



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

INTERVENCIONES EXITOSAS PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD  
DEL ADULTO MAYOR CON ENFERMEDAD CRÓNICA NO TRANSMISIBLE  
(DM2) CON ORIENTACIÓN A FAMILIA

TESIS

QUE PARA OPTAR EL TÍTULO DE:  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTA:

JAZMÍN ALEJANDRA ORGAZ GONZÁLEZ

N° DE CUENTA: 414091177

TUTORA: DRA. ROSA MARÍA OSTIGUÍN MELÉNDEZ  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA, UNAM

CIUDAD DE MEXICO, SEPTIEMBRE DEL 2019



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

## ***Agradecimientos***

A la Universidad Nacional Autónoma de México y en particular a la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, por acogerme y darme la oportunidad de formarme profesionalmente.

A la *Dra. Rosa María Ostiguín Meléndez* que además de dedicar su tiempo en asesorar mi tesis, estuvo al pendiente de llenar este año de experiencias gratificantes que sin duda contribuirán en mi vida profesional y que hicieron enamorarme de la investigación.

A la *Dra. Virginia Reyes Audiffred* por darme la oportunidad, orientación y herramientas necesarias para integrarme al proyecto que coordina.

A la *Mtra. Rosa Amarilis Zarate Grajales*, por estar al pendiente e impulsar mi desempeño durante el año del servicio social

Investigación realizada gracias al Programa de Apoyo de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) de la UNAM IN306819 : Diseño y evaluación de un modelo de formación en Practica Avanzada de Enfermería para la atención primaria a la salud en el cuidado de personas adultas mayores con enfermedad crónica (DM, HTA) con enfoque de familia: Fase Diagnostica.

A su vez este proyecto se realiza bajo el patrocinio de la Fundación Gonzalo Rio Arronte, Institución de Asistencia Privada (S626).

Agradezco a la DGAPA-UNAM y Fundación Gonzalo Rio Arronte, IAP la beca recibida.



F U N D A C I Ó N  
GONZALO RÍO ARRONTE, I.A.P.



**dgapa**  
Dirección General de Asuntos  
del Personal Académico

*Para Maru Hernández Quiroz y Rogelio Vázquez Martínez,  
donde sea que se encuentren gracias...*

## ÍTACA

Cuando emprendas tu viaje a Ítaca  
pide que el camino sea largo,  
lleno de aventuras, lleno de experiencias.  
No temas a los lestrigones ni a los cíclopes  
ni al colérico Poseidón,  
seres tales jamás hallarás en tu camino,  
si tu pensar es elevado, si selecta  
es la emoción que toca tu espíritu y tu cuerpo.  
Ni a los lestrigones ni a los cíclopes  
ni al salvaje Poseidón encontrarás,  
si no los llevas dentro de tu alma,  
si no los yergue tu alma ante ti.

Pide que el camino sea largo.  
Que muchas sean las mañanas de verano  
en que llegues - ¡con qué placer y alegría! -  
a puertos nunca vistos antes.  
Detente en los emporios de Fenicia  
y hazte con hermosas mercancías,  
nácar y coral, ámbar y ébano  
y toda suerte de perfumes sensuales,  
cuantos más abundantes perfumes sensuales puedas.  
Ve a muchas ciudades egipcias  
a aprender, a aprender de sus sabios.

Ten siempre a Ítaca en tu mente.  
Llegar allí es tu destino.  
Más no apresures nunca el viaje.  
Mejor que dure muchos años  
y atracar, viejo ya, en la isla,  
enriquecido de cuanto ganaste en el camino  
sin aguantar a que Ítaca te enriquezca.  
Ítaca te brindó tan hermoso viaje.  
Sin ella no habrías emprendido el camino.  
Pero no tiene ya nada que darte.  
Aunque la halles pobre, Ítaca no te ha engañado.  
Así, sabio como te has vuelto, con tanta experiencia,  
entenderás ya qué significan las Ítacas.

*Constantino Cavafis*

## ***Dedicatoria***

A mi mamá, que pese a las dificultades ha conseguido que mi hermano y yo tengamos una carrera universitaria donde nos dedicarnos hacer lo que amamos, eres más fuerte de lo que crees, te quiero mucho.

A mí hermano que con todo y discrepancias siempre está apoyándome, aún que lo dudes te admiro por tu integridad y esfuerzo.

A mis tíos Elías y Mireya que nos abrieron las puertas de su casa cuando más lo necesitábamos y me han dado más que un cálido hogar.

A mis primos Elíseo y Mireya, con los que he compartido noches de estudio y desvelo, mis cómplices de locuras y travesuras, ustedes son como mis hermanos.

A mis amigos Antonio, Martín, Carlos, Alaska, Enrique, Nava y Maru que han estado siempre para mí sin importar las circunstancias ni la lejanía, en las buenas y más en las malas, más de una década juntos y lo que nos falta...ha sido un placer crecer con ustedes.

A mis ya colegas Rogelio, Nigo, Ricardo, Oliverio, Alejandra, Karina, Gil, César, Astrid, Isabel, Claudia, Álvaro, Karen, Sam, Miriam y Manuel, porque nuestra amistad se forjó entre los pasillos de la ENEO y el hospital, y aun que hubo días en los que el cansancio estuvo a punto de hacernos desistir siempre nos apoyamos.

A Zaira, Fernanda, Mónica y Quetzalli, porque juntas padecimos las rémoras de la investigación y el servicio social, hicieron ameno este año.

A Rogelio, por motivarme a seguir preparándome y compartir conmigo tu amor por la ciencia y la docencia.

# Índice

1. Introducción .....	1
2. Antecedentes .....	1
2.1 El adulto mayor y sus características sociodemográficas en América latina y México .....	1
2.2 El adulto mayor con enfermedad crónica no trasmisible y Diabetes Mellitus tipo 2 .....	9
2.3 La atención primaria a la salud del adulto mayor y el rol de enfermería.....	12
2.4 La enfermera de practica avanzada, componte para la atención del adulto mayor.....	16
2.5 Intervenciones de apoyo centrado en familia para la APS en adultos mayores con ECNT.....	18
3. Planteamiento del problema .....	22
4. Justificación .....	23
5. Objetivos .....	24
6. Metodología.....	25
7. Resultados.....	29
9. Conclusiones .....	35
ANEXOS .....	46
Anexo A .....	46
Anexo B .....	52
Anexo C .....	57
Referencias .....	63

---

## 1. Introducción

El mantener un buen estado de salud durante la edad adulta permite en el paciente conservar su independencia, seguridad y productividad, pero esto se complica si este presenta una enfermedad crónica no transmisibles (ECNT) como las enfermedades cardiovasculares y/o diabetes, las cuales pueden disminuir su calidad de vida, aumentar los costos de los cuidados de salud e incrementar el estrés sobre los miembros de la familia que son responsables de su cuidado.

Este trabajo presenta una revisión narrativa sobre las intervenciones con mayor nivel de evidencia para la atención primaria de la salud (APS) en personas adultas mayores con enfermedad crónica no trasmisible, particularmente con Diabetes Mellitus tipo (DM2); orientado principalmente a la Familia/ Cuidadores en los últimos 5 años (2014-2018) y particularmente en América Latina, a fin de poder proponer acciones que fomenten el autocuidado coordinado por el profesional de enfermería.

Para ello el trabajo está conformado por 7 apartados, donde se exponen antecedentes sociodemográficos y de salud del adulto mayor en América Latina y México, así como el contexto de la Atención Primaria a la Salud, donde la Enfermería juega un papel importante. Se continúa con el planteamiento del problema y objetivos a cumplir de esta investigación para después describir el procedimiento utilizado en la búsqueda; finalmente se exponen los resultados de dicha revisión narrativa para cerrar con las conclusiones donde se plantea una propuesta de Intervención de Enfermería centrada en familia para la APS en adultos mayores con ECNT.



---

Con la información presentada se busca poder contribuir a la construcción futura de intervenciones coordinadas por enfermería enfocadas en la atención primaria y específicamente al cuidado del adulto mayor con DM2, donde sean consideradas las diferencias entre mujeres y hombres, lo mismo que las crecientes necesidades de cuidado y servicios de salud, en un marco de corresponsabilidad que involucre de forma integral la participación familiar.

## **2. Antecedentes**

### **2.1 El adulto mayor y sus características sociodemográficas en América latina y México**

El cambio demográfico que se presenta a nivel mundial será más rápido en los países de ingresos bajos y medianos. Entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo<sup>1</sup> (Mapa 1). Los países de mayor población de la región (Brasil y México, junto a Colombia, Argentina, Venezuela y Perú) concentrarán la mayor parte de este aumento, pero en los países más pequeños este aumento también será significativo, especialmente a partir de 2025.<sup>2</sup> Esta estimación se está volviendo un tema de interés por los problemas que traerá consigo, debido a la numerosa inversión que se tendrá que destinar para la atención en salud de este sector de la población, que para muchos países rebasará de sus capacidades financieras y de recursos humanos, debido a que el envejecimiento en América Latina se está dando en un contexto de pobreza y desigualdad acompañado de escaso desarrollo institucional.

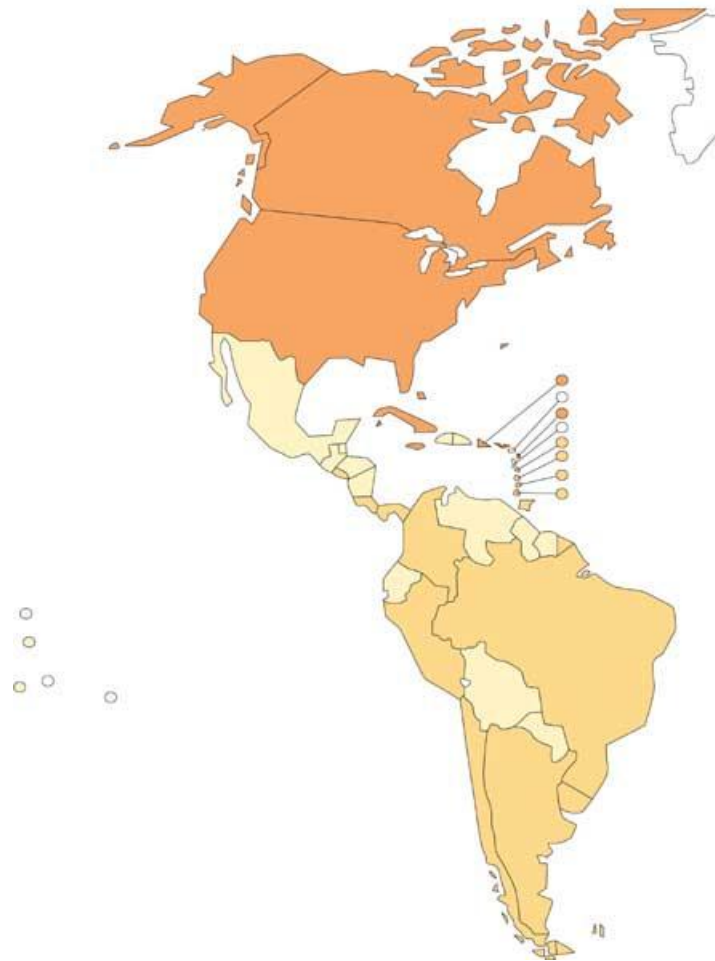
La incidencia de la pobreza en los adultos mayores es alta en la mayoría de los países, en las áreas urbanas más de 70% de esta población vive en las ciudades, para el año 2025 esta proporción habrá aumentado a más de 80%<sup>3</sup> y se estima que existe una proporción de adultos mayores pobres por encima del 30%, mientras que en las áreas rurales esta situación se advierte en 8 de 10 países.<sup>4</sup>

---

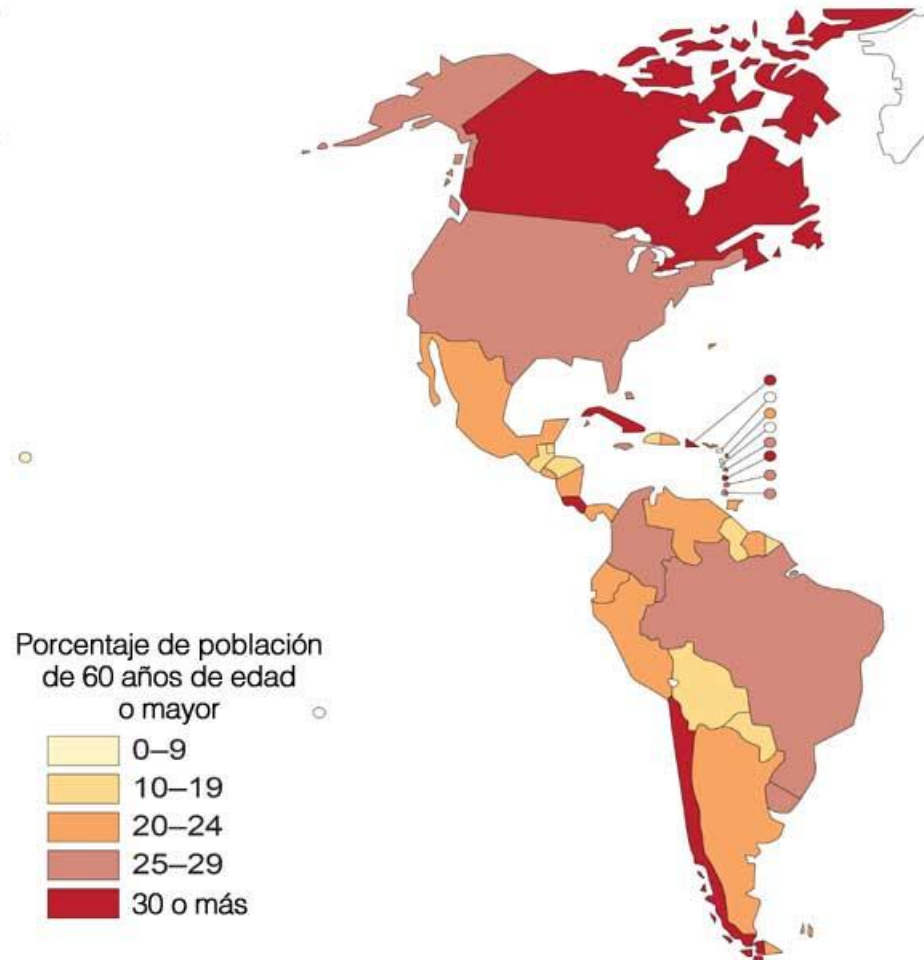
Junto con el problema de pobreza se suma el de la cobertura de seguridad social en donde esta es baja y además excluye particularmente a los pobres. En datos de la CEDALE del 2016, menos de la mitad de la población (38%) es beneficiaria de la seguridad social. Sólo en pocos países (Argentina, Brasil, Cuba, Chile y Uruguay) la cobertura es más del 50%, en otros (Bolivia, Colombia, Ecuador, El Salvador, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay, República Dominicana y Venezuela) ni siquiera llega a cubrir el 25% de la población de 60 años y más.<sup>5</sup>

Mapa 1. Proyección de envejecimiento en América Latina

Situación en el 2015



Proyecciones para el 2050



Fuente: CELADE-División de Población de la CEPAL, a partir de la base de datos del proyecto CNT. 2015

---

Debido a lo anterior y como consecuencia al problema de la cobertura en seguridad social los adultos mayores se ven en la necesidad de depender de sus familias. Esto se manifiesta en diversas formas, como lo son la ayuda económica, los cuidados personales o el apoyo emocional (visitas, llamadas, etc.).

La estimación de características sociales de América Latina muestra que el número de los adultos mayores que viven con sus familias es alto, aproximadamente uno de cada cuatro hogares latinoamericanos cuenta con la presencia de al menos un adulto mayor entre sus miembros,<sup>6</sup> mientras que en Colombia y México registran en las tres últimas décadas una tendencia a la proporción de adultos mayores que viven solos. La distribución de hogares según áreas de residencia muestra que en el área rural la proporción de hogares que cuenta entre sus miembros con al menos un adulto mayor es un poco más alta que en el área urbana.<sup>7</sup>

En la mayoría de los hogares (8 de cada 10 aproximadamente) los adultos mayores viven con otros miembros más jóvenes (hijos, nietos, otros parientes y no parientes), formando hogares multigeneracionales donde por lo general viven en relación de dependencia. Esta forma reduce los gastos de vivienda por persona, forma un sistema de jerarquías para la compra y preparación de alimentos y facilita el apoyo directo a los parientes mediante la distribución de las tareas domésticas.<sup>8</sup>

En cuanto al estado de salud de los adultos mayores la OMS define como Envejecimiento saludable al “proceso de desarrollar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez.”<sup>9</sup>, de este podemos entender que cuando el adulto mayor mantiene su capacidad funcional de atenderse a sí mismo y desarrollarse en el seno de la familia y la sociedad se desempeñará de forma más dinámica en sus actividades del diario vivir pero el envejecimiento está asociado con el incremento de padecer enfermedades crónicas no transmisibles, como las enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus y la osteoporosis, las cuales se muestran también como la principal causa de muerte y morbilidad.

---

Se estima que el 80% de adultos mayores con diabetes viven en países de ingresos medios o bajos, y la mitad de ellos no saben que tienen la enfermedad. Una situación similar en el caso de la hipertensión: en un estudio realizado para Argentina, Brasil, Chile, y Colombia I en 2017 la OPS estima que alrededor del 40% de las personas que tienen hipertensión en estos países no son conscientes de ello (OPS 2017).<sup>10</sup>

## México

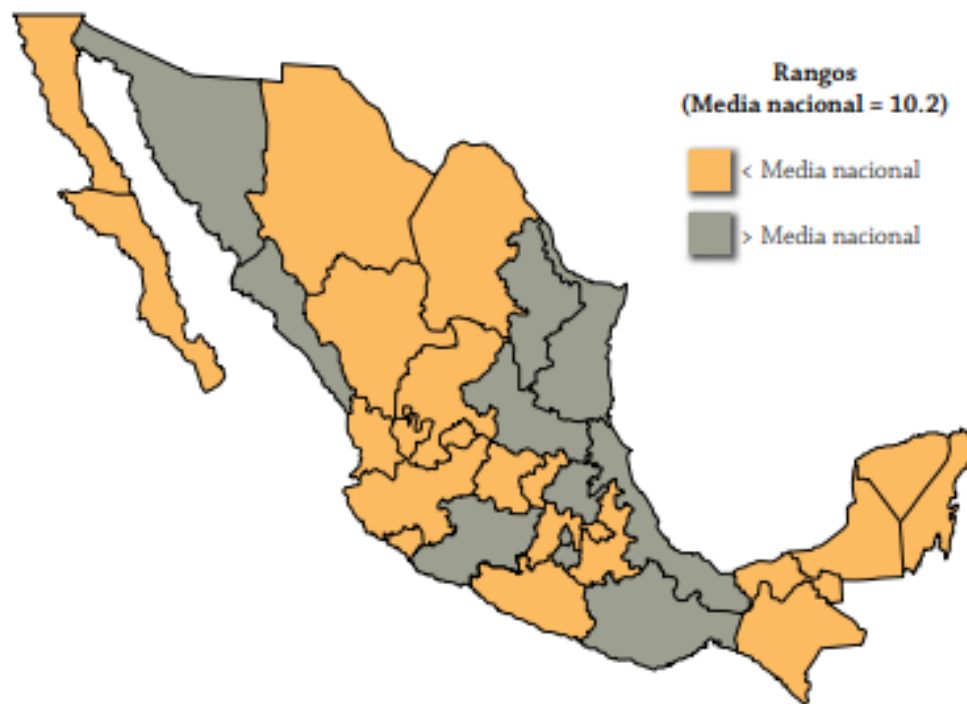
Con respecto a la situación sociodemográfica del México de acuerdo con las proyecciones de la CONAPO en el 2017 la población adulta mayor (65 años o más) asciende a poco más de 8 millones de personas, de las cuales 54.4% es mujer y 45.6% hombre, además se estima que para el 2050 esta población aumentará a 24.4 millones.<sup>11</sup> (Mapa 2).

En cuanto a los datos particulares por entidad, la CDMX es la más envejecida de México, donde las personas en edades avanzadas representan 13.36% de la población total, seguida por un conjunto de estados con proporciones mayores al 10% como Veracruz, Oaxaca, Morelos, Yucatán, Michoacán, Sinaloa, Zacatecas, San Luis Potosí, Nayarit, Hidalgo, Guerrero, Jalisco y Durango.

Del censo poblacional realizado por el INEGI en 2010<sup>12</sup> se rescatan los siguientes datos; con respecto a la distribución por sexo y lugar de residencia, en zonas rurales la población está más envejecida, los adultos mayores representan 10.1% del total en la zona rural (10.0% de las mujeres y 10.2% de los hombres), 8.6% en la zona urbana (9.2% de las mujeres y 8.0% de los hombres), donde uno de cada cuatro hogares vive una persona mayor de 60 años.

Sobre el nivel educativo de los adultos mayores este es bajo con respecto a otros grupos etarios dando un 28.7% de las mujeres y 19.9% de los hombres adultos mayores que no saben leer o escribir, situación que empeora en zonas rurales donde 53.2% de las mujeres y 37.1% de los hombres son analfabetas.

Mapa 2. Proyección de envejecimiento en México 2017-2050



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en las Estimaciones y Proyecciones de la Población 1990-2050

---

Sobre la actividad laboral, una tercera parte labora formalmente, pero es más frecuente que realicen actividades no remuneradas. Un 62.8% de ellas se dedican a los quehaceres domésticos, actividad que muy probablemente han desarrollado toda su vida, y la cual realiza solamente 8.0% de los hombres.

Con respecto al tema de salud de las personas adultas mayores la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012<sup>13</sup> menciona que la esperanza de vida de la población en general es de 74.7 años, la población que los cumpla tiene altas probabilidades de una carga de enfermedad y dependencia durante aproximadamente 9 años de su vida. Tanto por cuestiones físicas como de género las mujeres padecen enfermedades incapacitantes más graves y por más largo tiempo.

Los tres padecimientos con el mayor diagnóstico médico fueron hipertensión (40.0%), diabetes (24.3%) e hipercolesterolemia (20.4%). Como causas de muerte las principales son la diabetes mellitus y las enfermedades isquémicas del corazón, además de los tumores malignos. Para las mujeres, la primera causa es la diabetes y para los hombres las enfermedades del corazón.

De la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2016<sup>14</sup> tenemos como datos relevantes los relacionados a las necesidades de cuidado, mostrando que el 25.3% de las personas adultas mayores (27.8% de las mujeres y 22.5% de los hombres) necesitaron que alguna persona de su hogar le brindara cuidados o apoyo.

Las características de los cuidadores de adultos mayores son que estos deben de hacerse cargo principalmente por la falta de acceso a servicios médicos y otros servicios de atención a personas adultas mayores, siendo principalmente otorgado por familiares. De los cuidadores se muestra que el 59% son mujeres y 41% son hombres, que la mitad de las mujeres cuidadoras tiene entre 30 y 59 años. El 47% de los hombres y 45.7% de las mujeres no tiene escolaridad o tienen educación básica incompleta.

---

Por último, en la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016<sup>15</sup> indica que un 6.5% no recibe cuidados de nadie cuando se enferma, y apenas un 11% recibe ayuda de otras personas, sean o no sus familiares. Las personas de 60 años y más consideran más difícil conseguir ayuda para que las acompañen a recibir atención médica, que personas de otros grupos etarios. Las personas en situación de pobreza perciben mayor dificultad que las no pobres (33.8% y 34.4% de hombres y mujeres pobres, respectivamente y 21.7% y 22.9% de los hombres y mujeres no pobres).

De manera pronta el país se enfrentará a estos problemas que van a requerir de implementación de políticas públicas y programas específicos para su cuidado y atención, que tomen en cuenta las diferencias entre mujeres y hombres, las necesidades de cuidado y servicios de salud interdisciplinarios que consideren a la población rural e indígena, donde la proporción de población adulta mayor es importante y los servicios son más precarios o escasos.

## **2.2 El adulto mayor con enfermedad crónica no trasmisible y Diabetes Mellitus tipo 2**

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son patologías de larga duración cuya evolución es generalmente lenta que representan una verdadera epidemia que va en aumento debido al envejecimiento de la población y el sedentarismo. Se estima que estas son responsables del 60% de las muertes en el mundo cada año. El 80% de estas ocurren en países de bajos y medianos ingresos<sup>16</sup>. Las principales ECNT son las enfermedades vasculares, la diabetes, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la obesidad. Todas se caracterizan por compartir los mismos factores de riesgo: el tabaquismo, la alimentación inadecuada y la falta de actividad física.

Las ECNT y el envejecimiento de la población requieren de estrategias de prevención y promoción de la salud, enfocado a estilos de vida saludable debido a que son un gran problema para los sistemas de salud a nivel mundial esto por el gran número de pacientes afectados acompañado del costo elevado de la hospitalización, el de su tratamiento médico y su posterior rehabilitación.



La dificultad para el control de las enfermedades crónicas tiene 3 problemas<sup>17</sup>:

1. Los pacientes pueden estar largos períodos sin que nadie se preocupe por sus condiciones.
2. El sistema sanitario está preparado para la atención reactiva de problemas agudos, reagudizaciones y complicaciones, no para la atención proactiva de los enfermos crónicos.
3. El control de las enfermedades crónicas requiere grandes cambios en el comportamiento de los pacientes, el personal sanitario y la organización del sistema.

La OMS para tratar el problema de las ECNT de forma integral implementó “El Modelo de Atención de Personas con Enfermedades Crónicas (MAPEC)<sup>18</sup>, descrito por Edward Wagner, el cual propone un abordaje integral a través de diversos componentes que contemplan los principales ejes del sistema de salud, el cual permite desarrollar y optimizar aquellos aspectos del equipo de salud, del paciente y su entorno, para mejorar los resultados en salud (Grafico 1).

*Gráfico1. Modelo de Atención de Personas con Enfermedades Crónicas*



Fuente: Adaptado a partir del gráfico de Wagner EH, MacColl Center for Health Care Innovation del 2012. OMS

---

Este modelo tiene como objetivos principales:

- **Capacitar al paciente** para evitar que sea un sujeto pasivo en el cuidado de su enfermedad crónica y acuda a la consulta con conocimiento suficiente para que la relación médico-paciente sea mucho más productiva.
- **Capacitar al personal** de salud para evitar que actúe de forma reactiva a los problemas que presenta el paciente, para lo que debe conocer los servicios que éste necesita y preparar y seguir un plan específico (individual) de cuidados.

Este modelo está siendo ampliamente recomendado por la OMS para el control de las ECNT y se ha visto reflejado en las GPC como base de las intervenciones para el manejo específico del adulto mayor con Diabetes mellitus tipo 2 (DM2).

La DM2 es una enfermedad que se caracteriza por elevación de los niveles plasmáticos de glucosa que incluye también una alteración del metabolismo de los lípidos y de las proteínas con daño vascular generalizado y de una alteración de la glucorregulación que acelera el envejecimiento.<sup>19</sup> Los adultos mayores con DM2 presentan ciertas características propias de la enfermedad sumadas a las del deterioro corporal consecuencia de la edad y por eso estas requieren de intervenciones específicas que tengan en consideración la toma de decisiones del paciente donde la meta principal sea mejorar su calidad y evitar complicaciones.

Debido al alto riesgo de complicaciones en adultos mayores con diabetes, se recomienda realizar una evaluación geriátrica integral que detecte a tiempo la pérdida funcional y un posible impacto de discapacidad.<sup>20</sup>

Con respecto a la mortalidad asociada a diabetes mellitus en el adulto mayor se incrementa en relación con la presencia de complicaciones cardiovasculares. Existe 3 veces más de incremento de presentar mortalidad en el adulto mayor diabético. El riesgo de fallecer por las complicaciones de diabetes mellitus

---

disminuye con la edad sin embargo la mortalidad continúa siendo muy alta incluso en mayores de 85 años.<sup>21</sup>

Por esta razón, es importante desde la atención primaria a la salud (APS) fortalecer y ampliar las intervenciones que garanticen un envejecimiento saludable, identificando los factores de riesgo, buscar el mejoramiento de la seguridad social y la protección familiar.

### **2.3 La atención primaria a la salud del adulto mayor y el rol de enfermería.**

En 1978 la OMS comenzó a promover el término de Atención Primaria a la Salud (APS) en la Conferencia de Alma-Ata. Esta fue definida como “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación para poder asumir en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autoconfianza y autodeterminación el cuidado de su salud”<sup>22</sup>, después se planteó que debería usarse como una herramienta para que los sistemas de salud de cada región pudieran enfrentar nuevos desafíos como los cambios epidemiológicos y demográficos tomando en cuenta los factores socioculturales y económicos.

En el 2007 en la publicación del documento sobre la renovación de la APS en las Américas por la OPS se especificó un grupo de elementos para medir y evaluar el impacto de la APS en las comunidades: estos fueron valores como equidad, solidaridad y la incorporación de principios de sostenibilidad orientados a la calidad. La APS tienen como objetivo principal canalizar los recursos de la sociedad hacia una situación de mayor calidad y no exclusión, servicios de salud que giren en torno a las necesidades y expectativas de la población y políticas públicas que garanticen la salud de las comunidades<sup>23</sup>.

Algunos estudios ponen en evidencia que los sistemas de salud basados en los principios de la APS tienen la capacidad de resolver el 80% de los problemas con la participación de la comunidad y todos los sectores económicos y sociales a

---

un costo sostenible<sup>24</sup>. En el caso de América Latina algunos países han realizado esfuerzos para estructurar sistemas de salud basados en la APS.

En la revisión realizada por Gigarldo<sup>25</sup> en el 2013 menciona que en México no se ha incluido directamente la APS en el sistema de salud e identificó aquellos factores que limitan la inclusión de este:

- No maximizar los recursos destinados a la extensión de la cobertura de los servicios básicos.
- Falta de equidad para acceder a los servicios.
- Sistemas de información en salud deficientes
- Falta de recursos humanos capacitados.
- Poca participación ciudadana para la rendición de cuentas y la transparencia.

Solo 7 países en América Latina (Argentina, Bolivia, Cuba, Chile, Colombia, el Salvador y México) integran modelos o programas que de forma integral atiendan la APS con un énfasis en los adultos mayores con ECNT, con enfoque preventivo y de rehabilitación basados en el modelo de atención a enfermedades crónicas descrito en el MAPEC y en el plan de acción al envejecimiento activo y saludable de la OPS (Mapa 3).

Tres modelos reportaron una asociación entre las dificultades de prestar atención primaria al adulto mayor con la de costear complicaciones de las ECNT y la falta de recursos humanos sanitarios especializados (Cuba, Colombia y Argentina). Solo dos modelos (Chile y Argentina) describieron como hacer vinculación entre las instituciones de salud con aquellas de asistencia y gestión de políticas para enfrentar el problema de forma integral, y solo uno incorpora un programa contra el maltrato y el abuso al adulto mayor (Brasil). Solo Cuba considera como protagonistas a la familia, comunidad y el propio adulto mayor para la toma de decisiones dentro del modelo y realiza evaluaciones anuales (EGEF) en conjunto con un Equipo Multidisciplinario de Atención Gerontológica (EMAG) enfocado a APS, esto se muestra en los cuadros de análisis (Anexo B).

*Mapa 3. Modelos de Atención Primaria a la salud del adulto mayor en*

América Latina



Fuente: Elaboración propia de la autora.

---

Con respecto a México en 2017 se implementó el Protocolo para la Atención de las Personas Adultas Mayores por Enfermería del INGER, que promueve la incorporación de la consultoría por enfermería como estrategia para el autocuidado en grupos vulnerables con factores de riesgo y con ECNT.<sup>26</sup>

Estos datos muestran la falta de servicios orientados a la APS y que se requieren puesto que los adultos mayores con ECNT y en específico con DM2 utiliza los servicios de salud 4 veces más que el resto de la población<sup>24</sup> por lo que requieren que el personal de salud que está involucrado esté capacitado para dar una atención integral, en la actualidad existen pocas políticas públicas en materia de atención primaria la salud. En esto es importante mencionar que uno de los pilares para la APS es el rol que desempeña enfermería desde su principio profesional de promover el autocuidado del paciente adulto mayor con ECNT<sup>27</sup>.

Actualmente existe formación de pregrado de la enfermería del adulto mayor como parte de los cursos, siendo pocos los países que reportaron que la enseñanza de la enfermería en salud del adulto mayor se imparte como curso específico en sus curriculas (escuelas de Barbados, México, Universidad Católica de Uruguay y algunas escuelas de Argentina y de Brasil), lo cual contribuye a la débil visibilidad del enfoque gerontológico y geriátrico.<sup>26</sup>

Con la formación que se tiene en enfermería se puede abarcar más profundamente e impactar en la atención de los adultos mayores debido a la cercanía que este tiene al momento de la consulta y en su papel activo como mediadora social de salud en su trabajo en la comunidad. Es de gran importancia el trabajo que realiza la enfermera en el primer nivel de atención, pues en su labor de promoción y prevención puede influir directamente en aplicar medidas especiales para prevenir las ECNT y para que el anciano se mantenga como una fuerza activa y productiva en nuestra sociedad.<sup>28</sup>

---

Para que las enfermeras puedan cumplir con este objetivo planteado por la APS es necesario dotar de los elementos necesarios en el terreno de acción. La mayoría de los programas con los que cuenta México se basan en promoción para la salud desde edades tempranas, para mejorar la calidad de salud al llegar a la vejez, término conocido como “envejecimiento saludable” pero en la mayoría de las unidades de APS en México no cuentan con una estructura que garantice una atención de calidad, carecen de rampas de acceso, elevadores para discapacitados, así como consultorios amplios para sillas de ruedas en plantas bajas que son necesarios para atender al adulto mayor .<sup>29</sup>

En México existen pocos programas de educación a la población abierta y a los cuidadores por lo que el apoyo biopsicosocial al adulto mayor es limitado. Se requiere la implementación de estrategias orientadas al fortalecimiento de los programas de atención del adulto mayor, con énfasis en la formación de recursos humanos en el área de familia y atención primaria.

#### **2.4 La enfermera de practica avanzada, componte para la atención del adulto mayor**

En los últimos años se ha desarrollado un análisis al movimiento denominado Enfermería de Práctica Avanzada (EPA), que se originó en los estudios formales de la Enfermería a nivel de posgrado. El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), define a la enfermera de práctica avanzada como “la enfermera registrada que ha adquirido la base de conocimiento experto, habilidades de toma de decisiones complejas y las competencias clínicas para la práctica expandida, cuyas características están determinadas por el contexto y / o el país en el que él / ella está acreditado para ejercer”.<sup>30</sup>

En algunos países como Estados Unidos y Canadá, se ha impulsado como una estrategia para incrementar el acceso a los servicios de salud desde la perspectiva de la APS, dando excelentes resultados en las comunidades rurales, remotas

---

poblaciones vulnerables (por ejemplo, personas sin hogar, salud mental, adicción a las drogas). 31 Para desempeñar dicha práctica se necesita que la EPA cuente con los siguientes dominios: investigación y práctica basada en evidencia, liderazgo clínico, consultoría y tutoría, colaboración y relación interprofesional, juicio clínico experto, liderazgo educativo, gestión de calidad y seguridad clínica del cuidado, autonomía para la práctica profesional, promoción de la salud, competencia cultural y protección y defensa de los derechos del paciente.<sup>32</sup>

Aun que ya existen documentos que sugieren dichos dominios y roles de la EPA como la “Ampliación del rol de las enfermeras y enfermeros en la atención primaria de salud”, OMS 2018, y el “Marco Mexicano de Competencias de Enfermería de Práctica Avanzada (MMCEPA)”, SSA 2018, estos aún se encuentran en fase temprana para su desarrollo ya que hay pocos programas de educación de la EPA establecidos y todavía no existen mecanismos de regulación para los roles.

Los dominios mencionados propios de la EPA son la fortaleza para que estas puedan trabajar en la APS del adulto mayor, ya que durante su formación recibe las herramientas necesarias para valorar el estado de salud de estos (instrumentos y escalas), proveer los tratamientos clínicos (tanto farmacológico como no farmacológico), educar a los pacientes y familias sobre la prevención de complicaciones de ECNT y el mantenimiento de su salud, a través de la reducción de riesgos, brindando asesoría y valorar información de salud con el uso de tecnologías.<sup>30</sup>

La EPA puede promover intervenciones directas de cuidado avanzado basadas en una valoración integral del adulto mayor que le permiten realizar diagnósticos diferenciales, emprender la gestión de casos, proporcionar intervenciones terapéuticas complejas o avanzadas, ser guía clínica profesional que brinda apoyo, consultoría y tutoría a los estudiantes de enfermería y de otras disciplinas del área de salud y al mismo equipo profesional multidisciplinario, contribuir a la mejora de los sistemas de salud, a través del desarrollo de nuevos servicios o programas de salud, así como el desarrollo e impartición de programas educativos y también realizar y fomentar la investigación. <sup>33</sup>



---

## 2.5 Intervenciones de apoyo centrado en familia para la APS en adultos mayores con ECNT

El cuidar de un adulto mayor con ECNT es una responsabilidad que implica a los familiares más directos y este suele recaer en una sola persona a quien se identifica como el cuidador primario. El desempeñar esta tarea particularmente en el contexto de la sociedad mexicana, significa una sobrecarga para el cuidador que con frecuencia presenta estrés al ser el único medio proveedor de cuidados y tener el compromiso de preservar la vida de otro.<sup>34</sup>

El cuidador familiar ofrece una atención sin límites de horarios, que puede llegar, cuando la enfermedad evoluciona con gran dependencia, a la necesidad de cuidados las 24 horas los 365 días del año, con una media de cuidados de más de cinco años,<sup>35</sup> de ahí la importancia de atender las necesidades de la diada adulta mayor – cuidador /familia.

Para este trabajo entiéndase como intervención a todas aquellas actividades o acciones encaminadas a conseguir un objetivo previsto, de tal manera que se puedan alcanzar los criterios de resultados establecidos previamente, la cual lleva aparejadas varias acciones basadas en un tratamiento, conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional para favorecer en estado de salud del paciente. Bourgeois<sup>36</sup> clasificó en cuatro las diferentes intervenciones dirigidas a cuidadores, las cuales han dado más efectividad al momento de trabajar el autocuidado con el adulto mayor y la familiar, las cuales se describen a continuación:

- 1. Intervención psicoeducativa.** Esta plantea una forma de dar solución a los eventos estresantes que se dan en la vida cotidiana y que se vuelven difíciles de resolver para el cuidador. Cuando un miembro de la familia se enferma otro se debe de hacer cargo de su cuidado, situación que pone de manifiesto a un cuidador, el cual necesitara de toda la información posible sobre la situación de salud de su familiar.<sup>37</sup> Para que enfermería pueda hacer uso de la psicoeducación como una herramienta para brindar información del

---

padecimiento debe tener en cuenta al paciente y su familia como un todo y así para brindar un cuidado integral.

Las intervenciones psicoeducativas con mayor impacto son aquellas que colaboran en el desarrollo de destrezas para resolver problemas derivados del cuidado cotidiano del adulto mayor, trabajando también los problemas conductuales y las reacciones que provoca en los cuidadores.<sup>38</sup>

La intervención psicoeducativa está compuesta en sesiones de trabajo grupal, en este caso con la familia. Medina<sup>39</sup> sugiere entre 6 y 10 sesiones de 2 horas con una frecuencia semanal, la cual dará tiempo para practicar las estrategias. La estructura general de una intervención de psicoeducación consta de 3 fases: educativa; jerarquización de problemas, déficits o necesidades, y práctica de las habilidades aprendidas en la vida cotidiana.<sup>40</sup> A continuación, las fases en cuestión:

- a. *Fase educativa.* En esta se le explica a la familia, cuidador y paciente el nombre de su enfermedad, los signos de alarma, síntomas y el tratamiento a seguir, la cual pretende dar elementos para la toma de una decisión informada, sobre tratamiento y gestión de sus recursos.
- b. *Fase de jerarquización de problemas o necesidades.* Consiste en ordenar de manera prioritaria los problemas que manifiesta la familia. Después se analiza las necesidades relacionadas a problema. Esta puede iniciarse como un modelo de entrenamiento de habilidades conforme a los siguientes pasos:
  - Identificación del problema por parte del paciente, familia, cuidador o por el facilitador (Enfermería)
  - Planteamiento objetivo y planificación de tareas.
  - Escenificación del problema
  - Refuerzo.
- c. *Fase práctica de las habilidades aprendidas en la vida cotidiana.* Se debe de considerar las actividades de la vida diaria del paciente, familia o

---

cuidador y trabajar de un modo gradual, para que de este modo puedan reintegrarse de modo casi natural.

La Psicoeducación no solo es brindar información, también busca modificar actitudes del paciente y su familia para mejorar su adaptación a la enfermedad mediante el manejo de los desencadenantes de estrés o recaídas propias de las ECNT.

**2. Asesoramiento o *Counselling*.** Es una intervención que combina aspectos formativos para el cuidador y además apoyan cuando se realiza en grupo. Parte de una entrevista como el procedimiento para afrontar la intervención directa e individualizada. Se centra, básicamente, en la relación personal orientador-orientado.<sup>41</sup>

Esta relación de ayuda tiene como objetivo prioritario el satisfacer las necesidades de carácter personal, educativo y socio-del paciente. Esta relación, si bien es eminentemente terapéutica, puede también tener una dimensión preventiva, su intervención es puntual y con carácter terapéutico con la finalidad de resolver los problemas del paciente o familiar y se puede dividir en 4 fases:

- I. Fase inicial y de estructuración de la relación de ayuda: se plantea el problema.
- II. Fase exploratoria y valorativa: se realiza una anamnesis a través de diferentes estrategias y técnicas, fundamentalmente la entrevista.
- III. Tratamiento en función del diagnóstico (intervención): se elabora un plan de acción o intervención en función del diagnóstico.
- IV. Seguimiento y evaluación: se evalúan los efectos de la intervención o plan de acción.

**3. Intervenciones de respiro.** Estas ofrecen cuidados temporales realizados por un tercero con el fin de dar descanso al cuidador primario en períodos críticos, cuando el agotamiento empieza a causar problemas físicos o psicológicos, Rubio<sup>42</sup> describe 2 tipos: Los servicios de respiro en el hogar

---

que son los más utilizados y consisten básicamente en que un voluntario o profesional (asistente, cuidador, enfermera, etc.) acude a la casa para atender a la persona necesitada de cuidados, con lo que se libera temporalmente al cuidador de estas tareas. Los servicios de respiro en instituciones, que son programas como la admisión durante un período de tiempo (desde unos pocos días a varias semanas) en una institución con una fecha prefijada para el retorno a casa. Estas intervenciones son menos flexibles en su programación porque dependen muchas veces de la disponibilidad de camas en la institución más adecuada, que suele ser un hospital o una residencia.<sup>43</sup>

- 4. Intervenciones multicomponentes.** Son a una serie de estrategias no farmacológicas, orientadas a disminuir factores de riesgo asociados a ECNT y que han mostrado resultados eficaces en ensayos aleatorizados. Estas son fundamentadas en el conocimiento de la diversidad de factores que tienen repercusión en los cuidadores, en estas se puede hacer uso de algunas de las otras intervenciones mencionadas.<sup>44</sup>

Pero para poder desempeñar cualquiera de estas intervenciones es necesario que el profesional de enfermería pueda proporcionar de conocimientos y ayudar en la adquisición de habilidades para facilitar la adaptación del familiar al proceso de enfermedad. Son pocos los modelos que abordan al paciente y al cuidador primario como una unidad a tratar, teniendo como objetivo de estas intervenciones el de disminuir los síntomas negativos (sobrecarga, ansiedad y depresión) que el cuidado provoca en el cuidador.

---

### 3. Planteamiento del problema

En la actualidad los modelos de salud tienen una tendencia a la atención de grupos de adultos jóvenes y niños, dejando de lado la atención al adulto mayor, en particular el que padece de una ECNT como la DM2, causando una situación de vulnerabilidad, lo que genera un incremento en las complicaciones propias de la patología como en el gasto público para la atención de estos en el sistema de salud.

El apoyo que se les brinda a las familias para el cuidado de los adultos mayores en los hogares es nulo o limitado, debido a que existen pocos programas de educación para la salud orientados a la familia y al cuidador primario del adulto mayor. Los cambios en la dinámica familiar para adaptarse al cuidado del adulto mayor con ECNT demandan una estrecha colaboración con el profesional de enfermería, el cual requiere de escucha activa y capacidad para evaluar las necesidades del binomio adulto mayor- cuidador familiar/familia, estableciendo metas de autocuidado realistas.

En este sentido se ha identificado que el personal de enfermería no cuenta con una capacitación para la implementación de estrategias educativas orientadas al autocuidado del adulto mayor por lo que este no puede ejecutar intervenciones que ayuden minimizar las consecuencias propias de la enfermedad o mejorar la calidad de vida del paciente y su familia. Por lo que se plantea la siguiente pregunta:

*¿Cuáles son las intervenciones con mejor evidencia científica de efectividad para el cuidado del adulto mayor con enfermedad crónica no transmisible en atención primaria a la salud considerando al cuidador familiar/familia?*

---

#### **4. Justificación**

Se necesita fortalecer las acciones del profesional de enfermería en Atención Primaria a la Salud en las instituciones del Sistema Nacional de Salud, a través de intervenciones integrales y con probada efectividad dirigidas al envejecimiento con enfermedad crónica no transmisible en especial para la Diabetes mellitus 2, que tengan en consideración la participación del cuidador familiar y la familia, brindando las herramientas necesarias para la disminución de complicaciones y mejorar de la calidad de vida de la familia en conjunto.

Con frecuencia el personal de enfermería brinda estos servicios a poblaciones vulnerables y ejecutan un rol de enfermería de práctica avanzada (EPA) sin reconocer su labor especializada y fina para incidir en la salud de las personas, esto en la ausencia del desarrollo de habilidades formales que apoyen ese nivel de autonomía.

De ahí la importancia de realizar la revisión de la evidencia que exponga el impacto del cuidado por profesionales de la enfermería para la atención del adulto mayor y sus familias como parte de un ejercicio autónomo.

---

## 5. Objetivos

### General

Identificar las intervenciones de mejor nivel de evidencia coordinadas por enfermería para la atención primaria en salud de las personas adultas mayores con enfermedad crónica no trasmisible, específicamente Diabetes Mellitus tipo 2 en los últimos 5 años (2014-2018) en América Latina, desde un enfoque en familia.

### Específicos

- Exponer la evidencia de los últimos 5 años de intervenciones con mejor efectividad para la atención primaria del adulto mayor con DM2.
- Diseñar una propuesta de intervención que conjugue las intervenciones más efectivas para la atención primaria del adulto mayor con ECNT y su familia.

## 6. Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica siguiendo la metodología planteada por Goris<sup>45</sup>, determinada por la siguiente pregunta: *¿Cuáles son las intervenciones con mejor evidencia de efectividad para el cuidado del adulto mayor con enfermedad crónica no transmisible en atención primaria a la salud considerando al cuidador familiar/familia?*

El planteamiento ayudo a identificar los descriptores primarios: “Modelo”, “Atención Primaria de Salud”, “Adulto Mayor”, “Enfermedad crónica no transmisible” y “Cuidadores”; validados por el buscador DeCS y su homólogo en inglés MeSH con los sinónimos correspondientes en los idiomas español, inglés y portugués (Tabla 1), ubicados en el título del artículo y que corresponden exclusivamente a alguna área del trabajo que desempeña enfermería.

*Tabla 1. Selección Palabras Clave, términos asociados, DeCS, MeSH*

Palabras Clave	Términos Alternativos	Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS)	Medical Subject Headings (MeSH)
Modelo	Protocolos de intervención Modelo de salud Intervenciones	Inglés: Models, Theoretical Español: Modelos Teóricos Portugués: Modelos Teóricos Categoría: E05.599, SP4.011.122.408.599, SP8.473.654.692.792.707	Models Intervention protocols Health Care Model Interventions
Atención Primaria de Salud	Atención Primaria en Salud Atención Primaria para la Salud	Inglés: Primary Health Care Español: Atención Primaria de Salud Portugués: Atenção Primária à Saúde Categoría: N04.590.233.727, SP2.001.002, SP4.001.002.013	Primary Health Care
Adulto Mayor	Persona Mayor, Anciano	Inglés: Aged Español: Anciano Portugués: Idoso Categoría: M01.060.116.100	Aged Elderly
Enfermedad crónica no transmisible		Inglés: Chronic Disease Español: Enfermedad Crónica Portugués: Doença Crônica Categoría: C23.550.291.500, HP1.007.262.808.139, HP2.029.319, P3.029	Chronic Disease
Cuidadores	Cuidadores Familia Familiares Cuidador primario	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inglés: Caregivers</li> <li>• Español: Cuidadores</li> <li>• Portugués: Cuidadores</li> </ul> Categoría: M01.085, M01.526.485.200, N02.360.200	Caregivers Family Relatives Primary caregiver

Fuente: Alejandra Orgaz



Con los descriptores identificados se realizó una combinación de estos, de forma sistemática usando las palabras claves y operadores: and / or/ not obtenido 12 conjugaciones.

La búsqueda se realizó en bases de datos informatizadas: Pubmed, Scielo, Medline y BVS. La revisión proporcionó 411 artículos que cumplían los siguientes criterios de inclusión: a) Investigaciones publicadas entre los años 2014 al 2018, b) realizados en Latinoamérica, c) escritos en español, inglés o portugués, d) estudios clínicos controlados y e) revisiones sistemáticas.

Mediante la lectura de los resúmenes se redujeron a 29 artículos de los cuales se descartaron aquellos estudios que, a pesar de referirse al tema no se relacionaban con el trabajo en enfermería por lo que se consideraron y analizaron solo 11 (Tabla 2). Delos cueles se recuperó para la revisión: 6 en idioma inglés, 1 en portugués y 5 en español.

*Tabla 2. Resultados obtenidos en las diferentes bases*

Estrategia De búsqueda	Pubmed	Medline	BVS	Scielo	Total
A	4	3	1	39	47
B	6	18	5	43	72
C	5	14	0	52	62
D	1	7	1	52	61
E	6	41	3	46	96
F	0	0	0	26	26
G	0	0	1	12	13
H	0	0	0	6	6
I	0	0	3	6	9
J	0	0	0	8	8
K	0	0	1	5	6
L	0	0	0	5	5
<b>Articulos recuperados</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>14</b>	<b>29</b>
<b>Articulos útiles</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>11</b> Total de artículos revisados

Fuente: Alejandra Orgaz

Para la evidencia científica de los diseños, la calidad y fortaleza de la intervención de cada artículo se clasifico atendiendo a los criterios establecidos por el Joanna Briggs Institute<sup>46</sup> (Cuadro 1), dentro de los objetivos de este instituto está el de realizar revisiones sistemáticas relevantes para los cuidados que brinda Enfermería mediante a la evaluación efectiva de la evidencia.

Es importante que para el fundamento de los resultados de la revisión bibliográfica se consideren los niveles de evidencia puesto que no todos los conocimientos provenientes de los artículos científicos publicados tienen el mismo impacto sobre la toma de decisiones en materia de salud.<sup>47</sup> Esto es posible gracias al análisis de la validez de los hallazgos con base en la calidad metodológica de las investigaciones que los soportan.

Cuadro 1. Nivel de evidencia-efectiva

<b>I</b> <b>Diseños experimentales</b>	1.a - Revisión sistemática de ensayos controlados aleatorios (ECA) 1.b - Revisión sistemática de ECA y otros diseños de estudios 1.c – ECA 1.d - Pseudo-ECA
<b>II</b> <b>Diseños cuasi - experimentales</b>	2.a - Revisión sistemática de estudios cuasi- experimentales. 2.b - Revisión sistemática de diseños de estudios cuasi experimentales y otros estudios inferiores 2.c - Estudio prospectivo cuasi experimental controlado 2.d - Prueba previa: estudio de grupo de control posterior a la prueba o histórico / retrospectivo
<b>III</b> <b>Observacional - Diseños analíticos</b>	3.a - Revisión sistemática de estudios de cohorte comparables 3.b - Revisión sistemática de cohortes comparables y otros diseños de estudios inferiores 3.c - Estudio de cohorte con grupo control. 3.d - Caso - estudio controlado 3.e - Estudio observacional sin grupo control.
<b>IV</b> <b>Observacional – Estudios descriptivos</b>	4.a - Revisión sistemática de estudios descriptivos. 4.b - Estudio transversal. 4.c - Serie de casos 4.d - Estudio de caso
<b>V</b> <b>Opinión de expertos e investigación de banco</b>	5.a - Revisión sistemática de la opinión de expertos. 5.b - Consenso de expertos 5.c - Investigación de banco / opinión de un solo experto

*Fuente: Adaptado de Manual del Revisor del Instituto Joanna Briggs.2017*

Con lo anterior se encontró que de los 11 artículos recuperados: cinco fueron de nivel I, dos de nivel II, dos de nivel IV, uno de nivel III y V respectivamente, por lo que la revisión cuenta con un alto nivel de evidencia al tener casi la mitad de los artículos dentro del nivel I.

---

Para el análisis de los 11 artículos se realizó como apoyo el vaciado de datos relevantes en una tabla con los siguientes aspectos: referencia, foco de la intervención, tipo de intervención, duración de la Intervención, actores/ rol en la intervención, en qué consistió y resultado eficaz (Anexo A).

Con la matriz anteriormente descrita se identificaron intervenciones por alto nivel de evidencia sobre la gestión completa de enfermería que consideraron la participación de la familia. Se realizó una clasificación tipo semáforo, la participación de la familia se marcó en con color verde, seguida por aquellas que ~~son~~ dirigidas al adulto mayor con enfermedad crónica en color amarillo, dejando aquellas que solo consideran al adulto mayor en color rojo. Después se identificaron aquellas que ejecutaban diversas técnicas psicoeducativas, las orientadas a la persona, las orientadas a familia, aquellas que dan un tipo de seguimiento o vigilancia y aquellas que hacían uso de grupos de apoyo. Una vez realizada la tabla se procedió al análisis de la información.

---

## 7. Resultados

De los 11 artículos recuperados para la revisión se encontró que **5 plantean intervenciones centradas en la persona**, teniendo al cuidador familiar en un plano secundario y los 6 restantes retoman el concepto de “Diada paciente – cuidador familiar”. Los estudios se llevaron a cabo tanto en países desarrollados (Estados Unidos y Canadá) como en países con desarrollo medio (Colombia y Brasil).<sup>48</sup>

En **todos los estudios se establece como principal hallazgo el problema que se genera en el cuidador familiar el vivir con un adulto mayor con DM2**, dado que esto en algún momento provoca cambios en la estructura y la dinámica de la familia, generando estrés para adaptarse a la nueva situación, al mismo tiempo que cuidan de su ser querido.

Los 11 artículos coinciden que las intervenciones estuvieron **coordinadas y ejecutadas desde la atención primaria por enfermería**, solo uno indica la participación de otro profesional de la salud como médicos y trabajadores sociales<sup>49</sup> de forma complementaria a la intervención. El estudio de Markle-Reid<sup>50</sup> es el único que hace mención del perfil de enfermera comunitaria como primordial para poder desempeñar de forma eficaz las intervenciones, además de describir lo que ellos identifican como los **4 componentes** principales para ejecutar eficazmente el programa.

Los componentes a los que se refiere son: *Autoeficacia*, que busca fortalecer la confianza del paciente y sus cuidadores familiares para la toma de decisiones y autocuidado. *La practica colaborativa*, que ayuda a que todos los integrantes de la familia se involucren y compartan vivencias para se facilite la toma de decisiones. *El cuidado holístico*, el cual pretende trabajar con los pacientes los principios de autogestión mediante un plan de atención que sea realista. Y por último *compromiso y apoyo del cuidador*, para asegurar que estos cuenten con herramientas que ayuden a identificar cuando necesitan de ayuda y así crear seguridad en los cuidados que efectúen como fomentar su autocuidado.

---

Sobre el **tipo de intervención** que se llevaron a cabo 7 fueron ejecutados desde la atención primaria considerando los principios del Modelo de atención a enfermedades crónicas de Wagner planteado por la OPS<sup>51</sup>, orientado a promover el autocuidado con un seguimiento del paciente en su domicilio.

Solo Coulourides<sup>52</sup> en su revisión sistemática agrupo aquellas intervenciones basadas en el Modelo de cuidado centrado en la persona, de donde rescata los elementos necesarios para desarrollar dicho modelo en las intervenciones planteadas como: El cuidado coordinado, que debe de estar integrado en todo el sistema de salud y de apoyo. Intervenciones centradas en población definida, en este caso en el adulto mayor. Trabajo con un equipo multidisciplinario actualizado en atención del adulto mayor. Acceso a la atención de forma continua y oportuna. Y por último el de realizar una medición del rendimiento y la mejora de la calidad.

Fotoukian, Nubia y Pessuto<sup>53,54,55</sup> realizaron intervenciones psicoeducativas, las cuales mostraron mejores resultados en el trabajo con grupos y familias, con sesiones periódicas de educación sobre estilos de vida (al paciente y cuidador familiar) y talleres de expresión de emociones, manejo del estrés y autocuidado solo a los cuidadores familiares, todo esto basado en el modelo de cuidado Swanson<sup>56</sup>.

El modelo de Swanson plantea los cuidados como una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal, (como sucede en la relación cuidador primario-adulto mayor), este propone cinco conocimientos básicos a desarrollar por el prestador de cuidados (conocer, estar con, hacer por, posibilitar y mantener las creencias).<sup>57</sup>

Los conocimientos se refieren a las capacidades del cuidador primario para dar cuidados, pero vistas desde las preocupaciones y compromisos individuales que llevan a las acciones de los cuidados, los cuales estarán orientados por la enfermera, la cual deberá organizar, supervisar, evaluar y promover la calidad de cuidados que le cuidador primario proporcionará al adulto mayor, con el fin de brindar atención segura, oportuna, continua e intercultural.

---

Para esto se requiere que la enfermera que ejecute estas intervenciones promueva un liderazgo efectivo en la gestión de casos, mediante el trabajo interdisciplinario y de educación para la salud de la diada.

Los **5 conocimientos que desarrollar** por el cuidador familiar son:

1. **Conocer:** Acompañamiento al cuidador en dos sesiones que comprenden: “Expresión de sentimientos” y “El rol del cuidador en casa”.
2. **Estar con:** Propiciar espacios para estar con presencia auténtica con el cuidador, que favorezcan la expresión sentimientos.
3. **Mantener las creencias:** Motivar al cuidador para mantener la creencia en sus capacidades para superar las dificultades relacionadas con el cuidado de la persona con enfermedad crónica incapacitante y los cambios en el rol
4. **Hacer por:** Apoyar al cuidador en su auto cuidado y hacer por él o ella, lo que haría por sí mismo, si le fuera posible.
5. **Posibilitar:** Estimular en el cuidador la adquisición de habilidades para el cuidado, que participe activamente en el desarrollo de este durante la hospitalización y egreso.

**La intervención de educación integral** por parte de enfermería permitió a los cuidadores expresar sus emociones y aprender de manera significativa al asumir el rol del cuidador implementado de forma multidisciplinar programas psicoeducativos, consultoría de enfermería (Counselling), talleres y grupos de apoyo (comunidad de pares). Markle-Reid, Coulourides y Nubia<sup>58,59,60</sup> mencionan que una parte importante de las intervenciones estuvieron acompañadas por visitas mensuales a domicilio, las cuales fueron tres en promedio y sesiones grupales de apoyo entre pares, dos sesiones por mes (modelo de persuasión social).

Markle-Reid menciona que estas visitas están encaminadas a modificar 3 aspectos: Cambios en el acondicionamiento físico (rutinas de ejercicio), cambios en estado metal (disminuir la depresión, ansiedad y promover la motivación) y mejorar la autoeficacia (autocuidado: psicoeducación de estilos de vida), estos 3 aspectos si se traban en conjunto darán resultados positivos a largo plazo.

---

Herrera, Nubia y Chaparro<sup>61,62,63</sup> observaron mejores resultados en los pacientes cuando el personal de enfermería mostraba mayor habilidad para la capacitación de autocuidado y autogestión, pero principalmente para la valoración inicial de la diada, ya que al valorar en la diada múltiples aspectos como: Condiciones y perfil socio demográfico, percepción de carga y apoyo, medios de información y comunicación se tiene una visión amplia de las necesidades de la diada.

También es necesario que dentro de la valoración se evalúen aquellos aspectos que indirectamente deterioran la calidad de vida del cuidador como: la restricción de las actividades sociales, el estrés, los problemas físicos, las dificultades en el trabajo, las alteraciones emocionales, ansiedad, depresión, la reducción del tiempo de ocio, etc. se tendrá una visión más integral del problema a resolver. Chaparro<sup>64</sup> recomienda el uso de instrumentos como el Índice de Barthel, la Escala de valoración de la funcionalidad PULSES, el Índice de Kenny o la Medida de Funcionalidad Independiente.

En común los 11 artículos recalcan la **poca atención a la función de apoyo de los cuidadores familiares** a pesar de la importancia e impacto que tiene las interacciones en el contexto familiar para que sean exitosas. Carrillo <sup>65</sup> identificó las características del cuidador familiar y el paciente AM por medio de la Encuesta de caracterización para el cuidado de una diada persona con EC y CF, donde el cuidado en el hogar es asumido por mujeres en mayor proporción y que éste hecho demanda medidas y estrategias de acompañamiento en el rol que asumen las mujeres cuidadoras en el hogar.

Pessuto y Drouin<sup>66,67</sup> mencionan que al inicio de las intervenciones los cuidadores expresan sentimientos de impotencia e incapacidad para realizar alguna tarea específica relacionada con el cuidado por lo que concluyen que se da un afrontamiento disfuncional, percibido con mayor o menor carga subjetiva dependiendo del género y el parentesco de la persona cuidadora. Si el cuidador familiar es mujer e hija del adulto mayor referirá menor carga subjetiva en

---

comparación con ser hombre y tener otro parentesco (sobrinos, yernos, hermanos).

Se sugiere a las enfermeras que ejecutan las intervenciones desarrollen una comunicación más efectiva y se centrada en los adultos mayores. Esandi<sup>68</sup> menciona que los profesionales que se desempeñan en la atención primaria y que trabajan en colaboración con la familia, pueden actuar como mediadores para guiarla en el proceso de cuidado y en la toma de decisiones durante todas las etapas de la enfermedad. Para esto se requiere de escucha activa a la familia, permitiendo que todos los miembros involucrados puedan expresar sus sentimientos y preocupaciones. Y que el tiempo invertido en la capacitación y reforzamiento de conocimientos con el paciente dio mayores resultados cuando este se extendió y fue de calidad, considerando la toma de decisiones que involucren el día a día del paciente en la relación con las actividades de su familia.

Melguizo<sup>69</sup> identifica los factores que influyeron para el abandono de la intervención siendo los principales: El grado de deterioro causado por la diabetes, la automedicación y el costo de los servicios de salud. Solo en las intervenciones de Nubia y Markle-Reid <sup>70,71</sup> se buscó hacer una retención después del estudio por medio de envió de cartas o llamadas por teléfono como recordatorio.

En los nueve restantes se perdió la continuidad de la intervención al terminar el estudio por falta de recursos financieros para apoyar las visitas domiciliarias. En ninguno de los estudios se pudo evaluar el impacto en comunidad ya que hubo deserción de algunos pacientes, en particular de los que presentaban otra enfermedad crónica asociada. Con respecto a las estrategias de trabajo en apoyo a la familia Esandi<sup>72</sup> menciona 6:



- 
1. Indagar Sobre el conocimiento que la familia tiene de la ECNT y qué es lo quiere saber.
  2. Explorar los sentimientos y el significado que la enfermedad tiene para cada integrante de la familia.
  3. Considerar y debatir abiertamente cuales son las prioridades familiares, tanto individuales como en conjunto (problemas financieros, falta de tiempo o sobrecarga en las responsabilidades).
  4. Ayudar a la familia a establecer metas realistas y aceptables con respecto al cuidado de su familiar.
  5. Asesorar a la familia sobre cómo pueden planificarse y organizarse para trabajar en conjunto.
  6. Educar a la familia sobre su rol continuo cuidador.

Por último, en común los estudios mencionan que la intervención educativa integral por parte de enfermería permitió a los cuidadores expresar sus emociones y aprender de manera significativa el cuidado y autocuidado necesarios para asumir el rol del cuidador, se requiere que este aprendizaje sea sistemático y siempre con la participación institucional y no puede limitarse a brindar solo información general sobre la enfermedad o sobre acciones simples sin considerar las necesidades de las personas. La ampliación de las intervenciones en atención en el hogar, la participación del cuidador familiar trae a largo plazo mejoras costo efectivo y disminución de complicaciones posteriores asociadas con enfermedades crónicas.

---

## 9. Conclusiones

A partir de la evidencia revisada se logró identificar aquellas intervenciones exitosas, todas ellas fueron coordinadas por enfermería y desde la APS, se basaron en modelos psicoeducativos, centradas en la persona y para el autocuidado y autogestión de recursos, con abordaje multidisciplinario, consultoría domiciliaria de enfermería en sesiones periódicas al binomio paciente-familia y actividades que permitieron la expresión de emociones, manejo del estrés.

A pesar de la existencia de estudios que hablan sobre las circunstancias y necesidades de los cuidadores, la comprensión que se tiene del cuidador familiar sigue siendo incompleta, pues aún no se ha permitido que se le integre con el cuidado del paciente adulto mayor para así obtener una respuesta integral. Las intervenciones aún están enfocadas más en atender necesidades sin incluir por completo el proceso de cuidado de las ECNT, pues el profesional de enfermería aun trabaja más en la identificación y solución urgente de los problemas planteados por la familia que en el reforzamiento de habilidades de adaptación para el autocuidado y la autogestión.

Es importante buscar solución al problema de la continuidad de los cuidados por parte de enfermería, ya que se capacita a la familia para la resolución pronta de problemas propios del cuidado a corto plazo, pero no para la identificación de los momentos críticos y de transición por los que pasaran conforme avance la ECNT.

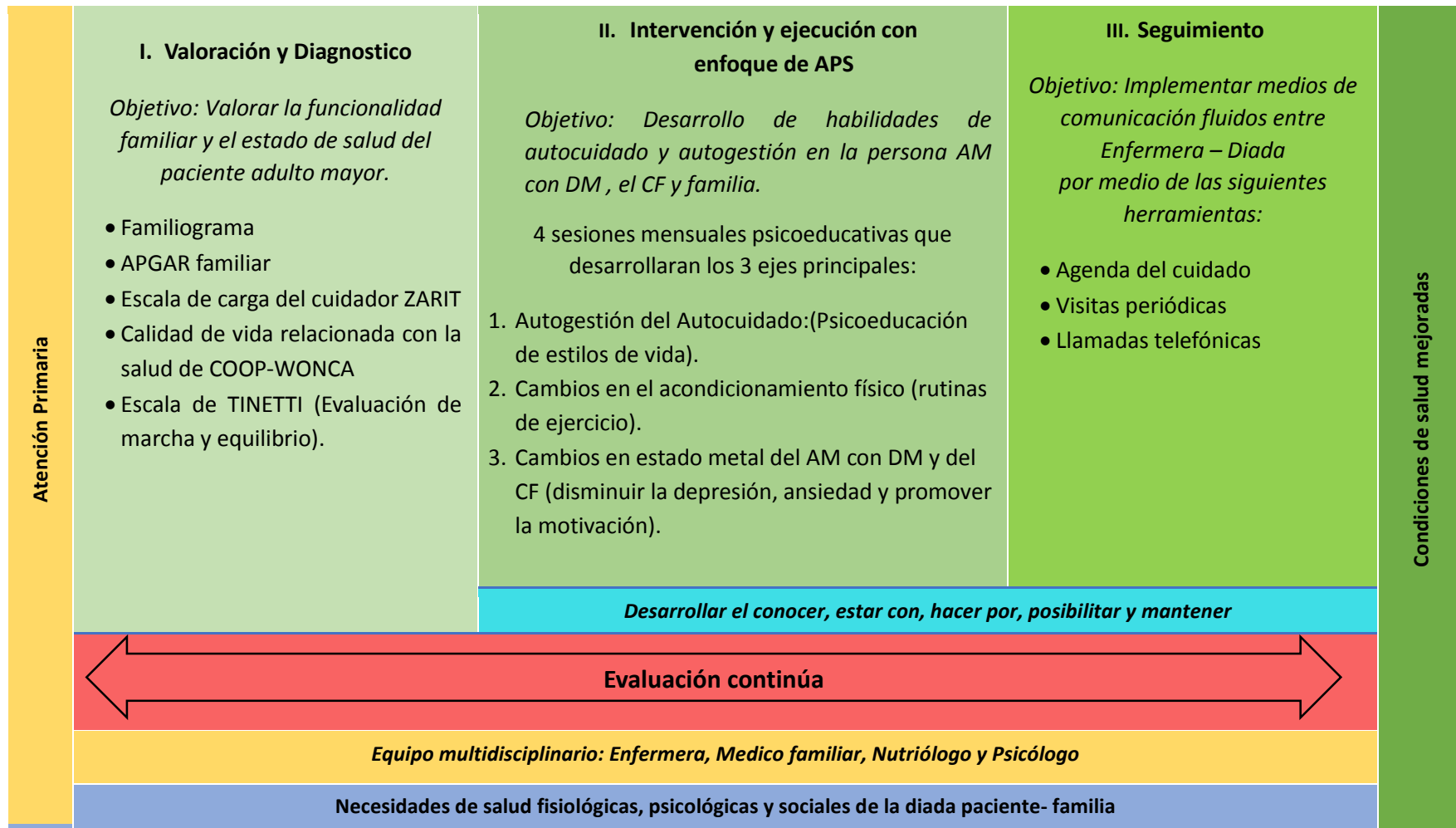
Las competencias mencionadas en los estudios como relevantes para la ejecución de las intervenciones coinciden con aquellas sugeridas en el “Marco Mexicano de Competencias de Enfermería de Práctica Avanzada (MMCEPA)” de la SSA, demostrando la necesidad que se tiene de implementar en la brevedad el rol de la EPA en el sistema de salud para trabajar la APS con familias de adultos mayores.

---

También se evidencia la necesidad de instrumentos que incluyan indicadores de cuidado continuo teniendo en cuenta la diada “paciente adulto mayor - cuidador familiar” y estudiar cual sería el impacto de implementar dichas intervenciones a nivel comunitario.

Con lo anterior se elabora una propuesta de modelo de intervenciones con los componentes de mayor efectividad desde la revisión de la literatura que se expone a continuación.

## Propuesta de Modelo de Intervención de Enfermería centrada en familia para la APS en adultos mayores con ECNT



El modelo de intervención propuesto consta de 3 etapas:

1. **Valoración y diagnóstico.** Realizada con el apoyo de 5 instrumentos que aprecian aspectos como funcionalidad del adulto mayor, composición y funcionalidad familiar y sobre carga del cuidador primario.
2. **Intervención y ejecución con enfoque de APS.** El cual se busca desarrollar habilidades en la persona AM con DM y el CF/familia por medio de sesiones psicoeducativas, usando 3 ejes (Autogestión del autocuidado, cambios en el acondicionamiento físico y cambios en estado mental del AM con DM y del CF).
3. **Seguimiento.** Implementara medios de comunicación fluidos Enfermera – Diada.

Estas parten de la selección de una diada en la cual el paciente adulto mayor con ECNT está siendo tratado desde la atención primaria para su manejo y control de la Diabetes Mellitus 2, donde también participan de manera multidisciplinar otros profesionales de la salud, como nutriólogos y psicólogos, esto siempre con base en las necesidades de salud fisiológicas, psicológicas y sociales de la diada paciente- familia.

Durante el desarrollo de la etapa 2 y 3 se trabaja con el cuidador primario y de ser posible con la familia el desarrollo de habilidades encaminadas al “*Conocer - Hacer Por – Posibilitar*” descrito en la Teoría de cuidado Swanson<sup>73</sup>, buscando la expresión de sentimientos, *conociendo* las fortalezas y debilidades de cada uno de los miembros de la familia, motivando no solo al paciente si no al cuidador, para así poder *hacer* un apoyo integral que disminuya el estrés en el cuidador para por ultimo *posibilitar* una adquisición de habilidades para el cuidado y autocuidado que permita asegurar el apego al tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico de la DM 2.

A continuación, las etapas de la propuesta se describen más a detalle.

## 1. Valoración funcional de la diada

Esta responde a la identificación que hace la enfermera de la situación de salud en la que se encuentra la diada, su objetivo es reunir la información precisa, concreta y necesaria, mediante los datos que podemos obtener del propio adulto mayor y de su familia, que nos ayudará a determinar los problemas y sus posibles causas, así como las capacidades de que dispone para la búsqueda de soluciones.

Uno de los tres elementos fundamentales de la etapa de valoración descritos por Egea<sup>74</sup> es la identificación, por ambas partes, de las expectativas de la relación que se inicia: qué espera el adulto mayor de la enfermera y qué puede ofrecerle ella como profesional. Como segundo elemento esta la observación, este significa estar atento y receptivo, a todas las reacciones del adulto mayor en el discurso de su estado de salud. Y por último la escucha activa que acompaña a la observación. Si hay elementos que interrumpen la información, o redirigimos la conversación por no considerar los datos “importantes”, perdemos la oportunidad de conocer lo que sí es significativo para él adulto mayor o para su familiar.

Como herramientas para la valoración de la diada se propone el uso de 5 instrumentos que en conjunto permitirán tener una visión de los problemas que tiene la diada. (Ver Anexo C)

- a) *Familiograma*. Es un instrumento diseñado para evaluar el funcionamiento de la familia y es útil para la identificación de familias cuya estructura está en algún riesgo de carácter biológico (problemas hereditarios, psicológico) o sociales (familia numerosa y/o sin recursos). Debe ser llenado por el personal de enfermería en colaboración del paciente y la familia. Se empieza directamente con el paciente índice y los miembros más cercanos. Los símbolos utilizados en el Familiograma son internacionalmente aceptados, están dispuestos en una cierta configuración representando a las personas que constituyen la familia y líneas que los unen representan

las relaciones entre los miembros de la familia, ya sean ellas relaciones de parentesco o de distancia emocional <sup>75</sup>.

- b) *APGAR familiar*. Es un instrumento que evalúa cinco funciones básicas de la familia, consideradas las más importantes por el autor, se usa rutinariamente en pacientes que se percibe un factor psicosocial en dolencias, ansiedad, depresión o con ECNT, cuando hay escaso o ninguna respuesta a tratamientos recomendados.

El instrumento se estructura en escala de Likert, cada una de las respuestas tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo con la siguiente calificación: 0: Nunca, 1: Casi nunca, 2: Algunas veces, 3. Casi siempre y 4: Siempre.<sup>67</sup>Al sumar los cinco parámetros el puntaje fluctúa entre 0 y 20, lo que indica una baja, mediana o alta satisfacción en el funcionamiento de la familia. El instrumento no tiene una precisión absoluta, aun cuando proporciona global del grado de funcionalidad de la familia. Por lo que se recomienda considerar los resultados como una baja, mediana o alta satisfacción usando otros elementos que permitan contextualizar mejor los resultados<sup>76</sup>.

- c) *Escala de sobrecarga del cuidador ZARIT*. Esta escala es útil para evaluar la sobrecarga de cuidador, principalmente en la atención primaria.<sup>77</sup> La sobrecarga se entiende para este trabajo como el grado en que la persona cuidadora percibe el cuidado que realiza e identifica como esta acción modifica diferentes aspectos de su salud, su vida social, personal y económica. En la atención primaria es fundamental detectar al CP con sobrecarga, pues si este presenta problemas de salud se volverá un paciente con una elevada morbilidad e incluso mortalidad<sup>10</sup>, por el hecho de cuidar, además de que el cuidado de la persona dependiente se verá comprometido. <sup>78</sup>

El instrumento consta de 22 preguntas en escala de Likert con 5 posibles respuestas de acuerdo con la siguiente calificación: 0: Nunca, 1: Casi nunca, 2: Algunas veces, 3. Casi siempre y 4: Siempre, que puntúan de 1 a

5, y con un rango de 22 a 110 en la puntuación total, y que establece los diferentes grados de sobrecarga en función de la puntuación obtenida: ausencia de sobrecarga ( $\leq 46$ ), sobrecarga ligera (47-55) y sobrecarga intensa ( $\geq 56$ ).<sup>79</sup> (Ver anexo C)

- d) *Calidad de vida relacionada con la salud de COOP-WONCA*.<sup>80</sup> Es un instrumento utilizado para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud, traducido y validado en castellano, el cual fue desarrollado por un grupo de profesionales de atención primaria en Estados Unidos: The Dartmouth Primary Care Cooperative Information Project of New Hampshire, con el objetivo de medir los aspectos funcionales de los pacientes en la consulta diaria. La WONCA define el estado funcional como la capacidad para desarrollar una determinada tarea o rol en un momento dado o durante un período determinado. El estado funcional es un aspecto del estado de salud que a su vez forma parte de la calidad de vida relacionada con la salud. Con este instrumento podemos valorar de forma rápida las principales dimensiones de funcionamiento: físico, mental y social; la adaptación de la rutina diaria de los pacientes con más de una ENCNT y determinar el grado de información que el paciente y su familia tiene del padecimiento.
- e) Escala de TINETTI.<sup>81</sup> Fue realizada por la Dra. Tinetti de la Universidad de Yale, en 1986, y evalúa la movilidad del adulto mayor, la escala tiene dos dominios: marcha y equilibrio; su objetivo principal es detectar aquellos ancianos con riesgo de caídas, tiene mayor valor predictivo que el examen muscular ya que brinda la información que se requiere para valorar la presencia de posibles trastornos neurológicos o musculoesqueléticos. La escala está compuesta por nueve ítems de equilibrio y siete de marcha. Las respuestas numéricamente del 0 al 2, donde 0 indica que la persona no logra o mantiene la estabilidad en los cambios de posición o tiene un patrón de marcha inapropiado; el 1 indica que logra los cambios de posición o patrones de marcha con compensaciones posturales de forma adaptativa y por último el 2 que indica aquella persona sin dificultades para ejecutar las



diferentes tareas de la escala y se considera como normal. El puntaje máximo del equilibrio es 16 y el de la marcha 12, de la suma de ambos se obtiene un puntaje total de 28, con el cual se determina el riesgo de caídas, se considera que entre 19-24, el riesgo de caídas es mínimo, <19, el riesgo de caídas es alto.

## **II. Desarrollo de habilidades de autocuidado y autogestión<sup>82</sup>**

Después de la valoración de la familia y el paciente se planearán 4 sesiones mensuales (una por semana) de aproximadamente 2 horas, esto durante 6 meses. Estas serán acordadas con la familia de manera que se pueda realizar en un horario a conveniencia, donde se trabajara el desarrollo de habilidades a partir de los 3 ejes:

1. *Autogestión del Autocuidado:(Psicoeducación de estilos de vida).* Para los cambios en el estilo de vida se necesita que el proceso sea dinámico evaluando el comportamiento del paciente y su familia. Identificar las necesidades psicoeducativas (conocimiento de signos y síntomas, posibles complicaciones de la enfermedad, alimentación saludable, opciones de tratamiento farmacológico y no farmacológico, etc.) y así diseñar los temas que se trataran en cada sesión.
2. *Cambios en el acondicionamiento físico (rutinas de ejercicio).*<sup>83</sup> Con la previa valoración del paciente e identificando las posibles contraindicaciones de la actividad física para no arriesgar al paciente. Una vez hecho lo anterior se iniciará la recomendación de rutinas (Explicadas por medio de láminas) iniciando 3 veces por semana sin exceder los 30 min. diarios, se evaluará los mejores horarios y el lugar que mejor convenga al paciente y su familia (debe contar con excelente iluminación y ventilación, así como también se deben considerar que preferentemente tenga piso antiderrapante, que esté libre de obstáculos y que no inclinaciones y si es posible que cuente con espejos grandes donde los ancianos puedan ver constantemente su postura y los movimientos que realizan para retroalimentarse visualmente).

El adulto mayor deberá usar ropa cómoda preferentemente de algodón para transpirar adecuadamente, debe ser sin ligaduras y holgada pero que a su vez permita los movimientos a realizar.

El programa incluirá 3 fases en la actividad física que se harán de la siguiente manera:

- I. Fase Inicial o de Calentamiento: que deberá ser de 10 min. con trabajo por grupos musculares en flexibilidad y luego un poco de velocidad.
  - II. Fase de Fortalecimiento: que al inicio será de 15 min. y se incrementará conforme a la condición física del anciano.
  - III. Fase de Relajación: que será de 5 min. y que incluye ejercicios de flexibilidad y equilibrio.
3. *Cambios en estado mental* (disminuir la depresión, ansiedad y promover la motivación). Al igual que en el punto anterior gracias a la valoración realizada en la fase 1 podremos identificar las necesidades y posibles factores que puedan afectar a la salud mental del paciente adulto mayor como del cuidador familiar. Se buscará mantener un dialogo abierto entre los miembros de la familia que les permita expresar sus emociones y necesidades personales, por lo que en cada sesión la enfermera será mediadora entre la diada construyendo así una red de apoyo afectivo que motive el autocuidado.

Durante el desarrollo de la etapa II y III se buscará que el cuidador primario desarrolle los 5 conocimientos planteados por el modelo de Swanson (conocer, estar con, hacer por, posibilitar y mantener las creencias), esperando que a largo plazo estos le ayuden a mejorar su autocuidado.

### **III. Implementar medios de comunicación fluidos Enfermera – Diada<sup>84</sup>**

El objetivo de esta etapa es garantizar la continuidad de las intervenciones, buscando la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, así como el de establecer redes de apoyo en torno a la diada, que le permita incluso hacer

prevención de ECNT en los demás miembros de la familia, mediante los siguientes recursos:

- a) *Agenda del cuidado*. Esta se llena diariamente a manera de lista de cotejo más notas de eventos relevantes, previa instrucción por enfermería para el conocimiento del formato, en ella se realiza un registro del plan de actividades a desarrollar en la semana, se evaluará en cada sesión. Contiene el registro de alimentación, medicación, ejercicios y actividades completarias de convivencia familiar. La enfermera al revisar el diario podrá evaluar el apego a las indicaciones e incluso poder dar recomendación en sugerencias de alimentos o cambios de rutinas de ejercicio.
- b) *Visitas periódicas*. Estas pretenden ser una por mes después de los 6 meses del trabajo con las intervenciones solo verificar que aún existe apego en las actividades establecidas.
- c) *Llamadas telefónicas*. Estas se darán de forma quincenal a forma de recordatorio de su revisión mensual en su unidad de atención primaria, aclarar dudas o conocer de problemas que se presente posteriormente. En esta intervención también se buscará que se dé un horario de atención telefónica establecido en que los pacientes puedan también contactar con su enfermera en caso de dudas, desde el inicio de la intervención de sesión psicoeducativas como después del periodo de seguimiento en casa.

Por último, las 3 etapas estarán en evaluación continua, para esto se requiere de un análisis del nivel de conocimiento que la diada tiene de la enfermedad, el tipo de aprendizaje a emplear, de un diálogo permanente y fluido para identificar sus necesidades y la forma de satisfacerlas.

Evaluar “la esencia” del cuidado es un proceso sistemático que permite identificar los problemas y las rupturas del cuidado para establecer decisiones con evidencia.<sup>85</sup> En esta actividad que estará presente en las 3 etapas se identificar hasta qué punto se han alcanzado los objetivos y si las acciones de enfermería tienen impacto, considerando una los aspectos de la relación interpersonal (empatía y el respeto a los contextos culturales de la familia).

Se espera que esta propuesta de intervención pueda ser un estudio mixto con predominio cuantitativo al tener una parte experimental de casos y controles, pero analizando los factores asociados a las características de la población mexicana mediante entrevistas y diario de campo.

## ANEXOS

### Anexo A

#### Análisis de artículos

*Nota: se realizó una clasificación tipo semáforo indicando lo siguiente: verde, artículos que hablan sobre la participación de la familia, rojo, artículos que van dirigidos al adulto mayor con enfermedad crónica y amarillo, artículos que solo consideran al adulto mayor.*

Referencia	Foco de la intervención	Tipo de intervención	Duración de la Intervención	Actores/ Rol en la intervención	En que consistió	Resultado eficaz
<p>Lorena Chaparro, Beatriz Sánchez, Gloria Mabel Carrillo. Encuesta de caracterización del cuidado de la diada cuidador familiar - persona con enfermedad crónica. Ciencia y cuidado [Internet] 2014;11(2): <a href="https://www.researchgate.net/profile/Lorena_Chaparro_Diaz/publication/285600000_Encuesta_de_caracterizacion_del_cuidado_de_la_diada_cuidador_familiar_-_persona_con_enfermedad_cronica/links/585076b308aed95c250b8353.pdf">https://www.researchgate.net/profile/Lorena_Chaparro_Diaz/publication/285600000_Encuesta_de_caracterizacion_del_cuidado_de_la_diada_cuidador_familiar_-_persona_con_enfermedad_cronica/links/585076b308aed95c250b8353.pdf</a> (Citado 24 noviembre 2018).</p>	Familia y paciente como unidad	Se determinaron en base a la revisión sistemática y los resultados de las encuestas tres de las dimensiones más relevantes a evaluar en la diada paciente-familia por el personal de enfermería para poder establecer un plan de cuidados de con lo considere y poder reforzar los cuidados: Condiciones y perfil socio demográfico de la diada. Percepción de carga y apoyo. Medios de información y comunicación.	6 meses	Enfermería como promotora de la educación activa a la diada Cuidador Familiar-Persona con EC.	Estudio descriptivo para la identificación de las necesidades básicas de información para el cuidado de la diada persona con enfermedad crónica-cuidador familiar. Se evaluaron tres dimensiones.	La encuesta demostró que es comprensible y sus insumos permiten orientar propuestas de cuidado dirigidas a la diada como sujeto principal de la experiencia de salud en situaciones de cronicidad.
<p>Nuria Esandi, AnaCanga. Atención centrada en la familia: un modelo para abordar los cuidados de la demencia en la comunidad. Atención Primaria [Internet] 2016; 48(4):. 0212656716300403 (Citado 23 noviembre 2018).</p>	Familia y paciente como unidad	-Se sugieren estrategias de atención dirigidas al fortalecimiento del sistema familiar. Indagar, desde el inicio. Sobre el conocimiento que la familia tiene de la demencia ECNT y qué es lo quiere saber. Explorar los sentimientos y el significado.	No especifica	-Enfermeras (principalmente las que laboran en APS)	Artículo de reflexión crítica sobre el enfoque de cuidados integrador centrado en la familia, visto desde el impacto que la demencia tiene para la familia.	A pesar de la existencia de artículos que hablan sobre las circunstancias y necesidades de los cuidadores, la comprensión que se tiene del cuidado familiar sigue siendo incompleta, fragmentada y confusa, por lo que todavía no se ha alcanzado

<a href="https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S">https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S</a>		Considerar y debatir abiertamente: Las prioridades familiares, tanto individuales como del grupo, en ese momento. Asuntos como las preocupaciones financieras, la falta de tiempo o la responsabilidad. Ayudar a la familia a establecer metas realistas y aceptable. Asesorar a la familia.				una respuesta integral.
<b>Carrillo-González Gloria Mabel, Barreto-Osorio Ruth Vivian, Ortiz Vilma Támara. Competencia para cuidar en el hogar de personas con enfermedad crónica y sus cuidadores en Colombia. rev.fac.med. [Internet] 2015; 63(4 ): 668-675. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&amp;id=S0120-00112015000400012&amp;lng=en (Citado 24 noviembre 2018)</b>	Familia y paciente como unidad	Se describieron las competencias para cuidar en el hogar de personas con EC, así como la competencia de sus CF s para atenderlas en el hogar. Y se sugirieron a las diadas que participaron parte de los lineamientos retomados del modelo para la disminución de la carga del cuidado de la EC en Colombia. <sup>86</sup>	3 años	Enfermeras como evaluadoras y promotoras de desarrollar las competencias de cuidado de CF.	Se identificaron las características de la diada AM- CF por medio de dos instrumentos: Encuesta de caracterización para el cuidado de una diada persona con EC y CF Competencia para cuidar en el hogar GCPC-UN-CPC, versión paciente y cuidador familiar.	Los indicadores de cuidado continuo deben tener en cuenta la diada receptor-cuidador familiar y abordar el talento humano, las instituciones y al mismo sistema general de seguridad social
<b>Herrera-López Luz María, Alcayaga-Rojas Claudia, Torres-Hidalgo Marisa, Funk Buntemeyer Regina, Bustamante-Troncoso Claudia, Riquelme-Hernández Giselle et al. Programa de apoyo al trabajador-cuidador familiar: fenómeno social emergente. [Internet]; 14(3 ): 430-439. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&amp;id=S1657-59972014000300012&amp;lng=en (Citado 24 noviembre 2018)</b>	Familia y paciente como unidad	Describe la implementación de un programa tiene como propósito generar un modelo de intervención en el lugar de trabajo para promover la salud de los trabajadores que son familiares cuidadores de personas con enfermedades crónicas o con discapacidades, mediante estrategias de: Educación para el autocuidado. Fortalecimiento de redes de apoyo familiar y social Asesoría profesional Comunidad de pares.	3 años	-Enfermería como promotor y educador	El programa surge como proyecto piloto en el año 2008, liderado por académicos de la Escuela de Enfermería en alianza con el Departamento de Beneficios del Personal, a través de sus trabajadoras sociales, con la participación de académicos de las escuelas de enfermería, medicina y psicología.	El programa aporta la implementación cambios en las organizaciones laborales cuyo cimiento es el valor del aporte del trabajador-cuidador familiar a la sociedad, se contribuye a generar nuevos valores dentro de una cultura organizacional que desea promover el desarrollo integral en su comunidad, ser cada vez más sana, inclusiva y solidaria.
<b>Markle-Reid, M., Ploeg. The ACHRU-CPP versus usual</b>	Persona y/o Cuidador	Autogestión de cuidados-Autoeficacia (Autocuidado)	6 meses	-Enfermeras (en su mayoría con	-3 visitas por mensuales a domicilio (Se busco	Carece de pruebas de efectividad ya que se alcanzó

<p>care for older adults with type-2 diabetes and multiple chronic conditions and their family caregivers: study protocol for a randomized controlled trial. [Internet] 2017. <a href="https://www.semanticscholar.org/paper/The-ACHRU-CPP-versus-usual-care-for-older-adults-a-Markle-Reid-Ploeg/51fe342776397dcfc78007d073f0b1196127fc5d">https://www.semanticscholar.org/paper/The-ACHRU-CPP-versus-usual-care-for-older-adults-a-Markle-Reid-Ploeg/51fe342776397dcfc78007d073f0b1196127fc5d</a> (Citado 20 noviembre 2018).</p>	<p>familiar (CF)</p>	<p>Teoría del comportamiento, psicoeducación</p> <p>Programas Grupales</p> <p>Programa centrado en el paciente, familiares y cuidadores como elementos de apoyo.</p> <p>*Es estudio describe los 4 principales componentes que debe de contar el programa para que pueda ejecutarse. Autoeficacia Practica de colaboración Cuidado holístico Compromiso y apoyo del cuidador</p>		<p> cursos o diplomados en APS o Enfermería Comunitaria) -Dietistas</p>	<p>interactuar con familiares e incluirlos en las charlas educativas. -2 sesiones por mensuales en grupo (modelo de persuasión social). -Sesiones de trabajo y evaluación del profesional participante. Se busco modificar 3 aspectos Cambios en el acondicionamiento físico (rutinas de ejercicio). Cambios en estado mental (disminuir la depresión, ansiedad y promover la motivación). Autoeficacia (Autocuidado: Psicoeducación de estilos de vida). *Se evaluó signos de depresión y cansancio en cuidares.</p>	<p>con los objetivos de mejora de sistemas de DM2 de forma individual y de cansancio en los cuidadores en las sesiones a domicilio; no se pudo evaluar en comunidad ya que hubo deserción de algunos pacientes, en particular de los que presentaban otra enfermedad crónica asociada.</p> <p>El programa de penden de los recursos que se tengan para mantener la sesiones a domicilio pues sin estas más de la mitad de los participantes abandonaron las sesiones de autogestión.</p> <p>Se busco hacer una retención después del estudio por medio de envió de cartas o llamadas por teléfono como recordatorio.</p>
<p>Bernal Nubia Hernández, Becerra Julián Barragán, Mojica Claudia Moreno. Intervención de enfermería para el bienestar de cuidadores de personas en cuidado domiciliario. Rev. Cuide [Internet] 2018; 9( 1 ): 2045-2058. <a href="http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&amp;id=S2216-09732018000102045&amp;lng=en">http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&amp;id=S2216-09732018000102045&amp;lng=en</a> (Citado 24 noviembre 2018)</p>	<p>Cuidadores familiares</p>	<p>Al grupo control solo se le dio la sesión institucional estandarizada sobre cuidados generales de la AM con ECNT, mientras que al grupo de intervención se le dio sesiones periódicas de educación sobre estilos de vida (al paciente y CF) y talleres de expresión de emociones, manejo del estrés y autocuidado solo a los CF, todo esto basado en la Teoría de Cuidado Swanson, manejando 5 conceptos a desarrollar en habilidades por el CF. Conocer Conocer y entender la realidad personal del cuidador frente a su nuevo rol y situación del ser cuidado. Estar con Propiciar espacios para estar con</p>	<p>2 años</p>	<p>-Enfermería como promotor y educador</p>	<p>El grupo de intervención contó con tres sesiones educativas basadas en la Teoría de los Cuidados de Swanson, el grupo control recibió intervención convencional.</p> <p>Se utilizó el instrumento de clasificación de resultados de enfermería (NOC) que evalúa salud emocional del cuidador principal, posible resistencia del cuidador familiar y ejecución del rol.</p>	<p>La intervención educativa integral por parte de enfermería permitió a los cuidadores expresar las emociones y aprender de manera significativa para asumir el rol del cuidador.</p> <p>Se evidencian que el cuidado en el hogar es asumido por mujeres en mayor proporción y que éste hecho demanda medidas y estrategias de acompañamiento en el rol que asumen las mujeres cuidadoras en el hogar.</p>

		<p>presencia auténtica con el cuidador, que favorezcan la expresión sentimientos.</p> <p>Mantener las creencias</p> <p>Motivar al cuidador para mantener la creencia en sus capacidades para superar las dificultades relacionadas con el cuidado de la persona.</p> <p>Hacer por</p> <p>Apoyar al cuidador en su auto cuidado y hacer por él o ella, lo que haría por sí mismo, si le fuera posible.</p> <p>Posibilitar</p> <p>Estimular en el cuidador la adquisición de habilidades para el cuidado , que participe activamente en el desarrollo del mismo durante la hospitalización y egreso hospitalario.</p>				
<p><b>Simonetti Janete Pessuto, Ferreira Joice Cristina. Estratégias de coping desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doença crônica. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2008; 42(1 ): 19-25. <a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0080-62342008000100003&amp;lng=en">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0080-62342008000100003&amp;lng=en</a> (Citado 24 noviembre 2018)</b></p>	Cuidadores familiares	<p>En ese estudio solo se identifican como es la respuesta de afrontamiento de los cuidadores y cuáles son las características generales de los mismos, no se refiere una intervención desarrollada por los investigadores.</p> <p>* El afrontamiento, se define como un proceso que se utiliza para controlar las demandas de relación individual-medio ambiente.</p>	4 meses	Enfermería (Como entrevistadores e investigadores)	Unos estudios cualitativos sobre la base de análisis de las estrategias de afrontamiento más utilizado por los cuidadores estaban centradas en la emoción y la tarea de atención implica cambios en sus vidas, la realización de las actividades sin ayuda, con la sobrecarga, pérdida de la libertad y la frustración.	<p>La mayoría de los cuidadores informan que tienen sentimientos de impotencia e incapacidad para realizar alguna tarea específica relacionada con el cuidado. La mayoría de las personas cuidadoras eran mujeres, hijas de la persona cuidada y compartían domicilio con esta.</p> <p>El afrontamiento disfuncional se relaciona con una mayor carga subjetiva y el afrontamiento centrado en las emociones se relaciona con una menor carga subjetiva, con independencia de la carga objetiva, el género y el parentesco de la persona cuidadora.</p>
<p><b>Heather Drouin, Jennifer Walker. Measured outcomes of chronic care programs for older adults: a systematic review. BMC Geriatrics [Internet] 2015; 15(139):.</b></p>	Persona	Se revisaron estudios que usaron las intervenciones descritas por el Modelo de Cuidado de Wagner Crónico (CCM), así como la versión ampliada desarrollada por Barr.	No especifica	<p>-Solo 2 de los 14 estudios mencionan un rol activo de enfermería.</p> <p>-Solo 4 de los 14</p>	<p>-Analizaron 14 artículos</p> <p>-12 dan resultados sobre el impacto de ayuda sobre el sistema de salud.</p>	Muestra que la aplicación del MCC de forma individual funciona siempre que se mantenga una estrecha vigilancia por parte del sistema de salud.



<p><a href="https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-015-0136-7">https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-015-0136-7</a> (Citado 20 noviembre 2018)</p>				<p>estudios evaluaron la participación del cuidador primario (familiar) tanto en su estado físico-mental como cansancio.</p>	<p>-En los 14 se coincido con los parámetros de medida para evaluar la efectividad del MCC como: perspectivas del personal de salud que participo sobre mejora de síntomas, perspectiva sobre calidad de vida tanto del paciente como del cuidador.</p>	<p>Hay muy poca atención a la función de apoyo de los cuidadores no profesionales, a pesar de la importancia de las interacciones y relaciones entre los pacientes.</p> <p>Ninguno de los 14 trabajos reportó resultados medidos a nivel de población o comunidad.</p>
<p>Zahra Fotoukian, Farahnaz Mohammadi Shahboulaghi. <b>Concept Analysis of Empowerment in Old People with Chronic Diseases Using a Hybrid Model.</b> <i>Asian Nursing Research</i> [Internet] 2014; 8(2): <a href="https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1976131714000218?via%3Dihub">https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1976131714000218?via%3Dihub</a> (Citado 20 noviembre 2018).</p>	<p>Paciente</p>	<p>-Se revisaron estudios que manejen el concepto de empoderamiento como herramienta para la potencialización de la psicoeducación.</p> <p>-Mejorar la enseñanza de autocuidado haciendo una participación del paciente en la toma de decisiones de su enfermedad.</p> <p>*El estudio describe los atributos del Modelo híbrido de empoderamiento para AM con EC. Presencia competente de Enfermería Cambio Informado Conocimiento Para La Resolución De Problemas Responsabilidad del Autocuidado Participación Activa</p>	<p>No especifica</p>	<p>-Enfermería como promotora del autocuidado y del empoderamiento del paciente.</p>	<p>-Se analizaron 60 artículos sobre el empoderamiento y posterior se realizó 13 entrevista a 7 pacientes con EC (3 con EPOC, 1 con IRC, 2 con DM2 y 1 con Osteoartritis y sus familiares cuidadores.</p>	<p>El modelo muestra resultados favorables en los pacientes siempre que se mejoren las habilidades del personal de enfermería para la capacitación.</p> <p>El estudio sugiere a las enfermeras una comunicación más efectiva y se centran en los AM.</p> <p>Y que el tiempo invertido en la capacitación y reforzamiento de conocimientos con el paciente dio mayores resultados cuando este se extendió y fue de calidad, considerando la toma de decisiones que involucren el día a día del paciente en la relación con las actividades de su familia.</p>
<p>Alexis Coulourides Kogan , Kathleen Wilber. <b>Person-Centered Care for Older Adults with Chronic Conditions and Functional Impairment: A Systematic Literature Review.</b> <i>Journal of the American Geriatrics Society (JAGS)</i> [Internet] 2015; 64(1): <a href="https://onlinelibrary.wiley.com">https://onlinelibrary.wiley.com</a></p>	<p>Persona</p>	<p>-Se analizaron 132 artículos que describen estudios que realizaron intervenciones del Modelo de Cuidado Centrado en la Persona CCP.</p> <p>-El estudio describe cuales fueron los elementos más comunes que se necesitan para poder implementar el Modelo de CCP. El cuidado coordinado. Centrarse en la población definida,</p>	<p>No especifica</p>	<p>-Médicos -Enfermeras -Trabajadores sociales</p>	<p>Se revisaron 132 artículo de los cuales se obtuvo 13 instrumentos para evaluar el Modelo de CCP. Todos buscan mejorar el cuidado del AM a largo plazo considerando las necesidades expresadas por el paciente para realizar intervenciones</p>	<p>El informe concluye que falta hacer más estudios que midan el impacto de implementar el modelo de CCP en el entorno del hogar y comunitario, muestra que en hospitalización favorece al mejorar de los síntomas en EC y cometa las oportunidades para la investigación futura, incluyendo la creación de herramientas de</p>

<p>om/doi/full/10.1111/jgs.13873 (Citado 20 Noviembre 2018).</p>		<p>adulto mayor.          Contar con un equipo multidisciplinario          Conexiones entre la atención médica y servicios de apoyo.          Acceso a la atención          (Continua y oportuna).          Coordinación de la atención y las transiciones          Continuidad de la atención          (cultura y la lengua)          Educación del paciente y la familia, apoyar el autocuidado.          La medición del rendimiento y la mejora de la calidad, el uso de datos y medición.</p>			<p>personalizadas.          Solo 3 de 10 hablan sobre la participación de los cuidadores familiares. Activa.</p>	<p>medición para la configuración ambulatorio servicios médicos y sociales.</p>
<p><b>Melguizo-Herrera Estela, Castillo-Ávila Irma Y. Factores asociados al uso de servicios de atención primaria por adultos mayores de Cartagena, Colombia. Rev. salud pública [Internet] 2012 ; 14(5 ): 765-775.</b>  <a href="http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0124-00642012000500004&amp;lng=en">http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0124-00642012000500004&amp;lng=en</a>          . (Citado 20 noviembre 2018)</p>	<p>Paciente</p>	<p>Se busco identificar cuáles son los factores por los cuales los AM no asisten de forma oportuna a consulta en los centros de APS para así hacer un análisis de las necesidades de esta población y determinar un plan de acción.</p>	<p>Transversal</p>	<p>-Servicios de Enfermería de unidades de APS</p>	<p>Estudio transversal donde se aplicó el cuestionario "uso de los servicios de salud" a 656 adultos mayores, con un promedio de edad de 67,9 años.</p>	<p>Los principales factores fueron: La gravedad de la enfermedad, automedicación, la calidad, la distancia y el costo de los servicios de salud.</p> <p>El predominio de un enfoque curativo que se evidencia tanto a nivel local como internacionalmente (en la revisión de la literatura) en el consultar solo cuando se está enfermo.</p> <p>Se recomienda fortalecer la prestación de los programas de atención primaria dirigidos a esta población para favorecer la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, evitando que solo consulten cuando se "sientan mal" o enfermos.</p>

## Anexo B

### Modelos en América Latina para la APS a personas con ECNT

NOMBRE DEL MODELO	PAÍS / AÑO	SUJETO ESTUDIO	PERSPECTIVA TEÓRICA	ENFOQUE DE LAS ACCIONES	RESULTADOS
<b>Modelo de atención integral en salud (MAIS)<sup>87</sup></b>	<b>Guatemala</b>  <b>2011</b>	Persona-Comunitaria	Diagnostica Curativa	Recuperación y rehabilitación de daños	Se dejó de dar seguimiento a centros comunitarios.
<b>Modelo de atención integral del sistema nacional de salud<sup>88</sup></b>	<b>Ecuador</b>  <b>2014</b>	Comunidad	Descentralizado y local  cobertura	Puestos locales de salud	Aumento la cobertura, pero después hubo desabasto de personal sanitario.
<b>Modelo de atención integral en salud (MIAS)<sup>89</sup></b>	<b>Colombia</b>  <b>2015</b>	Entorno-población-familia	Preventiva-curativa	Identificación-educación  Control-	Mayor cobertura en salud
<b>Modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario en establecimientos de la red de atención de salud<sup>90</sup></b>	<b>Chile</b>  <b>2016</b>	Familia-comuna	Preventiva-educativa	“Postes de salud rural” “centros Familiares” Prevención y adherencia al tratamiento en enfermedades	Mayor impacto en zonas rurales que en urbanas.
<b>Modelo de atención a las condiciones crónicas<sup>91</sup></b>	<b>Brasil</b>  <b>2017</b>	Familia	Ampliación y cobertura de los servicios de salud	Ampliar la plantilla de médicos e incluir medicamentos a la cobertura gratuita.	En fase de implementación
<b>Nuevo Modelo Preventivo de Enfermedades Crónicas: 4 Ejes<sup>92</sup></b>	<b>México</b>  <b>IMSS-ISSSTE</b>  <b>2017</b>	Grupo de riesgo DMII  Cardiovasculares	Preventivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Identificación y estratificación</li> <li>○ Focalización</li> <li>○ Seguimiento proactivo</li> <li>○ Vinculación</li> </ul>	En proceso

## Modelos de cuidado a personas AM

PROGRAMA /MODELO	PERPECTIVA TEORICA	ENFOQUE DE LAS ACCIONES	PROFESIONAL INVLOCRADO	CARACTERISTICAS	RESULTADOS
<p><b>Programa Nacional de Atención Integral al Adulto Mayor</b><sup>93</sup></p> <p>CUBA</p> <p>1997</p> <p>(Se renueva cada año)</p>	Preventiva Rehabilitación	Tres subprogramas: comunitario, hospitalario e institucional.	Médico Y Enfermera Comunitarios	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiene como protagonistas a la <b>familia, comunidad</b> y el propio adulto mayor en la búsqueda de soluciones locales a sus problemas.</li> <li>• Se realiza anualmente el examen periódico de salud al total de la población de 60 años y más. A través de la <b>Escala Geriátrica de Evaluación Funcional (EGEF)</b> evalúa las esferas biológica, psicológica, social y funcional</li> <li>• El <b>Equipo Multidisciplinario de Atención Gerontológica (EMAG)</b>, constituido por un médico especialista, una enfermera, una trabajadora social y un psicólogo diplomados en Gerontología y Geriátrica se dedica a la atención comunitaria integral del adulto mayor, brindando apoyo al equipo de medicina familiar y fomentando otras modalidades formales y no formales de atención.</li> <li>• <b>Los Círculos de Abuelos</b> son agrupaciones de adultos mayores de base comunitaria que desarrollan actividades de promoción de salud y de prevención de enfermedades que tiendan a un envejecimiento saludable.</li> <li>• <b>Las Casas de Abuelos</b> es una modalidad de atención que brinda atención integral diurna a los adultos mayores carentes de amparo filial en absoluto o de familiares</li> <li>• <b>Las Escuelas para Cuidadores</b> son un programa psicoeducativo dirigido a grupos de familiares que asumen el cuidado primario o secundario.</li> <li>• <b>El Servicio de Respiro a Cuidadores</b> se le presta al cuidador de adultos mayores dependientes y consiste en internar al adulto mayor, bajo su cuidado, en un Hogar de Anciano por un período que puede oscilar entre 15 días y 6 meses para que el cuidador tome unas vacaciones, se someta a intervención quirúrgica u algún tratamiento médico.</li> <li>• <b>La Tele asistencia</b> en un sistema de telecomunicación que permite poner en contacto al adulto mayor que se encuentra en su domicilio con un centro de atención que cuenta con los profesionales adecuados para poder atender la llamada.</li> </ul>	Según los indicadores de evaluación del 2016 se perdido la cobertura en algunas de las regiones que participan en el programa esto a falta de implantación de instrumentos de evaluación.
<p><b>Modelo Técnico Servicio Nacional Adulto Mayor (SENAMA)</b><sup>94</sup></p> <p>Chile</p> <p>2002</p> <p>(última evaluación general del programa en 2014)</p>	Preventiva Rehabilitación Integración a la sociedad	Se divide en dos subprogramas <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personas mayores autovalentes</li> <li>Personas mayores dependientes</li> </ul>	Profesores Voluntarios Médicos Enfermeras Psicólogos Trabajadores sociales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Programa de Asesores Seniors:</b> Este programa tiene un doble objetivo: promover el voluntariado de personas mayores jubiladas, y entregar apoyo escolar a niños en situación de vulnerabilidad. Las personas mayores mejoran su autoestima y se capacitan para adquirir nuevas técnicas de estudio y enseñanza para niños y niñas.</li> <li>• <b>Programa Escuela de Formación de Dirigentes:</b> Su objetivo es empoderar a las personas mayores a través del conocimiento de sus derechos, programas y políticas que favorecen sus intereses y necesidades, mediante encuentros y jornadas. El 71% de los beneficiarios de este programa son mujeres.</li> <li>• <b>Programa Vínculos</b> Se propone integrar a los adultos/as mayores vulnerables a la red comunitaria y favorecer su acceso preferente a prestaciones y subsidios sociales. El 65% de los beneficiarios son mujeres.</li> <li>• <b>Programa Turismo Social:</b> Se propone facilitar el acceso a la recreación de las personas mayores en situación de vulnerabilidad.</li> <li>• <b>Programa Condominios de Viviendas Tuteladas (CVT):</b> Los objetivos de este programa son, por una parte, proporcionar una solución habitacional a los/as adultos/as</li> </ul>	En 2014 se realizó una evaluación general del modelo, se encontró que la mayor problemática es el maltrato del AD en domicilio ligado al bajo rendimiento económico de las familias por lo que se replanteara la manera de dar mas presupuesto a la atención de dicha problemática, dando apoyo a los cuidadores primarios. <sup>95</sup>

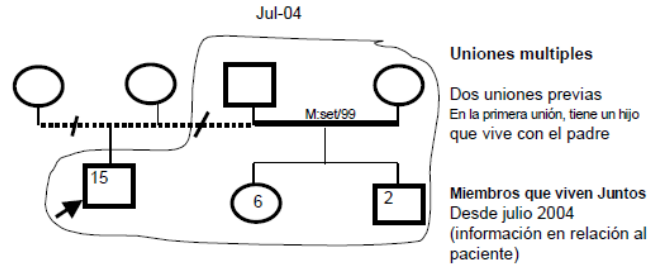
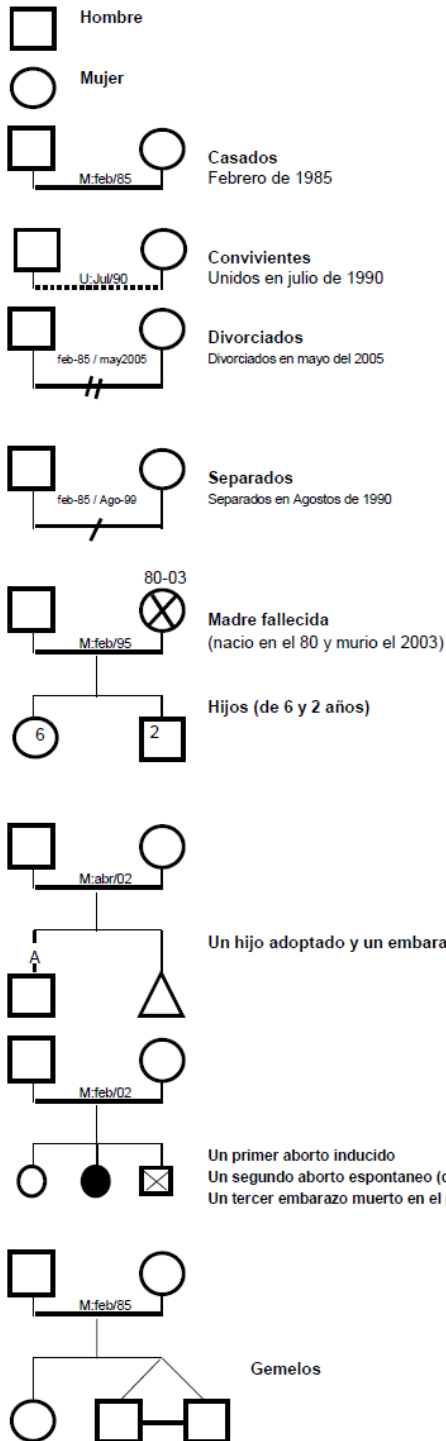
				<p>mayores vulnerables, autovalentes y que carecen de red, y por otra, brindar apoyo psicosocial a los beneficiarios/as. El 53% de estos beneficiarios son mujeres.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Programa Escuela de Funcionarios Públicos:</b> Se propone capacitar en Gerontología Social y Cuidado Especializado de adultos mayores, a quienes trabajan en la red local de la persona mayor y a quienes prestan servicio de cuidado en los ELEM.</li> <li>• <b>Programa Contra el Maltrato y el Abuso al Adulto mayor:</b> El objetivo de este programa es disminuir el maltrato hacia los/as adultos/as mayores a través de campañas de prevención, la realización de estudios sobre el tema y proveer orientación jurídica a las personas afectadas.</li> </ul> <p><b>Programa Establecimientos de Larga Estadía (ELEM):</b> Se trata de proveer una solución habitacional a las personas mayores vulnerables, dependientes y que carecen de red. El 47% de beneficiarios corresponde a mujeres.</p>	
<b>Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios<sup>96</sup></b> Argentina 2007	Rehabilitación Autocuidado	Vinculación sociedad y AM	Médicos Enfermeros Voluntarios	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En este programa de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores (DINAPAM), se define la Atención Domiciliaria como el conjunto de servicios de apoyo sanitarios y sociales prestados a las personas en su hogar, manteniéndolos en sus domicilios el mayor tiempo posible y conveniente, insertos en su comunidad y conservando sus roles familiares y sociales, con el fin de mejorar su calidad de vida.</li> <li>• Estos últimos son los desempeñados por <u>los Cuidadores domiciliarios</u>, personal técnicamente capacitado para realizar actividades como: organización del hábitat, higiene y arreglo personal, preparación de alimentos, prevención de accidentes, administración de medicamentos por vía oral, colaboración con prácticas indicadas por profesionales, acompañamiento y asesoramiento en todas las actividades de la vida diaria, realización de trámites y actividades de recreación y de reinserción laboral y social para las personas atendidas.</li> </ul>	Se ha mejorado en la atención a domicilio en redes de tele-ayuda y se identifican oportunamente otro problema de salud
<b>Programa Nacional de Cuidadores de Adultos Mayores</b> Brasil 2010	Rehabilitación Autocuidado Inserción a la sociedad	Formar personal capacitado	Médicos Enfermeros Cuidadores De adultos mayores.	<p>La información disponible señala que, a partir del Plan Nacional Integrado de Acción Gubernamental para la Persona Mayor, se aplicaron acciones significativas, como, por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Institución del Programa Nacional de Cuidadores de Adultos Mayores.</li> <li>• Elaboración de Manual de Cuidadores de Adultos Mayores.</li> <li>• Reconocimiento, por el Ministerio de Trabajo, de la categoría de ocupación para Cuidadores de Adultos Mayores.</li> <li>• La Secretaría Nacional de Asistencia Social, del Ministerio de Desarrollo Social, ha hecho formación de cuidadores y de multiplicadores de varias provincias y ha empezado un trabajo con organizaciones de estos cuidadores. Las ONG's y algunas provincias hacen formación continua. También está previsto realizar formación de cuidadores para prevención de la violencia. Por intermedio del Ministerio de Desarrollo Social fue hecha una llamada pública para formación de cuidadores de mayores en instituciones.</li> </ul>	Menciona la falta de apego de organizaciones civiles para hacer de las actividades de cuidadores de adulto mayores una actividad constante y gestionar mejor para identificación de AM que necesiten ayuda en domicilio.
<b>Programa Nacional Gerontológico</b>	Preventiva	Obtener una "Alineación"	Solo habla de acción	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar estudios de investigación clínico-epidemiológica, sectoriales e interinstitucionales, orientados hacia la asignación de políticas y programas en pro de</li> </ul>	Se presenta en 2016 y establece las metas e

México 2016-2018 <sup>97</sup>		con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 por medio de los programas: • México Incluyente • Prospera • Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.	conjunta sin mencionar actores en específico, orientado más al ejercicio médico.	un “Envejecimiento Activo y Saludable • <b>Implementar modelos geronto-geriátricos, aplicables a las unidades de primer nivel de atención</b> , con los elementos mínimos e indispensables para la atención de las personas con diversas patologías. • Implementar un sistema de referencia y contrarreferencia con el segundo y tercer nivel de atención. • Capacitar al equipo de salud interinstitucional e intersectorial en la promoción, prevención, tratamiento y limitación del daño, para la persona adulta mayor. • Integrar apartados específicos para la persona adulta mayor en las Normas Oficiales Mexicanas. • Operar CONAEN y COESAEN, a través de la coordinación interinstitucional e intersectorial. • Consolidar la rectoría en el Sistema Nacional de Salud (SNS), para garantizar un envejecimiento activo y saludable en la persona adulta mayor. • Implementar gradualmente a corto plazo, acciones encaminadas a la sensibilización del equipo de salud y la población en general, sobre la importancia de la osteoporosis como un problema de salud pública; a mediano plazo la detección, diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de esta patología, permitirá la implementación del registro de estas acciones dentro del SIS. • Estructurar un modelo que genere ahorro potencial a largo plazo por atención oportuna, de padecimientos incapacitantes en la persona adulta mayores.	indicadores a evaluar en 2018 pero no refiere bajo que dependencia se presentarían avances o resultados.
<b>Programa de Atención Integral del Adulto Mayor (PAIAM)</b> <sup>98</sup> Colombia 2016 <b>Universidad Cooperativa De Colombia Sede Bucaramanga Facultad De Enfermería</b>	Prevención de secuelas Rehabilitación	Trabajo de campo con AM con intervenciones de enfermería para prevenir secuelas respecto al deterioro cognitivo y disminuir la dependencia en las actividades de autocuidado de la vida cotidiana.	Enfermeras	• Desarrollar las sesiones educativas del Programa de Atención Integral al Adulto Mayor, orientadas a la funcionalidad de las dimensiones físicas, mentales y sociales en los adultos mayores del Centro de Bienestar en Girón. • Sesiones informativas de participación familiar e individual con los AM en los siguientes temas: Terapias de Reminiscencia, Estimulación Cognoscitiva, Entrenamiento de memoria, Orientación de la Realidad, Ayuda con los autocuidados: Alimentación, Ayuda con los autocuidados: Vestir/Arreglo personal, Ayuda con los autocuidados: Baño/Higiene.	Se realizó durante ese año en una localidad cerca de la facultad, se evaluó de manera cualitativa la participación de los asistentes y se trabaja en una forma de hacer una evaluación más enfocada a metas.
<b>Modelo De Atención En Salud Para La Persona</b>	Promoción y prevención	Evaluación geriátrica integral de	Médicos Enfermeras Cuidadores	• <b>COMPONENTE I: Promoción y educación para un envejecimiento activo y saludable</b> Líneas de acción: • Promoción de autocuidado y estilos de vida saludable.	Nuevo modelo propuesto, propone una evaluación por indicadores que se

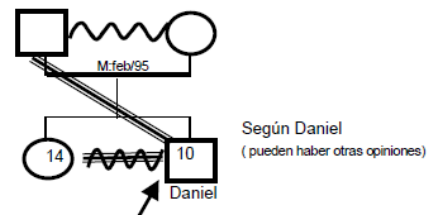
<p><b>Adulta Mayor.<sup>99</sup></b> El Salvador 2018</p>		<p>acciones puntuales por región para aplicar los 5 componentes claves del modelo</p>	<p>familiares</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoción de la protección y prevención del maltrato al adulto mayor.</li> <li>• COMPONENTE II: Aseguramiento de la calidad de atención Líneas de acción:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención Integral en Salud</li> <li>• Aplicación de la Valoración Geriátrica.</li> <li>• Valoración del funcionamiento familiar y apoyo social-comunitario</li> <li>• Atención geriátrica en los Hospitales de la RIISS.</li> <li>• Programas de soporte al cuidador principal/familiar.</li> <li>• Atención en el proceso y finalización de la vida.</li> </ul> </li> <li>• COMPONENTE III: Fortalecimiento de la atención en rehabilitación Geriátrica. Líneas de acción:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoción d los Principios de la rehabilitación Geriátrica</li> <li>• Evaluación especializada a la persona adulta mayor con algún grado de discapacidad para evitar la dependencia y/o mejorar su calidad de vida.</li> <li>• Promoción de la Rehabilitación Basada en la Comunidad con involucramiento de la familia y de la propia persona adulta mayor.</li> </ul> </li> <li>• COMPONENTE IV: Coordinación y articulación interinstitucional e intersectorial Líneas de acción             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoción de la conformación de Redes Comunitarias de apoyo para la atención integral de las personas adultas mayores.</li> </ul> </li> <li>• COMPONENTE V: Formación del recurso humano e investigación:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecimiento del recurso humano técnico y auxiliar orientado al manejo de población adulta mayor, dependiente, con enfermedad mental o con algún tipo de discapacidad permanente.</li> <li>• Gestión para la incorporación de los temas de Geronto-Geriatria en la currícula de las instituciones formadoras de profesionales de salud en el pregrado y postgrado.</li> </ul> </li> </ul>	<p>harán de forma anual.</p>
---	--	---	-------------------	--	------------------------------

## Anexo C

### Formato Fase 1-instrumento 1. Familiograma, simbología básica

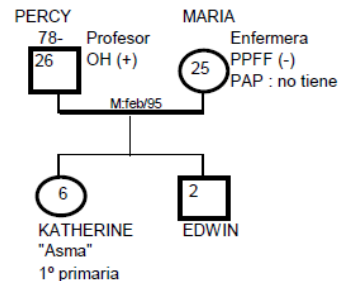


#### RELACIONES AFECTIVAS



#### DATOS DE MORBILIDAD Y DEMOGRAFICOS

LAS ABREVIATURAS DE ALGUNOS RIESGOS Y PATOLOGIAS, SON LAS QUE SE USAN HABITUALMENTE



Fuente Alegre Palomino, Y. Suárez Bustamante M: Instrumentos de Atención a la Familia: El Familiograma y el APGAR Familiar.. RAMPA, 2006.



### Formato Fase 1-Instrumento 1. APGAR Familiar

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades					
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					
2. los espacios en la casa					
3. el dinero					
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?					
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)					

\*Interpretación del puntaje:

- Normal: 17-20 puntos
- Disfunción leve: 16-13 puntos.
- Disfunción moderada: 12-10 puntos
- Disfunción severa: menor o igual a 9

*Fuente Alegre Palomino, Suárez Bustamante M: Instrumentos de Atención a la Familia: El Familiograma y el APGAR Familiar.. RAMPA, 2006.*

### Formato Fase 1-instrumento 3. Escala de carga del cuidador de Zarit (Caregiver Burden Interview)

Ítem	Pregunta a realizar	Puntuación
1	¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	
2	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	
3	¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	
4	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
6	¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?	
7	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	
8	¿Siente que su familiar depende de usted?	
9	¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?	
10	¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	
11	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	
12	¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?	
13	¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?	
14	¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	
15	¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	
16	¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
17	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	
18	¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	
19	¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	
20	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	
21	¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	
22	En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	

Puntuación de cada ítem (sumar todos para el resultado): Nunca 0, Casi nunca 1, A veces 2, Bastantes veces 3, Casi siempre 4.

Puntuación máxima de 88 puntos. No existen normas ni puntos de corte establecidos. Sin embargo, suele considerarse indicativa de «no sobrecarga» una puntuación inferior a 46, y de «sobrecarga intensa» una puntuación superior a 56.

*Fuente: Arrazola L, Javier F [et al.]. La valoración de las personas mayores: evaluación para conocer, conocer para intervenir, 1er ed. Madrid: 2001.*

## **Formato Fase 1-instrumento 4. Cuestionario de calidad de vida R/C salud “COOP WONCA”**

**1. Durante las 2 últimas semanas ¿Cuál ha sido la actividad física que pudo realizar durante al menos 2 minutos?**

1	Muy intensa (Ej. Correr de prisa)
2	Intensa Ej. (Correr con suavidad)
3	Moderada Ej. (Caminar a paso rápido)
4	Ligera Ej. (Caminar despacio)
5	Muy ligera Ej. (Caminar lentamente o no poder caminar)

**2. Durante las 2 últimas semanas ¿En qué medida le han molestado los problemas emocionales tales como sentimientos de ansiedad, depresión, irritabilidad o tristeza o desánimo?**

1	Nada en absoluto
2	Un poco
3	Moderadamente
4	Bastante
5	Intensamente

**3. Durante las 2 últimas semanas ¿Cuánta dificultad ha tenido al hacer sus actividades o tareas habituales, tanto dentro como fuera de la casa, a causa de la salud física o problemas emocionales?**

1	Ninguna en absoluto
2	Un poco de dificultad
3	Dificultad moderada
4	Mucha dificultad
5	Todo, no he podido hacer nada

**4. Durante las 2 últimas semanas ¿Su salud física y estado emocional han limitado sus actividades sociales con la familia, amigos, vecinos o grupos?**

1	No, nada en absoluto
2	Ligeramente
3	Moderadamente
4	Bastante
5	Muchísimo

**5. ¿Cómo califica su estado de salud en comparación con el de hace dos semanas?**

1	Mucho mejor
2	Un poco mejor
3	Igual, por el estilo
4	Un poco peor
5	Mucho peor

**6. Durante las dos últimas semanas ¿Cómo califica su salud general?**

1	Excelente
2	Muy buena
3	Buena
4	Regular
5	Mala

**7. Durante las 2 últimas semanas ¿Cuánto dolor ha tenido?**

1	1 Nada de dolor
2	2 Dolor muy leve
3	3 Dolor ligero
4	4 Dolor moderado
5	5 Dolor intenso

*Fuente:* Solís Cartas Urbano, Hernández Cuéllar Isabel María, de Armas Hernández Arelys, Ulloa Alfonso Alberto. Cuestionario COOP/WONCA, validez y fiabilidad de su utilización en pacientes con osteoartritis.2014

## Formato Fase 1-Instrumento 5. Escala de Tinetti

Parte I: Equilibrio

Instrucciones: Sujeto sentado en una silla sin Brazos.

### EQUILIBRIO SENTADO

Se inclina o desliza en la silla	0
Firme y seguro	1

### LEVANTARSE

Incapaz sin ayuda	0
Capaz utilizando los brazos como ayuda	1
Capaz sin utilizar los brazos	2

### INTENTOS DE LEVANTARSE

Incapaz sin ayuda	0
Capaz, pero necesita más de un intento	1
Capaz de levantarse con un intento	2

### EQUILIBRIO INMEDIATO (5') AL LEVANTARSE

Inestable (se tambalea, mueve los pies, marcado balanceo del tronco)	0
Estable, pero usa andador, bastón, muletas u otros objetos de soporte	1
Estable sin usar bastón u otros soportes	2

### EQUILIBRIO EN BIPEDESTACION

Inestable	0
Estable con aumento del área de sustentación (los talones separados más de 10 cms.) o usa bastón, andador u otro soporte	1
Base de sustentación estrecha sin ningún soporte	2

### EMPUJON (sujeto en posición firme con los pies tan juntos como sea posible, el examinador empuja sobre el esternón del paciente con la palma 3 veces)

Tiende a caerse	0
Se tambalea, se sujeta, pero se mantiene sólo	1
Firme	2

### OJOS CERRADOS (en la posición anterior)

Inestable 0	
Estable 1	

### GIRO DE 360º

Pasos discontinuos	0
Pasos continuos	1
Inestable (se coge o tambalea)	0
Estable	1

### SENTARSE

Inseguro (calcula mal la distancia, cae en la silla)	0
Usa los brazos o no tiene un movimiento suave	1
Seguro, movimiento suave	2

TOTAL : \_\_\_\_ / 16

## Parte II: Marcha

Instrucciones: El sujeto de pie con el examinador; camina por el pasillo o por la habitación, primero con su paso habitual, regresando con "paso rápido, pero seguro" (usando sus ayuda habitual para la marcha, como bastón o andador).

### INICIO DE LA MARCHA (inmediatamente después de decir "camine")

Duda o vacila o múltiples intentos para comenzar	0
No vacilante	1

### LONGITUD Y ALTURA DEL PASO

El pie derecho no sobrepasa al izquierdo con el paso en la fase de balanceo	0
El pie derecho sobrepasa al izquierdo con el paso	1
El pie derecho no se levanta completamente del suelo con el paso en la fase de balanceo	0
El pie derecho se levanta completamente	1
El pie izquierdo no sobrepasa al derecho con el paso en la fase de balanceo	0
El pie izquierdo sobrepasa al derecho con el paso	1
El pie izquierdo no se levanta completamente del suelo con el paso en la fase de balanceo	0
El pie izquierdo se levanta completamente	1

### SIMETRIA DEL PASO

La longitud del paso con el pie derecho e izquierdo es diferente (estimada)	0
Los pasos son iguales en longitud	1

### CONTINUIDAD DE LOS PASOS

Para o hay discontinuidad entre los pasos	0
Los pasos son continuos	1

### TRAYECTORIA (se observa la desviación de un pie en 3 m de distancia)

Marcada desviación	0
Desviación moderada o media o utiliza ayudas	1
Derecho sin utilizar ayudas	2

### TRONCO

Marcado balanceo o utiliza ayudas 0	0
No balanceo pero hay flexión de rodillas o espalda o extensión hacia afuera de los brazos	1
No balanceo ni flexión, ni utiliza ayudas	2

### POSTURA EN LA MARCHA

Talones separados	0
Talones casi se tocan mientras camina	1

TOTAL: \_\_\_/12

TOTAL GENERAL: \_\_\_/28

Fuente: Vera S M, Campillo M R. Evaluación de la marcha y el equilibrio como factor de riesgo en las caídas del anciano. 2003

---

## Referencias

- <sup>1</sup>Envejecimiento y ciclo de vida. Organización Mundial de la Salud. [Internet].2018 (Citado 28 enero 2019) <https://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
- <sup>2</sup> Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Naciones Unidas, “World Population Prospects: The 2017 Revisión” [Internet]. 2018 (Citado 28 enero 2019) <https://esa.un.org/unpd/wpp/>
- <sup>3</sup> CELADE (2014), “La nueva era demográfica en América Latina y el Caribe: la hora de la igualdad según el reloj poblacional” [Internet]. 2018 (Citado 28 enero 2019) [http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/6/53806/MPD\\_ddd2\\_esp.pdf](http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/6/53806/MPD_ddd2_esp.pdf).
- <sup>4</sup> OEA (Organización de los Estados Americanos) Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, Washington, D.C.[Internet] 2015(Citado 28 Enero 2019) [http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados\\_multilaterales\\_interamericanos\\_a-70\\_derechos\\_humanos\\_personas\\_mayores.asp](http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_a-70_derechos_humanos_personas_mayores.asp)
- <sup>5</sup> CELADE “Estimaciones y proyecciones de población total, urbana y rural, y económicamente activa. América Latina - Revisión 2017” [Internet].2018 (Citado 28 enero 2019) <http://www.cepal.org/es/temas/proyeccionesdemograficas/estimaciones-proyecciones-poblacion-total-urbana-rural-economicamente-activa>.
- <sup>6</sup> CELADE “El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores para América Latina y el Caribe-Revisión 2011” [Internet].2016 (Citado 28 enero 2019) [https://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/3/39343/separata\\_indicadores\\_envejecimiento.pdf](https://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/3/39343/separata_indicadores_envejecimiento.pdf)
- <sup>7</sup> CELADE “Estimaciones y proyecciones de población total, urbana y rural, y económicamente activa. América Latina - Revisión 2017” [Internet] 2017 (Citado 28 enero 2019) <http://www.cepal.org/es/temas/proyeccionesdemograficas/estimaciones-proyecciones-poblacion-total-urbana-rural-economicamente-activa>.
- <sup>8</sup> CELADE “Estimaciones y proyecciones de población total, urbana y rural, y económicamente activa. América Latina - Revisión 2017” [Internet].2018 (Citado 28 enero 2019) <http://www.cepal.org/es/temas/proyeccionesdemograficas/estimaciones-proyecciones-poblacion-total-urbana-rural-economicamente-activa>.
- <sup>9</sup>OMS. Resumen, Informe mundial sobre vejez y salud. Luxemburgo: 2015. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO\\_FWC\\_ALC\\_15.01\\_spa.pdf;jsessionid=0CE60626A66B7D906F3F0C075FADE453?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO_FWC_ALC_15.01_spa.pdf;jsessionid=0CE60626A66B7D906F3F0C075FADE453?sequence=1) (consultado el 27 de julio de 2019)
- <sup>10</sup>Aranco, Natalia; Stampini, Marco; Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe. “Condiciones de salud de la población adulta mayor” [Internet]. 2018 (Citado 28 enero 2019) <https://publications.iadb.org/en/panorama-de-envejecimiento-y-dependencia-en-america-latina-y-el-caribe>
- <sup>11</sup> Zúñiga, Elena y Juan Enrique García, “El envejecimiento demográfico en México. Principales tendencias y características”, CONAPO, México. [Internet]. 2018 (Citado 28 Enero 2019)<http://coespo.qroo.gob.mx/Descargas/doc/15%20ENVEJECIMIENTO%20POBLACIONAL/ENVEJECIMIENTO%20DEMOGR%20C3%81FICO%20EN%20M%20C3%89XICO.pdf>
- <sup>12</sup> Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Censo de Población y Vivienda 2010. [Internet] 2011 (Citado 28 enero 2019) <http://www3.inegi.org.mx/rnm/index.php/catalog/71>
- <sup>13</sup> Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012. Base de datos. [Internet] 2013(Citado 28 enero 2019) <https://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>

- 
- <sup>14</sup> Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2016. Base de datos. [Internet] 2017 (Citado 28 enero 2019) <https://www.inegi.org.mx/programas/enigh/nc/2016/>
- <sup>15</sup> INEGI-INMUJERES, Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016. [Internet].2018 (Citado 28 enero 2019) <https://www.inegi.org.mx/programas/endireh/2016/>
- <sup>16</sup> González Rodríguez Raidel, Cardentey García Juan, Hernández Díaz Delia de la Caridad, Rosales Álvarez Giselys, Jeres Castillo Carlos Miguel. Comportamiento de la fragilidad en adultos mayores. *AMC* ; 21( 4 ): 498-509. [Internet] 2013 (Citado 219 febrero 2019) Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552017000400008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552017000400008&lng=es).
- <sup>17</sup>G. Rubiera López, JR. Riera Velasco. Programa para mejorar la atención de las enfermedades crónicas. Aplicación del Modelo de Cuidados para Enfermedades Crónicas. *Atención Primaria* 2004; Vol. 34. (4): [Internet] (Citado 219 febrero 2019) <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-programa-mejorar-atencion-las-enfermedades-13065832>
- <sup>18</sup> Ministerio de Salud de la Nación. Estrategia Nacional de Prevención y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. [Internet]. 2016 [citado 2019 Feb 21] <http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/insitucional/pdf/estrategia-nacional-prevencion-control-ent-as.pdf>
- <sup>19</sup> CENETEC. *Diagnóstico y Tratamiento de Diabetes Mellitus en el Adulto Mayor Vulnerable*. México: [Internet] 2013 (Citado 219 febrero 2019) [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/imss\\_657\\_13\\_dxytxdedmenadultovulnerable/imss\\_657\\_13\\_dxytxde\\_dm\\_en\\_adultovulnerableger.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/imss_657_13_dxytxdedmenadultovulnerable/imss_657_13_dxytxde_dm_en_adultovulnerableger.pdf)
- <sup>20</sup> Casanova Moreno María de la C, Trasancos Delgado Maricela, Prats Álvarez Olga María, Gómez Guerra Diana Belkys. Prevalencia de factores de riesgo de aterosclerosis en adultos mayores con diabetes tipo 2. *Gac Méd Espirit* ;17( 2 ): 23-31 [Internet]. 2015 [citado 2019 Feb 22]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1608-89212015000200003&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212015000200003&lng=es).
- <sup>21</sup> Gutierrez-Hermosillo H, Diaz de Leon-Gonzalez E, Perez-Cortez P, Cobos-Aguilar H, Gutierrez-Hermosillo V, Tamez-Perez HE. Prevalencia de diabetes mellitus de tipo 2 y factores asociados en la población geriátrica de un hospital general del norte de México. *Gaceta Médica de México*; 148(1) [Internet] 2012 (Citado 219 febrero 2019).Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2012/gm121c.pdf>
- <sup>22</sup> Chan Margaret. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca\*. *Rev Cubana Salud Pública*; 35( 4 ): 29-30. [Internet] 2009 (Citado 219 febrero 2019) Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662009000400003&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000400003&lng=es).
- <sup>23</sup> Segredo Pérez Alina María. Caracterización del Sistema de Dirección en la Atención Primaria de Salud\*. *Rev Cubana Salud Pública*; 35(4 ): 78-109. [Internet] 2009 (Citado 219 febrero 2019) en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662009000400009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000400009&lng=es).
- <sup>24</sup> Dantés Octavio Gómez, Sesma Sergio, Becerril Victor M., Knaul Felicia M., Arreola Héctor, Frenk Julio. Sistema de salud de México. *Salud pública Méx* ; 53( Suppl 2 )220-s232. [Internet] 2011 (Citado 219 febrero 2019) Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342011000800017&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800017&lng=es).
- <sup>25</sup> Alexandra Giraldo, Osorio Vélez Álvarez. La Atención Primaria de Salud: desafíos para su implementación en América Latina. *Atención Primaria* 2013; 45(7) [Internet] 2013 (Citado 219 febrero 2019): <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656713000413#bib0090>
- <sup>26</sup> INGER SSA. Protocolo para la Atención de las Personas Adultas Mayores por Enfermería. CDMX ;2017. [http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/Protocolo\\_PAM.pdf](http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/Protocolo_PAM.pdf) (consultado el 27 de julio de 2019).

- 
- <sup>27</sup> Arco-Canoles Oneys del Carmen De, Suarez-Calle Zuleima Karina. Rol de los profesionales de la enfermería en el sistema de salud colombiano. Univ. Salud [internet]. 2018 de agosto [citado 2019 el 27 de julio]; 20 (2): 171-182. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-71072018000200171&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072018000200171&lng=en). <http://dx.doi.org/10.22267/rus.182002.121>
- <sup>28</sup> Morfi Samper Rosa. Atención del personal de enfermería en la gerontología comunitaria en Cuba. Rev Cubana Enfermer; 23( 1 ). [Internet] 2013 (Citado 219 febrero 2019). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192007000100005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192007000100005&lng=es).
- <sup>29</sup> Salvador Gómez García, María de la Luz Vega Pérez, Abraham Rubén Tamez Rodríguez. Fortalecimiento de la atención primaria del adulto. *Atención Primaria*; 45 (5) [Internet] 2013 (Citado 219 febrero 2019): <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-fortalecimiento-atencion-primaria-del-adulto-S0212656713000395>
- <sup>30</sup> Bryant-Lukosius Denise, Valaitis Ruta, Martin-Misener Ruth, Donald Faith, Peña Laura Morán, Brousseau Linda. Enfermería con práctica avanzada: una estrategia para lograr la cobertura universal de salud y el acceso universal a la salud. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2017 [cited 2019 July 27]; 25: e2826. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692017000100301&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100301&lng=en). Epub Jan 30, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1677.2826>.
- <sup>31</sup> Morán-Peña L.. La Enfermería de Práctica Avanzada ¿qué es? y ¿qué podría ser en América Latina?. Enferm. univ [revista en la Internet]. 2017 Dic [citado 2019 Jul 27]; 14( 4 ): 219-223. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632017000400219&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632017000400219&lng=es). <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2017.09.004>.
- <sup>32</sup> Galao Malo Roberto. Enfermería de Práctica Avanzada en España: Ahora es el momento. Index Enferm [Internet]. 2009 Dic [citado 2019 Jul 28]; 18( 4 ): 221-223. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962009000400001&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000400001&lng=es).
- <sup>33</sup> Aguirre-Boza Francisca, Achondo Bernardita. Atención primaria de salud en Chile: enfermería de práctica avanzada contribuye al acceso universal de salud. Rev. méd. Chile [Internet]. 2016 Oct [citado 2019 Jul 27]; 144( 10 ): 1319-1321. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872016001000011&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016001000011&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016001000011>.
- <sup>34</sup> Cruz Rivas Herrera José, Ostigüín Meléndez Rosa Ma. Cuidador: ¿concepto operativo o preludio teórico?. Enferm. univ [revista en la Internet]. 2011 Mar [citado 2019 Mar 20]; 8( 1 ): 49-54. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632011000100007&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000100007&lng=es).
- <sup>35</sup> Escuredo-Rodríguez Bibiana. El discurso de las enfermeras ante el cuidado de las personas mayores dependientes y sus cuidadores familiares. Index Enferm; 15(52-53): 45-48. [Internet] 2016 (Citado 219 febrero 2019) Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962006000100010&lng=es.%20%20doi:%2010.4321/S1132-12962006000100010](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000100010&lng=es.%20%20doi:%2010.4321/S1132-12962006000100010)
- <sup>36</sup> M.S. Bourgeois, R. Schultz, L. Burgio. Interventions for caregivers of patients with Alzheimer disease: a review and analysis of content, process, and outcomes Int J Aging Human Development, 43, pp. 35-92 [Internet] 2006 (Citado 219 febrero 2019) <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/16/92/ENG/16-92-ENG-300-314-856657.pdf>
- <sup>37</sup> Cruz Rivas Herrera José, Ostigüín Meléndez Rosa Ma.. Cuidador: ¿concepto operativo o preludio teórico?. Enferm. univ [revista en la Internet]. 2011 Mar [citado 2019 Mar 20]; 8( 1 ): 49-54. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632011000100007&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000100007&lng=es).
- <sup>38</sup> Torres Egea Mª Pilar, Ballesteros Pérez Esperanza, Sánchez Castillo Pablo David. Programas e intervenciones de apoyo a los cuidadores informales en España. Gerokomos; 19( 1 ): 9-15. [Internet]



---

2018 (Citado 219 febrero 2019) Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2008000100002&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2008000100002&lng=es).

<sup>39</sup> Medina González Amanda, Martín Pontejo Elena. Efectividad de los programas psicoeducativos dirigidos a cuidadores principales de familiares con enfermedad de Alzheimer. *Gerokomos* [Internet]. 2018 [citado 2019 Mar 20] ; 29( 1 ): 22-28. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2018000100022&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2018000100022&lng=es).

<sup>40</sup> Builes Correa María Victoria, Bedoya Hernández Mauricio Hernando. La psicoeducación como experiencia narrativa: comprensiones posmodernas en el abordaje de la enfermedad mental. *rev.colomb.psiquiatr.* [Internet]. 2006 Dec [cited 2019 Mar 20] ; 35( 4 ): 463-476. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502006000400003&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502006000400003&lng=en).

<sup>41</sup> Martí-Gil C., Barreda-Hernández , Marcos-Pérez G., Barreira-Hernández D.. Counseling: una herramienta para la mejora de la comunicación con el paciente. *Farm Hosp.* [Internet]. 2013 Jun [citado 2019 Feb 23] ; 37( 3 ): 236-239. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-63432013000300007&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-63432013000300007&lng=es). <http://dx.doi.org/10.7399/FH.2013.37.3.559>.

<sup>42</sup> Rubio Acuña Miriam, Márquez Doren Francisca, Campos Romero Solange, Alcayaga Rojas Claudia. Adaptando mi vida: vivencias de cuidadores familiares de personas con enfermedad de Alzheimer. *Gerokomos* [Internet]. 2018 [citado 2019 Mar 21] ; 29( 2 ): 54-58. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2018000200054&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2018000200054&lng=es).

<sup>43</sup> Pérez Perdomo Marta. Las Intervenciones Dirigidas A Los Cuidadores De Adultos Mayores Con Enfermedad De Alzheimer. *Rev haban cienc méd* [Internet]. 2008 Sep [citado 2019 Mar 21] ; 7( 3 ). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2008000300009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000300009&lng=es).

<sup>44</sup> Alonso-Pérez Fernando, Alonso-Cardenoso Carmen, García-González Jesús Vicente, Fraile-Cobos José Miguel, Lobo-Llorente Natalia, Secades-Villa Roberto. Efectividad de un programa multicomponente para dejar de fumar aplicado en atención primaria. *Gac Sanit* [Internet]. 2014 Jun [citado 2019 Mar 21] ; 28( 3 ): 222-224. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112014000300008&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112014000300008&lng=es). <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.11.002>.

<sup>45</sup> Goris, J.A; Ferrer Ferrandis, E. y Olmedo Salas, A.(2008). El artículo de revisión. *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria.* [citado 2018 Dic 2]; 1,1,6. Disponible en: [http://www.uv.es/joguigo/valencia/Recerca\\_files/el\\_articulo\\_de\\_revision.pdf](http://www.uv.es/joguigo/valencia/Recerca_files/el_articulo_de_revision.pdf)

<sup>46</sup> Aromataris E, Munn Z (Editores) . *Manual del Revisor del Instituto Joanna Briggs*. The Joanna Briggs Institute, 2017. [citado 2019 Enero 28] Disponible en <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>

<sup>47</sup> Manterola D Carlos, Zavando M Daniela. Cómo interpretar los "Niveles de Evidencia" en los diferentes escenarios clínicos. *Rev Chil Cir* [Internet]. 2009 Dic [citado 2019 Feb 13] ; 61( 6 ): 582-595. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-40262009000600017&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262009000600017&lng=es)

<sup>48</sup> Human Development Indices and Indicators 2018 Statistical Update .Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. [Internet] 2018. (Citado 20 Enero 2019) en: [http://hdr.undp.org/sites/default/files/2018\\_human\\_development\\_statistical\\_update.pdf](http://hdr.undp.org/sites/default/files/2018_human_development_statistical_update.pdf)

<sup>49</sup> Alexis Coulourides Kogan , Kathleen Wilber. *Person-Centered Care for Older Adults with Chronic Conditions and Functional Impairment: A Systematic Literature Review*. *Journal of the American Geriatrics Society (JAGS)* [Internet] 2015; 64(1): (Citado 20 Noviembre 2018). <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jgs.13873>

<sup>50</sup> Markle-Reid, M., Ploeg. *The ACHRU-CPP versus usual care for older adults with type-2 diabetes and multiple chronic conditions and their family caregivers: study protocol for a randomized controlled trial*. [Internet] 2017. <https://www.semanticscholar.org/paper/The-ACHRU-CPP-versus-usual-care-for-older-adults-a-Markle-Reid-Ploeg/51fe342776397dcfc78007d073f0b1196127fc5d> (Citado 20 Noviembre 2018).

- 
- <sup>51</sup> Ministerio de Salud de la Nación. Estrategia Nacional de Prevención y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. [Internet]. 2016 [citado 2019 Feb 21] <http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/insitucional/pdf/estrategia-nacional-prevencion-control-ent-as.pdf>
- <sup>52</sup> Alexis Coulourides Kogan , Kathleen Wilber. *Person-Centered Care for Older Adults with Chronic Conditions and Functional Impairment: A Systematic Literature Review*. Journal of the American Geriatrics Society (JAGS) [Internet] 2015; 64(1): (Citado 20 Noviembre 2018). <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jgs.13873>
- <sup>53</sup> Zahra Fotoukian, Farahnaz Mohammadi Shahboulaghi. *Concept Analysis of Empowerment in Old People with Chronic Diseases Using a Hybrid Model*. *Asian Nursing Research* [Internet] 2014; 8(2): . <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1976131714000218?via%3Dihub> (Citado 20 Noviembre 2018).
- <sup>54</sup> Bernal Nubia Hernández, Becerra Julián Barragán, Mojica Claudia Moreno. *Intervención de enfermería para el bienestar de cuidadores de personas en cuidado domiciliario*. *Rev Cuid* [Internet] 2018 ; 9( 1 ): 2045-2058. (Citado 24 Noviembre 2018) [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2216-09732018000102045&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732018000102045&lng=en)
- <sup>55</sup> Simonetti Janete Pessuto, Ferreira Joice Cristina. *Estratégias de coping desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doença crônica*. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2008 ; 42( 1 ): 19-25. (Citado 24 Noviembre 2018) [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342008000100003&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000100003&lng=en)
- <sup>56</sup> Espinoza Jessica Belen Rojas, Hernández María de Lourdes García, Becerril Lucila Cárdenas, Galindo Laura Vázquez, Kempfer Silvana Silveira. Adaptación Del Modelo De Kristen Swanson Para El Cuidado De Enfermería En Adultas Mayores. Texto contexto - enferm. ; 27( 4 ): [Internet]. 2018 [citado 28 Enero 2019]. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072018000400316&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000400316&lng=pt).
- <sup>57</sup> Rodríguez Campo V.A., Valenzuela Suazo S.. Teoría de los cuidados de Swanson y sus fundamentos, una teoría de mediano rango para la enfermería profesional en Chile. *Enferm. glob.* [Internet]. 2012 Oct [citado 2019 Jun 19] ; 11( 28 ): 316-322. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412012000400016&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000400016&lng=es).
- <sup>58</sup> Markle-Reid, M., Ploeg. *The ACHRU-CPP versus usual care for older adults with type-2 diabetes and multiple chronic conditions and their family caregivers: study protocol for a randomized controlled trial*. [Internet] 2017. <https://www.semanticscholar.org/paper/The-ACHRU-CPP-versus-usual-care-for-older-adults-a-Markle-Reid-Ploeg/51fe342776397dcfc78007d073f0b1196127fc5d> (Citado 20 Noviembre 2018).
- <sup>59</sup> Alexis Coulourides Kogan , Kathleen Wilber. *Person-Centered Care for Older Adults with Chronic Conditions and Functional Impairment: A Systematic Literature Review*. Journal of the American Geriatrics Society (JAGS) [Internet] 2015; 64(1): (Citado 20 Noviembre 2018). <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jgs.13873>
- <sup>60</sup> Bernal Nubia Hernández, Becerra Julián Barragán, Mojica Claudia Moreno. *Intervención de enfermería para el bienestar de cuidadores de personas en cuidado domiciliario*. *Rev Cuid* [Internet] 2018 ; 9( 1 ): 2045-2058. (Citado 24 Noviembre 2018) [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2216-09732018000102045&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732018000102045&lng=en)
- <sup>61</sup> Herrera-López Luz María, Alcayaga-Rojas Claudia, Torres-Hidalgo Marisa, Funk Bunttemeyer Regina, Bustamante-Troncoso Claudia, Riquelme-Hernández Giselle et al . *Programa de apoyo al trabajador-cuidador familiar: fenómeno social emergente*. [Internet]; 14( 3 ): 430-439. (Citado 24 Noviembre 2018) [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972014000300012&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972014000300012&lng=en)

- 
- <sup>62</sup> Bernal Nubia Hernández, Becerra Julián Barragán, Mojica Claudia Moreno. *Intervención de enfermería para el bienestar de cuidadores de personas en cuidado domiciliario*. Rev Cuid [Internet] 2018 ; 9( 1 ): 2045-2058. (Citado 24 Noviembre 2018) [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2216-09732018000102045&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732018000102045&lng=en)
- <sup>63</sup> Bernal Nubia Hernández, Becerra Julián Barragán, Mojica Claudia Moreno. *Intervención de enfermería para el bienestar de cuidadores de personas en cuidado domiciliario*. Rev Cuid [Internet] 2018 ; 9( 1 ): 2045-2058. (Citado 24 Noviembre 2018) [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2216-09732018000102045&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732018000102045&lng=en)
- <sup>64</sup> Lorena Chaparro, Beatriz Sánchez, Gloria Mabel Carrillo. Encuesta de caracterización del cuidado de la diada cuidador familiar - persona con enfermedad crónica. Ciencia y cuidado [Internet] 2014;11(2): [https://www.researchgate.net/profile/Lorena\\_ChaparroDiaz/publication/285600000\\_Encuesta\\_de\\_caracterizacion\\_del\\_cuidado\\_de\\_la\\_diada\\_cuidador\\_familiar\\_-\\_persona\\_con\\_enfermedad\\_cronica/links/585076b308aed95c250b8353.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Lorena_ChaparroDiaz/publication/285600000_Encuesta_de_caracterizacion_del_cuidado_de_la_diada_cuidador_familiar_-_persona_con_enfermedad_cronica/links/585076b308aed95c250b8353.pdf) (Citado 23 Enero 2019).
- <sup>65</sup> Carrillo-González Gloria Mabel, Barreto-Osorio Ruth Vivian, Ortiz Vilma Támara. *Competencia para cuidar en el hogar de personas con enfermedad crónica y sus cuidadores en Colombia*. rev.fac.med. [Internet] 2015; 63( 4 ): 668-675. (Citado 24 Noviembre 2018) [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-00112015000400012&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112015000400012&lng=en)
- <sup>66</sup> Simonetti Janete Pessuto, Ferreira Jóice Cristina. *Estrategias de coping desarrolladas por cuidadores de idosos portadores de doença crônica*. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2008 ; 42( 1 ): 19-25. (Citado 24 Noviembre 2018) [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342008000100003&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000100003&lng=en)
- <sup>67</sup> Heather Drouin , Jennifer Walker . Measured outcomes of chronic care programs for older adults: a systematic review. BMC Geriatrics [Internet] 2015; 15(139): . <https://bmccgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-015-0136-7> (Citado 20 Noviembre 2018)
- <sup>68</sup> Nuria Esandi, AnaCanga. Atención centrada en la familia: un modelo para abordar los cuidados de la demencia en la comunidad. Atención Primaria [Internet] 2016; 48(4): . <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656716300403> (Citado 23 Enero 2019).
- <sup>69</sup> Melguizo-Herrera Estela, Castillo-Ávila Irma Y. *Factores asociados al uso de servicios de atención primaria por adultos mayores de Cartagena, Colombia*. Rev. salud pública [Internet] 2012; 14( 5 ): 765-775. (Citado 20 Enero 2019) [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-00642012000500004&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642012000500004&lng=en).
- <sup>70</sup> Bernal Nubia Hernández, Becerra Julián Barragán, Mojica Claudia Moreno. *Intervención de enfermería para el bienestar de cuidadores de personas en cuidado domiciliario*. Rev Cuid [Internet] 2018 ; 9( 1 ): 2045-2058. (Citado 24 Noviembre 2018) [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2216-09732018000102045&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732018000102045&lng=en)
- <sup>71</sup> Markle-Reid, M., Ploeg. *The ACHRU-CPP versus usual care for older adults with type-2 diabetes and multiple chronic conditions and their family caregivers: study protocol for a randomized controlled trial*. [Internet] 2017. <https://www.semanticscholar.org/paper/The-ACHRU-CPP-versus-usual-care-for-older-adults-a-Markle-Reid-Ploeg/51fe342776397dcfc78007d073f0b1196127fc5d> (Citado 20 Noviembre 2018).
- <sup>72</sup> Nuria Esandi, AnaCanga. Atención centrada en la familia: un modelo para abordar los cuidados de la demencia en la comunidad. Atención Primaria [Internet] 2016; 48(4): . <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656716300403> (Citado 23 Noviembre 2018).
- <sup>73</sup> Espinoza Jessica Belen Rojas, Hernández María de Lourdes García, Becerril Lucila Cárdenas, Galindo Laura Vázquez, Kempfer Silvana Silveira. Adaptación Del Modelo De Kristen Swanson Para El Cuidado De

- 
- Enfermería En Adultas Mayores. Texto contexto - enferm. ; 27( 4 ): [Internet]. 2018 [citado 28 Enero 2019]. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072018000400316&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000400316&lng=pt).
- <sup>74</sup> M<sup>a</sup> Pilar Torres Egea. Aspectos Generales de la Valoración en los Ancianos. Misericordia García Hernández, María Pilar Torres Egea, Esperanza Ballesteros Pérez (eds). *Enfermería Geriátrica*, 2da ed. España: Elviesier; 2006. pp. 3-8.
- <sup>75</sup> Alegre PY, Suárez BM. Instrumentos de Atención a la Familia: El Familiograma y el APGAR familiar. *Fascículos CADEC* 2006; 1 (1) : <http://www.idefiperu.org/RAMNRO1/N9C-PG48-CADEC%20Instrum%20Familia2A.pdf> (consultado el 25 de marzo de 2019).
- <sup>76</sup> Suarez Cuba Miguel A., Alcalá Espinoza Matilde. APGAR FAMILIAR: una herramienta para detectar disfunción familiar. *Rev. Méd. La Paz* [Internet]. 2014 [citado 2019 Mar 29] ; 20( 1 ): 53-57. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-89582014000100010&lng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000100010&lng=es).
- <sup>77</sup> Regueiro Martínez A, Pérez-Vázquez B, Gómara Villabona S, Ferreiro Cruz MC. Escala de Zarit rojo para la sobrecarga del cuidador en atención primaria. *Atencion Primaria* 2007; 39 (4) : <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-escala-zarit-reducida-sobrecarga-del-13100841> (consultado el 02 de abril de 2019).
- <sup>78</sup> Prieto-Miranda SE, Arias-Ponce N, Villanueva-Muñoz EY, Jiménez-Bernardino CA. Síndrome de sobrecarga del cuidador en familiares de pacientes geriátricos atendidos en un hospital de segundo nivel. *Med Int Méx* 2015;31:660-668. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2015/mim156d.pdf> (consultado el 02 de abril de 2019).
- <sup>79</sup> Breinbauer K Hayo, Vásquez V Hugo, Mayanz S Sebastián, Guerra Claudia, Millán K Teresa. Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2009 Mayo [citado 2019 Abr 01] ; 137( 5 ): 657-665. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872009000500009&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000500009&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000500009>.
- <sup>80</sup> Solís Cartas Urbano, Hernández Cuéllar Isabel María, de Armas Hernández Arelis, Ulloa Alfonso Alberto. Cuestionario COOP/WONCA, validez y fiabilidad de su utilización en pacientes con osteoartritis. *Rev Cuba Reumatol* [Internet]. 2014 Ago [citado 2019 Abr 02] ; 16( 2 ). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1817-59962014000200003&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962014000200003&lng=es).
- <sup>81</sup> Vera Sánchez Mayté, Campillo Motilva Rita. Evaluación de la marcha y el equilibrio como factor de riesgo en las caídas del anciano. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2003 Oct [citado 2019 Abr 25] ; 19( 5 ). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252003000500007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000500007&lng=es).
- <sup>82</sup> Markle-Reid, M., Ploeg. *The ACHRU-CPP versus usual care for older adults with type-2 diabetes and multiple chronic conditions and their family caregivers: study protocol for a randomized controlled trial*. [Internet] 2017. <https://www.semanticscholar.org/paper/The-ACHRU-CPP-versus-usual-care-for-older-adults-a-Markle-Reid-Ploeg/51fe342776397dcfc78007d073f0b1196127fc5d> (Citado 20 Noviembre 2018).
- <sup>83</sup> OPS, "Actividad Física para un Envejecimiento Activo" Guía Regional para la Promoción de la Actividad Física. Promover: Un Estilo de Vida para las Personas Adultas Mayores. [citado 2019 Abr 25] ; 19( 5 ). Disponible en: [www.paho.org](http://www.paho.org) y [www.bireme.br](http://www.bireme.br) Págs. 2-20.
- <sup>84</sup> Zahra Fotoukian, Farahnaz Mohammadi Shahboulaghi. *Concept Analysis of Empowerment in Old People with Chronic Diseases Using a Hybrid Model*. *Asian Nursing Research* [Internet] 2014; 8(2). <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1976131714000218?via%3Dihub> (Citado 20 Noviembre 2018).
- <sup>85</sup> Gaviria Noreña DL. La evaluación del cuidado de enfermería: un compromiso disciplinar. *Invest Educ Enferm*. 2009;27(1):24-33. (Citado 25 Abril 2019) : <http://www.redalyc.org/pdf/1052/105213198002.pdf>

---

<sup>86</sup>Barrera-Ortiz Lucy, Carrillo-González Gloria M, Chaparro-Díaz Lorena, Sánchez-Herrera Beatriz. Modelo para abordar la carga del cuidado de la enfermedad crónica en Colombia. [Internet] 2013. 19( 1 ): 89-99. (Citado 20 Diciembre 2018) : [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-37092015000100008&lng=e](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-37092015000100008&lng=e).

<sup>88</sup>Modelo de atención integral del sistema nacional de salud [http://instituciones.msp.gov.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual\\_MAIS-MSP12.12.12.pdf](http://instituciones.msp.gov.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf)

<sup>89</sup>Modelo de atención integral en salud <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/01-pais-mias-capacitacion-sectorial.pdf>

<sup>90</sup>Modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario en establecimientos de la red de atención de salud <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49524/v42e1602018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

<sup>91</sup>Modelo de atención a las condiciones crónicas [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255637/ccsbrief\\_bra\\_es.pdf;jsessionid=A2CE81DDB18B87DA0E701B4C1FF925CE?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255637/ccsbrief_bra_es.pdf;jsessionid=A2CE81DDB18B87DA0E701B4C1FF925CE?sequence=1)

<sup>92</sup> Boletín de Prensa IMSS. El IMSS anuncia nuevo modelo para prevenir enfermedades crónicas No. 131/2017 [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/220584/PREV\\_ECNT\\_IMSS\\_01.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/220584/PREV_ECNT_IMSS_01.pdf)

<sup>93</sup>*Programa Nacional de Atención Integral al Adulto Mayor* <https://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/9/46849/Cuba.pdf>

<sup>94</sup> “Modelos de cuidado de personas adultas dependientes, cuidadoras y su participación en el mercado laboral” informe 2014 <http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/btca/txtcompleto/com.muj-modeloscuidadosp.adultas.pdf>

<sup>95</sup> Abusleme, M.T. y Caballero, M. Editores. “Maltrato a las Personas Mayores en Chile: Haciendo visible lo invisible”. Ediciones Servicio Nacional del Adulto Mayor SENAMA. Santiago, 2014.

<sup>96</sup> Análisis Comparado De Una Selección De Programas De Protección A Los Adultos Mayores En Argentina, Brasil, Chile Y Uruguay. <https://www.bps.gub.uy/bps/file/1674/1/programas-de-proteccion-a-adultos-mayores-en-argentina-brasil-chile-uruguay.-l.-pugliese.pdf>

<sup>97</sup>Programa Nacional Gerontológico 2016- 2018 [http://www.cenaprece.salud.gob.mx/descargas/pdf/PAE\\_AtencionEnvejecimiento2013\\_2018.pdf](http://www.cenaprece.salud.gob.mx/descargas/pdf/PAE_AtencionEnvejecimiento2013_2018.pdf)

<sup>98</sup>Programa de Atención Integral del Adulto Mayor (PAIAM) <http://repository.ucc.edu.co/bitstream/ucc/184/1/PROGRAMA%20DE%20ATENCI%C3%93N%20INTEGRAL%20DEL%20ADULTO%20MAYOR.pdf>

<sup>99</sup> Modelo De Atención En Salud Para La Persona Adulta Mayor. <sup>h99</sup> Programa Nacional Gerontológico 2016-2018 [http://www.cenaprece.salud.gob.mx/descargas/pdf/PAE\\_AtencionEnvejecimiento2013\\_2018.pdf](http://www.cenaprece.salud.gob.mx/descargas/pdf/PAE_AtencionEnvejecimiento2013_2018.pdf)

<sup>99</sup> Programa de Atención Integral del Adulto Mayor (PAIAM) <http://repository.ucc.edu.co/bitstream/ucc/184/1/PROGRAMA%20DE%20ATENCI%C3%93N%20INTEGRAL%20DEL%20ADULTO%20MAYOR.pdf>