales cada vez usted acude al centro integral gerontológico?
Sí____ No____
5. ¿Le informan sus cifras de presión arterial y son registradas en la bitácora?
Sí____ No____
6. ¿Con qué frecuencia le checan su glucosa?
Cada semana _____
Cada 2 semanas _____
Cada 3 semanas _____
Cada mes _____
7. ¿Qué calificación, le otorga al servicio?
1-5 _____
6-8 _____
9-10 _____
8. Comentarios

Encuesta para valorar el desempeño del equipo multidisciplinario.

1. ¿Cuánto tiempo espera usted para ingresar al consultorio médico?

1-10 minutos _____

10-20 minutos _____

20-30 minutos _____

30-40 minutos _____

Más de 40 minutos _____

2. ¿El equipo multidisciplinario, resuelve sus dudas?

Sí____ No_____

3. ¿Cuánto tiempo espera para que le agenda una cita?

1-10 minutos _____

10-20 minutos _____

20-30 minutos _____

30-40 minutos _____

Más de 40 minutos _____

4. Mientras espera su atención médica, usted ¿Recibe alguna platica en salud?

Sí____ No_____

5. ¿Está debidamente capacitado el personal de medicina?

Sí____ No_____

6. ¿Está debidamente capacitado el personal de enfermería?

Sí____ No_____

7. ¿Está debidamente capacitado el personal de psicología?

Sí____ No_____

8. ¿Está debidamente capacitado el personal de odontología?

Sí____ No_____

9. ¿Está debidamente capacitado el personal de laboratorio clínico?

Sí____ No_____

10. ¿Está debidamente capacitado el personal de actividades deportivas?

Sí_____ No_____

11. ¿Está debidamente capacitado el personal de vigilancia?

Sí_____ No_____

12. ¿Está debidamente capacitado el personal de intendencia?

Sí_____ No_____

13. ¿Está debidamente capacitado el personal de mantenimiento?

Sí_____ No_____

Comentarios_____

7.10 Medio de transporte

Este servicio es subcontratado con una empresa externa para ofrecerlo a quienes así lo deseen o requieran. Dicho transporte es manejado por personal altamente capacitado en el traslado de adultos mayores y que además están preparados para atender los problemas que se pueden presentar, por tanto se darán cursos a los conductores en relación a primeros auxilios.

Para hacer uso de este servicio, el familiar del adulto mayor se pone de acuerdo con el personal de trabajo social en donde se termina los días de uso del servicio, también para la identificación de la ubicación de los hogares y por tanto la trazabilidad de la ruta.

Cabe destacar que los usuarios del servicio no permanecerán más de 90 minutos a bordo del vehículo para evitar cualquier incomodidad.

7.11 Diseminación de la información

Se llevara a cabo a través de:

1. Gaceta UNAM y FES Zaragoza.
2. Trípticos.
3. Página WEB.
4. Tabloides dispuestos en circulación general.
5. Rota folios.
6. Carteles.
7. Redes sociales.

7.12 Requisitos técnicos

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-167-SSA1-1997.

“Para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores”.

En nuestro país la Asistencia Social es una expresión de solidaridad humana que se manifiesta en la familia, en la sociedad y en el ámbito del Estado, cuyas acciones se han caracterizado por la operación de programas circunstanciales que limitan el desarrollo de la asistencia social, amén que el retardo en la solución a los problemas más urgentes y el surgimiento de nuevas necesidades incrementan los rezagos, principalmente en los sectores más pobres de la sociedad, en los grupos más vulnerables como son los menores y adultos mayores en condición de orfandad, abandono, rechazo social y maltrato físico y mental.

En respuesta a lo anterior, es necesario estimular y fortalecer las acciones de asistencia social que realizan los integrantes del Sistema Nacional de Salud de conformidad con lo que disponen las leyes respectivas, no sólo en el control y supervisión del uso de los recursos y aspectos administrativos, sino principalmente en

la calidad de la atención, a fin de asegurar mayor coherencia entre instrumentos y objetivos, para alcanzar una operación integral más eficaz, una gestión más eficiente y la contribución hacia una sociedad más justa y democrática.

La presente Norma Oficial Mexicana establece mecanismos básicos que faciliten y alienten la instrumentación de acciones en favor de los menores y adultos mayores sujetos a asistencia social, tomando en cuenta la condición específica de cada entidad federativa.²³

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-001-SSA2-1993.

Que establece los requisitos arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito y permanencia de los discapacitados a los establecimientos de atención médica del sistema nacional de salud.

El 10% de la población mexicana presenta algún grado de deficiencia, discapacidad o impedimento que requiere de revisiones periódicas que coadyuven a un mejor estado de bienestar psicológico y social por lo que la mayoría de pacientes debe acudir a hospitales que cuenten con instalaciones adecuadas.

Un alto porcentaje de las unidades médicas carecen de las condiciones arquitectónicas idóneas por lo que se establecen los requerimientos para proporcionar a los discapacitados facilidades de acceso, tránsito y permanencia para que reciban la atención médica adecuada y oportuna requerida.

La Ley General de Salud determina en el artículo 180, que la Secretaría de Salud y los Gobiernos de las Entidades Federativas, en coordinación con otras instituciones públicas, promoverán que en los lugares en que se prestan servicios públicos, se dispongan de las facilidades para las personas discapacitadas.²⁴

LEY DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

La Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores confirma el gran interés de los legisladores, quienes con su trabajo e investigación elaboraron este instrumento jurídico que, sin duda, es una herramienta útil para hacer valer los derechos de las personas de la tercera edad, así como para revalorarlas, ya que son la memoria y cimiento de lo que hoy es nuestra gran nación.

El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), organismo al que se le confía la rectoría de las políticas públicas para la atención de este grupo de la población, se fortalece con la Ley, la cual se constituye como el eje de las acciones que gobierno y sociedad realizan para que todos nuestros adultos mayores puedan vivir mejor.

Artículo 1o. La presente Ley es de orden público, de interés social y de observancia general en los Estados Unidos Mexicanos. Tiene por objeto garantizar el ejercicio de los derechos de las personas adultas mayores, así como establecer las bases y disposiciones para su cumplimiento.

Artículo 4o. Son principios rectores en la observación y aplicación de esta Ley:

I. Autonomía y autorrealización. Todas las acciones que se realicen en beneficio de las personas adultas mayores orientadas a fortalecer su independencia, su capacidad de decisión y su desarrollo personal y comunitario.

II. Participación. La inserción de las personas adultas mayores en todos los órdenes de la vida pública. En los ámbitos de su interés serán consultados y tomados en cuenta; asimismo se promoverá su presencia e intervención.

III. Equidad. Es el trato justo y proporcional en las condiciones de acceso y disfrute de los satisfactores necesarios para el bienestar de las personas adultas mayores, sin distinción por sexo, situación económica, identidad étnica, fenotipo, credo, religión o cualquier otra circunstancia.

IV. Corresponsabilidad. La concurrencia y responsabilidad compartida de los sectores público y social, en especial de las comunidades y familias, para la consecución del objeto de esta Ley.

V. Atención preferente. Es aquella que obliga a las instituciones federales, estatales y municipales de gobierno, así como a los sectores social y privado a implementar programas acordes a las diferentes etapas, características y circunstancias de las personas adultas mayores.

Artículo 5o. De manera enunciativa y no limitativa, esta Ley tiene por objeto garantizar a las personas adultas mayores los siguientes derechos:

I. De la integridad, dignidad y preferencia: a. A una vida con calidad. Es obligación de las Instituciones Públicas, de la comunidad, de la familia y la sociedad, garantizarles el acceso a los programas que tengan por objeto posibilitar el ejercicio de este derecho.

Artículo 11. La Federación, las entidades federativas y los municipios ejercerán sus atribuciones en la formulación y ejecución de las políticas públicas para las personas adultas mayores, de conformidad con la concurrencia prevista en esta Ley y en otros ordenamientos legales.

Artículo 16. Corresponde a la Secretaría de Desarrollo Social:

I. Fomentar la participación de los sectores social y privado en la promoción, seguimiento y financiamiento de los programas de atención a las personas adultas mayores.²⁵

Instrumentos:

Se realizara a través de cuestionarios y entrevistas, mediante un interrogatorio directo y la observación, los cuales serán aplicados en el primer mes y posteriormente a los 3 y 6 meses respectivamente con el objetivo de implementar estrategias de mejora continua. Mediante los siguientes instrumentos de evaluación:

I. Mini mental de Folstein modificado

Es una herramienta, rápida y fácil de aplicar para la evaluación cognitiva multifuncional de pacientes geriátricos. Este instrumento es útil para el tamizaje de déficit cognitivo, aunque no es un instrumento de diagnóstico. Puede ser administrado por el médico, el enfermero o el trabajador social. Un estudio reciente de la International Psychogeriatric Association mostró que es la prueba de tamizaje más frecuentemente utilizada en la evaluación de enfermedades neuropsiquiátricas. Este test evalúa diferentes aspectos de la cognición, incluyendo orientación temporal, espacial, recuerdo inmediato, atención, memoria episódica, lenguaje y función visuoespacial.²⁶

II. Calidad de vida de la OMS WHOQOL- BREF

Proporciona un perfil de calidad de vida percibida por la persona. Fue diseñado para ser usado tanto en población general como en pacientes. La WHOQOL BREF proporciona una manera rápida de puntuar los perfiles de las áreas que explora. Se recomienda utilizarla en epidemiología y en clínica cuando la calidad de vida es de interés, pero no es el objetivo principal del estudio o intervención. Existen dos versiones la WHOQOL-100 y la WHOQOL-BREF ambas con estudios de validación en español. La versión aquí recogida, la WHOQOL-BREF produce un perfil de 4 dimensiones: Salud física, Salud psicológica. Relaciones sociales, Ambiente.²⁷

III. Calidad de la atención de Avedis Donabedian

Avedis Donabedian propuso en 1980 una definición de calidad asistencial que ha llegado a ser clásica y que formulaba de la siguiente manera: "Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes". Propuso un concepto de calidad que integra 4 elementos: la accesibilidad, el componente técnico-científico, la relación

interpersonal médico-paciente y las comodidades del entorno; con la finalidad de centrar la evaluación en 3 enfoques: estructura, proceso y resultados.

8 BIBLIOGRAFÍA

1. Ramírez R., Sixmenia L., “Los ejes fundamentales de la administración que ayudan alcanzar el éxito de una empresa”. Unidad académica de ciencias empresariales. Ecuador, Machala. 2016. Pp. 14.
2. Introducción a la Teoría General de la Administración», Séptima Edición, de Chiavenato Idalberto, McGraw-Hill Interamericana, 2004, Pág. 10.
3. Administración», Octava Edición, de Robbins Stephen y Coulter Mary, Pearson Educación, 2005, Págs. 7 y 9.
4. Administración», Novena Edición, de Hitt Michael, Black Stewart y Porter Lyman, Pearson Educación, 2006, Pág. 8.
5. Administración y Dirección», de Díez de Castro Emilio Pablo, García del Junco Julio, Martín Giménez Francisca y Periañez Cristóbal Rafael, McGraw-Hill Interamericana, 2001, Pág. 4.
6. Koontz, Harold. Administración, una perspectiva global. México, 11 a ed., Mac Graw Hill, 1998, 796 pp.
7. Robbins Sthepen P. Administración. Teoría y práctica. México. Prentice Hall, 4 a ed., 1994, Pág. 6.
8. Sistemas de gestión de la calidad. Fundamentos y vocabulario, ISO 9000:2015. Instituto Mexicano de Normalización y Certificación, A. C. 2015. NMX-CC-9000-IM NC-2015. 55 pp.
9. Google docs. Historia de la calidad. <https://docs.google.com/document/d/1k-1I8vD0Hb5kwR4qiG-OuX8E5ba-U42f86JCLE2R3iw/edit?hl=es>.
10. Pat P., Soto M., “Satisfacción del paciente adulto hospitalizado con el trato interpersonal del personal de enfermería”, en Revista de enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social, vol. 25 suplemento 2, México, 2016, pp. 119-123
11. Zaragoza G., “Aplicación del modelo de calidad del servicio Servqual en el área de recursos humanos de la empresa National Car Rental en México”. Guadalajara, Jalisco. 2015, pp. 28.
12. Nava G., “La calidad de vida: Análisis multidimensional”, Rev Enf Neurol, México 2012. Vol. 11, No. 3: pp. 129-137.
13. Organización Mundial de la Salud (OMS). Foro Mundial de la Salud. Ginebra; 1996.
14. Gil G. “Fisiología del envejecimiento y su influencia ante la cirugía” Revista Científica Complutense de Madrid. España 1993. Vol 2, pp. 25-39.
15. El envejecimiento de la población en México. CONAPO. Disponible en: www.marista.edu.mx/documents/download/36/transicion-demografica-de-mexico
16. Manrique E., Salinas R., Moreno T., Acosta C., Sosa O, Gutiérrez R., Téllez R., “Condiciones de salud y estado funcional de los adultos

mayores en México”, en Salud Pública de México, vol. 55, suplemento 2, México, 2013, pp. 323-331.

17. Naranjo Y., Figueroa M., Cañizares R. Envejecimiento poblacional en Cuba. Gac Méd Espirit [revista en Internet]. 2015 [citado 16 Feb 2016];17(3):[1- 10 pp].
18. Naranjo Y, Concepción P. Importance of Self-Care in Elderly Adults with Diabetes Mellitus. Rev Méd Finlay. [revista en Internet]. 2016 [citado 11 Oct 2016];17(3):[215-220 pp].
19. Mendoza N., Martínez M y Vargas G. Envejecimiento activo y saludable. Fundamentos y estrategias desde la gerontología comunitaria. UNAM, FES Zaragoza, Noviembre 2013. Primera edición. 522pp.
20. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento activo: un marco político. Revista Española Geriatria Gerontología. 2002; Volumen 37, pp. 74-105.
21. Nezahualcóyotl. Plataforma electoral municipal, 2016 – 2018. Disponible en:http://www.ieem.org.mx/2015/plata/municipal/02_/NEZAHUALCOYOTL.pdf.
22. Figueroa L., González b. Costo-efectividad de una alternativa para la prestación de servicios de atención primaria en salud para los beneficiarios del Seguro Popular de México. Salud pública, vol. 58 número 5. México 2016. pp. 569 – 576.
23. Norma oficial mexicana nom-167-ssa1-1997, para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/167ssa17.html>
24. Norma oficial mexicana nom-001-ssa2-1993 que establece los requisitos arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito y permanencia de los discapacitados a los establecimientos de atención médica del sistema nacional de salud. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/001ssa23.html>
25. Ley de los derechos de las personas adultas mayores. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/ldpam.html>
26. Guía de práctica clínica para la valoración geronto-geriátrica integral en el adulto mayor ambulatorio. México: Secretaría de salud. 2011. pp. 1-84.
27. Reyes de Beaman S, et al. Aging Neuropsychol Cogn 2004; 11 (1): 1–11
28. Phungrassami T, et al. J Med Assoc Thai 2004; 87(12) :1459-1465.
29. Stevens G., Dias R., Thomas K., Rivera J., Carvalho N., et al. Characterizing the epidemiological transition in Mexico: National and subnational burden of diseases, injuries, and risk factors. PLoS Med 2008;5(6): e125.
30. Barquera S., Campos N., Hernández L., Villalpando S., Rodríguez C., Durazo R., Aguilar C. Hypertension in Mexican adults: results from the National Health and Nutrition Survey 2006. Salud Publica Mex 2010;52 suppl 1:S63-S71.

31. Tesch r. Active ageing and quality of life in old age, United Nations economic commission for Europe. New York and Geneva 2012. pp. 38.
32. González M., Gallardo D. Calidad de la atención médica: la diferencia entre la vida o la muerte. Revista digital universitaria, vol. 13, número 8. México 2012. pp. 1-15.
33. Manrique E., Salinas R., Moreno T., Télles R. Prevalencia de dependencia funcional y su asociación con caídas en una muestra de adultos mayores pobres en México. Salud Pública Mex. 2011; 53:26-33.
34. Etienne G., Dahlberg L., Mercy J., Lozano R. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la salud 525 Twenty-third St. NW Washington, DC. 20037, E.U.A. 2003.
35. Rivera M. Aspectos generales de la dependencia: Una visión global. Derechos humanos de las personas de la tercera edad. México ante los desafíos del envejecimiento. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. 2013.
36. Álvarez M., Alaiz A., Brun E., Cabañeros J., Calzón M., Cosío I. Capacidad funcional de pacientes mayores de 65 años, según el índice de Katz. Fiabilidad del método. Aten primaria, 1992; 10:812-815.
37. Cantú P. Estilo de vida en pacientes adultos con Diabetes Mellitus tipo 2. Rev Enf Actual. Costa Rica. 2014; 1:1-14
38. Cardozo I., Rondón J. La salud desde una perspectiva psicológica. Rev Electrónica de Iztacala. 2014; 3:1079-1107.
39. Castillo N., Aguilar S. Pobre adherencia a la medicación en la Diabetes Mellitus tipo 2: un problema en Latinoamérica. Rev ALAD: Asociación Latinoamericana de Diabetes. 2016; 6:108-110.
40. Frenk J. Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México. salud Pública de México. 2007; 1:23-36.
41. Cerquera A., Flores L., Linares M. Autopercepción de la salud en el adulto mayor. Revista virtual Universidad católica del norte. Colombia. 2010; 31; 1:407-428.
42. Gutiérrez L., Agudelo M., Giraldo L., Hernán R. Hechos y desafíos para un envejecimiento saludable en México. Instituto Nacional de Geriatria. 2016. pp. 1-65.
43. Amaro M. El envejecimiento poblacional en Cuba, desde el prisma de la epidemiología social y la ética. Anales de la Academia de Ciencias de Cuba. 2016; 6: 30-45.
44. Escalona B., Ruíz A. Salud mental y funcionamiento familiar en adultos mayores de Melchor Ocampo, Estado de México. Revista Psicología Iberoamericana. 2016; 24; 1:38-46
45. Jonis M., Llanta D. Depresión en el adulto mayor, ¿Cuál es la verdadera situación en nuestro país? Rev Med Hered. 2013; 24;1:78-79.

- 46.** Martínez P., González A., Castellón L., González A. El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida: ¿éxito o dificultad? Cuba. Rev Fin. 2018; 8;1: 59-65.

9 ANEXOS.



**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CLINICA UNIVERSITARIA DE ATENCIÓN A LA SALUD “ESTADO DE MÉXICO”**

MINI EXAMEN MENTAL DE FOLSTEIN (modificado)

Nombre: _____

Fecha de evaluación: _____ Edad: _____ Género: _____

Escolaridad: _____

Calificación Total: _____

10	Calificación	Calificación
11	Máxima	12 Obtenida
5		()

12.1.1.1.1 (Asigne un punto por cada respuesta máxima obtenida que sea correcta)

12.1.1.1.2 Orientación

Pregunte: *¿Qué fecha es hoy?*

Después complete solo las partes omitidas; formulando las siguientes preguntas:

¿En qué año estamos? ()

¿En qué mes estamos? ()

¿Qué día del mes es hoy? ()

¿Qué día de la semana? ()

¿Qué hora es aproximadamente? ()

5		()
----------	--	-----

Pregunte: *¿En dónde nos encontramos ahora?* (Casa, consultorio, hospital, etc.) para obtener la información faltante haga las siguientes preguntas:

¿En qué lugar estamos? ()

¿En qué país? ()

¿En qué estado? ()

¿En qué ciudad o población? ()

¿En qué colonia, delegación o municipio? ()

	Calificación		
Calificación Máxima	12.1.1.1.2.1.1.1	Obtenida	<u>Registro</u>
3	()		Diga al sujeto la siguiente instrucción: <i>“Ponga mucha atención, le voy a decir una lista de tres objetos; papel, bicicleta y cuchara”</i> , después pida al sujeto: <i>“Repita las palabras”</i> .

Papel	()
Bicicleta	()
Cuchara	()

13	Calificación	15	Calificación
14	Máxima	16	Obtenida

5	()
----------	-----

16.1.1.1.1 (Asigne un punto por cada calificación máxima obtenida que sea correcta)

16.1.1.1.2 Atención y Cálculo

Pida al sujeto: Reste de 7 en 7, a partir del 100. "***Fíjese bien, se trata de contar para atrás restando 7 cada vez por ejemplo: 100-7 = 93; 93-7 = 86.***" Continúe hasta que yo le diga que se detenga. Deténgalo después de 5 substracciones (no proporcione ayuda)

16.1.1.1.3	79	()
	72	()
	65	()
	58	()
	51	()

17 Calificación **18 Calificación**
Máxima **Obtenida**

3 ()

18.1.1.1.1

18.1.1.1.2 Evocación

18.1.1.1.3 Pida al sujeto: “Repita las tres palabras que le pedí que recordara”.

Papel

Bicicleta

Cuchara

()

()

()

19 Calificación **21 Calificación**
20 Máxima **Obtenida**

3 ()

21.1.1.1.1

21.1.1.1.2 Lenguaje

21.1.1.1.3 Nombrar: Muestre al sujeto un reloj y pregúntele: ¿Como se llama esto? Repita lo mismo con un lápiz.

Reloj

Lápiz

()

()

21.1.1.1.4 Repetición: Diga al sujeto la siguiente instrucción:

“Le voy a decir una frase y repítala después de mí. Sólo se la puedo decir una vez así que ponga mucha atención”. (diga lenta y claramente):

“NI NO, NI SI, NI PERO”

3

()

21.1.1.1.5 (solo un ensayo) ()

21.1.1.1.6 Comprensión: **Coloque una hoja de papel sobre el escritorio e indique al sujeto:** *“le voy a dar algunas instrucciones, por favor sigalas en el orden que se las voy a decir. Sólo se las puedo decir una vez”.*

“Tome la hoja con la mano derecha, después dóblela y tírela al piso”

(Dé un punto por cada paso correctamente ejecutado).

()

Tome la hoja de papel

()

Con su mano derecha dóblela

()

Tírela al piso

1

()

21.1.1.1.7 Lectura: **Muestre al sujeto la instrucción escrita en la tarjeta:** **“Cierre los ojos”.** Pida al sujeto:

21.1.1.1.7.1

“Por favor haga lo que dice aquí”. ()

21.1.1.1.8 CIERRE SUS OJOS

1 ()

21.1.1.1.9 Escritura: **Presente al sujeto una hoja en blanco. Pídale:**
“Escriba en este espacio, un pensamiento que sea una oración con sentido”, que tenga sujeto y verbo (no proporcione ayuda)

()

21.1.1.1.10

21.1.1.1.11

22 Calificación
Máxima

23 Calificación
Obtenida

23.1.1.1.1

1

()

23.1.1.1.2 Copia del modelo: **Muestre al sujeto el modelo de los dos pentágonos cruzados que se encuentra en la parte inferior. Pida al sujeto, “copie por favor, este dibujo en el espacio en blanco de esta misma hoja”. Debe haber 10 ángulos, y dos intersectados. (No tome en cuenta temblor ni rotación)**

()

1.1.1.1 TOTAL: _____ 1.1.1.1.1

Evaluador: _____

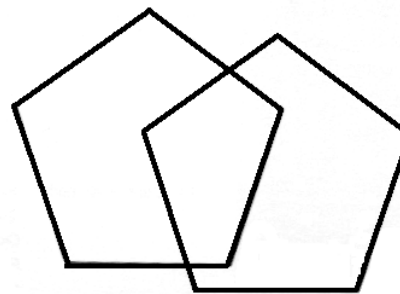
Supervisor: _____

Diagnóstico probable

24-30 puntos Normal _____

Igual o menor de 23 Deterioro cognitivo _____

Igual o menor de 17 Deterioro cognitivo severo _____



Fuente: *Reyes de Beaman S, et al. Aging Neuropsychol Cogn 2004; 11 (1): 1–11*



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CLINICA UNIVERSITARIA DE ATENCIÓN A LA SALUD "ESTADO DE MÉXICO"

INSTRUMENTO WHOQOL PARA CALIDAD DE VIDA



Nombre: _____ **Edad:** _____

Sexo: _____ **Fecha de aplicación:** _____

Instrucciones: En este cuestionario se le pregunta cómo se siente usted acerca de su calidad de vida, considerando los aspectos de salud física, psicológicos, relaciones sociales y medio ambiente en las **últimas dos semanas**. Si usted no entiende alguna pregunta, aclárela antes de responder, sólo podrá emitir una respuesta para cada una. Marque con una X la opción seleccionada.

24

25 Ahora puede comenzar:

1	¿Cómo evaluaría su calidad de vida?	Muy pobre 1	Pobre 2	Ni Pobre Ni Buena 3	Buena 4	Muy buena 5
2	¿Qué tan satisfecho está con su salud?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5
3	¿Qué tanto siente que el dolor físico le impide realizar lo que usted necesita hacer?	Nada en lo absoluto 5	Un poco 4	Moderadamente 3	Bastante 2	Completamente 1
4	¿Qué tanto necesita de algún tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	Nada en lo absoluto 5	Un poco 4	Moderadamente 3	Bastante 2	Completamente 1
5	¿Cuánto disfruta usted la vida?	Nada en lo absoluto 1	Un poco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Completamente 5
6	¿Hasta dónde siente que su vida tiene un significado (religioso, espiritual o personal)?	Nada en lo absoluto 1	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente

			2	3	4	5
7	¿Cuánta capacidad tiene para concentrarse?	Nada en lo absoluto 1	Un poco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Completamente 5
8	¿Qué tanta seguridad siente en su vida diaria?	Nada en lo absoluto 1	Un poco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Completamente 5
9	¿Qué tan saludable es su medio ambiente físico?	Nada en lo absoluto 1	Un poco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Completamente 5
10	¿Cuánta energía tiene para su vida diaria?	Nada en lo absoluto 1	Un poco 2	Moderadamente 3	La mayor parte del tiempo 4	Completamente 5
11	¿Qué tanto acepta su apariencia corporal?	Nada en lo absoluto 1	Un poco 2	Moderadamente 3	La mayor parte del tiempo 4	Completamente 5

12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	Nada en lo absoluto 1	Un poco 2	Moderadamente 3	La mayor parte del tiempo 4	Completamente 5
13	¿Qué tan disponible está la información que necesita en su vida diaria?	Nada en lo absoluto 1	Un poco 2	Moderadamente 3	La mayor parte del tiempo 4	Completamente 5
14	¿Qué tantas oportunidades tiene para participar en actividades recreativas?	Nada en lo absoluto 1	Un poco 2	Moderadamente 3	La mayor parte del tiempo 4	Completamente 5
15	¿Qué tan capaz se siente para moverse a su alrededor?	Nada en lo absoluto 1	Un poco 2	Moderadamente 3	La mayor parte del tiempo 4	Completamente 5
16	¿Qué tan satisfecho está con su sueño?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5

17	¿Le satisface su habilidad para llevar a cabo sus actividades en la vida diaria?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5
18	¿Está satisfecho con su capacidad para trabajar?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5
19	¿Se siente satisfecho con su vida?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5
20	¿Qué tan satisfecho está con sus relaciones personales?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5
21	¿Qué tan satisfecho está con su vida sexual?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5
22	¿Cómo se siente con el apoyo que le brindan sus amigos?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5
23	¿Qué tan satisfecho está con las condiciones del lugar donde vive?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5

24	¿Qué tan satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios de salud?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5
25	¿Qué tan satisfecho está con los medios de transporte que utiliza?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5
26	¿Con qué frecuencia ha experimentado sentimientos negativos tales como tristeza, desesperación, ansiedad o depresión?	Nunca 5	Rara vez 4	Con frecuencia 3	Muy seguido 2	Siempre 1

Comentario acerca de la evaluación: _____

25.1.1.1

25.1.1.2

Evaluador (a): _____

FORMATO DE CALIFICACIÓN

Nombre: _____

REACTIVOS								Puntaje Crudo	Calidad de vida (alta, promedio, baja)	Puntaje Ponderado	
SALUD FÍSICA (SF)	3	4	10	15	16	17	18				
Anote el puntaje para cada reactivo											
ASPECTOS PSICOLÓGICOS (AP)	5	6	7	11	19	26					
Anote el puntaje para cada reactivo											
RELACIONES SOCIALES (RS)	20	21	22								
Anote el puntaje para cada reactivo											
MEDIOAMBIENTE (M)	8	9	12	13	14	23	24	25			
Anote el puntaje para cada reactivo											
Puntaje Global (Sume el puntaje obtenido en SF, AP, RS y M, además del puntaje de los reactivos 1 y 2)											

Puntajes ponderados en base a los siguientes cuadros:

Cuadro I. Puntaje crudo y ponderado del dominio de salud física.

Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)
1	3	8	23	15	43	22	63	29	83
2	6	9	26	16	46	23	66	30	86
3	9	10	29	17	49	24	69	31	89
4	11	11	31	18	51	25	71	32	91
5	14	12	34	19	54	26	74	33	94
6	17	13	37	20	57	27	77	34	97
7	20	14	40	21	60	28	80	35	100

Cuadro II. Puntaje crudo y ponderado del dominio de aspectos psicológicos.

Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)
1	3	7	23	13	43	19	65	25	83
2	7	8	27	14	47	20	67	26	87

3	10	9	30	15	50	21	70	27	90
4	13	10	33	16	53	22	73	28	93
5	16	11	37	17	57	23	77	29	97
6	20	12	40	18	60	24	80	30	100

Cuadro III. Puntaje crudo y ponderado del dominio de relaciones sociales.

Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)
1	7	6	40	11	73
2	13	7	47	12	80
3	20	8	53	13	87
4	27	9	60	14	93
5	33	10	67	15	100

Cuadro IV. Puntaje crudo y ponderado del dominio de medio ambiente.

Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)
1	3	9	23	17	43	25	63	33	83
2	5	10	25	18	45	26	65	34	85
3	7	11	27	19	47	27	67	35	87
4	10	12	30	20	50	28	70	36	90
5	13	13	33	21	53	29	73	37	93
6	15	14	35	22	55	30	75	38	95
7	17	15	37	23	57	31	77	39	97
8	20	16	40	24	60	32	80	40	100

Cuadro V. Puntaje crudo y ponderado de la calidad de vida global.

Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)
1	1	36	28	71	55	106	82
2	2	37	28	72	55	107	82
3	2	38	29	73	56	108	83
4	3	39	30	74	57	109	84
5	4	40	31	75	58	110	85
6	5	41	32	76	58	111	85
7	5	42	32	77	59	112	86
8	6	43	33	78	60	113	87
9	7	44	34	79	61	114	88
10	8	45	35	80	62	115	88
11	8	46	35	81	62	116	89
12	9	47	36	82	63	117	90
13	10	48	37	83	64	118	91
14	11	49	38	84	65	119	92
15	12	50	38	85	65	120	92
16	12	51	39	86	66	121	93

17	13	52	40	87	67	122	94
18	14	53	41	88	68	123	95
19	15	54	42	89	68	124	95
20	15	55	42	90	69	125	96
21	16	56	43	91	70	126	97
22	17	57	44	92	71	127	98
23	18	58	45	93	72	128	98
24	18	59	45	94	72	129	99
25	19	60	46	95	73	130	100
26	20	61	47	96	74		
27	21	62	48	97	75		
28	22	63	48	98	75		
29	22	64	49	99	76		
30	23	65	50	100	77		
31	24	66	51	101	78		
32	25	67	52	102	78		
33	25	68	52	103	79		
34	26	69	53	104	80		
35	27	70	54	105	81		

Cuadro A. Clasificación de la calidad de vida considerando el puntaje crudo de las áreas

Áreas	Preguntas	Calidad de Vida (Puntaje)		
		Mala	Promedio	Alta
Salud física	7	7-16	17-26	27-35
Aspectos Psicológicos	6	6-14	15-22	23-30
Relaciones Sociales	3	3-7	8-11	12-15
Medio ambiente	8	8-18	19-29	30-40
Global	26	26-60	61-95	96-130

* **Fuente:** Phungrassami T, et al. J Med Assoc Thai 2004; 87(12) :1459-1465.

