



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE  
HIDALGO**

**FACULTAD DE ENFERMERIA**

**TESIS:**

**VALORACION DEL INDICE DE KATZ EN UNA  
COMUNIDAD RURAL**

**TESISTA: MARCIA BELINDA CAMARENA LUNA**

**ASESORA: LED MARIA MAGDALENA LOZANO ZUÑIGA**

**CO-ASESOR: MAT. CARLOS GOMEZ ALONSO**

**MORELIA MICHOACAN MAYO DE 2007**

## *INDICE*

<b>1</b>	<b><i>INTRODUCCION</i></b> .....	<b>4</b>
<b>2</b>	<b><i>MARCO TEORICO</i></b> .....	<b>5</b>
<b>2.1</b>	<b>CONCEPTOS BASICOS</b> .....	<b>5</b>
<b>2.2</b>	<b>Teorías específicas Sobre El Envejecimiento</b> .....	<b>7</b>
<b>2.3</b>	<b>Longevidad Y Calidad De Vida</b> .....	<b>9</b>
<b>2.4</b>	<b>Cambios En La Composición Corporal</b> .....	<b>10</b>
2.4.1	Modificaciones neurobiológicas con la edad.....	11
2.4.2	Modificaciones en las neuroimagenes.....	12
2.4.3	Cambios farmacocineticos.....	12
<b>2.5</b>	<b>Nutrición</b> .....	<b>13</b>
<b>2.6</b>	<b>Alteraciones de la movilidad</b> .....	<b>17</b>
<b>2.7</b>	<b>Actividad Física</b> .....	<b>18</b>
<b>2.8</b>	<b>Psicología Del Anciano</b> .....	<b>20</b>
<b>2.9</b>	<b>La Familia</b> .....	<b>22</b>
<b>2.10</b>	<b>Papel Profesional de la Enfermería</b> .....	<b>25</b>
<b>2.11</b>	<b>Las Naciones Unidas Llevo A Cabo Una Asamblea Internacional Sobre Envejecimiento</b> .....	<b>27</b>
<b>2.12</b>	<b>Leyes, Decretos Y Normas De Protección Del Adulto Mayor En Nuestro País.</b> .....	<b>28</b>
<b>2.13</b>	<b>Situación en mexico</b> .....	<b>32</b>
<b>2.14</b>	<b>Situación En Michoacán</b> .....	<b>33</b>
<b>2.15</b>	<b>Leyes, Normas Y Decretos Sobre Los Adultos Mayores De 60 Años</b> .....	<b>34</b>
<b>3</b>	<b><i>INDEPENDENCIA DE KATZ EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA</i></b> .....	<b>45</b>
<b>4</b>	<b><i>JUSTIFICACIÓN</i></b> .....	<b>49</b>
<b>4</b>	<b><i>HIPOTESIS</i></b> .....	<b>50</b>
<b>5</b>	<b><i>OBJETIVOS</i></b> .....	<b>51</b>
<b>6</b>	<b><i>MATERIAL Y METODO</i></b> .....	<b>52</b>
<b>7</b>	<b><i>VARIABLES</i></b> .....	<b>53</b>
<b>8</b>	<b><i>TIPO DE INVESTIGACIÓN</i></b> .....	<b>54</b>
<b>9</b>	<b><i>RESULTADOS</i></b> .....	<b>56</b>
<b>10</b>	<b><i>RESULTADOS DISCRIMINATORIOS DE LA VALORACIÓN DEL ÍNDICE DE DEPENDENCIA DE KATZ</i></b> .....	<b>89</b>
<b>11</b>	<b><i>CONCLUSIONES</i></b> .....	<b>94</b>

<b>12</b>	<b>SUGERENCIAS.....</b>	<b>96</b>
<b>13</b>	<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>97</b>
<b>14</b>	<b>GLOSARIO .....</b>	<b>101</b>
<b>15</b>	<b>ANEXOS .....</b>	<b>103</b>

## 1 INTRODUCCION

---

Según opinión de los demógrafos de las Naciones Unidas, es muy probable que, en un plazo de 50 años, haya por primera vez en la historia más personas mayores de 60 años que niños menores de quince. Mientras ahora una de cada diez personas tiene menos de 60 años, en el año 2050 la proporción será de una por cada cinco. Y se espera que las cifras de los que tienen más de 80 años ("personas de edad mayores") se quintupliquen.

Para calcular este dato se utiliza la esperanza de vida, que se refiere al número de años que en promedio se espera que viva una persona después de nacer. Una esperanza de vida alta indica un mejor desarrollo económico y social en la población. En México la esperanza de vida en 1930 era cercana a los 34 años y para el 2005 aumentó a más de 75 años. Según los datos del INEGI provenientes del censo realizado en el 2005. Las mujeres viven en promedio más años que los hombres (en 1930, la esperanza de vida para las personas de sexo femenino era de 35 años y para el masculino de 33; para el 2005, la tendencia cambió a 78 y 73 años, respectivamente). Podemos observar que en los grupos de edad de 10 a 14 y de 60 a 79 años se incrementa el porcentaje de personas con discapacidad. Por el contrario, los puntos más bajos se presentan en los grupos de edad de 0 a 4, de 15 a 39, así como en el de 80 años y más. Podemos decir que la mayoría del adulto mayor en cuanto llega a los 60 años empieza a sufrir una serie de cambios, quizás muchos esperados pero algunos otros no, de acuerdo a esto los cambios que sumados a algunas enfermedades crónico-degenerativas causan pérdida de la individualidad del adulto mayor, existen varios índices o valoraciones para evaluar dicha pérdida.

En este trabajo se abordarán temas como la descripción de conceptos, teorías sobre el envejecimiento, longevidad y calidad de vida, cambios en la composición corporal, modificaciones neurológicas modificaciones en las neuroimágenes, cambios farmacocinéticos, nutrición, alteraciones de la movilidad, actividad física, psicología del anciano, la familia y sus tipos, el papel de enfermería y las funciones que cumple como cuidadora, panorama internacional, nacional, de México y de Michoacán sobre el adulto mayor y las leyes, normas y decretos existentes sobre ellos en estas también se incluyen el plan nacional de desarrollo que incluye el programa nacional de salud y vacunación del adulto.

Con los datos anteriores se observa el impacto de esta población en la salud pública por lo que los profesionales sugieren estar preparados y realizar acciones tendientes a la prevención y tratamiento de este sector

Se utiliza la valoración del índice de independencia de Katz el cual es un instrumento ya validado y utilizado internacionalmente en la valoración del adulto mayor, este evalúa 6 puntos como son (baño, vestido, aseo, traslado, continencia y alimentación) referentes al adulto mayor junto con un registro de enfermedades crónico-degenerativas. Con la finalidad de aportar elementos para acciones de Enfermería en un primer nivel de atención.

## 2 MARCO TEORICO

---

El envejecimiento es un proceso irreversible y por el momento inevitable, que se inicia o se acelera al alcanzar la madurez, después de concluir el desarrollo entre los 20 y 30 años de edad, a partir de entonces los cambios morfológicos, fisiológicos, bioquímicos y psicológicos que se asocian al cambio del tiempo y tornan al individuo más vulnerable al medio y merma su capacidad de adaptación a los retos de la vida. Por tanto distinguir entre el proceso de envejecimiento y la enfermedad es uno de los retos de la geriatría, así como promover en lo posible un buen envejecimiento mediante el conocimiento profundo por lo que las medidas preventivas deben ser la regla desde edades más tempranas.

Entre tanto, a medida que el mundo toma conciencia sobre el envejecimiento, entendiéndolo como el resultado natural del ciclo vital y no como una enfermedad, tenemos la misión de crear una nueva cultura, la de el buen envejecimiento donde los prejuicios, las segregaciones así como los atropellos se cambien por respeto, integración y flexibilidad, aceptemos la vejez y a los viejos en la dimensión justa considerando a la edad como la variable independiente de los derechos humanos y continuemos el desarrollo de las potencialidades físicas, mentales y sociales, encarando de frente nuestro propio destino “envejecimiento”.

### 2.1 CONCEPTOS BASICOS

Pero primero definamos que es envejecimiento, senectud, adulto y persona adulta mayor

**Envejecimiento:** Proceso de cambio gradual y espontáneo que conlleva a la maduración a lo largo de la infancia, la pubertad y los primeros años de la edad adulta, seguida por un declive durante las edades media y avanzada de la vida.<sup>1</sup>

**Senectud:** Proceso temporal que implica la pérdida de la capacidad celular de división, crecimiento y función, y que en último término resulta incompatible con la vida, es decir el proceso de la senectud termina con la muerte.<sup>2</sup>

**Adulto:** Toda aquella persona de 60 años o más<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Mark H. Bers M.D. Robert Berknow; Manual Merck de geriatría .segunda edición; editorial Elsevier; Pág. 3

<sup>2</sup> www. Dirección General de Comunicación Social, México, D.F., a 1 de octubre de 2005 boletín de Prensa N° 107/2005 día internacional de las personas de edad.09/03/07

**proceso de envejecimiento:** Son todas las modificaciones morfológicas, bioquímicas y psicológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos (Bimet y Bourliere).

**Persona adulta mayor.** Aquella que cuenta con sesenta años o más de edad y que se encuentre domiciliada o en tránsito en el territorio nacional.<sup>3</sup>

Con los conocimientos acumulados hasta ahora, se mencionan las teorías sobre el envejecimiento las cuales se agrupan en dos: las que ligan al envejecimiento con una programación genética y las que proponen que es el resultado de accidentes y pérdidas hasta que el punto del sistema no puede sostener más su funcionamiento .

Es sutil diferenciar el envejecimiento normal del envejecimiento satisfactorio. el Envejecimiento normal se refiere al complejo habitual de alteraciones que caracterizan a muchos ancianos .El envejecimiento satisfactorio (sano) es un proceso con mínimos efectos perjudiciales, en el que la persona conserva sus funciones hasta que la senectud impide que la vida continúe .

Es muy difícil separar lo que es causa de lo que son efectos del envejecimiento, no es de extrañar por tanto, que los Biogerontólogos hayan elaborado más de 200 teorías intentando explicar las causas de este fenómeno biológico a partir de teorías biológicas, psicológicas y sociales

- **Teorías biológicas.-** Intentan explicar los procesos fisiológicos y las alteraciones estructurales que se producen en el envejecimiento.
- **Teorías psicológicas.-** Intentan describir y explicar la conducta del anciano en relación con otras personas.
- **Teorías relacionadas con aspectos sociológicos.-** Se han centrado en explicar como los ancianos se adaptan durante la última etapa de su vida.

Siendo una de ellas la que nos menciona específicamente a los órganos que forman el sistema digestivo: el intestino, que nos proporciona sustancias nutritivas, también forma productos tóxicos, de ahí la intoxicación de las células, que conlleva a la muerte celular, por lo tanto, tendrá como consecuencia la disminución de la función de los órganos en general y consecuentemente el envejecimiento del individuo (Ilya Mechnikov). Los investigadores actuales están de acuerdo en que nuestros bisnietos vivirán hasta los 150 o 200 años, pero no

---

<sup>3</sup> WWW. Sistema Nacional DIF.Ley de personas adultas mayores .DOC.word 09/03/07

simplemente prolongando una vejez cada vez más proclive a los achaques, sino deteniendo proporcionalmente el ritmo de envejecimiento.

En relación a lo anterior, cabe hacer mención que en el envejecimiento existen cambios producidos por diferentes factores, a saber: el envejecimiento verdadero, condicionado por los factores intrínsecos del individuo, así como por los factores ambientales de su entorno. por otro lado, al referimos al envejecimiento usual, hacemos alusión a las alteraciones observadas en el anciano y determinadas por los efectos combinados de los procesos de envejecimiento, así como por los efectos de las enfermedades, el ambiente adverso y los factores propios del estilo de vida.

Ahora bien, en el envejecimiento con éxito, el individuo sólo presenta disminuciones fisiológicas y éstas no se encuentran complicadas por la presencia de enfermedades, exposiciones ambientales y factores propios del estilo de vida; lo cual implica mayor capacidad fisiológica, menor riesgo de enfermedad, presencia de componentes previsibles o reversibles. Analizando las estadísticas de nuestra ciudad, observamos la situación de los adultos mayores y la relación proporcional al tipo de envejecimiento que tiene cada uno de ellos.

## **2.2 Teorías específicas Sobre El Envejecimiento**

### **1.- Teoría Genética: Genes Determinantes de la Longevidad**

Esta teoría intenta explicar el envejecimiento como un proceso programado en el que ciertas neuronas del cerebro actúan como marcapasos, una especie de reloj biológico, controlando el crecimiento, el desarrollo y maduración, el envejecimiento y la muerte. Estas células marcapasos están relacionadas con el hipotálamo, el cual ejerce control sobre el sistema endocrino, y se entiende que el reloj biológico está programado para dejar de funcionar en un momento dado, aunque ello puede verse influenciado por factores externos e internos. Los genes que determinan la presencia de estas neuronas marcapasos. Serían los genes determinantes de la longevidad.

Así se explica que cada especie animal tenga una duración determinada de vida; que los gemelos univitelinos tienen una esperanza de vida más similar que los bivitelinos; que los dos síndromes de vejez prematura (Sm. de Werner y Progeria) son inducidos genéticamente como herencia autosómica)

### **2.- Teoría de los Radicales Libres**

Esta teoría supone que el envejecimiento es debido a los daños celulares producidos por los radicales libres. Los radicales libres son moléculas inestables que poseen carga eléctrica con uno o más electrones (ion hidrógeno H<sup>+</sup>, ion hidroxilo OH<sup>-</sup>) resultantes de las reacciones metabólicas de oxidación-reducción y que poseen un efecto altamente tóxico y dañino atacando las membranas celulares.

**3.- Teoría del Envejecimiento por Entrecruzamiento.**

Con el paso del tiempo se producen cambios moleculares a nivel de los enlaces covalentes o en los puentes de H del DNA; RNA, colágeno, volviéndose inestables químicamente, produciendo un daño celular que llevaría a la muerte.

**4.- Teoría de la Acumulación de Productos de Desecho**

Con la edad se depositan sustancias de diferentes pigmentos (LIPOFUSCINA pigmento de la vejez) en células que no se dividen como las neuronas, las células del músculo cardíaco y esqueléticos. Estos cuerpos de inclusión representan agregados de productos de desecho que impiden la función celular y causan los cambios que aparecen a medida que envejecemos.

**5.- Teoría Inmunológica.**

Con la edad disminuye de forma cualitativa y cuantitativa la capacidad del sistema inmunitario de producir Ac: por una parte hay un deterioro global del sistema inmunitario disminuyendo la capacidad defensiva del organismo y por otra hay un incremento notable de las reacciones autoinmunes: se pierde capacidad de discriminar entre lo propio y lo ajeno.

**6.- Teoría Neuroendocrina**

Según esta teoría, la causa del envejecimiento es la disminución de la capacidad funcional de los sistemas nervioso y endocrino esenciales para la supervivencia y la homeostasis. Al fallar estos sistemas fallan todos los demás, pues ninguna parte del cuerpo actúa aislada de los sistemas neurológico y endocrino.

**7.- Teoría de las Mutaciones Somáticas.**

Durante la vida se producen continuas mutaciones en el DNA celular, que si no se reparan lo probable es que se produzca una alteración en la secuencia genética provocando el fracaso progresivo de órganos y sistemas que acaban por provocar la muerte.

**8.- Teoría del error catastrófico y la fidelidad**

Con la edad se produce una disminución de la capacidad del mecanismo de síntesis de las proteínas correctas en las diferentes células del organismo, originándose proteínas erróneas, con aminoácidos inadecuados. El error se produce cuando una proteína incorrectamente sintetizada es replicada correctamente una y otra vez lo que produce numerosas moléculas defectuosas. Esta producción de proteínas erróneas aumenta de forma continua lo que origina una catástrofe de errores que provocan la muerte del individuo

**9.- Teoría de la Glucación**

Esta teoría sugiere que la glucosa actúa como mediador del envejecimiento. La glucación es una reacción entre la glucosa y las proteínas hísticas. Estas proteínas glucadas tienen enlaces cruzados y menos actividad enzimática dando lugar a la elevación de los niveles de glucosa en sangre y acortar la vida en los pacientes diabéticos.

**10.- Teoría de la Temperatura.**

La duración de la vida es especies de sangre caliente es inversamente proporcional a su metabolismo basal. Las especies con metabolismos básicos altos suelen ser especies más pequeñas y con vidas más cortas. Esto se explica por que las reacciones químicas son más lentas a T bajas y se aceleran a T<sup>a</sup> elevadas produciendo un mayor desgaste celular. Se ha calculado que si las temperaturas corporales estuvieran solo a 5° los seres humanos viviríamos un 20% más. (Murciélagos).

### **11.- Teoría de la Privación de Nutrientes.**

La privación de nutrientes es otra teoría implicada en el envejecimiento, pero no se sabe si la privación de nutrientes celulares provoca el envejecimiento o si se debe al mismo, o si se debe a un 3<sup>er</sup> factor como es la privación de O<sub>2</sub><sup>4</sup><sub>1,12</sub>

## ***2.3 Longevidad Y Calidad De Vida***

El mito de la inmortalidad y la medicina anti envejecimiento, nos lleva a cuestionar si, ¿queremos conseguir vivir el doble? ¿Podemos prolongar la vida a voluntad?. Según los historiadores, en la Grecia clásica, la esperanza de vida era extraordinariamente alta, como ejemplo tenemos a Pitágoras con 80 años, Sócrates con 70, Sófocles con 90, entre otros.

Hacia finales del siglo XX, la longevidad humana no tenía las características de la Grecia clásica, en donde los ciudadanos de las clases más favorecidas, podían aspirar a hacerse viejos. Hoy en día, los países desarrollados disfrutan de la máxima esperanza de vida, factor primordial de un estilo de vida elitista. Sin embargo, el hecho de que cada vez haya más gente centenaria con buena salud, indica que el objetivo no es descabellado.

Hablar de calidad de vida, y aumentar el promedio de vida no nos parece suficiente. Nuestra preocupación se extiende a mantener la calidad de esa vida para lograr el éxito deseado. La vida más larga expone a los humanos al riesgo de desórdenes crónicos relacionados con la edad y las incapacidades acompañantes, que pueden hacer el envejecimiento difícil.

Asimismo, pensar que la calidad de vida es sinónimo de "bienestar" es una noción abstracta y falsa, ya que depende fundamentalmente de la riqueza de la unión familiar, del nivel y estilo de vida, del estado de salud, de la satisfacción de necesidades, de la satisfacción de deseos y por supuesto la felicidad que obtenemos. Sin embargo, la noción abstracta y falsa del bienestar humano es pensar que la salud significa "calidad de vida" y que la felicidad "normalidad", pero ¿que es calidad de vida?

---

<sup>4</sup><http://www\teorias del envejecimiento.htm>

La "calidad de vida" se define como la relación global que el individuo establece entre los estímulos positivos y los negativos en el curso de su vida, en sus interrelaciones con otras personas y con el ambiente en el que vive. Cuando se logra la conjugación entre estos factores, hablamos del equilibrio bio-psico-social del individuo que ha de corresponder a su calidad de vida. Y para poder determinarla y cuantificarla, y no caer en el error de que "en el envejecimiento todo lo relacionado con la edad significa lo mismo que dependiente de la edad", en los indicadores de la calidad de vida se menciona a la esperanza de vida, la mortalidad general, la morbilidad específica y el porcentaje de la población. Debemos mencionar que, para la población mexicana, la expectativa de vida para las generaciones es de 77.2 años (INEGI, 2000).<sup>5</sup> La transición demográfica en la actualidad es un fenómeno poblacional caracterizado por la disminución sostenida de las tasas de fecundidad y mortalidad, así como el aumento en la esperanza de vida, dando como resultado el envejecimiento gradual de la pirámide poblacional. La expectativa de vida a comienzos del siglo pasado rondaba los 30 ó 40 años en los países de la región, y los progresos de las ciencias biomédicas prometen extender los límites de la vida humana a 100 ó 120 años. Pero el contexto social no parece avanzar al mismo ritmo. "Lo malo no es que la población envejezca, sino que las sociedades no tomen conciencia del fenómeno. [Ver anexo 3](#)

## **2.4 Cambios En La Composición Corporal**

Conforme se envejece, sobrevienen los cambios esperados en cuanto a peso corporal, agua corporal total, más muscular y grasa corporal, aparato respiratorio, aparato cardiovascular, sistema endocrino, aparato digestivo, sistema nervioso y sistema renal y sistema hematopoyetico.

Los mecanismos para mantener la homeostacia de los líquidos corporales y electrolitos se encuentran afectados en los ancianos. Este puede sucumbir con facilidad cuando presenta un desequilibrio de electrolitos al alterar la función de otros sistemas fisiológicos previamente abatidos.

¿Cuales son los cambios que ponen en desventaja a adulto mayor?

- ✘ Disminución de la reserva cardiovascular
- ✘ Disminución para la capacidad para mantener el equilibrio osmótico
- ✘ Alteraciones de los vasos sanguíneos
- ✘ Alteración en la autorregulación del flujo cerebral
- ✘ Disminución de la reserva renal.
- ✘ Presentación atípica de las enfermedades
- ✘ Disminución de la reserva respiratoria

---

<sup>5</sup> Revista archivo geriátrico”artículo del Dr. Lorenzo Garda, Francisco Martínez: Vol. 5, Año 5, No. 2.

### 2.4.1 Modificaciones neurobiológicas con la edad

El aumento de la expectativa de vida replantea aspectos de la psicogeriatría .los recursos actuales relacionados con el diagnóstico y el tratamiento abren un abanico de posibilidades para mejorar la calidad de vida; incrementada la cantidad de años por vivir el desafío es el incremento de dicha calidad por lo que es fundamental la prevención, el diagnóstico correcto y el tratamiento precoz.

La psicopatología y el tratamiento psicofarmacológico presentan variables especiales por lo que es necesario vigilar la polifarmacia y sus interacciones medicamentosas para impedir acciones iatrogénicas debido a los cambios farmacocinéticos y a la mayor labilidad y posibilidad de toxicidad farmacológica .la relación riesgo-beneficios será entonces de mayor prioridad que en poblaciones jóvenes. La relación médico-paciente, la psicoterapia la interconsulta con otras especialidades médicas, la psicoeducación del paciente, de la familia y de los cuidadores será la instancia habitual en el tratamiento de estos pacientes.

En la tercera edad se producen cambios morfológicos, cerebrales y de la neurotransmisión que generan una fisiología particular .existe una muerte fisiológica neuronal que esta programada genéticamente y se denomina apoptosis (del griego apo=separado y ptosis = caída).Se conoce que neuronas del tejido embrionario pueden ser eliminadas durante el proceso de gestación, y que en la vejez normal se produce una supresión de factores proteicos tróficos “.Levi montalcini (premio novel de medicina , 1978)demostró la existencia del factor de crecimiento neuronal (verve growth factor NGF ) los roedores que presentaban ese factor no desarrollaban las neuronas sensitivas ,ni las del tejido simpático .el axon tiene la habilidad de llegar al sitio predeterminado genéticamente y realizar sus contactos intersinapticos , ello se logra merced a diferentes sustancias,que existen localmente en un determinado grupo sináptico neuronal (sustancias paracrinas ),y a factores de crecimiento que permiten a la neurona o al axon migrar al sitio que les corresponde “ Si la célula no logra este objetivo se atrofia y muere”

La ausencia del factor trófico provoca la activación de una serie de proteínas (proteína G,alfa,beta),que incidan en una cascada de acontecimientos: a través de enzimas proteolíticas (proteasas) comienza un proceso de autodigestion del DNA nuclear y la muerte celular ; en algunas células inmunitarias se activan factores de necrosis tumoral (tumor necrosis factor,TNF; fas receptor associated death domain.FADD,y fascicle ligated,fase), mientras que en otras el proceso es automático (glóbulos blancos neurotrofilos ).

Los macrófagos se encargan de digerir las vesículas apoptoticas , que son los restos celulares .pero puede ocurrir por factores exógenos o endógenos desconocidos que los macrófagos no discriminen las células normales vivas de las redundantes o muertas , entonces se produce una fagocitosis aberrante , que

puede ocasionar enfermedades inmunológicas o neoplásicas . Por lo contrario células que deben ser destruidas porque se producen de manera atípica y no son reconocidas como anormales, siguen multiplicandose o invadiendo otros tejidos de manera no programada originando así el cáncer.

Existen cambios morfológicos cerebrales que son la expresión de los cambios involutivos apoptosicos y metabólicos de la edad.

- ó Atrofia global del cerebro.-produce un incremento de líquido cefalorraquídeo.
- ó Aumento del espacio intracraneano y de la corteza cerebral
- ó Engrosamiento de las leptomeninges
- ó Disminución de la cantidad de dendritas y sinapsis en las células piramidales (capaz 3y 4 de la corteza )
- ó Aumento de las ramificaciones dendríticas en la circunvolución parahipocampal
- ó Desmielinización axonal y cambios de citoesqueleto
- ó Neuroplasticida conservada.-posibilidad de regeneración neuronal a partir de las células matrices

## 2.4.2 Modificaciones en las neuroimagenes

Existen alteraciones en las TAC,RMN y SPECT, como atrofia cerebral progresiva con incremento del tamaño de los ventrículos laterales, aumento del líquido cefalorraquídeo, leucoaraiosis que aparece como una leucoencefalopatía debida a cambios vasculares en las zonas periventriculares, ganglios basales y protuberancia.

## 2.4.3 Cambios farmacocineticos

Estos aparecen evolutivamente con la edad:

- ó Disminución de absorción por decremento del ácido gástrico, del flujo sanguíneo intestinal y de la superficie de absorción.
- ó Disminución de la distribución: la masa muscular y el agua corporal disminuyen y el tejido adiposo aumenta con la edad.
- ó Disminución de la unión a proteínas: al estar la albúmina en bajas concentraciones, la unión de las drogas a las proteínas plasmáticas se reduce y aumenta la fracción libre de las mismas.
- ó Disminución de la eliminación: del metabolismo hepático y por la vía renal.

## Tratamiento psicofarmacológico en gerontes

El tratamiento psicofarmacológico debe considerar las variables relativas a la edad con el objeto de prevenir los trastornos en lo posible, o de mejorar los síntomas, sin generar yatrogenia; el objetivo de la psicofarmacología es mejorar los síntomas psicopatológicos y estimular las funciones neuroquímicas deficitarias y la neurogenesis; Pautas de tratamiento psicofarmacológico geriátrico:

- ó Utilizar la menor dosis útil de medicamentos
- ó Comenzar con dosis bajas y aumentarlas lentamente
- ó Evitar la polifarmacia
- ó Evaluar las posibles interacciones farmacológicas, si la polimedicación es inevitable
- ó Considerar especialmente el perfil de efectos adversos frente a la elección de un medicamento.
- ó Considerar el efecto farmacológico sobre enfermedades preexistentes. <sup>6</sup>

## 2.5 Nutrición.

La gran mayoría de las personas mayores de 65 años desea disminuir el peligro de la incapacidad, razón por la cual están dispuestos a cambiar los hábitos alimentarios e inclusive a abandonar practicas nocivas, como el tabaco y la inmovilidad, las recomendaciones dietéticas varían en función del peso, la presencia de enfermedad, los antecedentes y el nivel de actividad física.

Existen situaciones en las que alimentarse correctamente puede ser complicado. A pesar de estas situaciones, las bases de una correcta alimentación son: PLACER, VARIEDAD Y EQUILIBRIO, los cuales no deben de faltar en la mesa.

Los **nutrientes** contenidos en los alimentos tienen funciones distintas. Para cubrir todas nuestras necesidades debemos ingerirlos todos y en las cantidades adecuadas v anexo 1

Carbohidratos.- son la principal fuente de energía y calor, son la reserva proteica o moduladora y los encontramos en cereales, tuberculos, leche, frutas y verduras

Lípidos.- son nutrientes con valor energetico más alto, se utilizan como fuente de energía, reserva proteínica, para el transporte y absorción de vitaminas, para la síntesis de nuevas moléculas y son el componente del tejido adiposo, sus fuentes son cacahuates, pistaches, nueces, semillas de girasol, almendras avellanas, nueces de la india, semillas de calabaza,, girasol, aguacate, aceitunas, cocoa, aceite de maíz, aceites de cartamo, entre muchos otros.

Proteínas.- constituyen la materia prima de las células de nuestro organismo su función es plástica, estructural, enzimático, hormonal, reguladora, de mantenimiento de líquidos corporales, energética y de protección inmunológica; existen 2 tipos:

---

<sup>6</sup> Julio Moisés Sowicz, M “Psicofármacos en Geriatría” Mc Graw-hill interamericana 2001, Bogota D.C Colombia

- ó De origen animal o de alto valor biológico
- ó De origen vegetal o de bajo valor biológico

Y las podemos encontrar en la carne, pescado, queso, leche, huevos, cereales, legumbres, frutas y verduras.

**Vitaminas.-** grupo de sustancias que se utilizan para de las reacciones metabólicas, por lo cual es necesaria la ingesta diaria.

- ó (A, D, C, E, K) Y
- ó (B1, B2, B3, B5, B6, B8, B9, B12)

**Minerales.-** son elementos esenciales para el organismo al igual que las vitaminas, su ausencia origina estado deficiente específico.

- ó Macronutrientes.- Ca,p,Mg,Na,Cl,S
- ó Micronutrientes.- Fe, Zn, F, I, Co

## REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES A LO LARGO DE LA VIDA

Desde la concepción el ser humano necesita cubrir sus requerimientos nutricionales; pues de esto depende el adecuado desarrollo tanto físico como intelectual. Así en cada etapa tiene requerimientos especiales.

### LACTANTE de 0-6 meses

- Ψ Leche materna exclusiva

### ABLACTACION de 6 – 1 año

Se deben introducir con oportunidad los elementos diferentes a la leche

**1 AÑO.-** Incorporar al niño a la dieta de la familia recordando que deben ser graduales:

- Ψ 4 meses.- verduras y frutas en pure
- Ψ 5 meses.- cereales en papillas
- Ψ 6 meses.- carnes y leguminosas picadas finamente
- Ψ 7-12 meses.- lácteos y pescados en trozos

### PREESCOLAR

Se recomienda el consumo de cereales adicionados con hierro(frijoles, lentejas y carnes de res o hígado, espinacas, acelgas, verdolagas, frutas y verduras ricas en vitamina C o carotenos).

### ESCOLAR

- Ψ Fomentar el hábito de el desayuno
- Ψ 3 comidas o 1 y 2 colaciones x día
- Ψ consumo de alimentos ricos en hierro

- Ψ consumo de frutas y verduras ricas en vitamina C
- Ψ fomentar la alimentación de fruta con cascara o verdura cruda muy bien picadas.
- Ψ Estimular el consumo de agua y leche sola

### **PUBERTAD**

- Ψ Prover el consumo de alimentos ricos en hierro y calcio
- Ψ Disminuir el consumo de cafeína, refrescos comida chatarra
- Ψ Recordar la importancia del desayuno

### **MUJER ADULTA**

- Ψ Mantener  $IMC = \text{peso(kg)}/\text{estatura(m}^2\text{)}$  de 20 y 25 años y circunferencia menor a 88 cm.
- Ψ Consumir alimentos ricos en hierro
- Ψ Modular el consumo de grasa saturada y alcohol
- Ψ Obtener cantidades adecuadas de vitamina A, C, carotenos, fibra y folatos.
- Ψ Moderar el consumo de cafeína, refresco, te negro y chocolates
- Ψ Evitar el tabaquismo

### **MUJER EMBARAZADA**

- Ψ Adicionar en la comida diaria una ración de calcio
- Ψ Abundantes frutas y verduras de preferencia crudas
- Ψ Alimentos bajos en grasa
- Ψ Alimentos ricos en hierro, folatos y vitamina C
- Ψ Abundantes líquidos
- Ψ Incluir suficiente fibra en la dieta
- Ψ Promover la suplementación de ácido fólico, y sulfato ferroso

### **MUJER LACTANTE**

- Ψ Agregar más de 2 raciones del platillo principal a la alimentación diaria
- Ψ Consumir alimentos ricos en calcio
- Ψ Consumo adecuado de líquidos
- Ψ Abundantes frutas y verduras
- Ψ Alimentos bajos en grasa
- Ψ Evitar el consumo de cafeína y refrescos

### **HOMBRE ADULTO**

- Ψ mantener  $IMC = \text{peso (kg)}/\text{estatura (m}^2\text{)}$  y una circunferencia de 102 cm.
- Ψ Abundantes frutas y verduras
- Ψ Adecuada cantidad de fibra

**ADULTO CON ACTIVIDAD FISICA INTENSA**

- Ψ Abundante agua llevar una dieta correcta
- Ψ Adecuada ingestión de alimentos al tipo y la cantidad de actividad física que se desarrolla

**ADULTO MAYOR**

El adulto mayor tiene requerimientos específicos no solo por la etapa sino porque en él influyen cosas como la polifarmacia, problemas dentarios, problemas de movilidad y estreñimiento entre muchas más.

- Ψ Consumir con frecuencia tortillas de maíz, queso, yogur, leche y charales por ser fuentes de calcio.
- Ψ Utilizar hierbas y especias para la preparación de esos alimentos, sustituyendo así la sal.
- Ψ Consumir por día de 4-5 comidas de poco volumen pero de alta intensidad energética
- Ψ Tomar alimentos líquidos, después del platillo fuerte
- Ψ Preparar alimentos de manera que tengan una consistencia suave para facilitar la masticación
- Ψ Agregar a las preparaciones aderezos como crema, yogur, aguacate y queso rallado para aumentar el aporte energético.
- Ψ Consumir abundante líquido, frutas de preferencia con cáscaras; así como cereales integrales para asegurar el aporte de fibra
- Ψ Moderar el consumo de bebidas como café, té y refrescos de cola
- Ψ Recurrir a complementos alimentarios, solo en caso de que se requiera por algún padecimiento o por deficiencias nutricionales. ver anexo 1

**Recordemos que una dieta independientemente de para la persona que sea debe ser correcta y debe cumplir ciertas características como:**

**Dieta correcta.** Cumple con las siguientes características:

- Ψ **Completa.** Que contenga todos los nutrientes. Se recomienda incluir en cada comida alimentos de los tres grupos.
- Ψ **Equilibrada.** Que los nutrientes guarden las proporciones apropiadas entre sí.
- Ψ **Inocua.** Que su consumo habitual no implique riesgos para la salud, porque esté exenta de microorganismos patógenos, toxinas y contaminantes, y se consuma con moderación.
- Ψ **Suficiente.** Que cubra las necesidades de todos los nutrientes, de tal manera que el sujeto adulto tenga una buena nutrición y un peso saludable, y en el caso de los niños, que crezcan y se desarrollen a la velocidad adecuada.
- Ψ **Variada.** Que incluya diferentes alimentos de cada grupo en las diferentes comidas.

Ψ **Adecuada.** Que sea acorde con los gustos y la cultura de quien la consume y se ajuste a sus recursos económicos, sin que ello signifique que se deban sacrificar sus otras características <sup>7</sup>. ver anexo 1

## **2.6 Alteraciones de la movilidad**

Las personas e edad avanzada experimentan disminución de movilidad que en parte se debe al proceso de envejecimiento, las modificaciones de la estructura articular, la debilidad y la rigidez muscular y el estado mental, pueden dar lugar a problemas al caminar o caídas.

La alteración en el modo de andar es el principal problema del adulto mayor lo que puede ser la causa de que ingresen constantemente a instituciones de salud, las alteraciones suceden por diferentes factores entre los cuales se encuentran trastornos músculo esqueléticos, alteraciones del sistema nervioso, ansiedad, medicamentos, alteraciones de la visión y modificaciones físicas normales debido a esto se ocasionan constantemente caídas, lo que ocasiona lesiones, incapacidad, disminución de la movilidad y disminución de la confianza en la propia capacidad. la movilidad se considera un requisito previo para la independencia, la incapacidad e moverse en su entorno exige la presencia de otras personas que garanticen las necesidades diarias como la higiene diaria, el vestirse, asistir al baño, bañarse y en algunos casos ayuda para comer. A medida que aumenta la dependencia funcional el adulto experimenta pérdida de autoestima, desesperanza impotencia y depresión. Lo que genera un conflicto en la familia y cambio de rolen algún familiar en especial.

La psicomotricidad tiene por objeto el estudio de la conducta motriz por su significación transitiva, expresiva, comunicativa, relacional, simbólica, lúdica, estética, etc. Es decir, por la repercusión de la conducta motora en el comportamiento de la persona y por la importancia de cada uno de los factores que inciden en el movimiento y que condicionan su evolución.

Según Coste (1979), la intervención psicomotriz actúa a nivel del cuerpo. Pero no de un cuerpo mecánico, habitado por un espíritu, sino de un cuerpo concebido como representación real del sujeto en el mundo. El cuerpo es vivenciado, es visto, y pone de relieve con actos y gestos la personalidad. Además, es imaginado, fantaseado y verbalizado por el sujeto. Es el único medio por el que el hombre tiene una presencia significativa en el mundo y de esta forma expresa y comunica a los demás sus deseos, sus tensiones y sus intenciones.

---

<sup>7</sup> <http://www/ssa.programanacionaldeenvejecimiento>

## 2.7 Actividad Física

Algunos conceptos previos

Se entiende por *actividad física* cualquier movimiento voluntario del cuerpo que consume calorías. Incluye actividades como las tareas del hogar, ir a la compra, pasear, etc.

Se define el *ejercicio físico* como aquella actividad física que se planifica y se hace regularmente, con movimientos repetitivos y compensados, para estar en forma y gozar de buena salud. Es el caso de la gimnasia, el taichí, el yoga, el ejercicio físico acuático, etc.

El deporte imprime al ejercicio físico una variable de “esfuerzo” y una exigencia de alcanzar resultados. Tal es el caso de los deportes al aire libre o acuático.

Tradicionalmente, la vejez se ha relacionado con la enfermedad, la dependencia y la falta de productividad. De hecho, La Organización Mundial de la Salud sugiere que podemos permitirnos envejecer si los países, las regiones y las organizaciones internacionales promueven políticas e implantan programas de “envejecimiento activo” que mejoren la salud, la autonomía y la productividad de los ciudadanos de más edad. No debemos seguir advirtiendo que la sociedad se limita a relacionar la vejez con la enfermedad, la dependencia y la falta de productividad de las personas mayores.

Dado el especial interés que la atención a este colectivo tiene para el actual equipo de gobierno, el Área de Empleo y Servicios a la Ciudadanía no puede obviar aquellas políticas orientadas al desarrollo comunitario, la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y la mejora en la calidad de vida.

Pilar fundamental del envejecimiento saludable, es la participación periódica en actividades físicas moderadas puede retrasar el declive funcional y reducir el riesgo de enfermedades crónicas en las personas mayores sanas o con enfermedades crónicas. La práctica periódica de ejercicio físico mejora la salud mental y favorece los contactos sociales. El hecho de mantenerse activas ayuda a las personas mayores a continuar desempeñando normalmente sus actividades de la vida diaria de la forma más independiente y durante el mayor período de tiempo posible.<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> <http://www.Ejercicio en ancianos. Colección documentos técnicos, serie mayores numero 1. Madrid, Pág. 6-15, doc pdf. 03/09/06>

Los ejercicios del adulto mayor deben ser de acuerdo a la edad, su estado y actividad físico. [Ver anexo 2](#)

### Ejercicio físico para un envejecimiento activo y saludable

Sabemos actualmente que los beneficios de la actividad física o ejercicio físico son indudables en todas las edades y condiciones físicas, incluso cuando de edades avanzadas patologías crónicas se trata.

La actividad física regular reduce el riesgo de aparición de determinadas enfermedades como osteoporosis, diabetes, hipertensión, etc.; mejora la evolución de las enfermedades crónicas como poliartritis, diabetes, cardiopatías así como las condiciones físicas del que lo sufre; e incluso, retrasa o compensa la invalidez o dependencia de la persona mayor cuando han aparecido las temidas secuelas. Por ello, es frecuente que se hable de ejercicio físico como una actividad preventiva e incluso terapéutica.

Las posibilidades de realizar actividad física adaptada a las preferencias o capacidades individuales son muchas y variadas: desde el simple paseo, hasta cualquier ejercicio físico reglado o actividad deportiva en personas entrenadas.<sup>5</sup>

Enfoquémonos en los efectos positivos de la práctica de ejercicio físico. En primer lugar, queremos señalar que el ejercicio físico es necesario para mantener la salud y la competencia funcional, para aceptar el cuerpo envejecido, vivirlo satisfactoriamente y relacionarse con los demás. Es decir, para envejecer saludablemente.

Además, según coincide la bibliografía especializada, mantener un elevado nivel de actividad física y mental da la posibilidad de disfrutar de una mayor autosuficiencia en la vejez, disminuyendo la dependencia respecto al entorno y a los demás, lo que contribuye a aumentar la autoestima y el bienestar de las personas mayores.

Pero no siempre se tienen hábitos saludables respecto a la práctica de ejercicio físico, instaurados desde la edad adulta. Así, vemos como un acusado sedentarismo es responsable, en parte, de los síndromes de desuso que favorecen la pérdida de capacidad funcional y de competencia motriz, lo que tiende a generar, con el paso de los años, un sentimiento de inseguridad.<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/soler-psicomotricidad-01pdf.22/08/06>

## 2.8 Psicología Del Anciano

Durante los últimos 30 años se han desarrollado múltiples y variadas teorías psicológicas del envejecimiento entre ellas existen dos muy marcadas. La primera que sigue al modelo deficitario del envejecimiento, que plantea una decadencia forzosa basada en la ignorancia mitos, prejuicios, estereotipos, valores y actitudes que en cada cultura se tiene respecto al proceso de envejecimiento y la segunda que plantea el cambio radical de posibilidades para el ser humano, que se fundamenta en los resultados de estudios que hacen evidente que en la mayoría de los adultos viejos las capacidades intelectuales y físicas no declinan antes de los 80 años de edad, sino se mantienen activos en sus comunidades, y que ante la ausencia de enfermedad; los cambios negativos no son ni universales ni progresivos.

La mayoría de la gente toma como ciertos muchos estereotipos y mitos como:

- ✧ Declive mental, este uno de los más grandes estereotipos de la edad avanzada junto con la creencia errónea de que los viejos padecen deterioro de memoria.
- ✧ La utilización del límite de edad tanto para conseguir trabajo como para la jubilación obligatoria.
- ✧ Se cree que los individuos viejos son hipocondríacos, proclives a la depresión e incapaces de adaptarse a los cambios.

La mayor parte de la gente toma como ciertos estos mitos y estereotipos por lo cual es urgente convencer a los profesionales de la salud y la sociedad en general que la vejez no implica incondicionalmente pasividad ni una falta de participación; se lograrían modificaciones asombrosas en el comportamiento de los viejos si permitiéramos que ellos expresaran su interés, participación y actividad, y dejáramos de tratarlos de manera infantil o segregándolos; para la gente que trabajamos con viejos, el objetivo debería ser contribuir a rectificar o modificar la imagen desfigurada que con frecuencia se tiene de los viejos.

La vida entera del ser humano se caracteriza por el cambio y el crecimiento: desarrollo físico, cambios y refinamiento de la personalidad, el desarrollo de aptitudes cognitivas y el cambio de actitudes y emociones; la sociedad considera la vejez como un periodo distinto y alberga opiniones estereotipadas con respecto a la forma en que se comportan las personas ancianas. Uno de tales estereotipos es el de el estadista anciano, el depositario de la ciencia y la sabiduría acumulada a cuyo pies el joven se sienta a recibir consejo e instrucción; conforme a otro estereotipo, la vejez es una época de serenidad, el anciano contempla una vida bien empleada y se enfrenta ecuánimemente a la inevitabilidad de la muerte propia.

La vejez constituye una época en que menguan algunas habilidades cognitivas como lo son la memoria y la inteligencia.

## **Memoria**

Con certeza los viejos padecen de pérdida de memoria, no recuerdan hechos recientes pero recuerdan lo de hace mucho tiempo; de echo una persona de edad avanzada puede recordar una serie de números también como un joven basta con que la serie no sea tan larga y se le de tiempo suficiente para estudiarla. con practica e instrucción las personas de edad pueden recobrar las habilidades necesarias y desempeñarse también como los jóvenes siempre y cuando la perdida de la memoria no sea por causa física.

## **Inteligencia**

- ✘ La edad cronológica no es un buen predictor de desempeño.
- ✘ Las personas que continúan física y mentalmente activas tendrán un mayor desempeño que los ancianos que se vuelvan inactivos
- ✘ El grado de escolaridad predice el desempeño que se tendrá en la vejez; en cuento mas elevados sean los logros, tanto mejor será el desempeño.

## **Preocupaciones físicas y sociales.**

La actividad de una persona anciana puede restringirse agudamente a causa de una motivación inadecuada, mala salud, falta de fondos o a causa de la desesperación.

## **Retiro**

Durante la juventud el anciano aprende que el individuo se mide por su productividad y la ganancia económica debido a eso muchos ancianos son infelices. Por lo que al retiro se le considera una especie de castigo que lleva consigo la perdida de la propia estima.

## **Ruptura**

A medida que las personas se vuelven mayores tienden a retirarse gradualmente de la sociedad y esto es reciproco. Por lo cual la ruptura permite al anciano gozar de un modo de vida mas ocioso, en oposición a este se halla la ética de trabajo la cual exige actividad, incluyendo la actividad social para mantener un sentido de autoestima.

## **Salud deficiente**

La ancianidad es una época de salud deficiente. mas de la mitad de los ancianos han perdido los dientes, padecen problemas de la vista mas o menos padecen problemas crónicos de salud que limitan sus actividades y mas de un cuarto sufren problemas auditivos ; además son muy frecuentes la artritis, el reumatismo, la hipertensión o hipotensión y los problemas del corazón .<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> Philip G, Zimbardo "Psicología de Vida" editorial Trillas, Mexico 1999, Pág.215, 234-246.

### **Dependencia**

Una persona cuya pensión es sustancialmente menor que el ingreso anterior al retiro debe sufrir una reducción también sustancial en su nivel de vida si es que no cuenta con fondos adicionales. La dependencia económica puede ser generada por esa y otras causas más como lo son física y mentalmente. La dependencia física se deriva las enfermedades o lesiones que exigen una persona que cuide del anciano. La dependencia mental puede derivarse de la pérdida de la memoria, de la orientación o del juicio lo cual a su vez puede provocar enfermedad la lesión física. Lo cual reducirá a su vez la economía; si el ingreso es suficiente el anciano puede vivir “independientemente” en su casa, pero si eso no es así este va a vivir con sus familiares y si el familiar no quiere o sea capaz de responsabilizarse del anciano no le queda de otra que apoyarse con una institución de beneficencia.

### **Perdida del cónyuge**

La pérdida del cónyuge a causa de la muerte es relativamente rara antes de la edad madura mas se torna cada vez mas frecuente una vez iniciada la vejez.

### **Soledad**

El sentimiento de soledad invade a la vejez aun si viven con sus cónyuges , la consecuencia de la soledad es la poca satisfacción de vivir, la calidad de vida no puede ser satisfactoria si se halla agobiada por la soledad, el aislamiento social y la amargura <sup>4</sup>

El contexto social que rodea al anciano juega un gran papel, siendo este el que determina su estado de salud y bienestar por lo cual es indispensable considerarlo como factor para su valoración, tomando como gran entorno principal su familia.

## **2.9 La Familia**

Algunos autores enfocan la estructura familiar o la configuración de los actores y papeles que la comprenden , otros hacen énfasis en las actividades y funciones que cumplen sus miembros. Por lo cual menciono algunas definiciones de acuerdo a diferentes estructuras.

- ✘ Dos o mas individuos con un compromiso emocional y que viven en proximidad geográfica (Friedman 1986).
- ✘ Dos o mas individuos que provienen de estirpes similares o distintas, que participan en un arreglo de vida continuo; casi siempre residen en la misma casa, experimentan lazos emocionales comunes y comparten ciertas obligaciones entre ellos, (Stanhope y Lancaster 1988)
- ✘ La unidad familiar es un grupo interdependiente de individuos con relaciones definitivas de papeles y

patrones de comunicación que forman un pequeño sistema social (Friedman, 1986; Clark, 1984).

### Estructura familiar

Esto se refiere a la organización de la familia, en el pasado la forma dominante de la estructura familiar era la familia nuclear, la cual se componía de marido, mujer e hijos. Sin embargo, en la actualidad las formas familiares alternativas van en aumento y muchas no corresponden a este patrón, de acuerdo con Himovich (1980) y Friedman (1986) la mayoría de las familias pertenece a uno de los tipos de configuraciones que siguen:

- ✘ Adulto no casado.
- ✘ Pareja nuclear.- Consiste en un esposo y una esposa y no hay niños.
- ✘ Padre soltero.- un adulto se queda solo por (separación, divorcio o muerte de un cónyuge) para criar a niños menores en una casa sola sin otros adultos.
- ✘ Familia nuclear.- Incluye a esposo, esposa e hijos menores que viven juntos en una sola casa.
- ✘ Familia de tres generaciones.- En esta uno o más de los abuelos dependientes viven en una casa ya sea con una familia de padre soltero o una nuclear.
- ✘ Red familiar.- (o familia extensa) incluye dos o más familias nucleares o solteras o cualquiera de las configuraciones antes mencionadas. Todo esto para obtener interacción y apoyo.
- ✘ Familias combinadas.- (reconstituidas por padrastros). Se establecen por medio de segundas nupcias, crían los hijos de matrimonios previos y a los del actual.

### Función familiar

Friedman (1986) identificó cinco funciones principales:

- ✘ Función afectiva
- ✘ Función reproductiva
- ✘ Función de sociabilización
- ✘ Función de cuidados a la salud
- ✘ Función económica

Una vez establecidas la configuración de los miembros se establecen las tareas o metas generales que deben lograrse para que sobreviva la familia lo que desarrolla las reglas y papeles que caracterizan su funcionamiento día con día.<sup>11</sup>

Las persona mayores tienen cada vez menos posibilidades de contar con el apoyo familiar por lo que a mayor desarrollo económico la institucionalización es más frecuente; se ha observado que los miembros de la familia que apoyan principalmente al anciano suele ser la hija quien a menudo renuncia a proyectos personales por transformarse en cuidadora de tiempo completo. La familia tiene como función importante el crear condiciones ideales para que el individuo se desarrolle adecuadamente al favorecer la socialización entre sus miembros, el dar protección, afecto, y seguridad; esta debe ser considerada un sistema abierto debido a sus características pues constituye el grupo de interacción y desarrollo más importante para sus miembros, siendo así la pauta sobre el bienestar y apoyo para cada uno de ellos. cualquier evento que provenga del interior o exterior del núcleo familiar traerá consigo una reacción o respuesta que repercutirá positiva o negativamente a cada uno de sus integrantes.

Al igual que el individuo la familia pasa por diversas etapas las cuales conforman el ciclo vital de la familia y de las cuales podemos distinguir cinco principales :

- ✘ Pareja en formación y matrimonio
- ✘ Familia con hijos pequeños (etapa de expansión)
- ✘ Familia con adolescentes (etapa de dispersión )
- ✘ Salida de los hijos del hogar (etapa de independencia o “nido vacío” )
- ✘ Pareja en la vida posterior

Cada una de las etapas representa nuevos retos y funciones a los cuales la familia debe adaptarse de manera funcional.

Otro aspecto importante es el de el abuelazgo debido a que gran parte de los abuelos son bisabuelos así, esta experiencia les permite llenar de sentido y motivaciones la vida; permitiendo la supervivencia de generaciones historia cultural y tradiciones familiares. La interacción se facilita al no existir responsabilidades y obligaciones de los padres.

Cabe destacar que las dificultades económicas y las exigencias del mundo laboral están favoreciendo un cambio de papeles en donde los padres funcionan como proveedores y los abuelos se vuelven e los cuidadores de los nietos .

---

<sup>11</sup> Olds, London “Enfermería materno infantil” 4ª edición, Mc Graw Hill Interamericana, Mexico 1995, Pág.35-47.

Por lo general en una relación de dependencia exagerada, coexiste la “necesidad” del enfermo de encontrarse menos funcional y la necesidad de un cuidador de sobreproteger lo que va a impedir la recuperación al máximo potencial posible; si el anciano se vuelve muy dependiente y si la respuesta a la angustia hace que los hijos lo sobreentiendan, se desencadena un círculo vicioso en donde el anciano se vuelve más incompetente y necesitado, dando pie a una escalada de necesidades, cargas y resentimientos. Por lo que para solucionar el problema de la dependencia es indispensable aceptar de manera objetiva las fuerzas y limitaciones del anciano y permitir que este sea independiente solo cuando esto sea necesario.<sup>12</sup>

Debido a esto no es raro encontrar en una familia afectada por su funcionalidad el recurso de la violencia. El abuso del anciano es un problema muy frecuente en la actualidad, independientemente del nivel cultural o desarrollo de la sociedad por lo que la familia es el agente más frecuente de violencia hacia el anciano manifestándose principalmente como: abuso psicológico económico (robo, explotación, problemas de herencia, etc.) y como violencia pasiva a través del abandono o la negligencia.

## **2.10 Papel Profesional de la Enfermería**

Enfermería debe disponer de una gran capacidad de observación y valoración para detectarlos a tiempo pues el adulto teme mencionarlos por temor a ser considerados inútiles; la enfermera debe obtener una información válida y fiable relativa a la capacidad funcional del paciente. Debe realizar una entrevista que comprenda la evaluación de cada persona en busca de factores de riesgo, una exploración física evaluando el sistema músculo esquelético anotando cualquier anomalía o hallazgo, una vez valorado esto se debe valorar el grado de movilidad del paciente comparando ambos lados del cuerpo.

Como consecuencia del gran número de factores responsables de los problemas de movilidad, la enfermera dispone de un gran número de posibilidades de intervención. Siendo el cuidado propio del adulto el principal objetivo de Enfermería. Siendo de gran importancia la colaboración de otras áreas como el de terapeutas ocupacionales para que evalúe su entorno y sistema de apoyo determinando así un plan de ayuda para mantener la máxima independencia del adulto.<sup>13</sup>

Enfermería ha desarrollado un sin número de funciones entre las cuales destacan:

---

<sup>12</sup> R. Rodríguez, J. Morales, J. Encinas, Z. Trujillo, CO: Hiver, “Geriatría” primera edición, Mc.Graw Hill Interamericana, Mexico, Pág. 8-13

<sup>13</sup> A.S. Stasb L.C. Hodges, “Enfermería gerontológica” editorial Mc.Graw-Hill interamericana, impresa en Mexico 1988, pp3-61,329-352.

**Función asistencial.**- Consiste en ayudar al anciano sano o enfermo a conservar o recuperar la salud para que pueda llevar a cabo las tareas que le permitan el mayor grado de independencia posible. Para conseguirlo enfermería abordará de forma sistemática las etapas siguientes

- ✘ Estudiar la situación salud-enfermedad del anciano y recopilar información.
- ✘ Analizar e interpretar datos.
- ✘ Emitir un juicio/diagnóstico de enfermería.
- ✘ Planificar los cuidados priorizando según las necesidades.
- ✘ Evaluar los resultados.
- ✘ Vigilar el estado de salud de forma periódica.

**Función social.**- la estadística sanitaria nos indica que nuestra sociedad va envejeciendo y sin embargo los recursos sociales siguen gestionados por la población activa. La función social de enfermería hay que entenderla como enlace entre los ancianos y el resto de la población. Por su proximidad al anciano enfermería puede:

- Informar sobre la realidad social del anciano (deficiencias, abandonos, malos tratos).
- Identificar los problemas sociales y culturales relacionados con la salud (económicos, vivienda, transporte, etc.).
- Conocer las políticas, asociaciones, iniciativas no gubernamentales que favorezcan a la población anciana.
- Orientar sobre las ayudas y los recursos sociales.
- Participar en órganos de decisión para crear alternativas que consigan mayor equidad.

**Función gestora-administrativa.**- los recursos tanto humanos como físicos son siempre limitados, luego es importante cuidarlos, aprovecharlos y sacar el mayor rendimiento de ellos. Enfermería también tiene su función gestora:

- ✘ Organizar el trabajo.
- ✘ Velar por la calidad asistencial.
- ✘ Garantizar la continuidad en la asistencia al anciano.
- ✘ Ayudar a definir protocolos.
- ✘ Racionalizar y contener los costes.
- ✘ Impulsar reformas.
- ✘ Definir normas de calidad.

- ✘ Cooperar en los sistemas de evaluación y autoevaluación.

**Función docente.**-el saber, los conocimientos, la práctica y las habilidades, es algo que se debe transmitir para avanzar y mejorar la calidad asistencial.

- la población anciana (individual o en grupo) teniendo en cuenta sus valores culturales, niveles de conocimiento y formación para desde ese conocimiento promover estilos de vida, desarrollar programas de salud y facilitar cambios de aptitudes.

**Función investigadora-formativa.**-hay que ser reflexivo y estar abierto a la innovación, ya que de esta forma se podrán aportar nuevas ideas y facilitar cambios profesionales que mejoren los cuidados de enfermería. Los distintos ámbitos en los que la población anciana permanecerá de forma permanente o provisional a lo largo de su senectud son el domicilio familiar, las residencias de ancianos, los hospitales de día, los hospitales generales y/o geriátricos, etc. Pero la gran mayoría de los ancianos, en cuanto a necesidades sanitarias, van a depender de los equipos de atención primaria. El primer contacto de enfermería con los ancianos será a través de los centros de salud y por tanto las actividades que enfermería desarrolla en este nivel asistencial serán de gran trascendencia.<sup>14</sup>

## ***2.11 Las Naciones Unidas Llevo A Cabo Una Asamblea Internacional Sobre Envejecimiento***

En la Primera Asamblea Internacional de las Naciones Unidas sobre Envejecimiento en el año 1982, los problemas de los derechos humanos recibieron cierta consideración, y en el año 2000, Mary Robinsón, Comisionaría de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas, enfatizó la importancia de proteger los derechos humanos del adulto mayor. Sin embargo, ningún documento de las Naciones Unidas ha identificado ni especificado jamás lo que son estos derechos y el por qué de su importancia.

De acuerdo con la División de Población de la Organización de las Naciones Unidas, el número de adultos mayores (personas de 65 años y más) aumentó alrededor de 2.7 veces en los últimos 50 años (de 64 a 171 millones de personas) y su proporción con respecto a la población total casi se duplicó (de 7.9 a 14.4 por ciento). La dinámica del envejecimiento se acelerará en las próximas décadas y provocará que, al llegar al año 2050, los adultos mayores constituyan poco más de la cuarta parte de los residentes del mundo.

---

<sup>14</sup> Programa teórico de Enfermería geriátrica, Temario asignatura enfermería geriátrica  
 .Web.usa.es/~cardoso/temario.htm18/03/07

En México, el número de ciudadanos mayores de 60 años se incrementó de 5.7 millones que había en 1995 a 6.8 millones en el año 2000; se calcula que para el 2010 se incremente a 9.8 millones, que significa pasar del 6.2 al 8.8 % respecto de la población total nacional en un periodo de 15 años. En la ciudad de México habitan aproximadamente 800 mil personas mayores de 70 años, lo que obliga a construir políticas sociales y económicas que satisfagan, en primer lugar, las necesidades básicas físicas y emocionales de los ancianos y ancianas, pero que además les permitan su desarrollo personal, legitimar su rol social, y, tener acceso al conocimiento, el empleo, la recreación y el descanso de manera digna.

La Asamblea General de las Naciones Unidas designó, desde 1990, el 1 de octubre como Día Internacional de las Personas de Edad.<sup>15,16</sup>

La población está experimentando profundas transformaciones en América latina y el Caribe que afectan su crecimiento y su estructura por edades. La menor mortalidad en la infancia, los nuevos patrones de causa de muerte, la mayor esperanza de vida al nacer, el aumento del uso de métodos anticonceptivos modernos y la creciente relevancia de las migraciones, entre otros factores son los responsables de estas transformaciones. Los cambios no han ocurrido en forma homogénea. Existe diversidad de comportamientos entre los países de la región y al interior de éstos, según áreas geográficas y grupos socioeconómicos y étnicos. La tendencia es clara: el crecimiento disminuye y la población envejece. Cada vez con menos niños y más adultos mayores, la región clama un abordaje oportuno del cambio demográfico, especialmente en lo que se refiere a readecuar los recursos para responder a la nueva pirámide de edades, considerando los índices de pobreza y la baja cobertura de seguridad social.<sup>17</sup> [Ver anexo 4](#)

## **2.12 Leyes, Decretos Y Normas De Protección Del Adulto Mayor En Nuestro País.**

*Ley de derechos de las Personas Adultas Mayores, Decreto Legislativo del 21 de junio de 2002* establece la Política Pública Nacional sobre adultos mayores y dispone que la Federación, las entidades federativas y los municipios ejercerán sus atribuciones en la formulación y ejecución de las políticas públicas para las personas adultas mayores, de conformidad con la concurrencia prevista en esta Ley y en otros ordenamientos legales. Se crea, por Decreto de la Secretaría de

---

<sup>15</sup> [www.Derechos del adulto paciente, in ternational logevity center - usa, La Declaración de Derechos Humanos del Adulto Mayor, pdf, 090307](http://www.Derechos del adulto paciente, in ternational logevity center - usa, La Declaración de Derechos Humanos del Adulto Mayor, pdf, 090307)

<sup>16</sup> [www.Derechos del adulto paciente, in ternational logevity center - usa, La Declaración de Derechos Humanos del Adulto Mayor, pdf, 090307](http://www.Derechos del adulto paciente, in ternational logevity center - usa, La Declaración de Derechos Humanos del Adulto Mayor, pdf, 090307)

<sup>17</sup> <http://www.cepal.org/celade/dinamica> demográfica en América latina n°1 2005.pdf.

Desarrollo Social y adscrito a esta, el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPLEN). Compete a esta institución denunciar ante las autoridades correspondientes las anomalías que se detecten durante las visitas realizadas a instituciones, casas hogares, albergues, residencias de día o cualquier otro centro de atención a adultos, y llevar un registro de las instituciones públicas y privadas dedicadas a atender a los adultos mayores en cada una de las entidades federativas, así como en el Distrito Federal. Existen también instituciones públicas y privadas para personas de la tercera edad. La *Norma Oficial Mexicana NOM-167-SSA1 No. 157*, sobre la Prestación de Servicios de Asistencia Social para Menores y Adultos Mayores establece algunos parámetros arquitectónicos al referirse a la prestación de servicios de asistencia social en casas hogar y albergues para adultos mayores. No se encontraron normas relativas a la autorización para funcionar y características de albergues y hogares para adultos mayores.

En 1999, la Secretaría de Salud, integró el Comité Nacional de Atención al Envejecimiento (CONAEN) como un mecanismo interinstitucional para abordar de una manera integral y con criterios comunes la problemática de los adultos mayores en todo el país

### **Plan nacional de desarrollo (programa nacional de salud) 2001-2006**

La salud del adulto representa un gran reto para el servicio de salud debido a que este utiliza 4 veces más el servicio de salud que la demás población por lo que le cuesta más al país; el porcentaje de adultos mayores pasó de un 8.3 % en 1993 a 12% en 1999 y en el último año el 10.3 % de esta población se hospitalizó en contraste con un 4.6% de la población de 15-64 años, siendo una de las principales causas de hospitalización la neumonía y las complicaciones de aterosclerosis: poco se sabe sobre la magnitud de otras afecciones comunes, debido a las insuficiencias en el diagnóstico así como la falta de un adecuado sistema de registro de los padecimientos que no son causa de muerte pero sí de discapacidad.

La transición de un predominio de los padecimientos infecciosos y las enfermedades de la nutrición y la reproducción al predominio de las lesiones y las condiciones críticas, obligará al sistema de salud a modificar sus prioridades. Las acciones deberán dirigirse a modificar la incidencia y prevalencia de las enfermedades, no transmisibles y en particular sus consecuencias no letales que ponen en riesgo la autonomía e independencia de las personas.

El déficit financiero de las instituciones de seguridad, dificulta y limita la oferta de prestación social; además un 45 % de la población adulta mayor no tiene acceso a los beneficios de la seguridad social, particularmente en el medio rural, por lo que la responsabilidad seguirá recayendo en la familia y por lo tanto en las mujeres.

Se ha demostrado que la vejez tiene una gran plasticidad y es posible llegar a edades avanzadas en un estado saludable a través de acciones de promoción de salud y prevención de las discapacidades por lo que es ahí donde se deben enfocar las acciones e intervenciones.<sup>18</sup>

## **PROGRAMA DE ACCION ATENCION AL ENVEJECIMIENTO 2001-2006**

De acuerdo con los criterios de las Naciones Unidas, una población puede considerarse envejecida, si más del 5% de sus miembros tienen más de 65 años, o si más del 10% tiene 60 años o más.

- Ψ **Dimensiones del envejecimiento.-** Los países desarrollados envejecieron gradualmente durante todo un siglo; los países en desarrollo envejecerán en menos de 30 años; El mundo desarrollado era rico cuando envejeció, los países de América Latina y el Caribe envejecerán siendo aún pobres.
- Ψ .- El proceso de envejecimiento, acentúa las diferencias entre los individuos; en América Latina y el Caribe también acentúa las inequidades socioeconómicas y de género presentes.

### **Programa atención al envejecimiento 2007-2012**

El proceso de envejecimiento demográfico en México no es reversible, pues los adultos mayores de mañana ya nacieron. Las generaciones más numerosas, las nacidas entre 1960 y 1980, ingresarán al grupo de >60 años a partir de 2020 y se verá reflejado en el aumento de las proporciones de los adultos mayores en las próximas décadas. En 2000 la proporción fue del 7.0 por ciento en adultos mayores. Se estima que se incremente a 12.5 por ciento en 2020 y a 28.0 en 2050. Con base en el conocimiento actual, hoy sabemos que modificando algunos factores de riesgo es probable evitar o limitar daños a la salud, para ello es necesario actualizar a los prestadores de salud en la identificación de estos y realizar las medidas pertinentes para modificarlos, involucrando a la población en el auto-cuidado de su salud, a fin de aprovechar al máximo la prolongación de los años de vida con la menor discapacidad posible.

Si se alienta y se permite la participación de las personas de edad, si se aprovecha su enorme potencial de recursos, el problema de una población envejecida puede transformarse en las ventajas de una población madura.

Para lograr el objetivo de un envejecimiento activo se necesitarán medidas en diversos sectores, además del sanitario y el social, como la educación, el empleo y el trabajo, la economía, la seguridad social, la vivienda, el transporte, la justicia y el desarrollo rural y urbano. Aunque está claro que el sector de la salud no tiene

<sup>18</sup>[http://www.plannacionaldesarrollo/programanacionaldesalud2001-2006/envejecimiento\\_y\\_salud.pdf](http://www.plannacionaldesarrollo/programanacionaldesalud2001-2006/envejecimiento_y_salud.pdf)[citado15/05/07]

responsabilidad directa en las políticas de todos los demás sectores, éstas pertenecen en el más amplio sentido al ámbito de la salud pública porque apoyan los objetivos de mejorar la salud a través de la acción intersectorial. Este tipo de enfoque destaca la importancia de los numerosos y diferentes socios de la salud pública y refuerza el papel del sector de la salud como catalizador para la acción (Yach, 1996)<sup>1</sup>

### **Actividades básicas para la prevención y el cuidado de las enfermedades del Envejecimiento 2007-2012**

Realizar las acciones de la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud en los Adultos Mayores (> de 60 años). El establecer los criterios en las acciones obtenidas de la participación y coordinación de las instancias implicadas en materia de salud, en donde se sustente la Universalidad de la atención médica e integral en la población de > a 60 años sin distinción socioeconómica, religiosa, étnica, política, preferencia sexual, etc. Mismas acciones que se verán enfatizadas en las Campañas Nacionales para Gente Grande y en vacunación. [Ver anexo 7](#)

En la actualidad existe un programa de vacunación especial para el adulto mayor el cual tiene como fundamento la atención preventiva de las enfermedades más prioritarias

#### **Vacuna Neumocócica:**

Ψ Del 21 de Octubre al 15 de Diciembre

Ψ Inicia con la apertura de la SEMANA DE SALUD PARA GENTE GRANDE

#### **Indicaciones**

- 1.-Personas de 65 años de edad o más
- 2.-Individuos con depresión inmunológica: Síndrome nefrótico, infección por VIH asintomática y sintomática, inmunodeficiencias primarias de tipo humoral o combinadas, alcoholismo crónico, enfermedades malignas, transplantes de órganos
- 3.-Individuos con enfermedades crónicas: pulmonar o cardiovascular, insuficiencia renal crónica o síndrome nefrótico, diabetes mellitus, cirrosis hepática, enfermedades del colágeno

#### **Revacunación**

Como norma general está contraindicada, salvo en casos individualizados: personas con muy alto riesgo de enfermedad neumocócica grave. Portadores de

asplenia anatómica o funcional, síndrome nefrótico, inmunodeficiencias congénitas o adquiridas (VIH SIDA, leucemia, linfoma, enfermedad de Hodgkin, mieloma múltiple, enfermedad renal crónica, uso de corticosteroide o terapia inmunosupresora, trasplante de órgano o médula ósea)

### **Vacuna Antiinfluenza:**

Ψ Del 15 de Octubre al 15 de Diciembre

Ψ Se fortalece en la SEMANA DE SALUD PARA GENTE GRANDE

### **Indicaciones**

- 1.-Personas de 65 años de edad o más
- 2.-Individuos con depresión inmunológica: Síndrome nefrótico, infección por VIH asintomática y sintomática, inmunodeficiencias primarias de tipo humoral o combinadas, alcoholismo crónico, enfermedades malignas, trasplantes de órganos
- 3.-Individuos con enfermedades crónicas: pulmonar o cardiovascular, insuficiencia renal crónica o síndrome nefrótico, diabetes mellitus, cirrosis hepática, enfermedades del colágeno

Una dosis de refuerzo 5 años después de la vacunación inicial En los adultos sanos solo se recomienda para aquellos que fueron vacunados antes de los 65 años de edad Una sola dosis, 5 años después de la dosis inicial. [Ver anexo 8](#)

## **2.13 Situación en Mexico**

En México, de acuerdo con el INEGI, la población total en el Distrito Federal es aproximadamente de 8 millones 550 mil 170, de los cuales 4 millones 55 mil 829 son hombres y 4 millones 494 mil 341 son mujeres. De este número total, los adultos mayores (de 60 años o más) corresponden a 738 mil 336; 306 mil 150 son hombres y 432 mil 186 mujeres por otro lado, datos más descriptivos nos indican que viven 19 mil personas centenarias, 11 mil son mujeres y 7 mil hombres. Esto significa que 2 de cada 10 mil mexicanos son centenarios.

A diferencia de tiempos pasados, el progreso científico y tecnológico de hoy plantea la posibilidad de que la longevidad, lejos de sufrir un retroceso, experimente en un futuro más o menos próximo un nuevo e inédito salto hacia delante. Analicemos nuestro punto de vista. De acuerdo a algunos autores, el

envejecimiento es un proceso progresivo de desadaptación del individuo al medio que lo rodea, que termina con la muerte (Brocklehurst).

Todas las poblaciones humanas están sometidas a crecer y envejecer. entre estos dos extremos existe el equilibrio demográfico condicionado fuertemente por el desarrollo económico-social del país: un cierto crecimiento demográfico y de recursos con un cierto envejecimiento; según investigaciones hechas por la OPS y la OMS en 1990; la población, mayor de 60 años y mas produjo mas egresos hospitalarios y demando mas consulta q otro grupo de edad .

El Consejo Nacional de Población (CONAPO) dio a conocer que entre el año 2000 y 2006, la población de adultos mayores en México, creció en 1.5 millones de personas, al pasar de 6.7 a 8.2 millones, un incremento aproximado del 20%. También se describe que el 58% de los adultos mayores, vive en localidades urbanas (más de 15 mil habitantes) y 42% restante en áreas no urbanas; sin embargo, es importante señalar que la estructura por edad de la población de las áreas rurales (menos de 2 mil 500 habitantes) y mixtas (entre 2 mil 500 y 15 mil) están más envejecidas. En las ciudades del país, los adultos mayores representan alrededor del 7% de la población, mientras que en las localidades no urbanas son el 8%.9

## **2.14 Situación En Michoacán**

Hay una relación entre función y enfermedad. Así podemos ver que la fragilidad en el mayor es la disminución de la capacidad de reserva fisiológica, asociada a un aumento de la susceptibilidad a la incapacidad. El 90 por ciento de los mayores de 75-84 años son independientes en las actividades esenciales de autocuidado. Sin embargo, el 46 por ciento de los mayores de 84 años necesitan ayuda.

En los últimos seis años, los adultos mayores pasaron de 5.5 a 8.5 millones, así al término de los próximos 15 años sumarán 15 millones de personas mayores de 60 años ,durante la presente administración el número de centros gerontológicos pasó de 5 a 281 en todo el país, Ante más de 2 mil 500 personas de la tercera edad, procedentes de los 32 estados del país, el funcionario del DIF Nacional afirmó que en algunas entidades como Zacatecas, Durango, Jalisco, **Michoacán**, Quintana Roo y Yucatán, un considerable número de sus poblaciones están integradas en su mayoría, por adultos mayores de 60 años y agregó que cada día 799 mexicanos en promedio cumplen 70 años de edad; así mismo la directora general del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), Ana Rosa Payán Cervera, Pérez López explicó que en la presente administración se ha hecho un gran esfuerzo por sensibilizar a las familias para que a los adultos mayores se les tenga en un lugar digno y adecuado a sus condiciones físicas y de salud.

Ante esta situación, el Sistema Nacional DIF y los sistemas estatales y municipales incrementaron los centros de atención para los adultos mayores al pasar de 5 espacios en el año 2000 a 281 estancias de día o también llamadas guarderías de día para adultos, donde se desarrollan proyectos productivos o talleres de artesanías y manualidades, granjas avícolas, proyectos acuícolas, establecimientos para la crianza y comercialización de conejos, así como espacios para la producción de especies menores.

“la familia es la gran trasmisora de costumbres, valores y tradiciones y en ella el adulto mayor es quien resguarda la historia familiar y comunitaria como patrimonio y legado para quienes vamos detrás.”<sup>5</sup>

De acuerdo con los resultados definitivos del II Censo de Población y Vivienda 2005, al 17 de octubre pasado residían en Michoacán de Ocampo un total de 3 966 073 personas, de las cuales 52% son mujeres y 48% son hombres

Ψ Continúa mostrándose en la entidad un paulatino proceso de envejecimiento de la población, que se manifiesta por la mayor presencia de población de la tercera edad; en efecto, no obstante que el tamaño de la población en su conjunto decrece, el que corresponde al sector de 60 años y más se incrementó en poco más de 46 mil personas, aumentando su peso relativo del 8.2% en el año 2000 al 9.4% en la actualidad.

Ψ La población de la entidad no se distribuye de manera uniforme en el territorio, sino que muestra cada vez mayor tendencia a concentrarse en los municipios en donde se asientan las principales localidades urbanas. De esta forma, los tres municipios más poblados continúan siendo: Morelia, Uruapan y Zamora, que sirven de asiento a 1 millón 134 mil personas, que representa el 28.6% del total de la entidad. La capital del Estado crece a una tasa media anual del 1.7 por ciento, y la población de los otros dos municipios se incrementa 0.9 por ciento anual.<sup>19</sup>

## **2.15 Leyes, Normas Y Decretos Sobre Los Adultos Mayores De 60 Años**

En Referencia A La Norma Oficial Mexicana NOM-167-SSA1-1997, Para La Prestación De Servicios De Asistencia Social Para Menores Y Adultos Mayores.

En nuestro país la Asistencia Social es una expresión de solidaridad humana que se manifiesta en la familia, en la sociedad y en el ámbito del Estado, cuyas acciones se han caracterizado por la operación de programas circunstanciales que limitan el desarrollo de la asistencia social, amén que el retardo en la solución a los problemas más urgentes y el surgimiento de nuevas necesidades incrementan los rezagos, principalmente en los sectores más pobres de la sociedad, en los

---

<sup>19</sup> <http://www.inegi.com>[citado15/05/07]

grupos más vulnerables como son los menores y adultos mayores en condición de orfandad, abandono, rechazo social y maltrato físico y mental.

En respuesta a lo anterior, es necesario estimular y fortalecer las acciones de asistencia social que realizan los integrantes del Sistema Nacional de Salud de conformidad con lo que disponen las leyes respectivas, no sólo en el control y supervisión del uso de los recursos y aspectos administrativos, sino principalmente en la calidad de la atención, a fin de asegurar mayor coherencia entre instrumentos y objetivos, para alcanzar una operación integral más eficaz, una gestión más eficiente y la contribución hacia una sociedad más justa y democrática.

La presente Norma Oficial Mexicana establece mecanismos básicos que faciliten y alienten la instrumentación de acciones en favor de los menores y adultos mayores sujetos a asistencia social, tomando en cuenta la condición específica de cada entidad federativa. Tiene por objeto establecer los procedimientos para uniformar principios, criterios, políticas y estrategias en la prestación de servicios y desarrollo de actividades en materia de asistencia social a menores y adultos mayores.

Esta Norma Oficial Mexicana es aplicable a todas las dependencias y entidades de la administración pública, tanto federal como local y las personas físicas o morales de los sectores social y privado que conforman el Sistema Nacional de Salud. [Ver anexo 5](#)

**La mención referente al anciano es en cuanto a la asistencia social en casa hogar y se menciona en el capítulo 8.**

## **8. Prestación de servicios de asistencia social en casa hogar y albergues para adultos mayores**

La prestación de servicios en casa hogar y albergues para adultos mayores debe incluir:

**8.1 Alojamiento** mediante infraestructura e instalaciones planeadas y diseñadas con los espacios requeridos por los adultos mayores, para que lleven una vida digna, segura y productiva.

**8.1.1** Las casas hogar y albergues para adultos mayores comprenderán las siguientes áreas:

**8.1.1.1** Atención a la Salud: consultorios, y sala de observación.

**8.1.1.2** Recreación y Adiestramiento: talleres, servicios religiosos, salón de usos múltiples, sala de TV., en su caso, sala de exposición y venta de artículos.

**8.1.1.3** Dormitorios: podrá tener cuartos individuales, grupales no mayor de seis camas y matrimoniales.

**8.1.1.4** Sanitarios Hombres y Mujeres: WC, lavabos, mingitorios y regaderas.

Ajustar las áreas con el mobiliario y equipo específico.

**8.1.2** Se debe considerar:

Atención de quejas y sugerencias de usuarios y familiares, con garantía de que sean tomadas en cuenta para su solución, vigilancia y seguimiento; Promoción de la participación de la familia y la comunidad en el proceso de atención de los usuarios.

**8.1.3** Para la distribución de los espacios en la vivienda se deben analizar los diferentes movimientos de personal, usuario, público, interrelación de áreas para facilitar el desplazamiento autosuficiente del adulto mayor.

**8.1.4** En plazas de acceso, evitar en lo posible los escalones, utilizar materiales antiderrapantes, y donde hay escaleras utilizar barandales a una altura de 90 cm. con pasamanos tubular redondo de 5 cm. de diámetro y rampas de 1.55 m de ancho con declive no mayor al 6%.

**8.1.5** En áreas comunes de usos múltiples evitar desniveles en el piso y pasillos; colocar pasamanos tubulares de 5 cm. de diámetro en muros a una altura de 75 cm. sobre el nivel de piso terminado.

**8.1.6** Contar con aparatos telefónicos, a la altura y distribuidos de tal forma que los adultos mayores puedan recibir llamadas con la privacidad necesaria.

**8.1.7** En guarniciones y banquetas, se deben prever rampas de desnivel con un ancho mínimo de 1 m y 20% máximo de pendiente.

**8.1.8** En puertas o cancelas con vidrios que limiten diferentes áreas, utilizar elementos como bandas anchas de 20 cm. de color, a una altura de 1.40 m sobre el nivel del piso, que indiquen su presencia.

**8.1.9** Las habitaciones deben tener pasamanos próximos a la cama de cada uno de ellos, así como sistemas de alarma de emergencia contra incendios y médica.

**8.1.10** Los baños tendrán excusados y regaderas con pasamanos tubulares de 5 cm. de diámetro y los lavabos estarán asegurados con ménsulas metálicas.

**8.1.11** Los pisos en baños deben ser uniformes, con material antiderrapante de fácil limpieza, y con iluminación y ventilación natural.

**8.1.12** En caso de personas discapacitadas, se seguirán los criterios señalados en la NOM-001-SSA2-1993, Que Establece los Requisitos Arquitectónicos para Facilitar el Acceso, Tránsito y Permanencia de los Discapacitados a los Establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud.

## **8.2 Alimentación.**

**8.2.1** El usuario tendrá derecho a recibir tres alimentos al día con un intervalo de seis a siete horas entre un alimento y otro.

**8.2.2** La alimentación debe ser de buen sabor y aspecto, en cantidad suficiente para una adecuada nutrición y servida en utensilios decorosos.

## **8.3 Atención médica.**

**8.3.1** Se debe contar con equipo médico indispensable que incluya:

- a) Botiquín de primeros auxilios.
- b) Estetoscopio biauricular.

- c) Esfigmomanómetro.
- d) Estuche de diagnóstico con oftalmoscopio.
- e) Aspirador.

**8.3.2** La atención médica que se proporcione al adulto mayor debe estar sustentada en principios científicos, éticos y sociales; comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, que se llevan a cabo por el médico, la enfermera, gericultista, psicólogo y terapeuta físico - ocupacional.

**8.3.3** Las actividades preventivas comprenderán las acciones siguientes:

**8.3.3.1** Educación y promoción de la salud del adulto mayor.

**8.3.3.2** Fomento de una cultura de dignificación del adulto mayor, que implica la difusión de preceptos gerontológicos que permitan conocer y comprender el proceso de envejecimiento.

**8.3.3.3** Detección oportuna de factores de riesgo y enfermedades, para prevenir secuelas discapacitantes y mantener la funcionalidad y autonomía del individuo, entre las cuales se encuentran:

- a. Hipertensión arterial.
- b. Diabetes mellitus.
- c. Enfermedad del sistema músculo esquelético.
- d. Aterosclerosis.
- e. Malnutrición.
- f. Cáncer.
- g. Otras enfermedades cardiovasculares.
- h. Depresión.
- i. Enfermedades respiratorias.
- j. Enfermedades visuales.
- k. Enfermedades auditivas.
- l. Enfermedades estomatológicas.
- m. Enfermedades dermatológicas.

**8.3.3.4.** Diseñar y aplicar programas orientados a la atención integral del adulto mayor con acciones relativas a:

**8.3.3.4.1** Orientación nutricional.

**8.3.3.4.2** Prevención de enfermedad peridontal.

**8.3.3.4.3** Prevención de alteraciones psicoafectivas.

**8.3.3.4.4** Prevención de caídas y accidentes.

**8.3.3.4.5** Prevención de adicciones.

**8.3.3.4.6** Prevención de hábitos nocivos para la salud.

**8.3.3.4.7** Fomento de la actividad física.

**8.3.3.5** Actividades culturales, recreativas, ocupacionales y productivas.

**8.3.3.6.** Promover la interacción familiar y social mediante el aprovechamiento de sus conocimientos y experiencias.

**8.3.4** Las actividades curativas en los establecimientos de casa hogar y albergues para adultos mayores se llevarán a cabo mediante las siguientes acciones:

**8.3.4.1** Valoración clínica del caso y elaboración de la nota correspondiente.

**8.3.4.2** Apertura del expediente clínico.

**8.3.4.3** Elaboración de la historia clínica.

**8.3.4.4** Estudio psicosocial.

**8.3.4.5** Estudios de laboratorio y gabinete.

**8.3.4.6** Elaboración del diagnóstico, evaluación funcional, pronóstico y tratamiento.

**8.3.4.7** Referencia, en su caso, a una unidad de atención médica para su manejo.

**8.3.4.8** Las señaladas en la Norma Oficial Mexicana correspondiente de acuerdo al padecimiento que se trate.

#### **8.4 Rehabilitación integral.**

**8.4.1** Las actividades de rehabilitación se desarrollarán de acuerdo a las necesidades particulares de los usuarios, con la participación interdisciplinaria de los trabajadores de la salud, la familia y la comunidad en general, en la esfera cognoscitiva, afectiva y psicomotora.

**8.4.2** Para el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de los programas de rehabilitación física, psicológica, ocupacional, de entrenamiento laboral, culturales y recreativas, se incluyen las siguientes actividades:

**8.4.2.1** Coordinación psicomotriz, gruesa y fina.

**8.4.2.2** Prevención y atención de deformidades físicas.

**8.4.2.3** Mantenimiento de la conciencia de su esquema corporal.

**8.4.2.4** Mantenimiento de la conciencia de espacio.

**8.4.2.5** Funcionalidad de sus sentidos.

**8.4.2.6** Elaboración de trabajos manuales.

**8.4.2.7** Actividades sociales.

**8.4.2.8** Actividades de autocuidado.

**8.4.2.9** Actividades ocupacionales y recreativas.

**8.4.2.10** Otras que se señalen en la normatividad aplicable.

**8.5** Las casas hogar y albergues para adultos mayores deben estar vinculadas y promover el desarrollo de programas de la comunidad, para facilitar al usuario su reincorporación a la vida familiar, productiva, laboral y social mediante su atención en los centros de día y casas de bienestar social. Estos centros deberán diseñar, ejecutar, dar seguimiento y evaluar programas que favorezcan la incorporación del adulto mayor a la vida productiva y gozar de los beneficios económicos del producto de su actividad.

## **8.6 Trabajo Social.**

**8.6.1** Las actividades de trabajo social en relación con el adulto mayor son:

**8.6.1.1** Elaborar el estudio socioeconómico de ingreso.

**8.6.1.2** Seguimiento del caso en relación con el núcleo familiar para propiciar su reintegración social.

**8.6.1.3** Apoyar la referencia a unidades de atención médica.

**8.6.1.4** Apoyar trámites legales y administrativos.

**8.6.1.5** Apoyar las actividades recreativas y culturales.

**8.6.1.6** Gestionar descuentos y concesiones.<sup>20</sup>

**El 30 de abril de 2002 se crea la ley de los derechos de las personas adultas mayores, decretado por el congreso general de los estados unidos mexicanos** en cumplimiento de lo dispuesto por la fracción I del Artículo 89 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y para su debida publicación y observancia, expido el presente Decreto en la Residencia del Poder Ejecutivo Federal, en la Ciudad de México, Distrito Federal, a los veintiún días del mes de junio de dos mil dos.- **Vicente Fox Quesada**.- Rúbrica.- El Secretario de Gobernación, **Santiago Creel Miranda**.- Rúbrica. [Ver anexo 6](#)

La cual hace mención en el titulo, segundo capitulo I:

### **Título Segundo De Los Principios Y Los Derechos**

#### **Capítulo**

#### **De Los Principios**

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

- I.** Autonomía y autorrealización. Todas las acciones que se realicen en beneficio de las personas adultas mayores orientadas a fortalecer su independencia, su capacidad de decisión y su desarrollo personal y comunitario;
- II.** Participación. La inserción de los adultos mayores en todos los órdenes de la vida pública. En los ámbitos de su interés serán consultados y tomados en cuenta; asimismo se promoverá su presencia e intervención;
- III.** Equidad. Es el trato justo y proporcional en las condiciones de acceso y disfrute de los satisfactores necesarios para el bienestar de las personas

---

<sup>20</sup> [http://www.salud.gob.mx/index.html\[normas\]](http://www.salud.gob.mx/index.html[normas])

adultas mayores, sin distinción por sexo, situación económica, identidad étnica, fenotipo, credo, religión o cualquier otra circunstancia.

- IV. Corresponsabilidad. La concurrencia y responsabilidad compartida de los sectores público y social, en especial de las comunidades y familias, para la consecución del objeto de esta Ley.
- V. Atención preferente. Es aquella que obliga a las instituciones federales, estatales y municipales de gobierno, así como a los sectores social y privado a implementar programas acordes a las diferentes etapas, características y circunstancias de las personas adultas mayores.

## **Capítulo**

### De los derechos

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

#### **I. De la integridad, dignidad y preferencia:**

- a. A una vida con calidad. Es obligación de las Instituciones Públicas, de la comunidad, de la familia y la sociedad, garantizarles el acceso a los programas que tengan por objeto posibilitar el ejercicio de este derecho.
- b. Al disfrute pleno, sin discriminación ni distinción alguna, de los derechos que ésta y otras leyes consagran.
- c. A una vida libre sin violencia.
- d. Al respeto a su integridad física, psicoemocional y sexual.
- e. A la protección contra toda forma de explotación.
- f. A recibir protección por parte de la comunidad, la familia y la sociedad, así como de las instituciones federales, estatales y municipales.
- g. A vivir en entornos seguros dignos y decorosos, que cumplan con sus necesidades y requerimientos y en donde ejerzan libremente sus derechos.

#### **II. De la certeza jurídica:**

- a. A recibir un trato digno y apropiado en cualquier procedimiento judicial que los involucre, ya sea en calidad de agraviados, indiciados o sentenciados.
- b. A recibir el apoyo de las instituciones federales, estatales y municipales en el ejercicio y respeto de sus derechos.
- c. A recibir asesoría jurídica en forma gratuita en los procedimientos administrativos o judiciales en que sea parte y contar con un representante legal cuando lo considere necesario.

d. En los procedimientos que señala el párrafo anterior, se deberá tener atención preferente en la protección de su patrimonio personal y familiar y cuando sea el caso, testar sin presiones ni violencia.

### **III. De la salud, la alimentación y la familia:**

a. A tener acceso a los satisfactores necesarios, considerando alimentos, bienes, servicios y condiciones humanas o materiales para su atención integral.

b. A tener acceso preferente a los servicios de salud, de conformidad con el párrafo tercero del artículo 4o. Constitucional y en los términos que señala el artículo 18 de esta Ley, con el objeto de que gocen cabalmente del derecho a su sexualidad, bienestar físico, mental y psicoemocional.

c. A recibir orientación y capacitación en materia de salud, nutrición e higiene, así como a todo aquello que favorezca su cuidado personal.

Las familias tendrán derecho a recibir el apoyo subsidiario de las instituciones públicas para el cuidado y atención de las personas adultas mayores.

### **IV. De la educación:**

a. A recibir de manera preferente el derecho a la educación que señala el artículo 3o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, de conformidad con el artículo 17 de esta Ley.

b. Las instituciones educativas, públicas y privadas, deberán incluir en sus planes y programas los conocimientos relacionados con las personas adultas mayores; asimismo los libros de texto gratuitos y todo material educativo autorizado y supervisado por la Secretaría de Educación Pública, incorporarán información actualizada sobre el tema del envejecimiento y los adultos mayores.

### **V. Del trabajo:**

A gozar de igualdad de oportunidades en el acceso al trabajo o de otras opciones que les permitan un ingreso propio y desempeñarse en forma productiva tanto tiempo como lo deseen, así como a recibir protección de las disposiciones de la Ley Federal del Trabajo y de otros ordenamientos de carácter laboral.

### **VI. De la asistencia social:**

a. A ser sujetos de programas de asistencia social en caso de desempleo, discapacidad o pérdida de sus medios de subsistencia.

b. A ser sujetos de programas para contar con una vivienda digna y adaptada a sus necesidades.

c. A ser sujetos de programas para tener acceso a una casa hogar o albergue, u otras alternativas de atención integral, si se encuentran en situación de riesgo o desamparo.

**VII. De la participación:**

- a. A participar en la planeación integral del desarrollo social, a través de la formulación y aplicación de las decisiones que afecten directamente a su bienestar, barrio, calle, colonia, delegación o municipio.
- b. De asociarse y conformar organizaciones de personas adultas mayores para promover su desarrollo e incidir en las acciones dirigidas a este sector.
- c. A participar en los procesos productivos, de educación y capacitación de su comunidad.
- d. A participar en la vida cultural, deportiva y recreativa de su comunidad.
- e. A formar parte de los diversos órganos de representación y consulta ciudadana.

**VIII. De la denuncia popular:**

Toda persona, grupo social, organizaciones no gubernamentales, asociaciones o sociedades, podrán denunciar ante los órganos competentes, todo hecho, acto u omisión que produzca o pueda producir daño o afectación a los derechos y garantías que establece la presente Ley, o que contravenga cualquier otra de sus disposiciones o de los demás ordenamientos que regulen materias relacionadas con las personas adultas mayores.

**Título Tercero De Los Deberes Del Estado, La Sociedad Y La Familia****Capítulo único**

**Artículo 6o.** El Estado garantizará las condiciones óptimas de salud, educación, nutrición, vivienda, desarrollo integral y seguridad social a las personas adultas mayores. Asimismo, deberá establecer programas para asegurar a todos los trabajadores una preparación adecuada para su retiro. Igualmente proporcionará:

- I. Atención preferencial
- II. Información
- III. Registro:

**Artículo 7o.** El Estado promoverá la publicación y difusión de esta Ley para que la sociedad y las familias respeten a las personas adultas mayores e invariablemente otorguen el reconocimiento a su dignidad.

**Artículo 8o.** Ninguna persona adulta mayor podrá ser socialmente marginada o discriminada en ningún espacio público o privado por razón de su edad, género, estado físico, creencia religiosa o condición social.

**Artículo 9o.** La familia de la persona adulta mayor deberá cumplir su función social; por tanto, de manera constante y permanente deberá velar por cada una de las personas adultas mayores que formen parte de ella, siendo responsable de

proporcionar los satisfactores necesarios para su atención y desarrollo integral y tendrá las siguientes obligaciones para con ellos:

- I. Otorgar alimentos de conformidad con lo establecido en el Código Civil;
- II. Fomentar la convivencia familiar cotidiana, donde la persona adulta mayor participe activamente, y promover al mismo tiempo los valores que incidan en sus necesidades afectivas, de protección y de apoyo;
- III. Evitar que alguno de sus integrantes cometa cualquier acto de discriminación, abuso, explotación, aislamiento, violencia y actos jurídicos que pongan en riesgo su persona, bienes y derechos.

**En lo referente a las instituciones publicas de salud.**

**Artículo 18.** Corresponde a las Instituciones Públicas del Sector Salud, garantizar a los adultos mayores:

1. El derecho a la prestación de servicios públicos de salud integrales y de calidad, en todas las actividades de atención médica, de conformidad con lo establecido en el artículo 33 de la Ley General de Salud;
2. Especial atención deberán recibir los programas de detección oportuna y tratamiento temprano de enfermedades crónicas y neoplasias entre las personas adultas mayores, así como de atención y asistencia a quienes sufren de discapacidades funcionales. Asimismo, los programas de salud dirigidos a atender las necesidades de las personas en las diferentes etapas del ciclo de vida incorporarán medidas de prevención y promoción de la salud a fin de contribuir a prevenir discapacidades y favorecer un envejecimiento saludable;
3. El acceso a la atención médica a las personas adultas mayores en las clínicas, Centros de Salud y hospitales, con el establecimiento de áreas geriátricas en las unidades médicas de segundo y tercer nivel públicos y privados. Las especialidades médicas encargadas de la atención de la salud de las personas adultas mayores, son la Geriátrica y la Gerontología;
4. Una cartilla médica de salud ([ANEXO 8](#)) y autocuidado, misma que será utilizada indistintamente en las instituciones públicas y privadas; en la cual se especificará el estado general de salud, enfermedades crónicas, tipo de sangre, medicamentos y dosis administradas, reacciones e implementos para ingerirlos, alimentación o tipo de dieta suministrada, consultas médicas y asistencias a grupos de autocuidado;
5. Mecanismos de coordinación interinstitucional para proporcionar medicamentos, previo estudio socioeconómico para su distribución sin costo alguno;
6. Cursos de capacitación orientados a promover el autocuidado de la salud para que las personas adultas mayores sean más independientes;

7. El apoyo a las unidades médicas y organizaciones civiles dedicadas a la atención de la salud física y/o mental de la población senecta;
8. Convenios con universidades públicas y privadas para recibir prestadores de servicio social en las áreas de trabajo social, psicología, medicina, odontología y enfermería para que apoyen las acciones institucionales en la atención de las personas adultas mayores en las unidades geriátricas y/o domicilio.
9. Gestiones para apoyar y proteger a los grupos de adultos mayores en situación de vulnerabilidad social o familiar.
10. Los cuidados proporcionados a las personas adultas mayores por la familia, por los responsables de su atención y cuidado, o en su caso por las instituciones públicas o privadas que tengan a su cargo a estas personas, comprenderán los siguientes aspectos:
  - a. Las personas adultas mayores tendrán el derecho de ser examinados cuando menos una vez al año, para el mantenimiento de su salud y recibir los tratamientos que requieran en caso de enfermedad.
  - b. Serán sujetos de la confidencialidad y participarán en las decisiones que sobre su estado de salud se generen.
  - c. Tendrán derecho a una nutrición adecuada y apropiada 9v.: art.en anexo 6

Si bien el estudio de la dependencia, parte del estudio de las enfermedades y deficiencias que presenta la persona, los métodos más utilizados para la medición de ésta, no están unidos a la gravedad de éstas, ni a la medición de parámetros biomédicos, si no que se basan en la capacidad de las personas para realizar diversas actividades cotidianas. En concreto, se liga la dependencia con la necesidad de ser ayudado en la realización de unas poco especificadas AVD (Actividades de la Vida Diaria) que reciben diversos nombres según la escala usada: Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), Actividades Esenciales de la Vida Diaria, Actividades Cotidianas, Actividades más Necesarias de la Vida, Actividades adaptativas, Actividades avanzadas Actividades Domésticas, Actividades Funcionales, Estructurales o Instrumentales de la Vida Diaria.

### 3 INDEPENDENCIA DE KATZ EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

---

La valoración funcional en si misma no es un fin, sino un medio que posibilita el diseño de un tratamiento adecuado e individualizado a cada anciano en concreto.

El índice de Katz, tiene 6 ítems ordenados jerárquicamente según la forma en la que los enfermos pierden y recuperan las capacidades. Los clasifica en grupos de la A la G, desde la máxima independencia hasta la máxima dependencia. Este índice valora la capacidad para realizar el cuidado personal valorando independencia o dependencia en bañarse, vestirse, usar el retrete, trasladarse, mantener la continencia y alimentarse.

#### Índice De Katz

##### 1.-BAÑO.

- ✂ **Independiente:** se baña enteramente solo o necesita ayuda sólo para lavar una zona (como la espalda o una extremidad con minusvalía).
- ✂ **Dependiente:** necesita ayuda para lavar más de una zona del cuerpo, ayuda para entrar o salir de la bañera o no se baña solo

##### 2. VESTIDO.

- ✂ **Independiente:** coge la ropa de los cajones y armarios, se la pone y puede abrocharse (excluye el acto de atarse los zapatos).
- ✂ **Dependiente:** No se viste por sí mismo o permanece parcialmente desvestido.

##### 3.-USO DEL WC.

- ✂ **Independiente:** Va al WC solo, se arregla la ropa y se asea los órganos excretores.
- ✂ **Dependiente:** Precisa ayuda para ir al WC.

##### 4.-MOVILIDAD.

- ✂ **Independiente:** se levanta y se acuesta en la cama por si mismo y puede levantarse y sentarse en la silla por si mismo.
- ✂ **Dependiente:** necesita ayuda para levantarse ó acostarse en la cama y/o silla, no realiza uno o más desplazamientos.

##### 5. CONTINENCIA ESFINTERIANA.

- ✂ **Independiente:** Control completo de micción y defecación.
- ✂ **Dependiente:** incontinencia parcial o total de la micción y/o defecación.

## 6. ALIMENTACIÓN.

- ✂ **Independiente:** Lleva el alimento a la boca desde el plato equivalente. Excluye cortar la carne.
- ✂ **Dependiente:** necesita ayuda para comer, no come en absoluto o requiere alimentación parenteral.

El índice de Katz presenta 8 posibles niveles:

A.- Independiente en todas sus funciones

B.- Independiente en todas las funciones menos en una de ellas

C.- Independiente en todas las funciones menos en el BAÑO y otra cualquiera

D.- Independiente en todas las funciones menos en el BAÑO, VESTIDO y otra cualquiera

E.- Independiente en todas sus funciones menos en el BAÑO, VESTIDO, USO DEL WC y otra cualquiera

F.- Independiente en todas las funciones menos en el BAÑO, VESTIDO, USO DEL WC, MOVILIDAD y otra cualquiera

G.- Dependiente en todas las funciones

H.- Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificadas como C, D, E o F.<sup>21</sup>

En una investigación realizada sobre nuevas aplicaciones de la valoración funcional en residencias de ancianos López Mogil et al. Vol.2nº2, año 200. Se menciona la eficacia del los índices de valoración funcional entre los que incluye al índice e Katz. Dicho estudio hace referencia a la utilización de ellos en residencias para ancianos siendo estos fundamentales analizar la funcionalidad del anciano así como su evolución. Proporcionándoles así mayor eficacia y calidad en la atención. ´

La valoración integral y multidimensional constituye una etapa fundamental dentro del Proceso asistencial de los pacientes incluidos en un programa de atención domiciliaria. Una buena selección de instrumentos para estimar las necesidades físicas y sociales es esencial para la planificación objetiva de los cuidados que se ofrecen al usuario de este tipo de Programas.

Se ha seleccionado instrumentos básicos que permiten realizar una valoración de pacientes en función del plan de intervención posterior y que incluye la valoración de los siguientes aspectos: problemas de salud, incapacidad física, deterioro cognitivo, factores de riesgo social, condiciones de la vivienda, registro de servicios o recursos de ámbito sanitario o social que utiliza el paciente, lo cual comprende:

- ¥ Valoración Funcional.
- ¥ Valoración Cognitiva.
- ¥ Valoración de la situación Socio-familiar.
- ¥ Valoración de las necesidades de cuidado básicas.

Lo que permite brindar una atención de calidad, según sus necesidades. El Índice de Katz (Actividades de la vida diaria), es un método válido, con una buena reproducibilidad ínter e intraobservador y con una aceptable capacidad predictiva en la exploración de la capacidad funcional. Permite su utilización por diferentes miembros del equipo y explorar de forma estructurada las capacidades del paciente.<sup>22</sup>

En la investigación “dependencia y necesidades de cuidados no cubiertas de las personas mayores de una zona de salud de Zaragoza (\*) Se realizó un estudio transversal en una muestra representativa de la población no institucionalizada mayor de 75 años, en una Zona de Salud de Zaragoza, en el año 1998(n=351). Los datos se cumplimentaron a través de una entrevista directa. Se utilizó el índice de Katz para valorar la capacidad funcional para las actividades del cuidado personal y un cuestionario *ad hoc* para el apoyo informal y el resto de variables .El apoyo

<sup>21</sup> <http://www.geriatrianet.com10/08/06>

<sup>22</sup> [www.intsvalpad01\\_1.doc.valor](http://www.intsvalpad01_1.doc.valor) AD.pdf10/08/06

informal, las características sociodemográficas, auto percepción de salud y depresión (Escala de Depresión de Yesavage) se consideraron como variables independientes. Se aplicó la regresión logística para identificar los factores asociados a la dependencia y necesidades de cuidados no cubiertas. **Resultados:** La prevalencia de dependencia para las actividades del cuidado personal es de 37,3%. Las variables que predicen la dependencia para las actividades del cuidado personal son una mala percepción de salud, depresión establecida, ser mujer y ser mayor de 85 años. La prevalencia de necesidades de apoyo no cubiertas en personas dependientes para las actividades del cuidado personal es de 22,1%. El apoyo informal lo presta la familia. Ser mujer y vivir sola se presenta como un factor de riesgo para no tener las necesidades cubiertas, así como también no estar deprimido.<sup>23</sup> En la investigación realizada en Chile sobre "Adultos mayores funcionales: un nuevo concepto en salud". Se revisa el concepto de funcionalidad en el adulto mayor, dentro de un contexto internacional y nacional, mencionando investigaciones realizadas en el país de Chile y generalidades en relación a instrumentos de evaluación más utilizados, junto al papel del sector salud y en especial de enfermería. Finalmente se propone un programa de actividades destinadas a aumentar la funcionalidad del adulto mayor. En general, las políticas internacionales van orientadas a un cambio en la concepción de la vejez, considerando a ésta como una etapa de vida activa, en la que se puede lograr el máximo de autonomía individual y la posibilidad de la autorrealización (Belenguer, 2000).

Así, la planificación y distribución de los servicios para los ancianos debe dar respuesta a sus necesidades específicas, e idealmente el sistema de servicios debe incluir "servicios para el anciano relativamente sano e independiente, servicios para aquellos que experimentan limitaciones y requieren apoyos, servicios para aquellos cuyas necesidades requieren cuidado institucionalizado" (OPS, 1997). Si se desea aumentar los niveles de funcionalidad del anciano, se debe detectar en forma anticipada aquellas situaciones presentes en el adulto mayor que coloquen en riesgo la manutención de ella, con la ayuda de instrumentos creados específicamente para este fin (Pedraza, 1992a).

Estas medidas deben ser llevadas a cabo por los equipos del nivel primario de atención, es por esta razón que la autoridad de salud debe preocuparse de sensibilizar y mantener programas de actualización destinados a quienes trabajan en este nivel, que es el lugar más indicado para tratar tempranamente las dificultades que aquejan a este grupo etáreo.

El ser humano, como ser social, en todas las etapas de su vida está intercambiando experiencias y conocimientos con su medio, por tanto el aprendizaje no es algo exclusivo de los grupos jóvenes de la población (OPS, 1999). Los adultos mayores de igual forma pueden continuar en este proceso de aprendizaje como educandos, pero la perspectiva desde la cual se les eduque debe ser diferente, esto es, adecuarse a las características personales por las que está atravesando en esta etapa de su vida (Carstensen, 1990). Los programas educativos destinados a

---

<sup>23</sup> Rev. Esp. salud pública. 2002 n°3 [necesidades de los ancianos.pdf.]

potenciar la funcionalidad entre los ancianos deberían contener actividades que les ayuden a fortalecer aquellas potencialidades que han permanecido en desuso (Marin, 1993), entre ellas podemos mencionar la capacidad de crear, relacionarse, comunicar, aprender, autorrealizarse, dar y recibir afecto, preocupación por otros, cultivar la espiritualidad y encontrar el sentido de la vida en esta etapa de su existencia (Selby, 1986).]<sup>24</sup>

## 4 JUSTIFICACIÓN

---

Por el cambio en la pirámide poblacional siendo mayor numero de adultos mayores de 60 años cada día y tomando en cuenta que es un problema social de trascendencia. Mediante esta investigación se pretende que el anciano este informado sobre los cambios a ocurrir durante la vejez y aun mas si se suma alguna enfermedad crónico-degenerativa, promoviendo que el anciano se mantenga activo, integrado en las actividades de la vida diaria de acuerdo a su capacidad, recordando que el individuo se mide socialmente por su funcionalidad.

El presente estudio se ejecuto en la comunidad de san Pedro de los Sauces Municipio de Tarimbaro Michoacán, tomando como población a todos los mayores de 60 años.

Todo esto con la finalidad de conocer las limitantes para lograr la independencia; la edad en que generalmente se pierde, cuales son las enfermedades mas comunes en ciertos rangos de edad en los mayores de 60 años.

Por lo anterior se plantea la siguiente pregunta de investigación

**¿CUAL ES EL INDICE DE INDEPENDENCIA DEL MAYOR DE 60 AÑOS EN LA COMUNIDAD DE SAN PEDRO DE LOS SAUCES MUNICIPIO DE TARIMBARO MICHOACAN, DE AGOSTO DE 2006 A FEBRERO DE 2007?**

---

<sup>24</sup> SANHUEZA PARRA, MARCELA, CASTRO SALAS, MANUEL y MERINO ESCOBAR, JOSÉ M. **ADULTOS MAYORES FUNCIONALES: UN NUEVO CONCEPTO EN SALUD.** . *Cienc. enferm...* [online]. dic. 2005, vol.11, no.2 [citado 22 Agosto 2006], p.17-21. Disponible en la World Wide Web: <[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532005000200004&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532005000200004&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0717-9553.[citado 22/08/06]

## **4 HIPOTESIS**

---

- h La pérdida de independencia de la vida diaria es mayor en el adulto de más de 75 años
  
- h La pérdida de independencia de las actividades diarias es mayor en los adultos con enfermedades crónicas degenerativas
  
- h Se presenta mayor pérdida de independencia en las actividades diarias en hombres que en mujeres

## **5 OBJETIVOS**

---

### **OBJETIVO GENERAL**

Conocer el índice de independencia de Katz de las actividades de la vida diaria de los (las) adultos(as) mayores de 60 años que viven en la comunidad de San Pedro de los Sauces municipio de Tarimbaro Michoacán.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- ✂ Conocer a que edad es más común la pérdida de la independencia de las actividades diarias después de los 60 años.
  
- ✂ Determinar el índice de independencia en el mayor de 60 años por sexo
  
- ✂ Identificar cual actividad de la vida diaria (baño, vestido, uso del wc, movilidad, alimentación, continencia esfinteriana) es la más afectada.
  
- ✂ Identificar que enfermedades crónico-degenerativas son las que mas se relacionan con la actividad afectada del índice de Katz.

## **6 MATERIAL Y METODO**

---

Se utilizó una encuesta que consta de seis factores: baño, vestido, aseo, traslado, continencia y alimentación, Cada uno de estos factores incluye diferentes número de reactivos en pregunta estructurada tipo dicotómica (si; no). Baño y vestido contiene 4 reactivos cada uno; aseo, traslado y alimentación incluyen 3 reactivos, y finalmente continencia que incluye tan sólo 2 reactivos. Dicho instrumento de valoración de Katz consta de un total de 19 reactivos. Además también se requirió edad, sexo y estado civil. [Ver anexo 9](#)

La investigación es retrospectiva .transversal, descriptiva y observacional pues se valora al adulto por sus patologías tiempo de habersele diagnosticado, su estado actual y su funcionalidad básica. Se observa también la necesidad del adulto, su requerimiento y cubrimientos.

### **CRITERIOS DE INCLUSION:**

1. Hombres y mujeres mayores de 60 años que acepten contestar el cuestionario

### **CRITERIOS DE EXCLUSION**

1. Hombres y mujeres mayores de 60 años que no acepten contestar el cuestionario
2. Hombres y mujeres menores de 60 años.

## **7 VARIABLES**

---

### **Variable Independiente:**

El (la) adulto (a) mayor

### **Variable Dependiente:**

Valoración de actividades diarias

- ✘ BAÑO.
- ✘ VESTIDO.
- ✘ USO DEL WC
- ✘ MOVILIDAD
- ✘ ALIMENTACIÓN
- ✘ CONTINENCIA ESFINTERIANA

## **8 TIPO DE INVESTIGACIÓN**

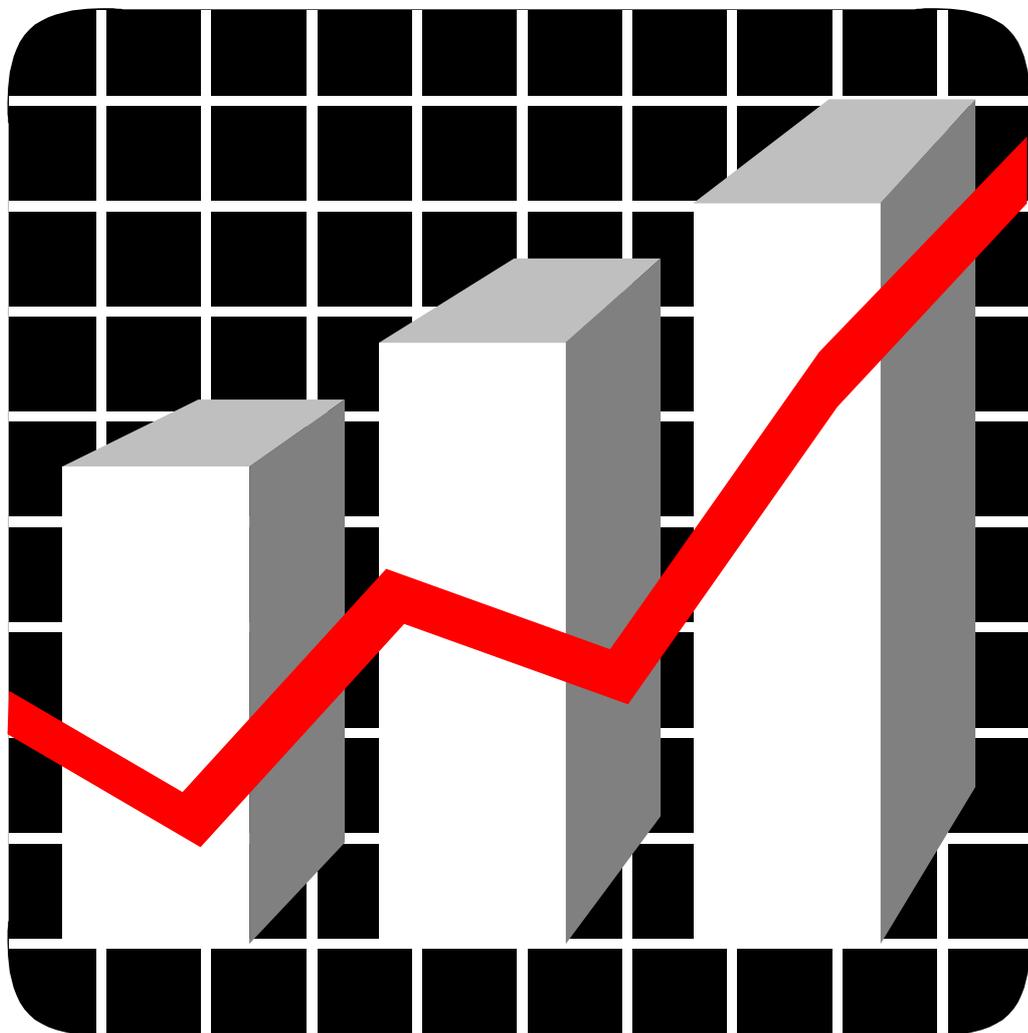
---

Retrospectivo, Transversal, Descriptiva y Observacional

### **ETICA DE ESTUDIO**

Se guardará el anonimato y la confidencialidad de la persona que conteste el cuestionario, así como total respeto a sus respuestas.

# RESULTADOS



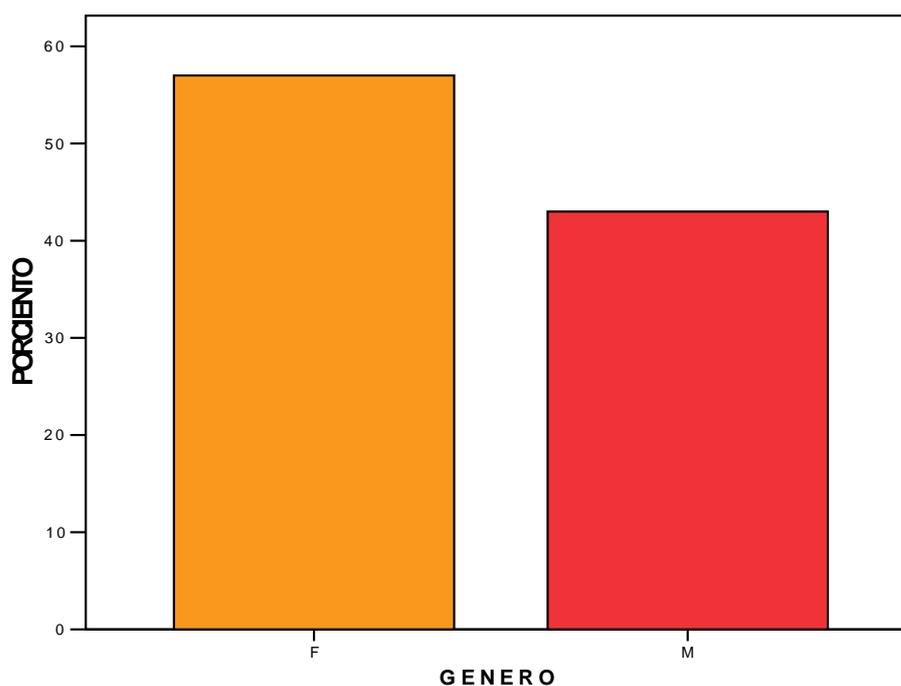
## 9 RESULTADOS

Cuadro 1.- Genero

GENERO			
	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
F	57	57.0	57.0
M	43	43.0	100.0
Total	100	100.0	

Fuente: encuesta aplicada a la población mayor de 60 años de una comunidad rural DR. 2007 MBCL

### Distribución de adultos mayores de la comunidad de San Pedro de los Sauces en relación con el género



Fuente: cuadro 1. GENERO

Grafica 1.-Genero

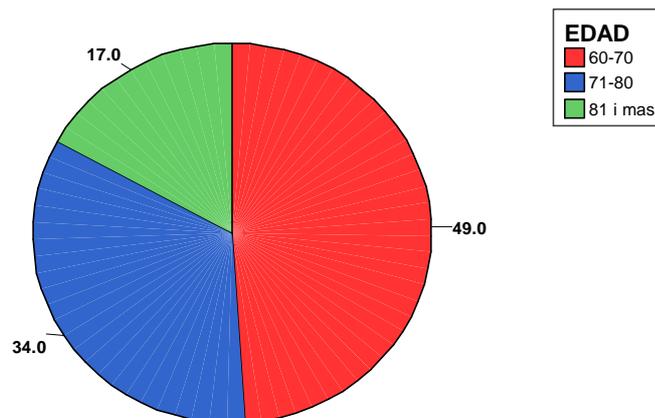
En esta grafica podemos ver que del 100%(100) de nuestra muestra, el 57 %(57) de la población son mujeres y el 43% (43) son hombres; siendo en mayor parte mujeres.

EDAD			
	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
60-70	49	49.0	49.0
71-80	34	34.0	83.0
81Y MAS	17	17.0	100.0
Total	100	100.0	

Fuente: encuesta aplicada a la población mayor de 60 años de una comunidad rural DR. 2007 MBCL

**Cuadro 2. Edad**

### Distribución de la población de la comunidad de San Pedro de los sauces en relación con la edad



Grafica 2. edad

Fuente: Cuadro 2 EDAD

La mayor parte de la población 49 % ,oscila entre los 60 y 70 años de edad ,siendo la menor aquella que se encuentra entre los 80 años y más .

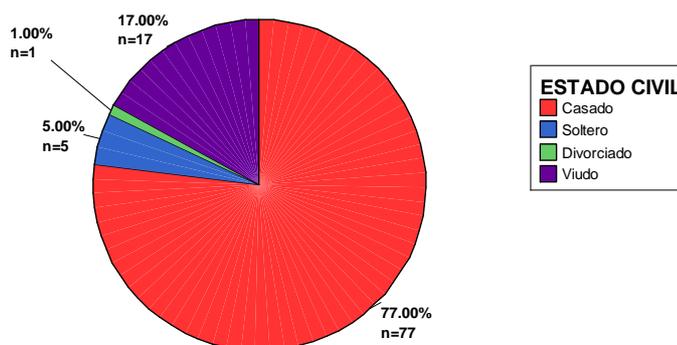
**ESTADO CIVIL**

	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
Casado	77	77.0	77.0
Soltero	5	5.0	82.0
Divorciado	1	1.0	83.0
Viudo	17	17.0	100.0
Total	100	100.0	

**Cuadro 3. Estado civil**

Fuente: encuesta aplicada a la población mayor de 60 años de una comunidad rural DR. 2007 MBCL

### Distribución de adultos mayores de la Comunidad de San Pedro de los Sauces acuerdo a su estado civil

**Gráfico 3. Estado civil**

Fuente: cuadro 3 ESTADO CIVIL

En cuanto al estado civil encontrado, se observa que la mayor parte de la población es casada, esto se muestra en un 77 % de ella, continuando en porcentaje menor y con un 17 % son aquellos que se encuentran viudos, siguiéndole los solteros que representan un 5 % y por último los divorciados con una muestra de 1%.

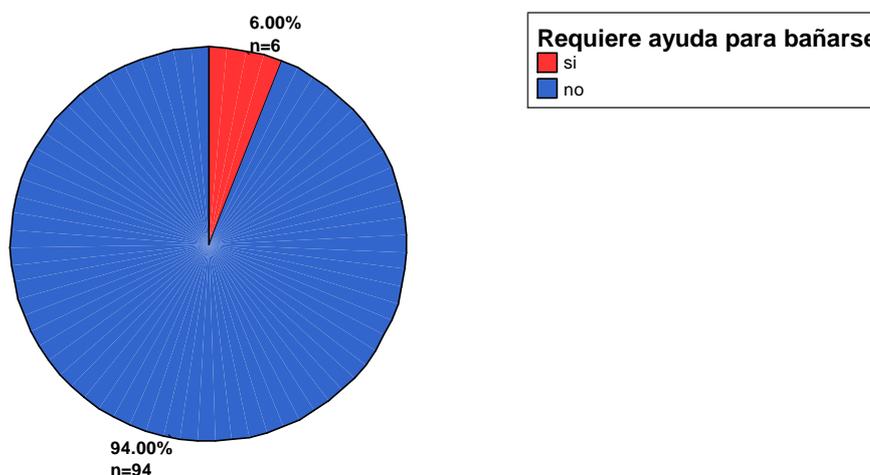
**Requiere ayuda para bañarse**

	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
si	6	6.0	6.0
no	94	94.0	100.0
Total	100	100.0	

**Cuadro 4.baño 1°**

Fuente: encuesta aplicada a la población mayor de 60 años de una comunidad rural DR. 2007 MBCL

**Distribución de adultos mayores de San Pedro de los Sauces que requieren ayuda para bañarse**



**Grafico 4. baño1**

Fuente: cuadro 4 BAÑO1

En cuanto al valoración del índice de Katz en relación al baño, nos muestra que 94 % no requiere ayuda para bañarse y el 6 % de ellos si lo necesita.

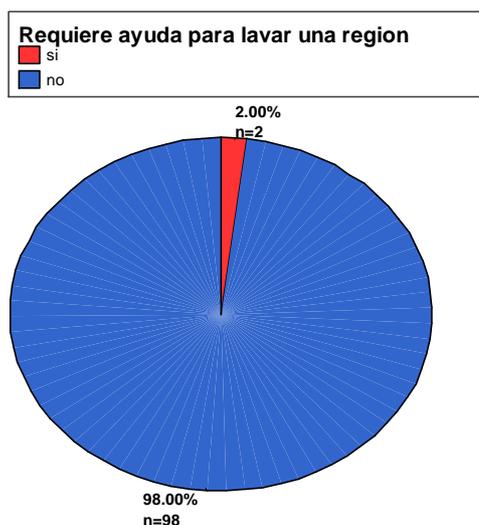
**Requiere ayuda para lavar una region**

	FECUENCIA	%	% ACUMULADO
si	2	2.0	2.0
no	98	98.0	100.0
Total	100	100.0	

**Cuadro 5. Baño 2**

Fuente: encuesta aplicada a la población mayor de 60 años de una comunidad rural DR. 2007 MBCL

**Distribución de personas adultas mayores de la Comunidad de San Pedro de los Sauces que requieren ayuda para lavar una región**



**Grafico 5. Baño 2**

Fuente: cuadro 5 BAÑO 2

En cuanto a la variable de que si requiere ayuda para lavar una región, podemos ver que el 2%(2) si necesita ayuda; pero en mayor porcentaje 98% (98) no necesita ayuda.

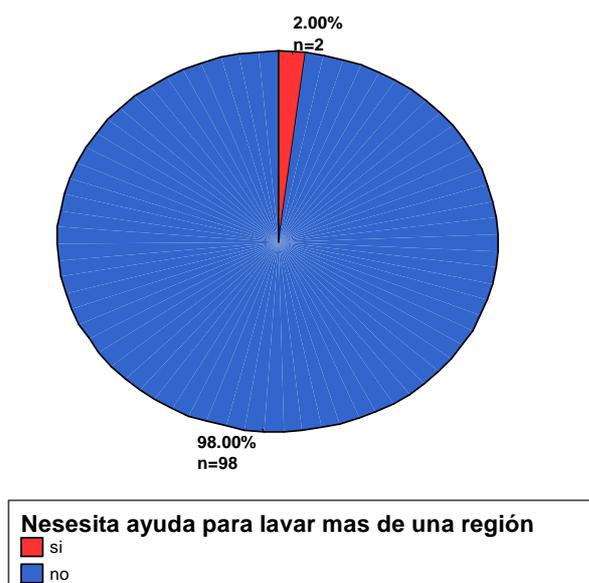
**Nesesita ayuda para lavar mas de una region**

	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
si	2	2.0	2.0
no	98	98.0	100.0
Total	100	100.0	

**Cuadro 6 .baño 3**

Fuente: encuesta aplicada a la población mayor de 60 años de una comunidad rural DR. 2007 MBCL

### Descripción de personas adultas mayores de la Comunidad de San Pedro de los Sauces que necesitan ayuda para lavar más de una región



**Grafico 6.baño 3**

Fuente: cuadro 6 BAÑO 3

En cuanto a la variable de que si necesita o no ayuda, el 98%(98) contesto que no y el 2% (2) que si.

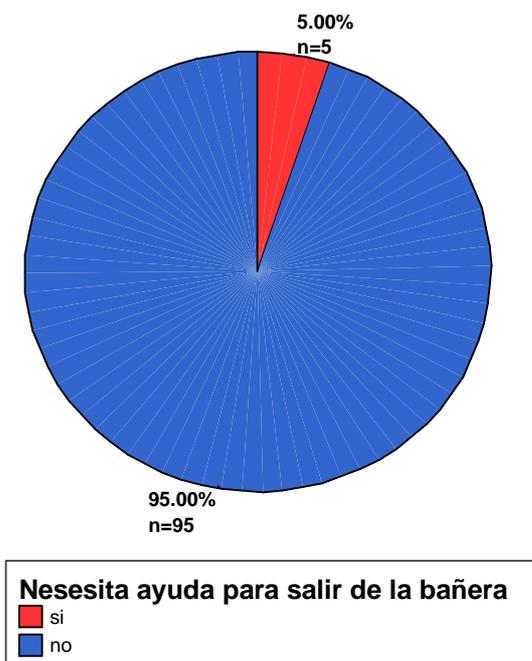
**Nesesita ayuda para salir de la bañera**

	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
si	5	5.0	5.0
no	95	95.0	100.0
Total	100	100.0	

**Cuadro 7. Baño 4**

Fuente: encuesta aplicada a la población mayor de 60 años de una comunidad rural DR. 2007 MBCL

**Descripción de personas adultas mayores de la Comunidad de San Pedro de los Sauces que necesitan ayuda para lavar más de una región**



**Grafico 7. Baño 4**

Fuente: cuadro 7 BAÑO 4

En referencia a la variable de que si necesita o no ayuda para salir de la bañera, el 95 % contesto que no y el 5% contesto que si.

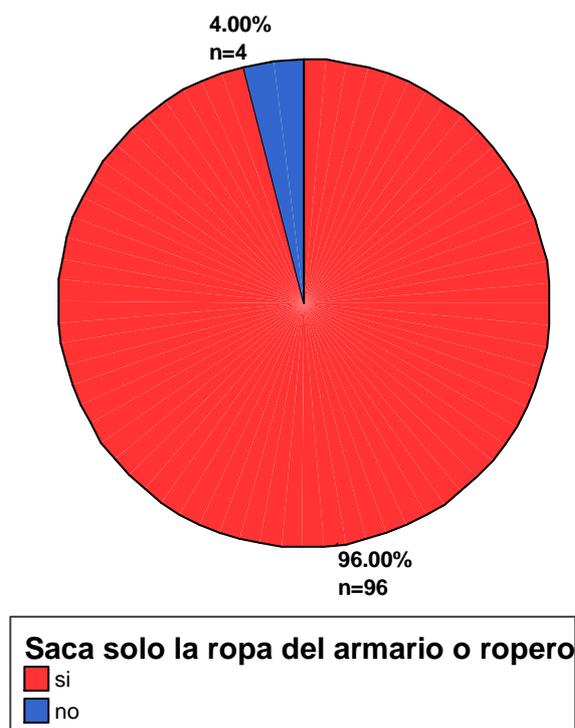
**Saca solo la ropa del armario o ropero**

	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
si	96	96.0	96.0
no	4	4.0	100.0
Total	100	100.0	

**Cuadro 8. Vestido 1**

Fuente: encuesta aplicada a la población mayor de 60 años de una comunidad rural DR. 2007 MBCL

### Descripción de personas adultas mayores de la Comunidad de San Pedro de los Sauces que pueden sacar solos la ropa del armario o ropero



**Gráfico 8. Vestido 1**

Fuente: cuadro 8 VESTIDO 1

En cuanto a la pregunta de que si puede o no sacar solo la ropa del armario, el 96 % de la población, contesto que si puede sacar solo la ropa y el 4 % contesto que no puede.

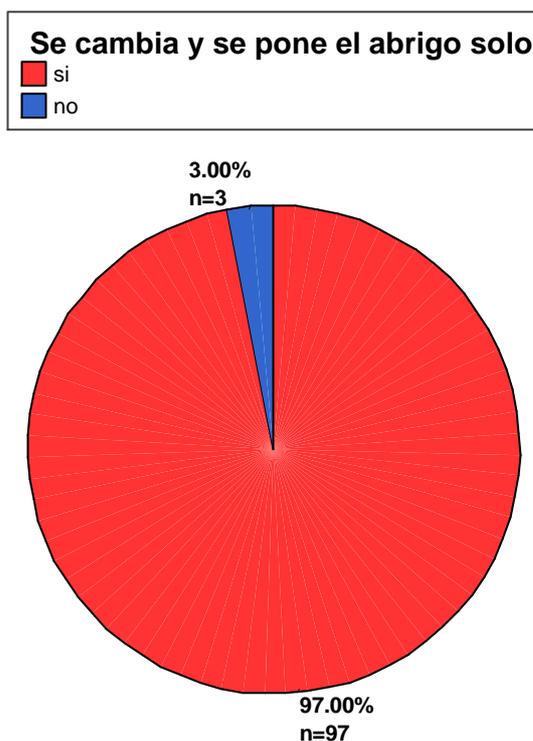
**Se cambia y se pone el abrigo solo**

	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
si	97	97.0	97.0
no	3	3.0	100.0
Total	100	100.0	

**Cuadro 9. Vestido 2**

Fuente: encuesta aplicada a la población mayor de 60 años de una comunidad rural DR. 2007 MBCL

### Distribución de adultos mayores de la comunidad de san pedro de los sauces que se cambian y se ponen el abrigo solo



**Grafico 9. Vestido 2**

Fuente: cuadro 9 VESTIDO 2

En este grafico se muestra que el 97 % de la población se puede cambiar y poner el abrigo solo y que el 3 % de ellos no puede.

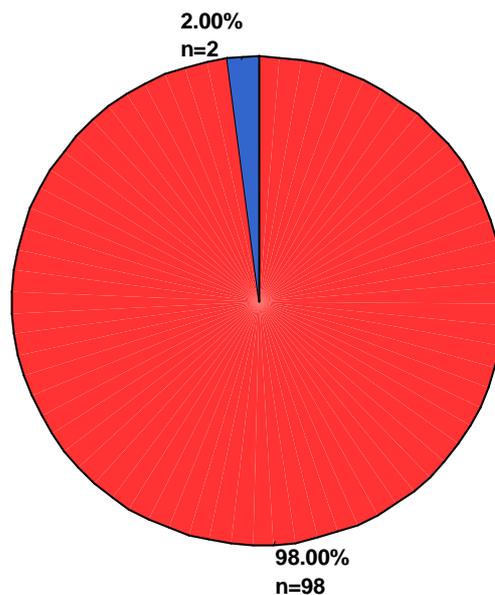
#### Es capaz de abrocharse la cremallera

	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
si	98	98.0	98.0
no	2	2.0	100.0
Total	100	100.0	

#### Cuadro 10. Vestido 3

Fuente: encuesta aplicada a la población mayor de 60 años de una comunidad rural DR. 2007 MBCL

#### Distribución de adultos mayores de la comunidad de san pedro de los sauces que son capaces de abrocharse la cremallera



#### Grafico 10. Vestido 3

Fuente: cuadro 10 VESTIDO 3

El grafico muestra que el 98 % de la muestra es capaz de abrocharse la cremallera y el 2 % no puede abrocharse la cremallera .

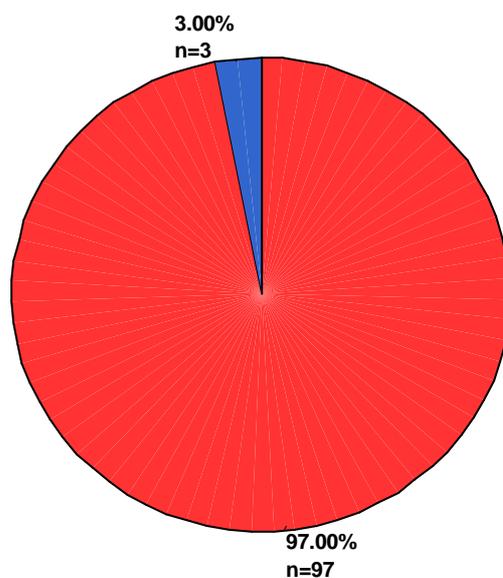
**Se ata los cordones de los zapatos solo**

	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
si	97	97.0	97.0
no	3	3.0	100.0
Total	100	100.0	

**Cuadro 11. vestido 4**

Fuente: encuesta aplicada a la población mayor de 60 años de una comunidad rural DR. 2007 MBCL

### Distribución de adultos mayores de la comunidad de san pedro de los sauces que se pueden atar los cordones de los zapatos

**Gráfico 11. vestido4**

Fuente: cuadro 11 VESTIDO 4

En esta grafica se muestra que el 97% de la población se ata solo los cordones de los zapatos y el 3 5 de ellos no se puede atar los cordones de los zapatos.

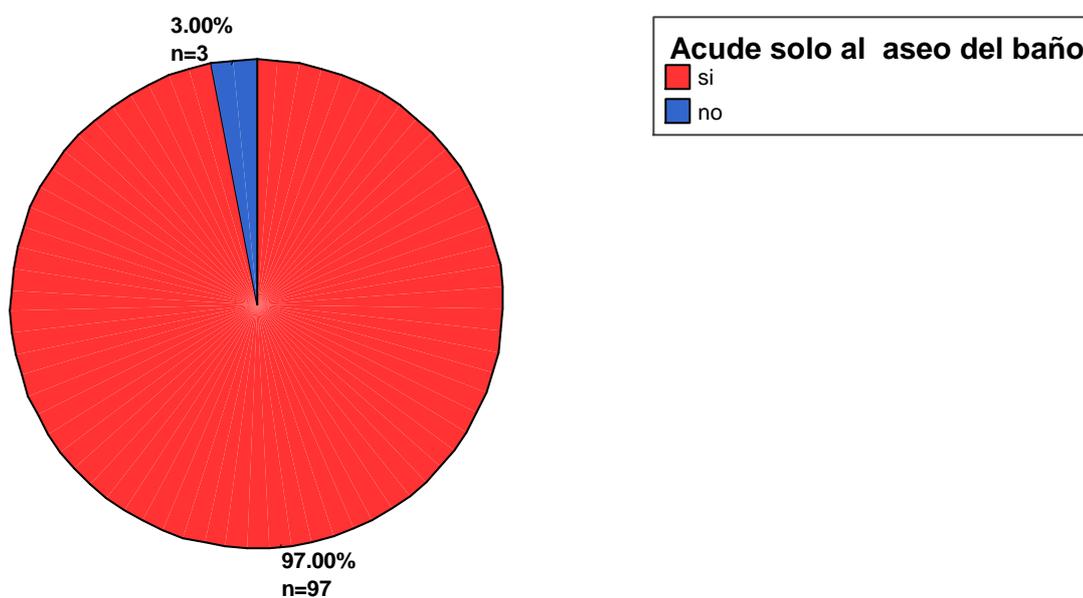
acude solo al aseo del baño

	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
si	97	97.0	97.0
no	3	3.0	100.0
Total	100	100.0	

**Cuadro12. aseo1**

Fuente: encuesta aplicada a la población mayor de 60 años de una comunidad rural DR. 2007 MBCL

### Distribución de adultos mayores de la comunidad de san pedro de los sauces que pueden acudir solos al aseo del baño

**Gráfico 12.aseo 1**

Fuente: cuadro 12 ASEO 1

El gráfico 12.aseo1 muestra que el 97 % de la población acude solo al baño y el 3% de ella no acude solo al baño.

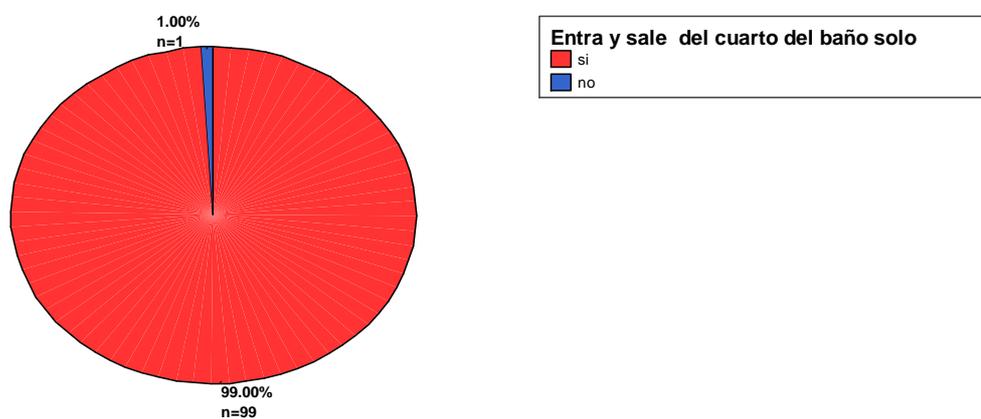
**Entra y sale del cuarto del baño solo**

	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
si	99	99.0	99.0
no	1	1.0	100.0
Total	100	100.0	

**Gráfico 13.aseo 2**

Fuente: encuesta aplicada a la población mayor de 60 años de una comunidad rural DR. 2007 MBCL

**Distribución de adultos mayores de la comunidad de san pedro de los sauces que entran y salen del cuarto del baño sin ayuda**

**Gráfico 13.aseo 2**

Fuente: cuadro 13 ASEO 2

En el gráfico se muestra que el 99 % de la población entra y sale del cuarto solo y el 1 % no puede entrar y salir solo del cuarto.

**Es capaz de efectuar la limpieza de sus organos escretores**

	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
si	98	98.0	98.0
no	2	2.0	100.0
Total	100	100.0	

Cuadro14 .aseo 3

Fuente: encuesta aplicada a la población mayor de 60 años de una comunidad rural DR. 2007 MBCL

**Distribución de adultos mayores de la comunidad de san pedro de los sauces que no son capaces de efectuar la limpieza de sus órganos escretores solos**

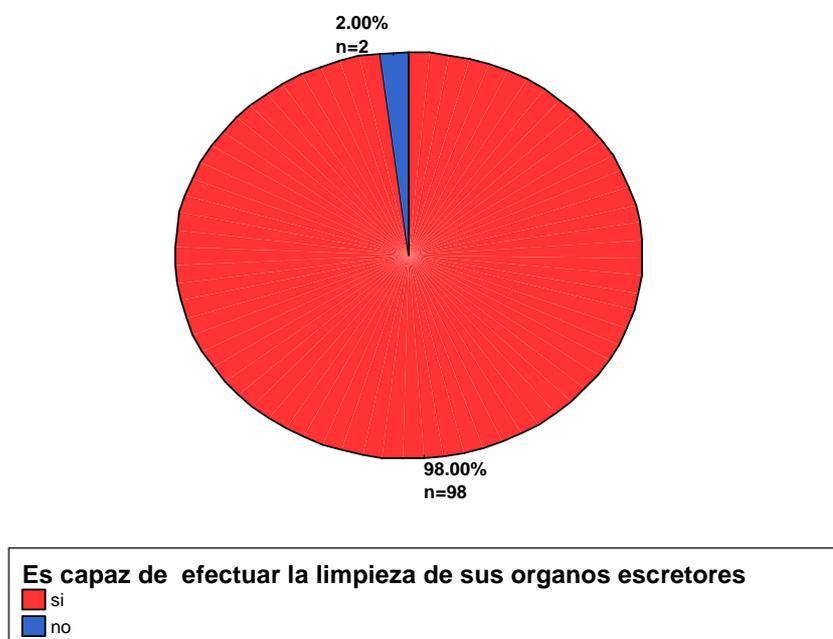


Gráfico 14 .aseo 3

Fuente: cuadro 14 ASE0 3

El gráfico muestra que el 98 % de la muestra es capaz de efectuar solo la limpieza de sus órganos y el 2 % representa que no es capaz de efectuar solo la limpieza de sus órganos.

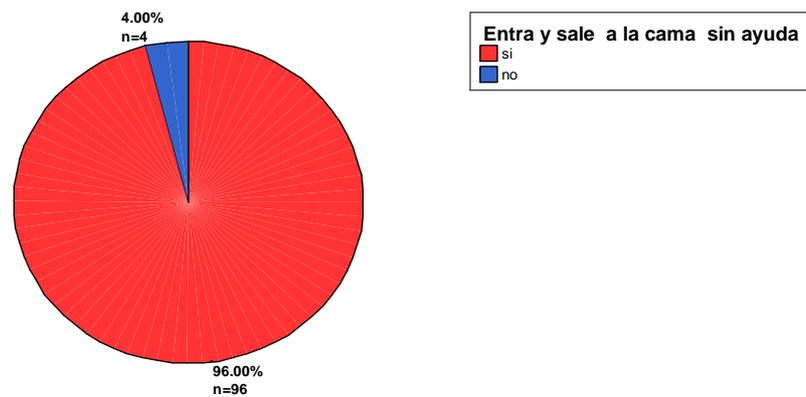
**Entra y sale a la cama sin ayuda**

	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
si	96	96.0	96.0
no	4	4.0	100.0
Total	100	100.0	

**Cuadro 15 .Traslado1**

Fuente: encuesta aplicada a la población mayor de 60 años de una comunidad rural DR. 2007  
MBCL

### Distribución de adultos mayores de la comunidad de san pedro de los sauces que son capaces de entrar y salir de la cama sin ayuda

**Gráfico 15. Traslado 1**

Fuente: cuadro 15 TRASLADO 1

El gráfico muestra que el 96 % de la población entra y sale del cuarto sin ayuda y que el 4 % no puede entrar y salir solo de la cama.

**se sienta y se levanta de la silla sin ayuda**

	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
si	95	95.0	95.0
no	5	5.0	100.0
Total	100	100.0	

**cuadro16. Traslado 2**

Fuente: encuesta aplicada a la población mayor de 60 años de una comunidad rural DR. 2007 MBCL

### Distribución de adultos mayores de la comunidad de san pedro de los sauces que se sientan y se levantan de la silla solos

**Grafico16. Traslado 2**

Fuente: cuadro 16 TRASLADO 2

Se muestra que el 95 % de la población se sienta y se levanta de la silla sin ayuda y que el 5 % de la muestra no puede sentarse y levantarse solo.

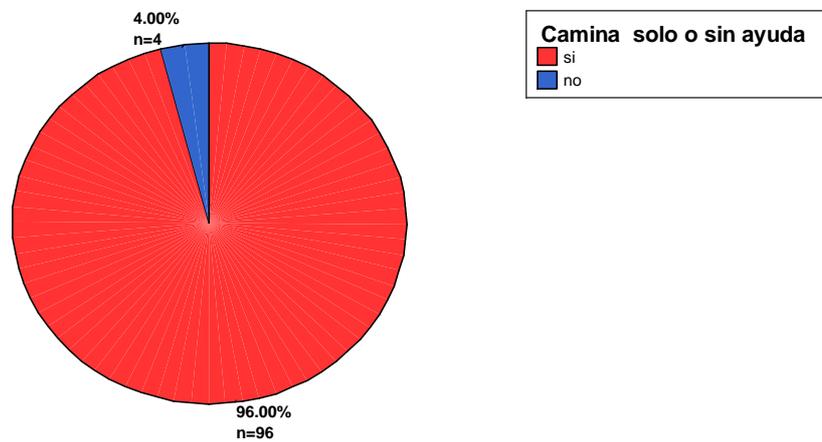
**camina solo o sin ayuda**

	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
si	96	96.0	96.0
no	4	4.0	100.0
Total	100	100.0	

cuadro17 .traslado 3

Fuente: encuesta aplicada a la población mayor de 60 años de una comunidad rural DR. 2007 MBCL

### Distribución de adultos mayores de la comunidad de san pedro de los sauces que caminan solos o sin ayuda

**Gráfico 17. Traslado 3**

Fuente: cuadro 17 TRASLADO 3

Aquí se muestra que el 96 % de la población camina sin ayuda y que el 4 % no lo puede hacer.

**control voluntario de la miccion y defecación**

	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
si	99	99.0	99.0
no	1	1.0	100.0
Total	100	100.0	

**Cuadro 18. Continencia 1**

Fuente: encuesta aplicada a la población mayor de 60 años de una comunidad rural DR. 2007 MBCL

**Distribución de adultos mayores de la comunidad de san pedro de los sauces que tienen control voluntario de la micción y defecación**

**Gráfico 18 .continencia1**

Fuente: cuadro 18 CONTINENCIA 1

En este gráfico se muestra que el 99% de la población tienen control voluntario en sus esfínteres anal y uretral. Y que el 1 % no tiene ningún control.

**Gráfico 19. Continencia 2**

En este gráfico se muestra que el 100 % de la población no lleva ningún control de enemas o catéteres. V.:anexo2

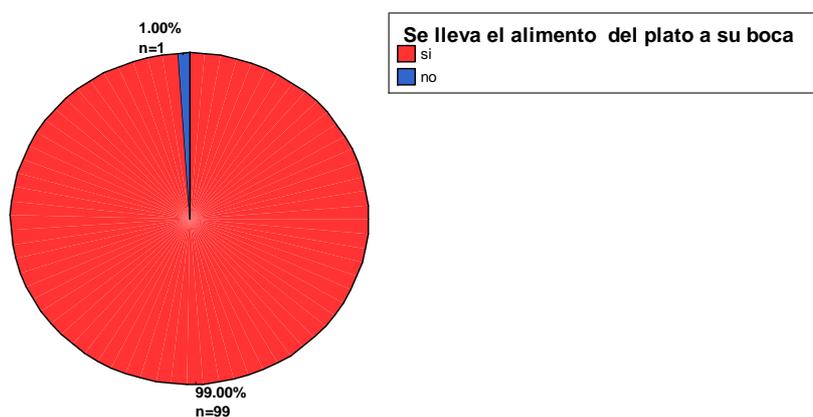
**Se lleva el alimento del plato a su boca**

	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
si	99	99.0	99.0
no	1	1.0	100.0
Total	100	100.0	

**Cuadro 20. Alimentación 1**

Fuente: encuesta aplicada a la población mayor de 60 años de una comunidad rural DR. 2007 MBCL

### Distribución de adultos mayores de la comunidad de san pedro de los sauces que pueden llevarse el alimento del plato a su boca

**Gráfico 20. Alimentación 1**

Fuente: cuadro 20 ALIMENTACION 1

Esta grafica muestra que el 99% de la población puede llevarse el alimento a la boca y solo el 1 % de ella no puede.

**Gráfico 21. Alimentación 2**

Muestra que el 100 % de la población no requiere ayuda para alimentarse. v.:anexo3

**Gráfico 22. Alimentación 3**

Este grafico muestra que el 100 % de la población puede comer y no necesita alimentarse por vía parenteral.v.: anexo 4

**KATZ**

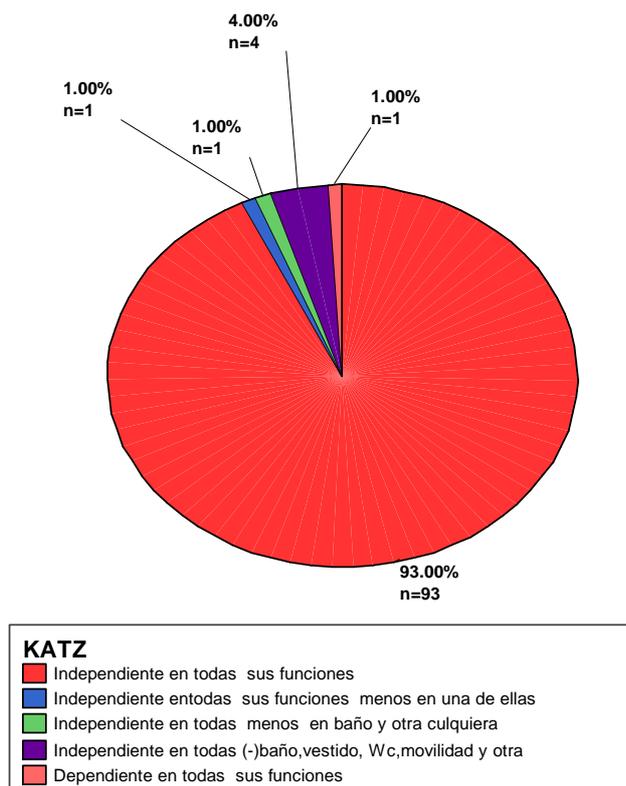
	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
Independiente en todas sus funciones	93	93.0	93.0
Independiente en todas sus funciones menos en una de ellas	1	1.0	94.0
Independiente en todas menos en baño y otra cualquiera	1	1.0	95.0
Independiente en todas (-)baño, vestido, Wc, movilidad y otra	4	4.0	99.0
Dependiente en todas sus funciones	1	1.0	100.0
Total	100	100.0	

**Cuadro 23. Índice de Katz**

Fuente: encuesta aplicada a la población mayor de 60 años de una comunidad rural DR. 2007 MBCL

En este cuadro se muestra que el 93% de la población es independiente en todas sus funciones, el 4% de la población es independiente en sus funciones menos en baño, vestido, movilidad y otra; el 1% de la población muestra que es independiente en todas sus funciones menos en una de ellas; el 1% de la muestra representa a aquella persona que es independiente en todas sus funciones menos baño y otra cualquiera y el otro 1% representa a aquella que es dependiente en todas sus funciones.

### Distribución de adultos mayores de san pedro de los sauces de acuerdo a la valoración del índice de Katz



**Grafico 23. Índice de Katz**

Fuente: cuadro 23 INDICE DE KATZ

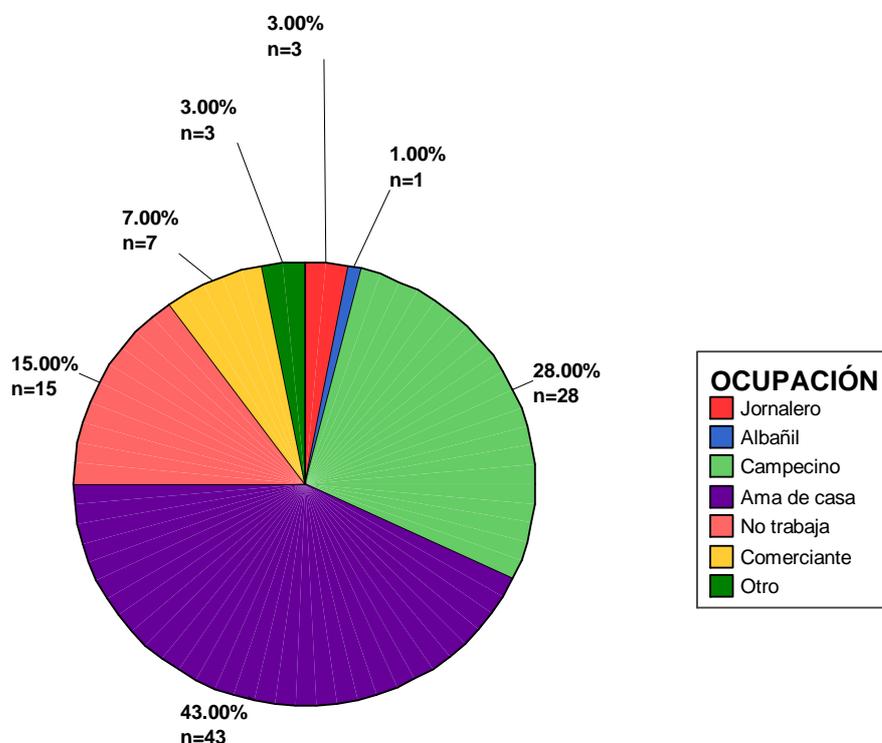
En este grafico se muestra que el 93 % de la población es independiente en todas sus funciones ; el 4 % de la población muestra que existen (4) personas que son independientes en todas sus funciones menos en baño ,vestido Wc, movilidad y otra ; el 1 % muestra que existe una persona que es independiente en sus funciones menos en baño y otra cualquiera; ;el 1% muestra que una persona es independiente en sus funciones menos en una de ellas y el 1% representa a aquella persona que es dependiente en todas sus funciones .

OCUPACIÓN			
	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
Jornalero	3	3.0	3.0
Albañil	1	1.0	4.0
Campechino	28	28.0	32.0
Ama de casa	43	43.0	75.0
No trabaja	15	15.0	90.0
Comerciante	7	7.0	97.0
Otro	3	3.0	100.0
Total	100	100.0	

**Cuadro 24. Ocupación**

Fuente: encuesta aplicada a la población mayor de 60 años de una comunidad rural DR. 2007 MBCL

### Distribución de adultos mayores de la comunidad de san pedro de los sauces de acuerdo a su ocupación

**Gráfico 24 .ocupación**

Fuente: cuadro OCUPACION

Se muestra que el 43 % de la población son amas de casa , el 28 % es campesino, el 15 % no trabaja , el 7 % de ella es comerciante ,el # es jornalero , el 1 % albañil y el 3 % de ellos tienen otro trabajo .

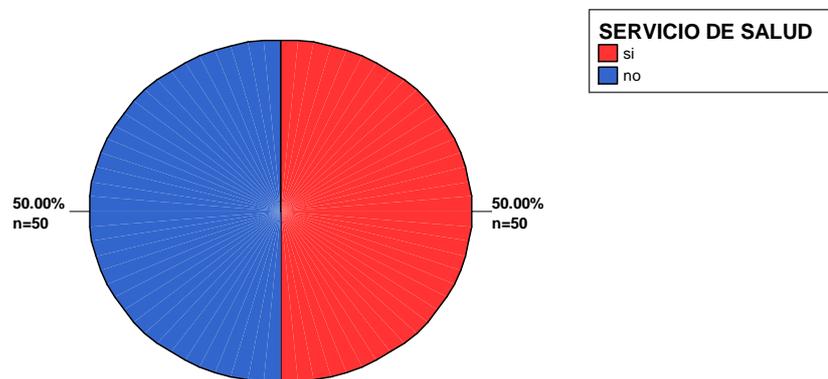
**SERVICIO DE SALUD**

	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
si	50	50.0	50.0
no	50	50.0	100.0
Total	100	100.0	

**Cuadro 25. Servicio de salud**

Fuente: encuesta aplicada a la población mayor de 60 años de una comunidad rural DR. 2007 MBCL

**Distribución de adultos mayores de la comunidad de san pedro de los sauces de acuerdo al servicio de salud**

**Gráfico .25 servicio de salud**

Fuente: cuadro 25 SERVICIO DE SALUD

Este gráfico presenta que existen igual número de personas con servicio de salud 50%, que aquellos que no tiene algún servicio 50%.

### Distribución de adultos mayores según su patología

PATOLOGIA			
	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
DM2	7	7.0	7.0
HAS	14	14.0	21.0
DM2 Y HAS	6	6.0	27.0
HERNIA LUMBAR	1	1.0	28.0
REUMATISMO	4	4.0	32.0
ARTRITIS Y PROBLEMAS PULMONARES	1	1.0	33.0
SECUELAS DE PARALISIS , HAS	1	1.0	34.0
OSTEOPOROSIS	1	1.0	35.0
PROBLEMAS CARDIACOS	1	1.0	36.0
GLAUCOMA	1	1.0	37.0
ASMA	1	1.0	38.0
ASMA Y CATARATA	1	1.0	39.0
HAS,RETINOPATIA, PROBLEMAS LUMBARES,LITIASIS VESICAL.	2	2.0	41.0
OSTEOARTRITIS	1	1.0	42.0
DM2,HAS,COLESTEROL ALTO	2	2.0	44.0
EMBOLIA,HAS,AC. URICO ELEVADO	1	1.0	45.0
ESCAMOSIS DE PIE IZQUIERDO	1	1.0	46.0
ARTERIOESCLEROSIS	1	1.0	47.0
DEPRESION	1	1.0	48.0
BRONQUITIS , PROBLEMAS CARDIACOS	1	1.0	49.0
DM2,HAS, HIPERTIROIDES	1	1.0	50.0
COLITIS NERVIOSA	1	1.0	51.0
SECUELAS DE PARALISIS	1	1.0	52.0
HERNIA HUMBILICAL	1	1.0	53.0
HAS,COLESTEROL ALTO	1	1.0	54.0
CEFALEA AGUDA	1	1.0	55.0
DOLOR PULMONAR	1	1.0	56.0
CALCULO RENAL	1	1.0	57.0
SINUSITIS	1	1.0	58.0
NINGUNA	35	35.0	93.0
PROBLEMA LUMBAR	4	4.0	97.0
PROBLEMAS DE PROSTATA	2	2.0	99.0
DM2 Y RUPTURA DE FEMUR	1	1.0	100.0
Total	100	100.0	

Fuente: encuesta aplicada a la población mayor de 60 años de una comunidad rural DR. 2007 MBCL  
26. Patología

Esta grafica nos muestra las patologías que presenta la población y en ella se identifica que el 36 % de la muestra no padece alguna enfermedad; el 14 % de la población padece de hipertensión arterial (HAS) y el 7% presenta la enfermedad de diabetes mellitus (DM 2) y el 6 % presenta DM2 y HAS esto en mayor porcentaje entre otras.

### Distribución de adultos mayores de la comunidad de san pedro de los sauces acuerdo al promedio del tiempo diagnosticado de la enfermedad

TIEMPO DE DIAGNOSTICADA LA ENFERMEDAD

	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
.00	51	51.0	51.0
1.00	8	8.0	59.0
2.00	7	7.0	66.0
3.00	4	4.0	70.0
4.00	4	4.0	74.0
5.00	10	10.0	84.0
6.00	2	2.0	86.0
7.00	2	2.0	88.0
8.00	3	3.0	91.0
10.00	3	3.0	94.0
13.00	1	1.0	95.0
15.00	1	1.0	96.0
18.00	2	2.0	98.0
20.00	1	1.0	99.0
25.00	1	1.0	100.0
Total	100	100.0	

Cuadro 27. Tiempo de diagnosticada la enfermedad

Fuente: encuesta aplicada a la población mayor de 60 años de una comunidad rural DR. 2007 MBCL

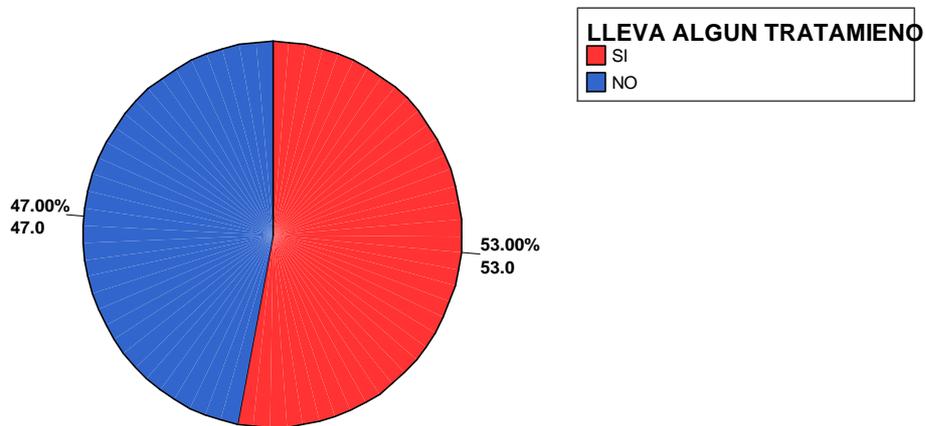
Este cuadro representa el porcentaje de diagnosticada la enfermedad en años en el cual se muestra que el mayor porcentaje 51% no se le ha diagnosticado una enfermedad y siguiéndole en porcentaje con el 10 % aquella muestra que tiene 5 años de diagnosticada la enfermedad, el 8 % tiene un año de diagnosticada la enfermedad , en un 7% aquellos que tienen 2 años de diagnosticada la enfermedad ,el 4 % de ellos tiene 4 años de diagnosticada la enfermedad y otro 4 % muestra que hace 3 años se le diagnostico una enfermedad, con un 3 % aquellas personas que tienen 10 años de diagnosticada la enfermedad y otro 3 % con 8 años de diagnosticada la enfermedad.

TRATAMIENTO			
	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
SI	53	53.0	53.0
NO	47	47.0	100.0
Total	100	100.0	

**Cuadro 28. Tratamiento**

Fuente: encuesta aplicada a la población mayor de 60 años de una comunidad rural DR. 2007 MBCL

**Distribución de adultos mayores de la comunidad de san pedro de los sauces que llevan tratamiento para su enfermedad**



**Gráfico 28. Tratamiento**

Fuente: cuadro 28 TRATAMIENTO

Este gráfico muestra que el 53 % de la población lleva algún tratamiento y el 47 % no lleva tratamiento.

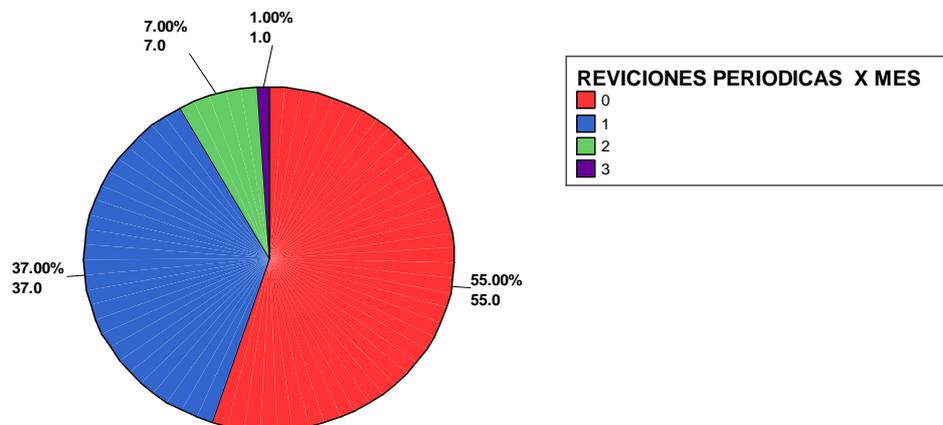
**REVICIONES PERIODICAS X MES**

	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
0	55	55.0	55.0
1	37	37.0	92.0
2	7	7.0	99.0
3	1	1.0	100.0
Total	100	100.0	

**Cuadro 29. Revisiones periódicas x mes**

Fuente: encuesta aplicada a la población mayor de 60 años de una comunidad rural DR. 2007 MBCL

**Distribución de adultos mayores de la comunidad de san pedro de los sauces de acuerdo alas revisiones periódicas por mes**



**Grafico 29. Revisiones periódicas x mes**

Fuente: cuadro 29 REVICIONES PERIODICAS POR MES

Aquí se muestra que el 55.5 de la población no asiste a revisiones periódicas y que un 37 % de ella va a revisión una vez por mes, el 7 % muestra que asisten a revisión dos veces por mes y el 1 % asiste 3 veces a revisión en un mes.

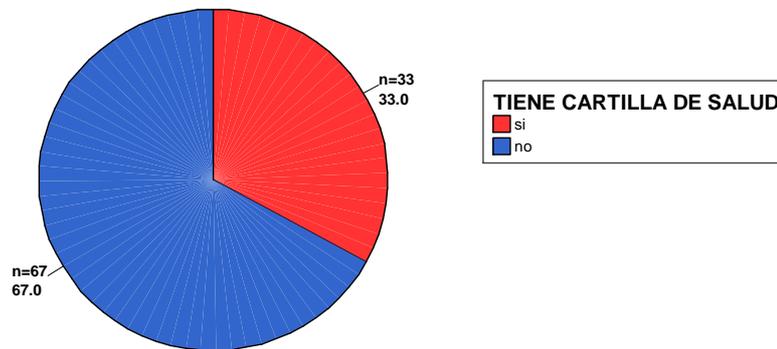
**CARTILLA**

	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
si	33	33.0	33.0
no	67	67.0	100.0
Total	100	100.0	

**Cuadro 30. Cartilla**

Fuente: encuesta aplicada a la población mayor de 60 años de una comunidad rural DR. 2007 MBCL

**Distribución de adultos mayores de la comunidad de san pedro de los sauces que tienen cartilla de salud**



**Grafico 30. Cartilla**

Fuente: cuadro 30 CARTILLA

El grafico representa que un 67 % de la muestra no tiene cartilla de salud y que un 33% si tiene cartilla,

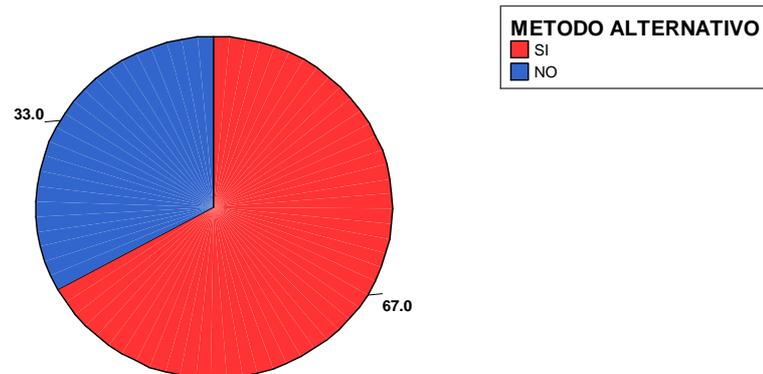
**METODO ALTERNATIVO**

	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
SI	67	67.0	67.0
NO	33	33.0	100.0
Total	100	100.0	

**Cuadro 31. Método alternativo**

Fuente: encuesta aplicada a la población mayor de 60 años de una comunidad rural DR. 2007 MBCL

### Distribución de adultos mayores de la comunidad de san pedro de los sauces que utilizan algún método alternativo

**Gráfico 31. Método alternativo**

Fuente: cuadro 31 METODO ALTERNATIVO

El gráfico muestra que un 67 % de población utiliza algún método alternativo y que el 33 % de esa población no utiliza ningún método alternativo.

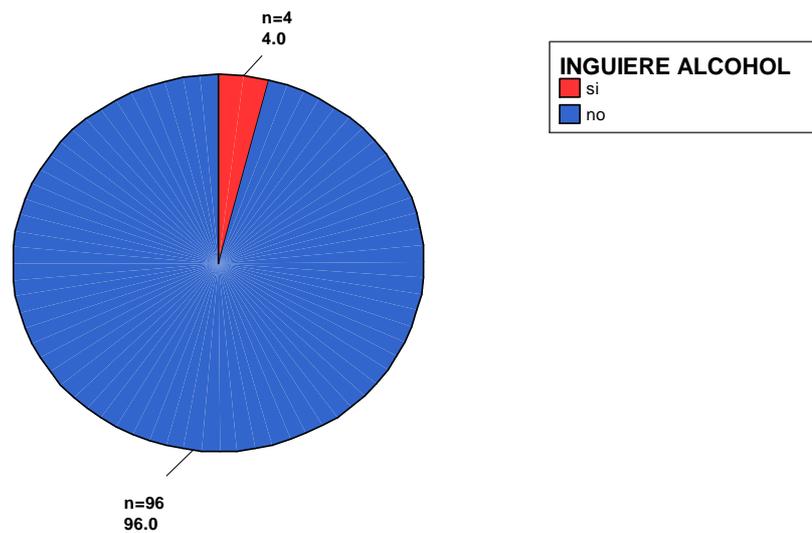
**INGUIERE ALCOHOL**

	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
si	4	4.0	4.0
no	96	96.0	100.0
Total	100	100.0	

**Cuadro 32. Bebidas alcohólicas**

Fuente: encuesta aplicada a la población mayor de 60 años de una comunidad rural DR. 2007 MBCL

**Distribución de adultos mayores de la comunidad de san pedro de los sauces que ingieren alcohol**



**Grafico 32 .bebidas alcohólicas**

Fuente: cuadro 32 BEBIDAS ALCOHOLICAS

El grafico muestra que el 96 % de la población no ingiere alcohol y el 4 % si.

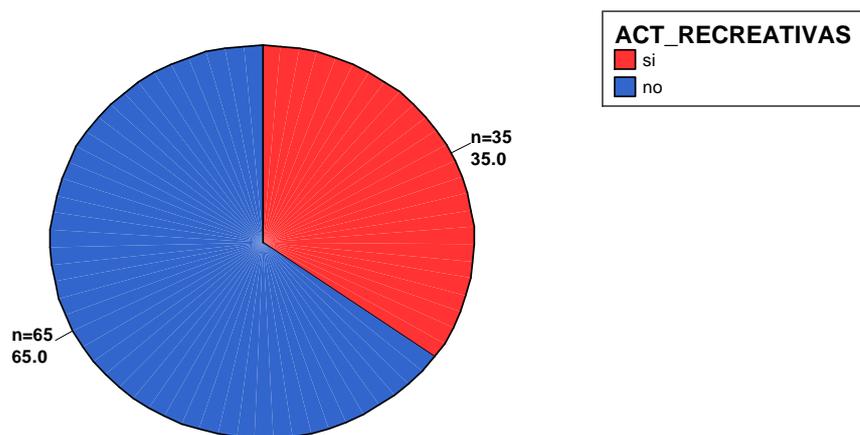
**ACTIVIDADES RECREATIVAS**

	FECUENCIA	%	% ACUMULADO
si	35	35.0	35.0
no	65	65.0	100.0
Total	100	100.0	

**Cuadro 33. Actividades recreativas**

**Fuente:** encuesta aplicada a la población mayor de 60 años de una comunidad rural DR. 2007 MBCL

**Adultos mayores de la comunidad de san pedro de los sauces que realizan actividades recreativas**



**Grafico 33. Actividades recreativas****Fuente: cuadro 323 ACTIVIDADES RECREATIVAS**

Este grafico muestra que el 65 % de la población no realiza ninguna actividad recreativa y que el 35 % si realiza una actividad recreativa.

OBSERVACIONES	FRECUENCIA	%	%
			ACUMULADO
alcoholico	1	1.0	1.0
buen estsdo fisico , presenta episodios de amnesia	1	1.0	2.0
buena apariencia	46	46.0	48.0
camina despacio	1	1.0	49.0
control por remedios	1	1.0	50.0
descntrol de DM,	1	1.0	51.0
dificultad visual y lexica	1	1.0	52.0
hernia grande y notoria al palpar	1	1.0	53.0
obeso,sin actividad	1	1.0	54.0
pac en control	39	39.0	93.0
palido,delgado,	1	1.0	94.0
problemas al caminar	4	4.0	98.0
sin problema aparente	1	1.0	99.0
vive sola,independiente	1	1.0	100.0
Total	100	100.0	

Cuadro 34 .observaciones

Fuente: encuesta aplicada a la población mayor de 60 años de una comunidad rural DR. 2007 MBCL

**Patología por tiempo diagnosticado**

Problemas de próstata	2	.50	.50
Dm2 + ruptura de fémur	1	15	
<b>Patología</b>	<b># personas</b>	<b># de años Promedio</b>	<b>Error estándar</b>
<b>Dm 2</b>	7	6.85	2.44
Has	14	3.14	.85
Dm2 + Has	6	10.50	3.98
Hernia lumbar	1	10	
Reumatismo	4	2.25	1.10
Artritis y problemas pulmonares	1	5.0	
Secuelas de parálisis + has	1	5.0	
Osteoporosis	1	5.0	
Problemas cardiacos	1	0	
Glaucoma	1	2.0	
Asma	1	7.0	
Asma + catarata	1	6.0	
Has + retinopatía + problemas lumbares + litiasis vesical	2	.00	
Osteoartritis	1	6.0	
Dm2 + has + colesterol alto	2	6.5	1.50
Embolia + has + ac. Úrico	1	0.00	
Escamosis de pie izquierdo	1	.00	
Arterioesclorosis	1	7.0	
Depresion	1	8.0	
Bronquitis + problemas cardiacos	1	8.0	
Dm + Has +hipertiroides	1	18.0	
Colitis nerviosa	1	1.0	
Secuelas de parálisis	1	4.0	
Hernia umbilical	1	.0	
Has + colesterol alto	1	1.0	
Cefalea aguda	1	0	
Dolor pulmonar	1	1.0	
Calculo renal	1	3.0	
Sinusitis	1	1.0	
Ninguna	35	.057	.057
Problema lumbar	4	1.0	.577

## **10 RESULTADOS DISCRIMINATORIOS DE LA VALORACIÓN DEL ÍNDICE DE DEPENDENCIA DE KATZ**

---

### **KATZ = Independiente en todas sus funciones menos en una de ella**

Este adulto tiene como características el ser mujer y encontrarse entre los 71- 80 años, es casada ella refiere el no requerir ayuda para bañarse, salir de la bañera o vestirse; sin embargo no es capaz de entrar y salir de la cama sin ayuda ni sentarse y levantarse de la silla. Así como también requiere ayuda para caminar.

Ella comunica que tiene total control de sus esfínteres anal y vesical por lo tanto no requiere de enemas o catéteres. Puede comer sin ningún problema y sin ayuda.

No trabaja sin embargo si tiene servicio de salud lo cual ayuda al control de sus enfermedades que son: Dm2 y ruptura de fémur diagnosticadas desde hace 15 años y con un control y tratamiento continuo. A lo cual podemos concluir que son los motivos por los cuales tiene problemas de movilidad refiere no tener cartilla. Utiliza métodos alternativos para tratar también su enfermedad.

No fuma ni bebe alcohol y debido a su inmovilidad no realiza ninguna actividad recreativa.

### **KATZ = Independiente en todas menos en baño y otra cualquiera**

Este adulto presenta como características el ser de sexo masculino, tener entre 71-80 años y ser casado refiere el requerir ayuda para bañarse y salir de la bañera. Y no necesitar para cambiarse y ponerse le abrigo. Sin embargo no es capaz de abrocharse la cremallera.

Puede atarse el cordón de los zapatos y acudir solo al baño así como el limpiar sus órganos escretorios teniendo un control total de sus esfínteres anal y vesical entra y sale de la cama sin ayuda ; puede sentarse y levantarse de la silla así como el caminar solo

Puede comer sin ayuda y sin problemas. No trabaja pero si tiene servicio de salud y presenta como enfermedades el tener secuelas de embolia .HAS y Acurruco elevado sin embargo no tiene tiempo de diagnosticada la enfermedad. Si lleva tratamiento medico y asiste a revisiones 1 vez por mes . Además utiliza métodos alternativos. No fuma ni bebe alcohol y no realiza actividades recreativas.

**KATZ = Independiente en todas (-) baño, vestido, Wc, movilidad y otra**

Esta valoración es la de mayor número de adultos y presentan estas características.

De aquí son 4 los adultos afectados de los cuales 3 son mujeres 1 hombre. uno de ellos tiene entre 60-70 años, 2 tienen entre 71-80 años y 1 de ellos es mayor de 80 años, 2 de ellos son casados y 2 viudos, 3 requieren ayuda para bañarse y 1 no, 1 de ellos requiere ayuda para lavar una región, 1 para lavar más de una región y 3 no, 1 necesita ayuda para salir de la bañera y 3 no.

De ellos 3 si pueden sacar solos la ropa del armario y 1 no, 2 de ellos se cambian y se ponen el abrigo solos y 2 no pueden hacerlo y los 4 son capaces de abrocharse la cremallera sin ayuda.

2 adultos se atan los cordones de los zapatos sin ayuda y 2 necesitan ayuda para atarlos, 2 acuden solos al baño y 2 necesitan ayuda para ir, 3 adultos entran y salen del cuarto del baño solo y uno de ellos requiere ayuda para trasladarse. De los 4 adultos 3 son capaces de efectuar la limpieza de sus órganos escretorios y uno requiere ayuda, 2 necesitan ayuda para entrar y salir de la cama y 2 no.

3 adultos necesitan ayuda para sentarse y levantarse de la cama sin ayuda, 2 de ellos no pueden caminar sin ayuda y 2 si pueden caminar solos, los 4 tienen control voluntario de la micción y defecación y pueden comer sin mayor problema y sin ayuda.

Uno de ellos es albañil, otro es campesino y 2 son comerciantes en cuanto a servicio de salud 2 no tienen y 2 si.

Presentan como patologías.

- ✘ Dm2 y HAS
- ✘ Hernia lumbar
- ✘ Osteoporosis

Uno de ellos no esta enfermo, sin embargo el tiempo de diagnostico de las enfermedades es de 3, 5 y 10 años de los cuales los tres llevan tratamiento y solo uno asiste a revisiones periódicas de 2 por mes. en cuanto ala cartilla solo 2 tienen y 3 de ellos utilizan método alternativo y 1 no.

Uno de ellos fuma pero no dice la cantidad por día y los otros 3 no, los 4 no beben alcohol y en referencia a las actividades recreativas solo 1 las realiza y los 3 restantes no realizan nada.

En relación al sexo con las demás variables, podemos decir que 3 son mujeres y 2 de ellas están en el Rango de edad de 71-80 años y la otra se encuentra entre los 60 y

70 años su estado civil es 1 casada y dos viudas en cuanto a la pregunta de que si requieren ayuda para bañarse 2 contestaron que si la necesitan y una que no, ayuda para lavar una o mas de una región 1 dijo que si 2 que no requieren la ayuda. A la pregunta de que si necesitan ayuda para entrar y salir de la bañera una dijo que si la necesita y 2 que no, 2 de ellas sacan solas la ropa del armario o ropero se cambian y poner el abrigo y se pueden atar el cordón de los zapatos sin ayuda y una no puede hacerlo, a la pregunta de que si pueden acudir al baño, entrar y salir sin ayuda 2 contestaron que si pueden y una de ellas contesto que no. con referencia a si son capaces de limpiar sus órganos escretorios 1 de ellas dijo que no podía y 2 dijeron que si, 2 de ellas dijeron que no pueden entrar y salir de la cama, ni sentarse y levantarse solas de la silla así como caminar solas y una de ellas si.

En referencia a si tienen control voluntario de la micción y defecación las 3 contestaron tenerlo y las 3 no necesitan control de enemas o catéteres. En cuanto la alimentación las 3 pueden llevarse la comida del plato a la boca y no requieren ayuda para alimentarse ni por vía parenteral u otras. 2 de ellas son comerciantes y 1 es ama de casa. 2 no cuentan con servicio de salud y la otra si, una esta enferma de Dm2+ HAS con 3 años de diagnosticada la enfermedad y otra tiene osteoporosis con un tiempo de diagnostico de 5 años y la restante no esta enferma. Solo una de ellas lleva tratamiento y asiste a revisiones periódicas por mes, tiene su cartilla y 2 utilizan métodos alternativos, ninguna fuma ni ingiere alcohol y solo una realiza actividades recreativas.

En cuánto al adulto mayor varón este se encuentra en el rango de 60-70 años de edad, es casado y si requiere ayuda para bañarse, pero no para lavar una o mas regiones, si necesita ayuda para entrar y salir de la bañera, si saca solo la ropa del armario o ropero pero no se puede cambiar ni poner el abrigo solo, si es capaz de abrocharse solo la cremallera, no se puede atar los cordones de los zapatos y no acude solo al ase del baño pero si entra y sale del cuarto del baño solo, si es capaz de efectuar la limpieza de sus órganos y si entra y sale de la cama sin ayuda pero no se sienta y se levanta solo de la silla ,si puede caminar solo y tiene control voluntario de la micción y defecación. Por lo tanto no necesita control con enemas y /o catéteres, si se puede llevar el alimento del plato a su boca y no requiere ayuda para alimentarse ni por vía parenteral u otras.

Es campesino y si cuenta con servicio de salud, tiene una hernia lumbar con un tiempo de diagnostico de 10 años, no lleva tratamiento y no asiste a revisiones periódicas, aun cuando tiene cartilla de salud, si utiliza métodos alternativos y no fuma ni ingiere alcohol y tampoco realiza actividades recreativas.

**KATZ = Dependiente en todas sus funciones**

Este adulto tiene como característica el ser mujer de mas de 81 años y ser viuda. Refiere el requerir ayuda para bañarse y para salir de la bañera. No puede sacar sola la ropa del armario y no se puede cambiar y poner sola el abrigo, no puede subirse sola el cierre de la falda o vestido y no puede atarse el cordón de los zapatos sola

Requiere ayuda para asistir al baño y para limpiar sus órganos escretorios, no puede entrar y salir de la cama sola, necesita ayuda para sentarse y levantarse de la silla así como para caminar.

No tiene control de la micción, defecación y necesita ayuda para comer; sin embargo no por vía parenteral u otras.

Es ama de casa y no tiene servicio de salud por lo que no tiene cartilla y no presenta ninguna enfermedad diagnosticada.

# CONCLUSIONES



## 11 CONCLUSIONES

---

Puedo concluir que aunque fueron muchas las valoraciones (100)100%, los adultos que presentaron un índice de Katz con problemas fue bajo ( 7 ) 7 %. Sin embargo la utilización del índice es necesaria y efectiva pues identifica las necesidades básicas del adulto mayor. aunado a eso las variables anexadas ayudan a encontrar otro tipo de deficiencias por lo que podría decir que se requeriría aumentar el numero de dichas variables para realizar una mayor cobertura de las necesidades del adulto .

En cuanto a el cumplimiento de las hipótesis puedo decir que no todas se cumplieron pues en referencia al la hipótesis de que la perdida de independencia de la vida diaria es mayor en adultos de mas de 75 años. Fue cumplida pues se presentaron 6 adultos de esa categoría.

En cuanto a si la perdida de independencia de las actividades de la vida diaria es mayor en adultos con enfermedades crónico – degenerativas. Esta fue no cumplida pues de los 7 discriminados por e índice solo 3 de ellos presentan enfermedades crónico – degenerativas.

En cuanto a si se presenta mayor perdida de independencia en las actividades de la vida diaria en hombres que en mujeres puedo decir que no se cumplió pues de las 7 personas con dependencia 4 de ellas son mujeres por lo que esta hipótesis no se cumplió.

También el resultado muestra que casi el 50 % de la población con enfermedad diagnosticada, no sigue un tratamiento por lo que es una oportunidad para que el personal de salud pueda aportar mayores conocimientos sobre el autocuidado.

# SUGERENCIAS

## 12 SUGERENCIAS

---

- ✘ La Facultad de Enfermería; incluya en su plan de estudio el Tema de Geriatria y Gerontología con mas profundidad.
- ✘ Tomar en cuenta que esta es una oportunidad de trabajo en el primer nivel de atención para el personal de Enfermería, llevando a cabo un seguimiento de cartillas para el mejor control del adulto, su enfermedad y el seguimiento de su tratamiento
- ✘ El Profesional de Enfermería tiene un Campo Virgen en el Ejercicio de la Libre Profesión en cuanto a este Problema de Salud Pública.
- ✘ Rescatar alguna actividad para que los adultos puedan realizar actividades recreativas de acuerdo a la edad y a las necesidades del adulto así como ejercicio para el mejoramiento de su salud física y mental.
- ✘ Dar seguimiento a la investigación con más variables como nombres de los medicamentos del que se lleva el tratamiento, anexar test detección de estado de ánimo y depresión, situación familiar, económica etc..

## 13 BIBLIOGRAFIA

---

### Libros y revistas

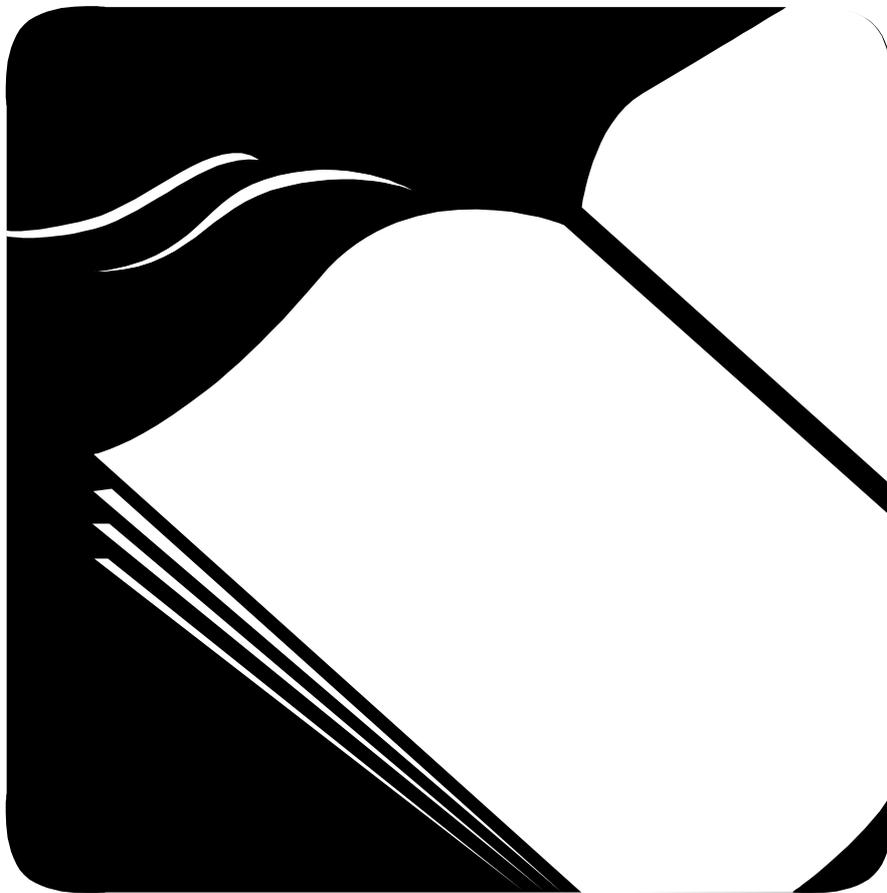
- 1 A.S.Stasb L.C. Hodges, “Enfermería geriontológica” editorial Mc.Graw-Hill interamericana, impresa en Mexico 1988, pp3-61,329-352.
- 2 Dr. Víctor villa Estévez y colaboradores ,”geriatria” edición 2000 ,editorial Cuellar ,impreso en Mexico , pp411-423
- 3 Forciea Mary Ann, Pisa Labizzo-Mourrey, Ednap, Shawb; “Secretos de la Geriatria” editorial Mac Graw hill, segunda edición, Mexico 2002, pp6-59
- 4 G, Zimbardo “Psicología de Vida” editorial Trillas, Mexico 1999, Pág.215, 234-246
- 5 Mark H .Bers M.D. Robert Berknow; Manual Merck de geriatría .segunda edición; editorial Elsevier; Pág. 3
- 6 10 Olds, london “Enfermería materno infantil” 4ª edición, Mc Graw Hill Interamericana, Mexico 1995, Pág.35-47.
- 7 Paúl B.hurton. “sociología” sexta edición 1944. Editorial Mc, Graw Hill interamericana, pp244-256
- 8 Plaza y Valdez, “manual de vejez y proceso de envejecimiento” 1 edición en marzo de 2002 A.F. pp. 43-68.
- 9 Revista archivo geriátrico”artículo del Dr. Lorenzo Garda, J .Francisco Martines: Vol. 5, Año 5, No. 2
- 10 R .Rodríguez, J. Morales, J.Encinas, Z.Trujillo, CO: Hiver,”Geriatría” primera edición, Mc.Graw Hill Interamericana, Mexico, Pág. 8-13
- 11 Reder, Martin, Koniak,”enfermería materno infantil” 17 a edición , editorial Mc.Graw Hill interamericana pp33-37
- 12 Sowicz,M Julio Moisés, “Psicofármacos en Geriatria” Mc Graw-hill interamericana 2001, Bogota D.C Colombia

**Paginas Web**

- 13 <http://www/articulo> Perspectivas de Salud-La revista de la Organización Panamericana de la Salud Volumen 9, Número 1, 2004 htm. [Citado 10/08/06]
- 14 <http://www.comparacion> de las dependencias e independencias. Técnicas de valoración y clasificación pdf.pp 5-106[citado el 15/04/06]
- 15 <http://www.cepal.org/celade/dinamica> demográfica en América latina n°1 2005.pdf. [Citado 18/04/07]
- 16 <http://www...>Dirección General de Comunicación Social, México, D.F., a 1 de octubre de 2005 boletín de Prensa N° 107/2005 día internacional de las personas de edad.09/03/07
- 17 <http://www.Derechos> del adulto paciente, in ternational logevity center - usa, La Declaración de Derechos Humanos del Adulto Mayor, pdf, 090307
- 18 <http://www/Decreto7935>.ley integral para la persona adulta mayor 199 asamblea legislativa de la republica de costa rica .htm 7
- 19 <Http/www/Ejercicio> en ancianos. Colección documentos técnicos, serie mayores numero 1. Madrid, Pág. 6-15, doc pdf. 03/09/06
- 20 <http://www.funciones> y actividades de Enfermería geriátrica.htm. 18/04/07
- 21 <http://www.geriatrianet/valoracion> funcionalrevpdf.com[ciatado 10/0806]
- 22 [http://www.inaplen.gob.mx/articulos/1022176345\\_shyml.pdf](http://www.inaplen.gob.mx/articulos/1022176345_shyml.pdf)20/09/07
- 23 [www.intsvalpad01\\_1\\_.doc](www.intsvalpad01_1_.doc).valor AD.pdf10/08/06
- 24 <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/soler-psicomotricidad-01pdf>.22/08/06]
- 25 <http://www.nemeton>. centro de pesquizas,asociación latinoamericana de psicología de la salud[citado 18/04/07]

- 26 Programa teórico de Enfermería geriátrica, Temario asignatura Enfermería geriátrica .Web.usa.es/~cardoso/temario.htm18/03/07
- 27 Rev. Esp.salud publica.2002 n°3 [necesidades de los ancianos.pdf.]15/08/06
- 28 SANHUEZA PARRA, MARCELA, CASTRO SALAS, MANUEL y MERINO ESCOBAR, JOSÉ M. ADULTOS MAYORES FUNCIONALES: UN NUEVO CONCEPTO EN SALUD. . *Cienc. enferm.*. [online]. dic. 2005, vol.11, no.2 [citado 22 Agosto 2006], p.17-21. Disponible en la World Wide Web: <[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532005000200004&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532005000200004&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0717-9553.[citado 22/08/06]
- 29 Sánchez janariz Hilda [guia\_de\_cc\_de\_enfermeria\_definitiva.PDF.pdf] pp24-86
- 30 [http://www.salud\\_df.gob.mx/programasadultos\\_mayores/20/09/07](http://www.salud_df.gob.mx/programasadultos_mayores/20/09/07)
- 31 [http://www.salud.gob.mx/index.html\[normas\]](http://www.salud.gob.mx/index.html[normas])
- 32 <http://www.ssa.gob.mx20/09/06>
- 33 <http://www.Secretariadesalud>. Acuerdo por el que se crea el comité Nacional de atención al Envejecimiento. Diario Oficial. México. 12 de agosto de 1999. México. p. 19.
- 34 [http:// WWW.Sistemanacionaldifley.depersonasadultasmayores](http://WWW.Sistemanacionaldifley.depersonasadultasmayores). DOC.word 09/03/07

# GLOSARIO



## 14 GLOSARIO

---

**Adulto:** toda aquella persona de 60 años o más <sup>2</sup>

**Envejecimiento:** Proceso de cambio gradual y espontáneo que conlleva a la maduración a lo largo de la infancia, la pubertad y los primeros años de la edad adulta, seguida por un declive durante las edades media y avanzada de la vida. <sup>25</sup>

**Senectud:** Proceso temporal que implica la pérdida de la capacidad celular de división, crecimiento y función, y que en último término resulta incompatible con la vida, es decir el proceso de la senectud termina con la muerte. <sup>26</sup>

**Persona adulta mayor:** Aquella que cuenta con sesenta años o más de edad y que se encuentre domiciliada o en tránsito en el territorio nacional. <sup>27</sup>

**Calidad:** Componente de un programa en el que los resultados de los cuidados que se prestan a una población de pacientes específicos y se evalúa según criterios definidos y establecidos por profesionales.

**valoración funcional:** Es la evaluación de las capacidades físicas del anciano para determinar su autonomía e independencia en el ambiente que le rodea, evitando la incapacidad y estimulando la independencia.

**Colágeno:** proteína de estructura fibrilar que constituye la base de las fibras blancas de la piel, tendones, cartílagos óseos y todos los demás tejidos conjuntivos.

**Homeostasis:** tendencia de los sistemas biológicos a mantener la estabilidad mientras se adaptan continuamente a condiciones óptimas para vivir.

**Glucación:** reacción entre la glucosa y las proteínas.

**Enzima:** proteína que cataliza una relación biológica.

**Hísticas:** pertenecientes al tejido o de su propia naturaleza.

**Funcional:** toda aquella persona que realiza actividades sin ayuda.

---

<sup>25</sup> Mark H. Bers M.D. Robert Berknow; Manual Merck de geriatría. segunda edición; editorial Elsevier; Pág. 3

<sup>26</sup> www. Dirección General de Comunicación Social, México, D.F., a 1 de octubre de 2005 boletín de Prensa N° 107/2005 día internacional de las personas de edad.09/03/07

<sup>27</sup> WWW. Sistema Nacional DIF.Ley de personas adultas mayores .DOC.word 09/03/07

**Osteoporosis:** formación de espacios anormales en el hueso o rarefacción del mismo sin descalcificación, por la ampliación de sus conductos.

**Síndrome:** serie de signo y síntomas que existen a un tiempo y definen clínicamente un estado morboso determinado.

**Capacidad:** poder o facultad de retener, mantener o contener, disposición mental para comprender.

**Geriatría:** especialidad de la vejez

**Gerontóloga:** estudio científico de la vejez y de las cualidades y fenómenos propios de ella.

**Actividades de la vida diaria: actividades** realizadas generalmente en el curso normal diario de una persona tales como comer, se, se, vestirse, moverse.

**Independiente:** autónomo

**Longevidad:** larga duración de la vida

**Inmunidad:** conjunto de reacciones que realiza el organismo frente a un cuerpo extraño. De esta función se encargan los leucocitos, principalmente los linfocitos y granulocitos, los macrófagos y las células plasmáticas del tejido conjuntivo.

**TAC:** Tomografía axial computarizada

**RMN:** Resonancia magnética

**IMC:** índice de masa corporal

|

# 15 ANEXOS

1)

los NUTRIENTES	contenidos en	los ALIMENTOS
	NOS APORTAN:	
Lípidos o grasas	ENERGÍA: Combustible para las diferentes actividades	Aceite, mantequilla, frutos secos...
Glúcidos o Hidratos de Carbono		Patatas, pan, legumbres, frutas, leche...
Proteínas y algunos minerales	ESTRUCTURAS: Constituyen y reparan los tejidos	Pescado, carne, huevos, lácteos, legumbres...
Vitaminas y Minerales	SUSTANCIAS REGULADORAS: Controlan todos los procesos	Frutas, verduras, leche, carne, pescado, huevos...
Agua	VEHÍCULO DE TRANSPORTE de los nutrientes y de limpieza del organismo	Agua, bebidas, zumos, leche, frutas y verduras...

## EL PLATO DEL BIEN COMER



- Incluye un alimento de cada grupo en cada una de las tres comidas del día.
- Come la mayor variedad posible de alimentos.
- Come de acuerdo con tus necesidades y condiciones. Ni de más, ni de menos.
- Consume la menor cantidad posible de grasas, aceites, azúcar y sal.

Fuente: Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-043-SGAS-1999, Servicio básico de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 24 de diciembre de 2001.

2.



**PROGRAMA NACIONAL DE ACTIVACIÓN FÍSICA ADULTOS EN AVANZADA**

**Instrucciones Generales**

**Si eres sedentario**

Para mayor información, [ver aquí](#)

**Aprende a medir tu Frecuencia cardiaca y la intensidad de la Activación Física.**

Esto es muy fácil. Localiza tu pulso en la parte lateral del cuello (justo en donde se cruzan las carótidas) o en la base de tu mano (con la palma hacia arriba). Usa tus dedos índice y medio (ÍNDICE e I) (Ver figura 1 y 2).

Cuando tus pulsaciones salgan, cuéntale 15 segundos y multiplícalas por 4, así obtendrás tu pulso por un minuto.

Ejemplo: 20x4=80 latidos por minuto.

Usa esta fórmula para conocer tu frecuencia cardiaca máxima: si eres MUJER, debes escribir para ti:  $220 - \text{Edad} = \text{FCM}$ .

A 220 restas tu edad el resultado es tu FCM.

Ejemplo: 220 - 60 años = 160 FCM.

Para obtener un óptimo desarrollo estructural y funcional del sistema cardiovascular, durante la Activación Física debes realizar y mantener un esfuerzo entre el 50% y 80% de tu FCM ejemplo: 220 - 60 años = 160 FCM, 150 a 50 % de intensidad = 75 latidos por minuto. Esto se aplica en las especificaciones de Resistencia.

NO ACTIVOS

NO ACTIVOS

NO ACTIVOS

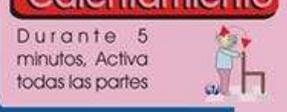
NO ACTIVOS

NO ACTIVOS

NO ACTIVOS

Calentamiento

Durante 5 minutos, Activa todas las partes



Flexibilidad

Elige dos ejercicios para



Relajación

Resistencia

Fuerza

Cada sesión ejercita 2 o 3 grupos



Relajación

ACTIVOS

ACTIVOS

ACTIVOS

ACTIVOS

ACTIVOS

ACTIVOS

Calentamiento

Durante 5 minutos,



Flexibilidad

Elige dos o tres ejercicios



Relajación

Resistencia

Fuerza

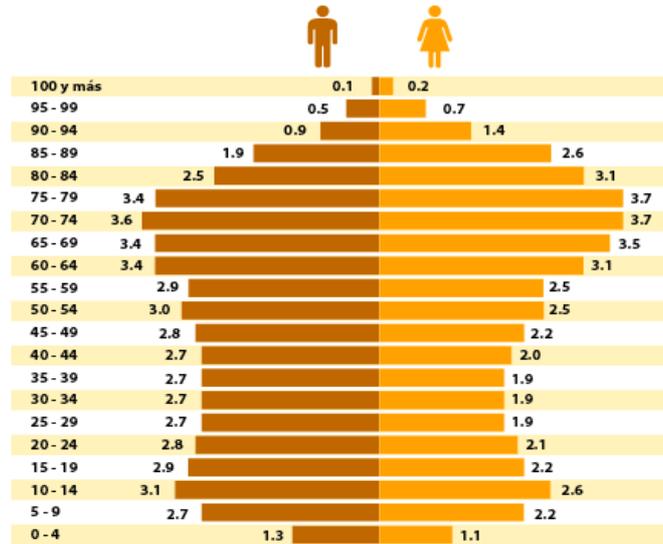
Cada sesión ejercita 2 o 3 grupos



Relajación

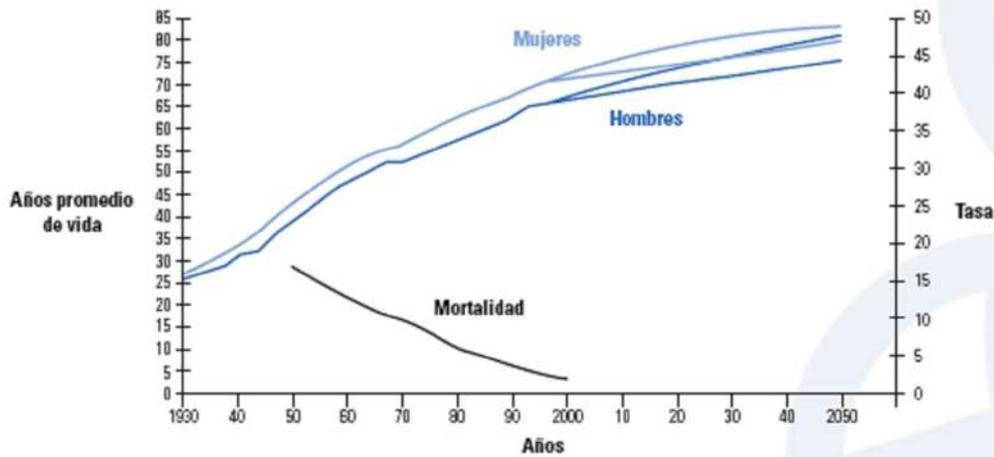
3.

**Distribución porcentual de población según grupos de edad y sexo, 2000**



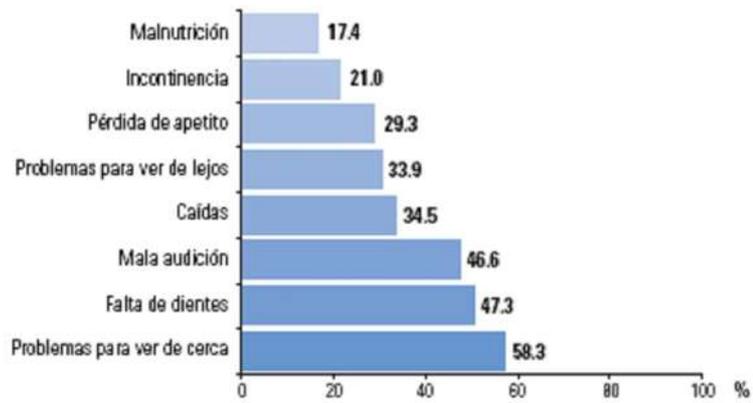
FUENTE: INEGI. Las personas con discapacidad en México: una visión censal. Aguascalientes, México, INEGI, 2004.

**Esperanza de vida a los 65 años de edad por sexo según dos hipótesis futuras para la mortalidad, México 1930-2050**



Fuente: CONAPO. Envejecimiento demográfico de México: Retos y perspectivas. México, 1999.

### Otros problemas de salud SABE



Fuente: Encuesta SABE, 1999-2000 / CNVE / SSA.

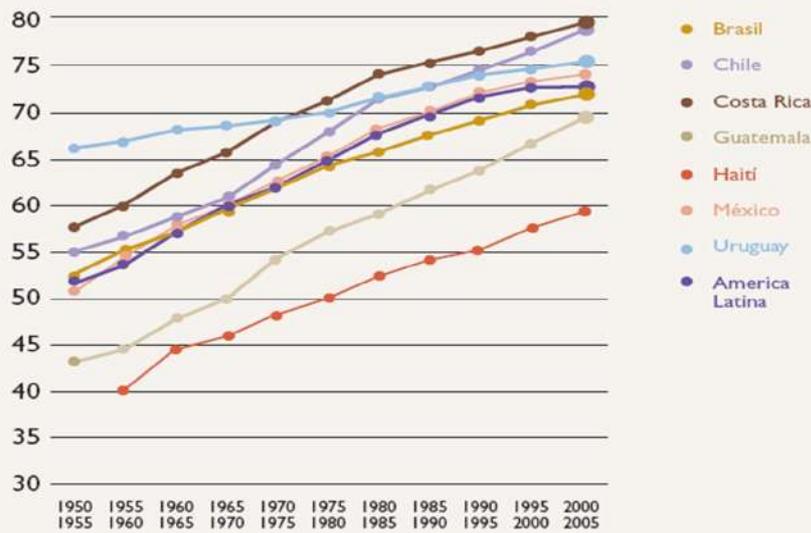
4.

### Dinámica demográfica en América latina

#### VIVIR MÁS

Todos los países de América Latina y el Caribe han mejorado ostensiblemente su esperanza de vida al nacer en los últimos 50 años. El promedio actual para la región es de 72 años.

América Latina: Esperanza de vida al nacer en países seleccionados. 1950-2005



Fuente: CELADE, Boletín demográfico N°73 de enero de 2004 y tabla 4 de anexos

## 5.

**SECRETARIA DE SALUD****NORMA Oficial Mexicana NOM-167-SSA1-1997, Para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores.**

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.-  
Secretaría de Salud.

**NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-167-SSA1-1997, PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL PARA MENORES Y ADULTOS MAYORES.**

JOSE IGNACIO CAMPILLO GARCIA, Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Regulación y Fomento Sanitario, con fundamento en los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 13, Apartado A, 23, 24, fracción III, 27, fracción X, 34, 40, 45, 58, fracción III, 167, 168, 171 y 172 de la Ley General de Salud; 3, 4, fracciones I, V, y VI, 7, 10, 11, 12, fracciones II y VI, 13, 41 y 45 de la Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social; 3, fracción XI, 40 fracciones I y XII, 47, fracción I y 52 de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 4, 7, 8, 56, 135, fracción VI, 137 y 138 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y 23 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, me permito ordenar la publicación en el **Diario Oficial de la Federación** de la Norma Oficial Mexicana NOM-167-SSA1-1997. Para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores.

**CONSIDERANDO**

Que con fecha 4 de diciembre de 1998, en cumplimiento del acuerdo del Comité y de lo previsto en el artículo 47, fracción I, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización se publicó en el **Diario Oficial de la Federación** el proyecto de la presente Norma Oficial Mexicana, a efecto de que dentro de los siguientes sesenta días naturales posteriores a dicha publicación, los interesados presentaran sus comentarios a la Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud.

Que las respuestas a los comentarios recibidos por el mencionado Comité, fueron publicadas previamente a la expedición de esta Norma en el **Diario Oficial de la Federación**, en los términos del artículo 47, fracción III, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización.

Que en atención a las anteriores consideraciones, contando con la aprobación del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Regulación y Fomento Sanitario, se expide la siguiente Norma Oficial Mexicana NOM-167-SSA1-1997, Para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores.

Sufragio Efectivo. No Reelección.

México, D.F., a 14 de septiembre de 1999.- El Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Regulación y Fomento Sanitario, **José Ignacio Campillo García**.- Rúbrica.

**PREFACIO**

En la elaboración de esta Norma Oficial Mexicana participaron:

SECRETARIA DE SALUD.

SECRETARIA DE COMERCIO Y FOMENTO INDUSTRIAL.

SECRETARIA DE EDUCACION PÚBLICA.

SECRETARIA DE GOBERNACION.

SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL.

SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD.

GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL.

PROCURADURIA GENERAL DE JUSTICIA DEL DISTRITO FEDERAL.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS

TRABAJADORES DEL ESTADO.  
 INSTITUTO NACIONAL DE LA NUTRICION “SALVADOR ZUBIRAN”.  
 INSTITUTO NACIONAL DE LA SENECTUD.  
 INSTITUTO NACIONAL PARA LA REHABILITACION DE NIÑOS CIEGOS Y  
 DEBILES VISUALES.  
 HOSPITAL PARA ENFERMOS CRONICOS “GUSTAVO BAZ”.  
 JUNTA DE ASISTENCIA PRIVADA.  
 PETROLEOS MEXICANOS.  
 UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.

## INDICE

0. Introducción
1. Objetivo
2. Campo de Aplicación
3. Referencias
4. Definiciones y Abreviaturas
5. Generalidades
6. Atención Integral a Menores en Instituciones de Asistencia Social
7. Prestación de Servicios de Asistencia Social en Guarderías Infantiles
8. Prestación de Servicios de Asistencia Social en Casa Hogar y Albergues para Adultos Mayores
9. Registro e Información
10. Concordancia con Normas Internacionales y Mexicanas
11. Bibliografía
12. Observancia de la Norma
13. Vigencia

### 0. Introducción

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

En respuesta a lo anterior, es necesario estimular y fortalecer las acciones de asistencia social que realizan los integrantes del Sistema Nacional de Salud de conformidad con lo que disponen las leyes respectivas, no sólo en el control y supervisión del uso de los recursos y aspectos administrativos, sino principalmente en la calidad de la atención, a fin de asegurar mayor coherencia entre instrumentos y objetivos, para alcanzar una operación integral más eficaz, una gestión más eficiente y la contribución hacia una sociedad más justa y democrática.

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

### 1. Objetivo

Esta Norma Oficial Mexicana tiene por objeto establecer los procedimientos para uniformar principios, criterios, políticas y estrategias en la prestación de servicios y desarrollo de actividades en materia de asistencia social a menores y adultos mayores.

### 2. Campo de aplicación

Esta Norma Oficial Mexicana es aplicable a todas las dependencias y entidades de la administración pública, tanto federal como local y las personas físicas o morales de los sectores social y privado que conforman el Sistema Nacional de Salud.

### 3. Referencias

Para la correcta aplicación de esta Norma es necesario consultar las siguientes Normas Oficiales Mexicanas:

**3.1** NOM-001-SSA2-1993, Que establece los Requisitos Arquitectónicos para Facilitar el Acceso, Tránsito y Permanencia de los Discapacitados a los Establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud.

**3.2** NOM-008-SSA2-1993, Para el Control de la Nutrición, Crecimiento y Desarrollo del Niño y del Adolescente.

#### **4. Definiciones y abreviaturas**

**4.1** Adulto mayor, a la persona de 60 años de edad o más.

**4.2** Adulto mayor en estado de abandono, aquel que presenta cualquiera de las características siguientes: carencia de familia, rechazo familiar, maltrato físico o mental, carencia de recursos económicos.

**4.3** Albergue para adultos mayores, al establecimiento donde se proporcionan temporalmente servicios de alojamiento a adultos mayores, en tanto son reubicados a otras instituciones o a su familia.

**4.4** Albergue temporal, al establecimiento donde se atiende de manera temporal a menores víctimas de delitos que se encuentran en situación de conflicto, daño o peligro, de cero a doce años de edad, que pueden ser derivados a los Centros de Asistencia Social de los tres niveles de atención.

**4.5** Casa cuna, al establecimiento que atiende a menores de ambos sexos entre los 0 y 6 años de edad u 8 años de acuerdo al caso específico.

**4.6** Casa hogar, al establecimiento que atiende a menores de ambos sexos entre 6 y 18 años de edad, en casas mixtas o por sexo según se disponga en su Modelo de Atención y en casos especiales, se podrá prolongar la estancia hasta los 20 años de edad.

**4.7** Casa hogar para adultos mayores, al establecimiento de asistencia social donde se proporciona a adultos mayores atención integral mediante servicios de alojamiento, alimentación, vestido, atención médica, trabajo social, actividades culturales, recreativas, ocupacionales y psicológicas.

**4.8** Centro de atención especializada, al establecimiento que atiende a personas de ambos sexos, con daños emocionales graves o deficiencias físicas y mentales que les limitan temporalmente o les impiden la vida en comunidad de niños sanos.

**4.9** Centro de día, al establecimiento público, social o privado que proporciona alternativas a los adultos mayores para la ocupación creativa y productiva del tiempo libre mediante actividades culturales, deportivas, recreativas y de estímulo, donde se promueve tanto la dignificación de esta etapa de la vida, como la promoción y autocuidado de la salud.

**4.10** Guardería, al establecimiento que durante la jornada laboral de los padres o tutores proporciona atención integral a niños desde los 43 días de nacido hasta los 6 años de edad.

**4.11** Internado, al establecimiento que proporciona asistencia social temporal a menores en edad escolar de ambos sexos y con vínculos familiares.

**4.12** Instalación hidráulica, a la dotación de agua para uso o consumo.

**4.13** Lactante, al menor cuya edad fluctúa desde su nacimiento hasta un año seis meses de edad.

**4.14** Maternal, al menor cuya edad fluctúa de 1 año 7 meses a 3 años 11 meses.

**4.15** Menor en estado de abandono, al menor que presenta abandono de uno o ambos padres, carencia de familia o rechazo familiar.

**4.16** Menor en estado de desventaja social, al menor que presenta una o varias de las características siguientes: maltrato físico, mental o sexual; ambiente familiar que pone en riesgo e impide su desarrollo integral; desintegración familiar; pobreza extrema; enfermedad severa física, mental o emocional; enfermedad o incapacidad de los padres; padres privados de la libertad.

**4.17** Menor en estado de orfandad parcial o total, al menor que carece de uno o ambos padres.

**4.18** Menor sujeto de prestación de servicios de asistencia social en Instituciones, a la persona de 0 a 18 años de edad, cuya situación la coloca parcial o totalmente en estado de orfandad, abandono o desventaja social.

**4.19** Preescolar, al menor cuya edad fluctúa de 4 años de edad a 5 años 11 meses.

Abreviaturas

4.20 cm.	Centímetros.
4.21 hrs.	Horas.
4.22 m	Metros.
4.23 m <sup>2</sup>	Metros cuadrados.
4.24 T.V.	Televisión.
4.25 W.C.	Inodoro.
4.26 %	Por ciento.

## **5. Generalidades**

**5.1** La prestación de servicios de asistencia social para la atención integral de menores y adultos mayores se llevará a cabo en:

- a)** Casa Cuna.
- b)** Casa Hogar para Menores.
- c)** Albergue Temporal para Menores.
- d)** Guardería Infantil.
- e)** Internado.
- f)** Centro de Atención Especializada.
- g)** Casa Hogar para Adultos Mayores.
- h)** Albergue Temporal para Adultos Mayores.

**5.2** La prestación de los servicios de asistencia social comprenden:

**5.2.1** Alojamiento temporal o permanente.

**5.2.2** Alimentación.

**5.2.3** Vestido, excepto guardería.

**5.2.4** Fomento y cuidado de la salud.

**5.2.5** Vigilancia del desarrollo educativo en el caso de menores.

**5.2.6** Atención a menores con discapacidad.

**5.2.7** Actividades educativas y recreativas.

**5.2.8** Atención médica y psicológica.

**5.2.9** Trabajo social.

**5.2.10** Apoyo jurídico, excepto guarderías.

**5.3** Para la prestación de los servicios a que se refiere esta Norma, los integrantes del Sistema Nacional de Salud deberán contar con:

**5.3.1** Reglamento Interno, que tendrá como objetivo que en la unidad prevalezca un ambiente cordial, técnicamente eficiente y con las condiciones propicias para el desarrollo de las actividades que involucran la atención integral de los usuarios.

**5.3.2** Manuales técnico administrativos.

**5.3.3** Programa general de trabajo.

**5.3.3.1** En casa cuna, casa hogar para menores, albergues temporales para menores e internados orientado a:

**5.3.3.1.1** Desarrollar la personalidad del usuario para que conviva con respeto y dignidad dentro de su entorno social.

**5.3.3.1.2** Promover el desarrollo de sus facultades cognoscitivas que le lleven a una integración social.

**5.3.3.1.3** Fomentar la convivencia humana a fin de robustecer el aprecio a la integridad y la convicción del interés para formar parte de una sociedad con igualdad de derechos.

**5.3.3.1.4** Otorgar atención al menor sustentada en principios científicos, éticos y sociales.

**5.3.3.1.5** Realizar actividades de cuidado y fomento de la salud con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

**5.3.3.1.6** Realizar actividades educativas y recreativas dirigidas a desarrollar todas sus facultades como ser humano.

**5.3.3.1.7** Asegurar el respeto a sus derechos y pertenencias.

**5.3.3.1.8** Otorgar vigilancia, protección y seguridad.

**5.3.3.2** En guarderías infantiles estará orientado a:

**5.3.3.2.1** Elevar los niveles de salud y educación.

**5.3.3.2.2** Ofrecer protección y favorecer el desarrollo del niño y la madre.

**5.3.3.2.3** Incorporar menores con discapacidad no dependientes.

**5.3.3.3** En establecimientos para la atención del adulto mayor estará orientado a:

**5.3.3.3.1** Promover el bienestar presente y futuro de los adultos mayores.

**5.3.3.3.2** Mejorar la prestación de servicios de asistencia social.

**5.3.3.3.3** Estimular la interacción del adulto mayor.

**5.3.3.3.4** Estimular la participación social.

**5.3.3.3.5** Realizar acciones que promuevan la participación en actividades ocupacionales y recreativas.

**5.3.3.3.6** Realizar acciones de referencia y contra-referencia para la resolución de urgencias médico quirúrgicas.

**5.3.3.3.7** Fomentar el respeto a la persona, a sus derechos civiles y pertenencias.

**5.3.3.3.8** Otorgar vigilancia, protección y seguridad.

**5.4** Recursos Humanos.

**5.4.1** En casa cuna, casa hogar para menores, albergues temporales para menores, internados, casa hogar para adultos mayores y albergues temporales para adultos mayores se debe incluir preferentemente el siguiente personal: médico, psicólogo, enfermera, trabajador social, intendente y vigilante las 24 hrs. del día.

**5.4.2** En las guarderías se contará como mínimo con: educadora, enfermera, asistente educativa (o su equivalente en la institución que corresponda), puericultista, trabajador social y dietista (o su equivalente en la institución que corresponda).

**5.5** Características de los locales.

Para ofrecer servicios de asistencia social de calidad a los usuarios, se debe contar con infraestructura e instalaciones que les permitan llevar una vida digna y segura, que comprenden:

**5.5.1** Acceso principal por medio de explanada para dar seguridad y protección al público usuario.

**5.5.2** Acceso al área de servicios generales distante del acceso principal.

**5.5.3** Acabados lisos, de preferencia con materiales existentes en la región.

**5.5.3.1** En pisos interiores, en áreas de alto flujo como vestíbulos y salas de espera, deben emplearse materiales resistentes, antiderrapantes y de fácil limpieza.

**5.5.3.2** En pisos exteriores, se debe utilizar materiales resistentes naturales o artificiales.

**5.5.3.3** En pisos donde se requiera agua como sanitarios, baños y vestidores, se deben utilizar materiales antiderrapantes.

**5.5.4** Área física con dimensiones suficientes para albergar el área de gobierno que comprende dirección, recepción, vestíbulo, acceso y oficinas administrativas de acuerdo al tamaño del establecimiento y su estructura.

**5.5.4.1** El área física para los usuarios se debe determinar en función de las actividades y equipamiento específico de cada local, clima y asoleamiento de la localidad para su correcta orientación.

**5.6** Servicios Generales.

Todo establecimiento debe dar cumplimiento a las disposiciones emitidas por el Programa Nacional de Protección Civil, en función a los riesgos a los que están principalmente expuestos (incendios, sismos, inundaciones, entre otros) y a la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA2-1993, Que establece los Requisitos Arquitectónicos para Facilitar el Acceso, Tránsito y Permanencia de los Discapacitados a los Establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud.

**5.6.1** Todo establecimiento debe contar con:

**5.6.1.1** Área física para el personal, con dimensión suficiente, iluminada y ventilada; baños y vestidores separados por sexo; número de muebles de acuerdo al tamaño y reglamento de construcción vigente en la entidad; estantes para ropa, área de descanso, bodega general, área para artículos de aseo y depósito de basura.

**5.6.1.2** Para los usuarios: debe existir W.C., lavabos y regaderas suficientes de acuerdo al número de usuarios, tomando en cuenta el reglamento de construcción vigente en la entidad.

**5.6.2** Las instalaciones hidráulicas, eléctricas, contra incendios, de gas, intercomunicación y especiales deben proyectarse de acuerdo a los reglamentos vigentes de cada entidad.

**5.6.2.1** La instalación hidráulica debe reunir las características físicas, químicas y bacteriológicas para consumo humano y ser suficiente tomando en cuenta los siguientes elementos:

**5.6.2.1.1** Toma de agua con tubería apropiada según el consumo y equipo de medición de flujo.

**5.6.2.1.2** Cisterna de almacenamiento de agua para 3 días de acuerdo al gasto promedio diario.

**5.6.2.1.3** Equipo de bombeo a tinacos.

**5.6.2.1.4** Red de agua caliente para baños en general, regulada directamente desde casa de máquinas.

**5.6.2.1.5** Si la provisión es únicamente por tinacos, éstos deben contener dos veces el volumen de consumo diario.

**5.6.2.1.6** Calentadores de agua.

**5.6.2.2** Instalación eléctrica controlada por áreas a través de circuitos de alumbrado y contactos, con interruptores tipo magnético polarizado, luces de emergencia a base de batería eléctrica en lugares estratégicos y luces de emergencia en los cuartos.

**5.6.2.3** Ventilación, el diseño arquitectónico, altura y tipo de construcción debe permitir una ventilación adecuada para mantener un eficiente intercambio de aire y una temperatura agradable; en caso extremo debe equiparse con acondicionadores de aire que aseguren una temperatura estable en verano e invierno.

**5.6.2.4** Iluminación natural o de acuerdo al reglamento vigente en la entidad.

**5.6.3** Seguridad, se deben considerar los siguientes factores:

**5.6.3.1** Diseño arquitectónico para desalojo del inmueble en caso de siniestro.

**5.6.3.2** Prevención contra incendios de acuerdo al Reglamento de Seguridad y Siniestros vigente en la entidad federativa o localidad.

**5.6.3.3** Se debe contar con la capacidad necesaria de agua almacenada para el uso en caso de siniestros, atendiendo a lo que establezca el reglamento de bomberos.

**5.6.3.4** Detectores de humo instalados en el techo y conectados a un tablero con indicadores luminosos, accesible para el personal indicado.

**5.6.3.5** Colocación de extintores en lugares estratégicos.

**5.6.3.6** Sistema de alarma de emergencia sonoro, que se pueda activar mediante interruptor, botón o timbre estratégicamente colocado y accesible al personal.

**5.6.3.7** Disponer de un sistema de iluminación de emergencia en las áreas de tránsito del personal y los usuarios.

**5.6.3.8** Ubicación de señalamientos apropiados de tamaño mayor que el usual, para que orienten al usuario en caso de desalojo.

**5.6.3.9** Puertas de salida de emergencia con la dimensión necesaria y dispositivos de fácil operación.

**5.6.3.10** Puertas o cancelas con vidrio que limiten diferentes áreas, con bandas de color que indiquen su presencia.

**5.6.3.11** En muros no utilizar materiales inflamables o que produzcan gases y humos tóxicos.

**5.7** Servicios.**5.7.1** Alimentación.

**5.7.1.1** El estado nutricional de los menores en casa cuna, hogar para menores, internados, centros de atención especializada y guarderías infantiles deberán seguir los criterios de la NOM-008-SSA2-1993, Para el Control de la Nutrición, Crecimiento y Desarrollo del Niño y del Adolescente.

**5.7.1.2** La alimentación que se proporcione al adulto mayor en casa hogar para adultos mayores y albergues temporales, debe contar con el aporte calórico y nutriente necesario de acuerdo al estado de salud del usuario y ser controlado a través de un examen nutricional cada seis meses como mínimo.

#### **5.7.2** Vestido

El vestido y calzado en casa cuna, hogar para menores, internados, centros de atención especializada y casa hogar para adultos mayores deben proporcionarse y procurarse cómodos y adecuados a las necesidades de los usuarios, dependiendo de las condiciones climáticas del lugar.

### **6. Atención integral a menores en instituciones de asistencia social**

La prestación de servicios a menores debe incluir:

#### **6.1** Vigilancia del Desarrollo Educativo.

**6.1.1** La vigilancia del desarrollo educativo debe seguir criterios orientados a la educación y lucha contra la ignorancia, especialmente en lo previsto por la Ley Federal de Educación.

**6.1.2** La formación y educación de los menores comprende la incorporación formal en preescolar, primaria, secundaria y en su caso, orientación vocacional, oficios específicos y capacitación para el trabajo.

**6.1.3** Debe inculcarse de acuerdo a la edad de los menores la formación para la responsabilidad, libertad, socialización, creatividad y valores morales.

**6.1.4** Se debe fomentar la salud física y mental, así como el desarrollo armónico de la personalidad.

**6.1.5** En el proceso educativo del menor se deben incluir las siguientes actividades:

- a) Recreativas
- b) Lúdicas
- c) De esparcimiento
- d) Deportivas
- e) Expresión y culturales

#### **6.2** Promoción y cuidado de la salud.

**6.2.1** La vigilancia del crecimiento y desarrollo de la atención de menores en instituciones de asistencia social, deberán seguir los criterios de la NOM-008-SSA2-1993, Para el Control de la Nutrición, Crecimiento y Desarrollo del Niño y del Adolescente.

**6.2.2** Los menores a quienes no sea posible brindar atención médica, odontológica o psicológica, deberán referirse a los servicios médicos de las instituciones de salud.

**6.2.3** De acuerdo a la edad del menor, otorgar orientación para prevenir riesgos de salud sexual.

**6.2.4** Area física con dimensiones suficientes, constituida por consultorios, cubículos para entrevistas y trabajos individuales o grupales, de acuerdo al tamaño del establecimiento e infraestructura.

#### **6.3** Recreación y adiestramiento.

**6.3.1** Area física con dimensiones suficientes para albergar áreas de usos múltiples, talleres y oficios, recreación, áreas verdes, de acuerdo al tamaño del establecimiento e infraestructura, así como un área para la colocación del asta bandera.

#### **6.4** Dormitorios.

De acuerdo a las características de la institución, evitar el hacinamiento respetando el área tributaria de 6.48 m<sup>2</sup> por cama de cada menor.

#### **6.5** Sanitarios.

Se dejará como mínimo un sanitario para discapacitados.

#### **6.6** Trabajo Social.

Las instituciones deben cumplir con las siguientes actividades de trabajo social en relación con los menores:

**6.6.1** Estudio de ingreso y expediente único actualizado.

**6.6.2** Seguimiento del caso en relación con el núcleo familiar para propiciar su integración al hogar.

**6.6.3** Apoyo a la referencia a unidades de salud y a otras instituciones de Asistencia Social.

**6.6.4** Apoyo técnico-administrativo.

**6.6.5** Apoyo a las actividades educativas y recreativas.

**6.6.6** Estudio socioeconómico al solicitante de adopción.

**6.6.7** Seguimiento del proceso de adopción.

**6.7** Apoyo Jurídico.

Son actividades de apoyo jurídico las siguientes:

**6.7.1** Investigar y, en su caso, regularizar la situación jurídica del menor.

**6.7.2** Formalizar el trámite de adopción.

### **7. Prestación de servicios de asistencia social en guarderías infantiles**

La prestación de servicios en guarderías debe incluir:

**7.1** Salas de atención para lactantes, maternas, preescolares y de usos múltiples.

**7.2** Area de recepción con escritorio, sillas, archiveros, cuna/observación, básculas con estadímetro para niños y bebés, botiquín de primeros auxilios y lavabo.

**7.3** Salas de atención con cunas, colchonetas, mesas y sillas infantiles, muebles de guarda y baño de artesa.

**7.4** Area común de usos múltiples para el desarrollo de actividades de entrenamiento, recreación y físicas en tiempo libre a efecto de enriquecer las esferas cognoscitiva, afectiva y psicomotora.

**7.5** Area de nutrición: cocina con anaqueles, refrigerador, estufa, fregadero preferentemente de doble tarja, trampa de grasas, triturador, disposición adecuada de basura, mesa para preparación de alimentos, laboratorio de leches con esterilizador y almacén de víveres.

**7.6** Áreas exteriores con patio cívico, de servicio y recreativo.

**7.7** Sanitarios con excusados, área de bacinicas y lavabos de colocación y altura proporcionales a las características de los usuarios.

**7.8** Son actividades inherentes a los servicios de asistencia social en guarderías infantiles:

**7.8.1** Atención al menor sustentada en principios científicos, éticos y sociales.

**7.8.2** Actividades educativas y recreativas que promuevan el desarrollo de las esferas cognoscitiva, afectiva y psicomotora.

**7.8.3** Respeto a los derechos y pertenencias de niños y niñas.

**7.8.4** Vigilancia, protección y seguridad.

**7.8.5** Atención de quejas y sugerencias de los padres y familiares con garantía de que sean tomadas en cuenta para la solución, vigilancia y seguimiento de las medidas adoptadas.

**7.8.6** Promoción y participación de los padres en el proceso de atención a los menores.

**7.9** Alojamiento.

**7.9.1** El número de menores que se atiendan en las guarderías infantiles estará sujeto a la capacidad instalada de cada una de las unidades operativas.

**7.9.2** Todas las guarderías infantiles deberán contar con organización física y funcional que contemple la distribución de áreas de acuerdo a la edad de los menores.

**7.9.3** La admisión de menores se hará de acuerdo a la siguiente clasificación:

a) Lactantes: de 43 días hasta un año seis meses.

b) Maternas: de un año siete meses hasta 3 años 11 meses.

c) Preescolar: de 4 años hasta la edad cronológica límite que marca la institución.

**7.10** Fomento y cuidado de la salud.

La vigilancia del crecimiento y desarrollo de los menores en guarderías infantiles deberán seguir los criterios de la NOM-008-SSA2-1993, Para el Control de la Nutrición, Crecimiento y Desarrollo del Niño y del Adolescente.

#### **7.11 Atención a menores con discapacidad.**

##### **7.11.1 De los requisitos de admisión.**

###### **7.11.1.1 Todas las guarderías infantiles admitirán a menores con discapacidad no dependientes.**

**7.11.1.2** El ingreso de los menores con discapacidad a las guarderías infantiles quedará sujeto a la disponibilidad de lugares con que cuenta cada institución respecto de la admisión general.

**7.11.1.3** Los menores con discapacidad deberán presentar además de los requisitos estipulados en los reglamentos internos de cada institución, constancia de evaluación por médico especialista de acuerdo al tipo y grado de discapacidad.

**7.11.1.4** El menor con discapacidad deberá contar mientras sea necesario, con constancia semestral de continuidad en su programa de rehabilitación de la institución que lo atienda.

**7.11.1.5** En las guarderías infantiles deberán ser admitidos los menores de acuerdo a la siguiente tipificación de discapacidad y que no presenten otra asociada:

###### **7.11.1.5.1 Problemas músculo esqueléticos.**

###### **7.11.1.5.2 Amputación unilateral.**

###### **7.11.1.5.3 Malformaciones del pie tratadas o en proceso de rehabilitación.**

- a. Equino varo.
- b. Zambo o Both.
- c. Plano-valgo.
- d. Talo.

###### **7.11.1.5.4 Malformaciones congénitas.**

- a. Sindactilia
- b. Polidactilia
- c. Focomelia proximal y distal
- d. Displasia y subluxación de cadera
- e. Escoliosis
- f. Xifosis
- g. Tortícolis
- h. Acondroplasia

**7.11.1.5.5** Lesión de neurona motora central, parálisis cerebral; monoparesia, hemiparesia, paraparesia, diparesia y cuadriparesia leves.

**7.11.1.5.6** Lesión de neurona motora periférica (raíz, tronco, nervio).

**7.11.1.5.7** Secuelas de quemaduras que no limiten apreciablemente el movimiento del aparato músculo esquelético.

**7.11.1.5.8** Luxación congénita de cadera o similares que no requieran aparatos de yeso.

###### **7.11.1.6 Problemas visuales.**

- a. Debilidad visual.
- b. Ceguera unilateral o bilateral.

###### **7.11.1.7 Alteraciones auditivas.**

- a. Agenesia de pabellón auricular.
- b. Hipoacusia o sordera.

###### **7.11.1.8 Alteraciones y problemas del lenguaje.**

- a. Dislalias.
- b. Disritmias
- c. Rotacismos y retraso en la adquisición del lenguaje
- d. Labio y paladar hendido con resolución quirúrgica.

**7.11.1.9** Alteraciones en el desarrollo psicomotor equivalente a un cociente de desarrollo no menor a 70.

**7.11.1.10** Síndrome de Down, con un cociente de desarrollo no menor a 70.

**7.12** De los recursos humanos para la atención.

Para la atención de menores con discapacidad se implementarán programas de sensibilización y capacitación continua para el personal encargado de cada área, sin que se requiera de alguna especialización.

**7.13** De las condiciones e instalaciones.

La atención que se prestará a los menores con discapacidad se proporcionará en áreas físicas, instalaciones, mobiliario y equipo con que cuenta la guardería infantil y de manera gradual, se incorporarán las ayudas y asistencias técnicas necesarias para su estancia y permanencia.

**7.14** Actividades educativas y recreativas.

Comprende la atención completa y suficiente de su desarrollo, brindando experiencias que enriquezcan las esferas cognoscitiva, afectiva y psicomotora.

**7.15** Trabajo social.

**7.15.1** Estudio socioeconómico de ingreso.

**7.15.2** Establecer una relación estrecha y permanente con la familia, proporcionando el conocimiento de programas que se realizan y promover la actividad responsable de los padres.

**7.15.3** Apoyo a las actividades recreativas y educativas.

**7.15.4** Apoyo a acciones jurídicas.

**7.15.5** Referencia a unidades de atención médica.

## **8. Prestación de servicios de asistencia social en casa hogar y albergues para adultos mayores**

La prestación de servicios en casa hogar y albergues para adultos mayores debe incluir:

**8.1** Alojamiento mediante infraestructura e instalaciones planeadas y diseñadas con los espacios requeridos por los adultos mayores, para que lleven una vida digna, segura y productiva.

**8.1.1** Las casas hogar y albergues para adultos mayores comprenderán las siguientes áreas:

**8.1.1.1** Atención a la Salud: consultorios, y sala de observación.

**8.1.1.2** Recreación y Adiestramiento: talleres, servicios religiosos, salón de usos múltiples, sala de T.V., en su caso, sala de exposición y venta de artículos.

**8.1.1.3** Dormitorios: podrá tener cuartos individuales, grupales no mayor de seis camas y matrimoniales.

**8.1.1.4** Sanitarios Hombres y Mujeres: WC, lavabos, mingitorios y regaderas.

Ajustar las áreas con el mobiliario y equipo específico.

**8.1.2** Se debe considerar:

Atención de quejas y sugerencias de usuarios y familiares, con garantía de que sean tomadas en cuenta para su solución, vigilancia y seguimiento; Promoción de la participación de la familia y la comunidad en el proceso de atención de los usuarios.

**8.1.3** Para la distribución de los espacios en la vivienda se deben analizar los diferentes movimientos de personal, usuario, público, interrelación de áreas para facilitar el desplazamiento autosuficiente del adulto mayor.

**8.1.4** En plazas de acceso, evitar en lo posible los escalones, utilizar materiales antiderrapantes, y donde hay escaleras utilizar barandales a una altura de 90 cm. con pasamanos tubular redondo de 5 cm. de diámetro y rampas de 1.55 m de ancho con declive no mayor al 6%.

**8.1.5** En áreas comunes de usos múltiples evitar desniveles en el piso y pasillos; colocar pasamanos tubulares de 5 cm. de diámetro en muros a una altura de 75 cm. sobre el nivel de piso terminado.

**8.1.6** Contar con aparatos telefónicos, a la altura y distribuidos de tal forma que los adultos mayores puedan recibir llamadas con la privacidad necesaria.

**8.1.7** En guarniciones y banquetas, se deben prever rampas de desnivel con un ancho mínimo de 1 m y 20% máximo de pendiente.

**8.1.8** En puertas o cancelas con vidrios que limiten diferentes áreas, utilizar elementos como bandas anchas de 20 cm. de color, a una altura de 1.40 m sobre el nivel del piso, que indiquen su presencia.

**8.1.9** Las habitaciones deben tener pasamanos próximos a la cama de cada uno de ellos, así como sistemas de alarma de emergencia contra incendios y médica.

**8.1.10** Los baños tendrán excusados y regaderas con pasamanos tubulares de 5 cm. de diámetro y los lavabos estarán asegurados con ménsulas metálicas.

**8.1.11** Los pisos en baños deben ser uniformes, con material antiderrapante de fácil limpieza, y con iluminación y ventilación natural.

**8.1.12** En caso de personas discapacitadas, se seguirán los criterios señalados en la NOM-001-SSA2-1993, Que Establece los Requisitos Arquitectónicos para Facilitar el Acceso, Tránsito y Permanencia de los Discapacitados a los Establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud.

## **8.2 Alimentación.**

**8.2.1** El usuario tendrá derecho a recibir tres alimentos al día con un intervalo de seis a siete horas entre un alimento y otro.

**8.2.2** La alimentación debe ser de buen sabor y aspecto, en cantidad suficiente para una adecuada nutrición y servida en utensilios decorosos.

## **8.3 Atención médica.**

**8.3.1** Se debe contar con equipo médico indispensable que incluya:

- a) Botiquín de primeros auxilios.
- b) Estetoscopio biauricular.
- c) Esfigmomanómetro.
- d) Estuche de diagnóstico con oftalmoscopio.
- e) Aspirador.

**8.3.2** La atención médica que se proporcione al adulto mayor debe estar sustentada en principios científicos, éticos y sociales; comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, que se llevan a cabo por el médico, la enfermera, gericultista, psicólogo y terapeuta físico - ocupacional.

**8.3.3** Las actividades preventivas comprenderán las acciones siguientes:

**8.3.3.1** Educación y promoción de la salud del adulto mayor.

**8.3.3.2** Fomento de una cultura de dignificación del adulto mayor, que implica la difusión de preceptos gerontológicos que permitan conocer y comprender el proceso de envejecimiento.

**8.3.3.3** Detección oportuna de factores de riesgo y enfermedades, para prevenir secuelas discapacitantes y mantener la funcionalidad y autonomía del individuo, entre las cuales se encuentran:

- a. Hipertensión arterial.
- b. Diabetes mellitus.
- c. Enfermedad del sistema músculo esquelético.
- d. Aterosclerosis.
- e. Malnutrición.

- f. Cáncer.
- g. Otras enfermedades cardiovasculares.
- h. Depresión.
- i. Enfermedades respiratorias.
- j. Enfermedades visuales.
- k. Enfermedades auditivas.
- l. Enfermedades estomatológicas.
- m. Enfermedades dermatológicas.

**8.3.3.4.** Diseñar y aplicar programas orientados a la atención integral del adulto mayor con acciones relativas a:

**8.3.3.4.1** Orientación nutricional.

**8.3.3.4.2** Prevención de enfermedad periodontal.

**8.3.3.4.3** Prevención de alteraciones psicoafectivas.

**8.3.3.4.4** Prevención de caídas y accidentes.

**8.3.3.4.5** Prevención de adicciones.

**8.3.3.4.6** Prevención de hábitos nocivos para la salud.

**8.3.3.4.7** Fomento de la actividad física.

**8.3.3.5** Actividades culturales, recreativas, ocupacionales y productivas.

**8.3.3.6.** Promover la interacción familiar y social mediante el aprovechamiento de sus conocimientos y experiencias.

**8.3.4** Las actividades curativas en los establecimientos de casa hogar y albergues para adultos mayores se llevarán a cabo mediante las siguientes acciones:

**8.3.4.1** Valoración clínica del caso y elaboración de la nota correspondiente.

**8.3.4.2** Apertura del expediente clínico.

**8.3.4.3** Elaboración de la historia clínica.

**8.3.4.4** Estudio psicosocial.

**8.3.4.5** Estudios de laboratorio y gabinete.

**8.3.4.6** Elaboración del diagnóstico, evaluación funcional, pronóstico y tratamiento.

**8.3.4.7** Referencia, en su caso, a una unidad de atención médica para su manejo.

**8.3.4.8** Las señaladas en la Norma Oficial Mexicana correspondiente de acuerdo al padecimiento que se trate.

**8.4** Rehabilitación integral.

**8.4.1** Las actividades de rehabilitación se desarrollarán de acuerdo a las necesidades particulares de los usuarios, con la participación interdisciplinaria de los trabajadores de la salud, la familia y la comunidad en general, en la esfera cognoscitiva, afectiva y psicomotora.

**8.4.2** Para el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de los programas de rehabilitación física, psicológica, ocupacional, de entrenamiento laboral, culturales y recreativas, se incluyen las siguientes actividades:

**8.4.2.1** Coordinación psicomotriz, gruesa y fina.

**8.4.2.2** Prevención y atención de deformidades físicas.

**8.4.2.3** Mantenimiento de la conciencia de su esquema corporal.

**8.4.2.4** Mantenimiento de la conciencia de espacio.

**8.4.2.5** Funcionalidad de sus sentidos.

**8.4.2.6** Elaboración de trabajos manuales.

**8.4.2.7** Actividades sociales.

**8.4.2.8** Actividades de autocuidado.

**8.4.2.9** Actividades ocupacionales y recreativas.

**8.4.2.10** Otras que se señalen en la normatividad aplicable.

**8.5** Las casas hogar y albergues para adultos mayores deben estar vinculadas y promover el desarrollo de programas de la comunidad, para facilitar al usuario su reincorporación a la vida familiar, productiva, laboral y social mediante su atención en los centros de día y casas de bienestar social. Estos centros deberán diseñar, ejecutar, dar seguimiento y evaluar programas que favorezcan la incorporación del adulto mayor a la vida productiva y gozar de los beneficios económicos del producto de su actividad.

**8.6** Trabajo Social.

**8.6.1** Las actividades de trabajo social en relación con el adulto mayor son:

**8.6.1.1** Elaborar el estudio socioeconómico de ingreso.

**8.6.1.2** Seguimiento del caso en relación con el núcleo familiar para propiciar su reintegración social.

**8.6.1.3** Apoyar la referencia a unidades de atención médica.

**8.6.1.4** Apoyar trámites legales y administrativos.

**8.6.1.5** Apoyar las actividades recreativas y culturales.

**8.6.1.6** Gestionar descuentos y concesiones.

## **9. Registro e información**

Toda institución que brinde servicios de asistencia social: casa cuna, hogar para menores, albergues temporales para menores, internados, guarderías infantiles, albergues temporales para adultos mayores y casa hogar para adultos mayores debe incorporarse al Directorio Nacional de Instituciones de Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia y, mediante el aviso de Funcionamiento a la autoridad sanitaria de su localidad.

## **10. Concordancia con normas internacionales y mexicanas**

Esta Norma no tiene concordancia con normas internacionales ni mexicanas.

## **11. Bibliografía**

**11.1** Anzola E. Aging in Latin America and the Caribbean. In *Towards the well being of the elderly*. pp 9-23. Pan American Health Organization Scientific Publication No. 492. Washington, D.C. 1985.

**11.2** Gutiérrez Robledo L.- *The Latin American Aging Situation. Impact of Science on Society.* (UNESCO) 153; 65-80, 1989.

**11.3** Gutiérrez Robledo L.- *El Proceso de envejecimiento.* Documento preparado para el Taller sobre Políticas de Atención a los Ancianos, Santiago de Chile, 2-6- de noviembre 1992 - CELADE.

**11.4** *La Salud del Anciano.* Organización Mundial de la Salud. Serie de Reportes Técnicos. 779, Ginebra, 1989.

**11.5** Frenk J, *Los Futuros de la Salud,* Revista Nexos - junio 1991.

**11.6** Corbalá 1 *Aspectos demográficos y socioeconómicos de la tercera edad.* Documento preparado para el Taller sobre Políticas de Atención a los Ancianos. Santiago de Chile, 2- 6 de noviembre 1992-CELADE.

**11.7** *Encuesta Nacional de Salud.* Sistema Nacional de Encuestas de Salud. México, 1988.

**11.8** Rosales L. Galván S. Martín A.- *Encuesta Nacional de Invalidez.* Documento mecanografiado, DIF-junio 1982.

**11.9** Alvarez R. Brown M.- *Encuesta de las Necesidades de los Ancianos en México.* *Salud Pública de México* 25 (1): 21-75. 1983.

**11.10** Organización Panamericana de la Salud.- Las Condiciones de Salud en las Américas, Publicación científica No. 524- Washington-1990.

**11.11** Puentes-Markides C. Castellanos J. Informe Final. Reunión de Consulta sobre Formulación de Políticas para los Ancianos en América Latina y el Caribe. OPS-1992.

**11.12** Ley General de Salud -1991.

**11.13** Norma Técnica para la Prestación de Servicios de Asistencia Social en Casa Cuna.

**11.14** Ley Sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social.

**11.15** Ley Federal sobre Metrología y Normalización.

**11.16** Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

**11.17** Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

**11.18** Norma Técnica para la Prestación de Servicios de Asistencia Social en Casa Hogar para Menores.

**11.19** Norma Técnica para la Prestación de Servicios de Asistencia Social en Guarderías para Menores.

**11.20** Norma Técnica para la Prestación de Servicios de Asistencia Social en Albergues para Adultos.

**11.21** Norma Técnica para la Prestación de Asistencia Social en Casa Hogar para Ancianos.

**11.22** Gutiérrez Robledo L. Perspectivas para el Desarrollo de la Geriátrica en México. Salud Pública de México 32 (6): 693-701-1990.

**11.23** Salud del Anciano, Programa Intersectorial, una propuesta. Grupo Intersectorial de Salud al Anciano, 1993.

## **12. Observancia de la Norma**

La vigilancia de la aplicación de la presente Norma corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas en el ámbito de su respectiva competencia.

## **13. Vigencia**

Esta Norma Oficial Mexicana entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el **Diario Oficial de la Federación**.

Sufragio Efectivo. No Reelección.

México, D.F., a 14 de septiembre de 1999.- El Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Regulación y Fomento Sanitario, **José Ignacio Campillo García**.- Rúbrica.

6.

## **DECRETO**

"EL CONGRESO GENERAL DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, D E C R E T A:

### **SE CREA LA LEY DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**

#### **LEY DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**

#### **TÍTULO PRIMERO**

#### **CAPÍTULO ÚNICO**

#### **DISPOSICIONES GENERALES**

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

I. La política pública nacional para la observancia de los derechos de las personas adultas mayores;

II. Los principios, objetivos, programas, responsabilidades e instrumentos que la administración pública federal, las entidades federativas y los municipios deberán observar en la planeación y aplicación de la política pública nacional, y

III. El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores.

**Artículo 2o.** La aplicación y seguimiento de esta Ley, corresponde a:

- I. El Ejecutivo Federal, a través de las Secretarías de Estado y demás dependencias que integran la Administración Pública, así como las Entidades Federativas, los Municipios, los Órganos Desconcentrados y paraestatales, en el ámbito de sus respectivas competencias y jurisdicción;
- II. La familia de las personas adultas mayores vinculada por el parentesco, de conformidad con lo dispuesto por los ordenamientos jurídicos aplicables;
- III. Los ciudadanos y la sociedad civil organizada, y
- IV. El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores.

**Artículo 3o.** Para los efectos de esta Ley, se entenderá por:

- I. Personas adultas mayores. Aquellas que cuenten con sesenta años o más de edad y que se encuentren domiciliadas o en tránsito en el territorio nacional;
- II. Asistencia social. Conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan al individuo su desarrollo integral, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, desprotección o desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva;
- III. Entidades federativas. Los estados y el Distrito Federal que integran los Estados Unidos Mexicanos;
- IV. Ley. La presente Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores;
- V. Género. Conjunto de papeles, atribuciones y representaciones de hombres y mujeres en nuestra cultura que toman como base la diferencia sexual;
- VI. Geriátría. Es la especialidad médica dedicada al estudio de las enfermedades propias de las personas adultas mayores;
- VII. Gerontología. Estudio científico sobre la vejez y de las cualidades y fenómenos propios de la misma;
- VIII. Integración social. Es el resultado de las acciones que realizan las dependencias y entidades de la administración pública federal, estatal y municipal, las familias y la sociedad organizada, orientadas a modificar y superar las condiciones que impidan a las personas adultas mayores su desarrollo integral;
- IX. Atención integral. Satisfacción de las necesidades físicas, materiales, biológicas, emocionales, sociales, laborales, culturales, recreativas, productivas y espirituales de las personas adultas mayores. Para facilitarles una vejez plena y sana se considerarán sus hábitos, capacidades funcionales, usos y costumbres y preferencias;
- X. Calidad del servicio. Conjunto de características que confieren al servicio la capacidad de satisfacer tanto las necesidades como las demandas actuales y potenciales, y
- XI. Instituto. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores.

## **TÍTULO SEGUNDO DE LOS PRINCIPIOS Y LOS DERECHOS**

### **CAPÍTULO I DE LOS PRINCIPIOS**

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

- I. Autonomía y autorrealización. Todas las acciones que se realicen en beneficio de las personas adultas mayores orientadas a fortalecer su independencia, su capacidad de decisión y su desarrollo personal y comunitario;
- II. Participación. La inserción de los adultos mayores en todos los órdenes de la vida pública. En los ámbitos de su interés serán consultados y tomados en cuenta; asimismo se promoverá su presencia e intervención;
- III. Equidad. Es el trato justo y proporcional en las condiciones de acceso y disfrute de los satisfactores necesarios para el bienestar de las personas adultas mayores, sin distinción por sexo, situación económica, identidad étnica, fenotipo, credo, religión o cualquier otra circunstancia;
- IV. Corresponsabilidad. La concurrencia y responsabilidad compartida de los sectores público y social, en especial de las comunidades y familias, para la consecución del objeto de esta Ley, y

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

## **CAPÍTULO II DE LOS DERECHOS**

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

### I. De la integridad, dignidad y preferencia:

- a. A una vida con calidad. Es obligación de las Instituciones Públicas, de la comunidad, de la familia y la sociedad, garantizarles el acceso a los programas que tengan por objeto posibilitar el ejercicio de este derecho.
- b. Al disfrute pleno, sin discriminación ni distinción alguna, de los derechos que ésta y otras leyes consagran.
- c. A una vida libre sin violencia.
- d. Al respeto a su integridad física, psicoemocional y sexual.
- e. A la protección contra toda forma de explotación.
- f. A recibir protección por parte de la comunidad, la familia y la sociedad, así como de las instituciones federales, estatales y municipales.
- g. A vivir en entornos seguros dignos y decorosos, que cumplan con sus necesidades y requerimientos y en donde ejerzan libremente sus derechos.

### II. De la certeza jurídica:

- a. A recibir un trato digno y apropiado en cualquier procedimiento judicial que los involucre, ya sea en calidad de agraviados, indiciados o sentenciados.
- b. A recibir el apoyo de las instituciones federales, estatales y municipales en el ejercicio y respeto de sus derechos.
- c. A recibir asesoría jurídica en forma gratuita en los procedimientos administrativos o judiciales en que sea parte y contar con un representante legal cuando lo considere necesario.
- d. En los procedimientos que señala el párrafo anterior, se deberá tener atención preferente en la protección de su patrimonio personal y familiar y cuando sea el caso, testar sin presiones ni violencia.

### III. De la salud, la alimentación y la familia:

- a. A tener acceso a los satisfactores necesarios, considerando alimentos, bienes, servicios y condiciones humanas o materiales para su atención integral.
- b. A tener acceso preferente a los servicios de salud, de conformidad con el párrafo tercero del artículo 4o. Constitucional y en los términos que señala el artículo 18 de esta Ley, con el objeto de que gocen cabalmente del derecho a su sexualidad, bienestar físico, mental y psicoemocional.
- c. A recibir orientación y capacitación en materia de salud, nutrición e higiene, así como a todo aquello que favorezca su cuidado personal.

Las familias tendrán derecho a recibir el apoyo subsidiario de las instituciones públicas para el cuidado y atención de las personas adultas mayores.

### IV. De la educación:

- a. A recibir de manera preferente el derecho a la educación que señala el artículo 3o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, de conformidad con el artículo 17 de esta Ley.
- b. Las instituciones educativas, públicas y privadas, deberán incluir en sus planes y programas los conocimientos relacionados con las personas adultas mayores; asimismo los libros de texto gratuitos y todo material educativo autorizado y supervisado por la Secretaría de Educación Pública,

incorporarán información actualizada sobre el tema del envejecimiento y los adultos mayores.

V. Del trabajo:

A gozar de igualdad de oportunidades en el acceso al trabajo o de otras opciones que les permitan un ingreso propio y desempeñarse en forma productiva tanto tiempo como lo deseen, así como a recibir protección de las disposiciones de la Ley Federal del Trabajo y de otros ordenamientos de carácter laboral.

VI. De la asistencia social:

- a. A ser sujetos de programas de asistencia social en caso de desempleo, discapacidad o pérdida de sus medios de subsistencia.
- b. A ser sujetos de programas para contar con una vivienda digna y adaptada a sus necesidades.
- c. A ser sujetos de programas para tener acceso a una casa hogar o albergue, u otras alternativas de atención integral, si se encuentran en situación de riesgo o desamparo.

VII. De la participación:

- a. A participar en la planeación integral del desarrollo social, a través de la formulación y aplicación de las decisiones que afecten directamente a su bienestar, barrio, calle, colonia, delegación o municipio.
- b. De asociarse y conformar organizaciones de personas adultas mayores para promover su desarrollo e incidir en las acciones dirigidas a este sector.
- c. A participar en los procesos productivos, de educación y capacitación de su comunidad.
- d. A participar en la vida cultural, deportiva y recreativa de su comunidad.
- e. A formar parte de los diversos órganos de representación y consulta ciudadana.

VIII. De la denuncia popular:

Toda persona, grupo social, organizaciones no gubernamentales, asociaciones o sociedades, podrán denunciar ante los órganos competentes, todo hecho, acto u omisión que produzca o pueda producir daño o afectación a los derechos y garantías que establece la presente Ley, o que contravenga cualquier otra de sus disposiciones o de los demás ordenamientos que regulen materias relacionadas con las personas adultas mayores.

## TÍTULO TERCERO DE LOS DEBERES DEL ESTADO, LA SOCIEDAD Y LA FAMILIA CAPÍTULO ÚNICO

**Artículo 60.** El Estado garantizará las condiciones óptimas de salud, educación, nutrición, vivienda, desarrollo integral y seguridad social a las personas adultas mayores. Asimismo, deberá establecer programas para asegurar a todos los trabajadores una preparación adecuada para su retiro. Igualmente proporcionará:

- I. Atención preferencial: Toda institución pública o privada que brinde servicios a las personas adultas mayores deberá contar con la infraestructura, mobiliario y equipo adecuado, así como con los recursos humanos necesarios para que se realicen procedimientos alternativos en los trámites administrativos, cuando tengan alguna discapacidad.

El Estado promoverá la existencia de condiciones adecuadas para los adultos mayores, tanto en el transporte público como en los espacios arquitectónicos;

- II. Información: Las instituciones públicas y privadas, a cargo de programas sociales deberán proporcionarles información y asesoría tanto sobre las garantías consagradas en esta Ley como sobre los derechos establecidos en otras disposiciones a favor de las personas adultas mayores, y

III. Registro: El Estado, a través del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, recabará la información necesaria del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, para determinar la cobertura y características de los programas y beneficios dirigidos a los adultos mayores.

**Artículo 7o.** El Estado promoverá la publicación y difusión de esta Ley para que la sociedad y las familias respeten a las personas adultas mayores e invariablemente otorguen el reconocimiento a su dignidad.

**Artículo 8o.** Ninguna persona adulta mayor podrá ser socialmente marginada o discriminada en ningún espacio público o privado por razón de su edad, género, estado físico, creencia religiosa o condición social.

**Artículo 9o.** La familia de la persona adulta mayor deberá cumplir su función social; por tanto, de manera constante y permanente deberá velar por cada una de las personas adultas mayores que formen parte de ella, siendo responsable de proporcionar los satisfactores necesarios para su atención y desarrollo integral y tendrá las siguientes obligaciones para con ellos:

- I. Otorgar alimentos de conformidad con lo establecido en el Código Civil;
- II. Fomentar la convivencia familiar cotidiana, donde la persona adulta mayor participe activamente, y promover al mismo tiempo los valores que incidan en sus necesidades afectivas, de protección y de apoyo, y
- III. Evitar que alguno de sus integrantes cometa cualquier acto de discriminación, abuso, explotación, aislamiento, violencia y actos jurídicos que pongan en riesgo su persona, bienes y derechos.

## **TÍTULO CUARTO DE LA POLÍTICA PÚBLICA NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**

### **CAPÍTULO I DE LOS OBJETIVOS**

**Artículo 10.** Son objetivos de la Política Pública Nacional sobre adultos mayores los siguientes:

- I. Propiciar las condiciones para un mayor bienestar físico y mental a fin de que puedan ejercer plenamente sus capacidades en el seno de la familia y de la sociedad, incrementando su autoestima y preservando su dignidad como ser humano;
- II. Garantizar a las personas adultas mayores el pleno ejercicio de sus derechos, sean residentes o estén de paso en el territorio nacional;
- III. Garantizar igualdad de oportunidades y una vida digna, promoviendo la defensa y representación de sus intereses;
- IV. Establecer las bases para la planeación y concertación de acciones entre las instituciones públicas y privadas, para lograr un funcionamiento coordinado en los programas y servicios que presten a este sector de la población, a fin de que cumplan con las necesidades y características específicas que se requieren;
- V. Impulsar la atención integral e interinstitucional de los sectores público y privado y de conformidad a los ordenamientos de regulación y vigilar el funcionamiento de los programas y servicios de acuerdo con las características de este grupo social;
- VI. Promover la solidaridad y la participación ciudadana para consensar programas y acciones que permitan su incorporación social y alcanzar un desarrollo justo y equitativo;
- VII. Fomentar en la familia, el Estado y la sociedad, una cultura de aprecio a la vejez para lograr un trato digno, favorecer su revalorización y su plena integración social, así como procurar una mayor sensibilidad, conciencia social, respeto, solidaridad y convivencia entre las generaciones con el fin de evitar toda forma de discriminación y olvido por motivo de su edad, género, estado físico o condición social;
- VIII. Promover la participación activa de las personas adultas mayores en la formulación y ejecución de las políticas públicas que les afecten;
- IX. Impulsar el desarrollo humano integral de las personas adultas mayores observando el principio de equidad de género, por medio de políticas públicas, programas y acciones a fin de garantizar la igualdad de derechos, oportunidades y responsabilidades de hombres y mujeres así como la

revalorización del papel de la mujer y del hombre en la vida social, económica, política, cultural y familiar, así como la no discriminación individual y colectiva hacia la mujer;

X. Fomentar la permanencia, cuando así lo deseen, de las personas adultas mayores en su núcleo familiar y comunitario;

XI. Propiciar formas de organización y participación de las personas adultas mayores, que permitan al país aprovechar su experiencia y conocimiento;

XII. Impulsar el fortalecimiento de redes familiares, sociales e institucionales de apoyo a las personas adultas mayores y garantizar la asistencia social para todas aquellas que por sus circunstancias requieran de protección especial por parte de las instituciones públicas y privadas;

XIII. Establecer las bases para la asignación de beneficios sociales, descuentos y exenciones para ese sector de la población, de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables;

XIV. Propiciar su incorporación a los procesos productivos emprendidos por los sectores público y privado, de acuerdo a sus capacidades y aptitudes;

XV. Propiciar y fomentar programas especiales de educación y becas de capacitación para el trabajo, mediante los cuales se logre su reincorporación a la planta productiva del país, y en su caso a su desarrollo profesional;

XVI. Fomentar que las instituciones educativas y de seguridad social establezcan las disciplinas para la formación en geriatría y gerontología, con el fin de garantizar la cobertura de los servicios de salud requeridos por la población adulta mayor;

XVII. Fomentar la realización de estudios e investigaciones sociales de la problemática inherente al envejecimiento que sirvan como herramientas de trabajo a las instituciones del sector público y privado para desarrollar programas en beneficio de la población adulta mayor;

XVIII. Promover la difusión de los derechos y valores en beneficio de las personas adultas mayores, con el propósito de sensibilizar a las familias y a la sociedad en general respecto a la problemática de este sector;

XIX. Llevar a cabo programas compensatorios orientados a beneficiar a las personas adultas mayores en situación de rezago y poner a su alcance los servicios sociales y asistenciales así como la información sobre los mismos, y

XX. Fomentar la creación de espacios de expresión para el adulto mayor.

## CAPÍTULO II

### DE LA CONCURRENCIA ENTRE LA FEDERACIÓN, LAS ENTIDADES FEDERATIVAS Y LOS MUNICIPIOS

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

**Artículo 12.** Cuando las disposiciones de esta Ley comprendan materias y acciones que incidan en diversos ámbitos de competencia de la Federación, las entidades federativas y los municipios, se aplicarán y ejecutarán mediante convenios generales y específicos entre cualquiera de los tres niveles de gobierno que lo suscriban.

**Artículo 13.** La Federación, las entidades federativas y los municipios integrarán los instrumentos de información para cuyo efecto el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores establecerá los lineamientos y criterios generales de las bases de datos.

**Artículo 14.** Las autoridades competentes de la Federación, las entidades federativas y los municipios, concurrirán para:

- I. Determinar las políticas hacia las personas adultas mayores, así como ejecutar, dar seguimiento y evaluar sus programas y acciones, de acuerdo con lo previsto en esta Ley, y
- II. Desarrollar los lineamientos, mecanismos e instrumentos para la organización y funcionamiento de las instituciones de atención a las personas adultas mayores.

### **CAPÍTULO III**

#### **DE LOS PROGRAMAS Y LAS OBLIGACIONES DE LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS**

**Artículo 15.** En su formulación y ejecución, el Plan Nacional de Desarrollo, particularmente de su Capítulo de Desarrollo Social, deberá ser congruente con los principios, objetivos e instrumentos de los programas de atención a los adultos mayores, integrados en la política nacional respectiva.

**Artículo 16.** Corresponde a la Secretaría de Desarrollo Social:

- I. Fomentar la participación de los sectores social y privado en la promoción, seguimiento y financiamiento de los programas de atención a los adultos mayores;
- II. Promover, en coadyuvancia con la Secretaría de Relaciones Exteriores, la suscripción de convenios internacionales en materia de atención a los adultos mayores, y
- III. Establecer convenios de colaboración con instituciones y organismos públicos, sociales y privados para acciones de atención dirigidas a las personas adultas mayores.

**Artículo 17.** Corresponde a la Secretaría de Educación Pública, garantizar a los adultos mayores:

- I. El acceso a la educación pública en todos sus niveles y modalidades y a cualquier otra actividad que contribuya a su desarrollo intelectual y que le permita conservar una actitud de aprendizaje constante y aprovechar toda oportunidad de educación y capacitación que tienda a su realización personal, facilitando los trámites administrativos y difundiendo la oferta general educativa;
- II. La formulación de programas educativos de licenciatura y posgrado en geriatría y gerontología, en todos los niveles de atención en salud, así como de atención integral a las personas adultas mayores dirigidos a personal técnico profesional. También velará porque las instituciones de educación superior e investigación científica incluyan la geriatría en sus currícula de medicina, y la gerontología en las demás carreras pertenecientes a las áreas de salud y ciencias sociales;
- III. En los planes y programas de estudio de todos los niveles educativos, la incorporación de contenidos sobre el proceso de envejecimiento;
- IV. Facilitar el acceso a la cultura promoviendo su expresión a través de talleres, exposiciones, concursos y eventos comunitarios, nacionales e internacionales;
- V. El acceso gratuito o con descuentos especiales a eventos culturales que promuevan las instituciones públicas y privadas, previa acreditación de edad, a través de una identificación personal;
- VI. Programas culturales y concursos en los que participen exclusivamente personas adultas mayores, otorgando a los ganadores los reconocimientos y premios correspondientes;
- VII. El derecho de hacer uso de las bibliotecas públicas que facilitarán el préstamo a domicilio del material de las mismas, con la presentación de su identificación personal, credencial de jubilado o pensionado y/o credencial de adulto mayor, y
- VIII. Fomentar entre toda la población una cultura de la vejez, de respeto, aprecio y reconocimiento a la capacidad de aportación de las personas adultas mayores.

**Artículo 18.** Corresponde a las Instituciones Públicas del Sector Salud, garantizar a los adultos mayores:

- I. El derecho a la prestación de servicios públicos de salud integrales y de calidad, en todas las actividades de atención médica, de conformidad con lo establecido en el artículo 33 de la Ley General de Salud;
- II. Especial atención deberán recibir los programas de detección oportuna y tratamiento temprano de enfermedades crónicas y neoplasias entre las personas adultas mayores, así como de atención y asistencia a quienes sufren de discapacidades funcionales. Asimismo, los programas de salud dirigidos a atender las necesidades de las personas en las diferentes etapas del ciclo de vida incorporarán medidas de prevención y promoción de la salud a fin de contribuir a prevenir discapacidades y favorecer un envejecimiento saludable;

- III. El acceso a la atención médica a las personas adultas mayores en las clínicas y hospitales, con el establecimiento de áreas geriátricas en las unidades médicas de segundo y tercer nivel públicos y privados. Las especialidades médicas encargadas de la atención de la salud de las personas adultas mayores, son la Geriatría y la Gerontología;
- IV. Una cartilla médica de salud y autocuidado, misma que será utilizada indistintamente en las instituciones públicas y privadas; en la cual se especificará el estado general de salud, enfermedades crónicas, tipo de sangre, medicamentos y dosis administradas, reacciones e implementos para ingerirlos, alimentación o tipo de dieta suministrada, consultas médicas y asistencias a grupos de autocuidado;
- V. Mecanismos de coordinación interinstitucional para proporcionar medicamentos, previo estudio socioeconómico para su distribución sin costo alguno;
- VI. Cursos de capacitación orientados a promover el autocuidado de la salud para que las personas adultas mayores sean más independientes;
- VII. El apoyo a las unidades médicas y organizaciones civiles dedicadas a la atención de la salud física y/o mental de la población senecta;
- VIII. Convenios con universidades públicas y privadas para recibir prestadores de servicio social en las áreas de trabajo social, psicología, medicina, odontología y enfermería para que apoyen las acciones institucionales en la atención de las personas adultas mayores en las unidades geriátricas y/o domicilio;
- IX. Gestiones para apoyar y proteger a los grupos de adultos mayores en situación de vulnerabilidad social o familiar, y
- X. Los cuidados proporcionados a las personas adultas mayores por la familia, por los responsables de su atención y cuidado, o en su caso por las instituciones públicas o privadas que tengan a su cargo a estas personas, comprenderán los siguientes aspectos:
  - a. Las personas adultas mayores tendrán el derecho de ser examinados cuando menos una vez al año, para el mantenimiento de su salud y recibir los tratamientos que requieran en caso de enfermedad.
  - b. Serán sujetos de la confidencialidad y participarán en las decisiones que sobre su estado de salud se generen.
  - c. Tendrán derecho a una nutrición adecuada y apropiada.

**Artículo 19.** Corresponde a la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, garantizar en beneficio de los adultos mayores:

- I. La implementación de los programas necesarios a efecto de promover empleos y trabajos remuneradores así como actividades lucrativas o voluntarias, conforme a su oficio, habilidad o profesión, sin más restricción que su limitación física o mental declarada por la autoridad médica o legal competente;
- II. El fomento a la creación de organizaciones productivas de personas adultas mayores en grupos productivos de diferente orden;
- III. Impulso al desarrollo de programas de capacitación para que las personas adultas mayores adquieran conocimientos y destrezas en el campo de formulación y ejecución de proyectos productivos;
- IV. La organización de una bolsa de trabajo mediante la cual se identifiquen actividades laborales que puedan ser desempeñadas por las personas adultas mayores y orientarlas para que presenten ofertas de trabajo;
- V. Asistencia jurídica a las personas adultas mayores que decidan retirarse de sus actividades laborales;
- VI. La capacitación y financiamiento para autoempleo, a través de becas, talleres familiares, bolsas de trabajo oficiales y particulares, y
- VII. La creación y difusión de programas de orientación dirigidos a personas adultas mayores cuando deseen retirarse de los centros de trabajo públicos y privados.

**Artículo 20.** Corresponde a la Secretaría de Comunicaciones y Transportes, garantizar:

- I. El derecho de las personas adultas mayores para acceder con facilidad y seguridad a los servicios y programas que en esta materia ejecuten los gobiernos federal, estatal y municipal;
- II. Los convenios que se establezcan con aerolíneas y empresas de transporte terrestre y marítimo, nacional e internacional, para que otorguen tarifas preferenciales a las personas de la tercera edad;

III. Que los concesionarios y permisionarios de servicios públicos de transporte, cuenten en sus unidades con el equipamiento adecuado para que las personas adultas mayores hagan uso del servicio con seguridad y comodidad;

IV. El derecho permanente y en todo tiempo, a obtener descuentos o exenciones de pago al hacer uso del servicio de transporte de servicio público, previa acreditación de la edad, mediante identificación oficial, credencial de jubilado o pensionado, o credencial que lo acredite como persona adulta mayor, y

V. El establecimiento de convenios de colaboración con las instituciones públicas y privadas dedicadas a la comunicación masiva, para la difusión de una cultura de aprecio y respeto hacia las personas adultas mayores.

**Artículo 21.** Corresponde a las instituciones públicas de vivienda de interés social, garantizar:

I. Las acciones necesarias a fin de concretar programas de vivienda que permitan a las personas adultas mayores la obtención de créditos accesibles para adquirir una vivienda propia o remodelarla en caso de ya contar con ella, y

II. El acceso a proyectos de vivienda de interés social que ofrezcan igual oportunidad a las parejas compuestas por personas adultas mayores, solas o jefes de familia.

**Artículo 22.** Corresponde al Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, garantizar a las personas adultas mayores:

I. Los servicios de asistencia y orientación jurídica en forma gratuita, en especial aquellos que se refieren a la seguridad de su patrimonio, en materia de alimentos y testamentaria;

II. Los programas de prevención y protección para las personas adultas mayores en situación de riesgo o desamparo, para incorporarlos al núcleo familiar o albergarlos en instituciones adecuadas;

III. Coadyuvar con la Procuraduría General de la República y las de las entidades federativas, en la atención y protección jurídica de las personas adultas mayores víctimas de cualquier delito;

IV. La promoción, mediante la vía conciliatoria, de la solución a la problemática familiar, cuando no se trate de delitos tipificados por el Código Penal o infracciones previstas en la Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Intrafamiliar;

V. La atención y seguimiento de quejas, denuncias e informes, sobre la violación de los derechos de las personas adultas mayores, haciéndolos del conocimiento de las autoridades competentes y de ser procedente ejercitar las acciones legales correspondientes;

VI. La denuncia ante las autoridades competentes, cuando sea procedente, de cualquier caso de maltrato, lesiones, abuso físico o psíquico, sexual, abandono, descuido o negligencia, explotación, y en general cualquier acto que perjudique a las personas adultas mayores;

VII. El establecimiento de los programas asistenciales de apoyo a las familias para que la falta de recursos no sea causa de separación de las personas adultas mayores, y

VIII. Las demás que le confieran otros ordenamientos jurídicos.

**Artículo 23.** Corresponde a la Secretaría de Turismo:

I. Impulsar la participación de las personas adultas mayores en actividades de atención al turismo, particularmente las que se refieren al rescate y transmisión de la cultura y de la historia;

II. Promover actividades de recreación turística con tarifas preferentes, diseñadas para personas adultas mayores, y

III. En coordinación con la Secretaría de Comunicaciones y Transportes y la Secretaría de Educación Pública, el establecimiento de convenios con las empresas del ramo para ofrecer tarifas especiales y/o gratuitas en los centros públicos o privados de entretenimiento, recreación, cultura y deporte, hospedajes en hoteles y centros turísticos.

## TÍTULO QUINTO DEL INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

## CAPÍTULO I DE SU NATURALEZA, OBJETO Y ATRIBUCIONES

**Artículo 24.** Se crea el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores como un organismo público descentralizado de la Administración Pública Federal, con personalidad jurídica, patrimonio propio y autonomía técnica y de gestión para el cumplimiento de sus atribuciones, objetivos y fines.

**Artículo 25.** Este organismo público es rector de la política nacional a favor de las personas adultas mayores, teniendo por objeto general coordinar, promover, apoyar, fomentar, vigilar y evaluar las acciones públicas, estrategias y programas que se deriven de ella, de conformidad con los principios, objetivos y disposiciones contenidas en la presente Ley.

El Instituto procurará el desarrollo humano integral de las personas adultas mayores, entendiéndose por éste, el proceso tendiente a brindar a este sector de la población, empleo u ocupación, retribuciones justas, asistencia y las oportunidades necesarias para alcanzar niveles de bienestar y alta calidad de vida, orientado a reducir las desigualdades extremas y las inequidades de género, que aseguren sus necesidades básicas y desarrollen su capacidad e iniciativas en un entorno social incluyente.

**Artículo 26.** El Instituto tendrá su domicilio legal en la Ciudad de México, Distrito Federal, y ejercerá sus funciones en todo el territorio nacional.

**Artículo 27.** En el ejercicio de sus atribuciones, el Instituto deberá atender a los siguientes criterios:

- I. Transversalidad en las políticas públicas a cargo de las distintas dependencias y entidades de la Administración Pública Federal; a partir de la ejecución de programas y acciones coordinadas;
- II. Federalismo, por lo que hace al desarrollo de programas y actividades para el fortalecimiento institucional de las dependencias responsables de la aplicación de las disposiciones jurídicas que regulen la materia en las entidades federativas y los municipios, y
- III. Coadyuvar en el fortalecimiento de vínculos con los poderes Legislativo y Judicial en los ámbitos federal y estatal, con el fin de cumplir con los objetivos de esta Ley.

**Artículo 28.** Para el cumplimiento de su objeto, el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores tendrá las siguientes atribuciones:

- I. Impulsar las acciones de Estado y la sociedad, para promover el desarrollo humano integral de los adultos mayores, coadyuvando para que sus distintas capacidades sean valoradas y aprovechadas en el desarrollo comunitario, económico, social y nacional;
- II. Proteger, asesorar, atender y orientar a las personas adultas mayores y presentar denuncias ante la autoridad competente;
- III. Ser el organismo de consulta y asesoría obligatoria para las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal y, en su caso, voluntaria para las instituciones de los sectores social y privado, que realicen acciones o programas relacionados con los adultos mayores;
- IV. Coadyuvar en la prestación de servicios de asesoría y orientación jurídica con las instituciones correspondientes;
- V. Establecer principios, criterios, indicadores y normas para el análisis y evaluación de las políticas dirigidas a las personas adultas mayores, así como para jerarquizar y orientar sobre las prioridades, objetivos y metas en la materia, a efecto de atenderlas mediante los programas impulsados por las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, por los estados y municipios y por los sectores privado y social, de conformidad con sus respectivas atribuciones y ámbitos de competencia;
- VI. Convocar a las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, estatales y municipales, a las organizaciones civiles dedicadas a la atención de los adultos mayores, así como a las instituciones de educación, investigación superior, académicos, especialistas y cualquier persona interesada en la vejez, a efecto de que formulen propuestas y opiniones respecto de las políticas, programas y acciones de atención para ser consideradas en la formulación de la política social del país en la materia y en el programa de trabajo del Instituto;
- VII. Diseñar, establecer, verificar y evaluar directrices, estrategias, programas, proyectos y acciones en beneficio de las personas adultas mayores;

- VIII. Proponer criterios y formulaciones para la asignación de fondos de aportaciones federales para el cumplimiento de la política sobre las personas adultas mayores;
- IX. Elaborar y difundir campañas de comunicación para contribuir al fortalecimiento de los valores referidos a la solidaridad intergeneracional y el apoyo familiar en la vejez; revalorizar los aportes de los adultos mayores en los ámbitos social, económico, laboral y familiar; así como promover la protección de los derechos de los adultos mayores y el reconocimiento a su experiencia y capacidades;
- X. Fomentar las investigaciones y publicaciones gerontológicas;
- XI. Promover en coordinación con las autoridades competentes y en los términos de la legislación aplicable, que la prestación de los servicios y atención que se brinde a los adultos mayores, en las instituciones, casas hogar, albergues, residencias de día o cualquier otro centro de atención, se realice con calidad y cumplan con sus programas, objetivos y metas para su desarrollo humano integral;
- XII. Brindar asesoría y orientación en la realización de sus programas y la capacitación que requiere el personal de las instituciones, casas hogar, albergues, residencias de día o cualquier otro centro que brinden servicios y atención a los adultos mayores;
- XIII. Realizar visitas de inspección y vigilancia a instituciones públicas y privadas, casas hogar, albergues, residencias de día o cualquier otro centro de atención a los adultos mayores, para verificar las condiciones de funcionamiento, capacitación de su personal, modelo de atención y condiciones de la calidad de vida;
- XIV. Hacer del conocimiento de las autoridades competentes, de las anomalías que se detecten durante las visitas realizadas a los lugares que se mencionan en la fracción anterior; podrá también hacer del conocimiento público dichas anomalías;
- XV. Establecer principios, criterios y normas para la elaboración de la información y la estadística, así como metodologías y formulaciones relativas a la investigación y el estudio de la problemática de los adultos mayores;
- XVI. Analizar, organizar, actualizar, evaluar y difundir la información sobre los adultos mayores, relativa a los diagnósticos, programas, instrumentos, mecanismos y presupuestos, que estarán para su consulta y que se coordinarán con el INEGI y CONAPO;
- XVII. Elaborar y mantener actualizado el diagnóstico, así como promover estudios e investigaciones especializadas sobre la problemática de los adultos mayores, para su publicación y difusión;
- XVIII. Celebrar convenios con los gremios de comerciantes, industriales o prestadores de servicios profesionales independientes, para obtener descuentos en los precios de los bienes y servicios que presten a la comunidad a favor de las personas adultas mayores;
- XIX. Expedir credenciales de afiliación a las personas adultas mayores con el fin de que gocen de beneficios que resulten de las disposiciones de la presente Ley y de otros ordenamientos jurídicos aplicables;
- XX. Promover la inclusión de consideraciones, criterios y previsiones sobre las demandas y necesidades de la población de adultos mayores en los planes y programas de desarrollo económico y social de los tres órdenes de gobierno;
- XXI. Establecer convenios de coordinación con los gobiernos estatales, con la participación de sus municipios, para proporcionar asesoría y orientación para el diseño, establecimiento y evaluación de modelos de atención, así como de las políticas públicas a implementar;
- XXII. Celebrar convenios, acuerdos y todo tipo de actos jurídicos que sean necesarios para el cumplimiento de su objeto;
- XXIII. Promover la coordinación de acciones y programas que realicen otras dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, de los gobiernos estatales y municipales y del Distrito Federal, que tengan como destinatarios a los adultos mayores, buscando con ello optimizar la utilización de los recursos materiales y humanos y evitar la duplicidad de acciones;
- XXIV. Establecer reuniones con instituciones afines, nacionales e internacionales, para intercambiar experiencias que permitan orientar las acciones y programas en busca de nuevas alternativas de atención;
- XXV. Promover y difundir las acciones y programas de atención integral a favor de los adultos mayores, así como los resultados de las investigaciones sobre la vejez y su participación social, política y económica;

XXVI. Promover la participación de los adultos mayores en todas las áreas de la vida pública, a fin de que sean copartícipes y protagonistas de su propio cambio;

XXVII. Promover, fomentar y difundir en las actuales y nuevas generaciones, una cultura de protección, comprensión, cariño y respeto a los adultos mayores en un clima de interrelación generacional, a través de los medios masivos de comunicación;

XXVIII. Elaborar y proponer al titular del Poder Ejecutivo Federal los proyectos legislativos en materia de adultos mayores, que contribuyan a su desarrollo humano integral, y

XXIX. Expedir su Estatuto Orgánico.

## CAPÍTULO II DE SU GOBIERNO, ADMINISTRACIÓN Y VIGILANCIA

**Artículo 29.** Para el estudio, planeación y despacho de los asuntos que le competen, el Instituto contará con un Consejo Directivo y una Dirección General y las estructuras administrativas que establezca el Estatuto Orgánico.

**Artículo 30.** El Consejo Directivo es el órgano de gobierno del Instituto y responsable de la planeación y el diseño específico de las políticas públicas anuales que permitan la ejecución transversal a favor de las personas adultas mayores. Estará integrado por los titulares de las siguientes dependencias:

- a. Secretaría de Desarrollo Social, quien fungirá como Presidente.
- b. Secretaría de Gobernación.
- c. Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
- d. Secretaría de Educación Pública.
- e. Secretaría de Salud.
- f. Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
- g. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.
- h. Instituto Mexicano del Seguro Social.
- i. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Los representantes propietarios designarán a sus suplentes, quienes deberán tener un nivel mínimo de Director General.

**Artículo 31.** Se invitará como miembros del órgano de gobierno hasta cinco representantes de los sectores social o privado que sean adultos mayores, y que por su experiencia en la materia, puedan contribuir con el objeto del Instituto. Dichos representantes tendrán derecho a voz y voto. La convocatoria será formulada por el Director General del Instituto.

Se podrá invitar también, con la aprobación de la mayoría de sus asistentes, a los representantes de otras dependencias e instituciones públicas federales, estatales o municipales, los que tendrán derecho a voz y no a voto en la sesión o sesiones correspondientes.

**Artículo 32.** El Consejo Directivo se reunirá con la periodicidad que señale el Estatuto Orgánico, sin que pueda ser menos de cuatro veces al año, de acuerdo con el calendario que será aprobado en la primera sesión ordinaria de su ejercicio, pudiendo celebrar las reuniones extraordinarias que se requieran.

**Artículo 33.** Para la celebración de las reuniones, la convocatoria deberá ir acompañada del orden del día y de la documentación correspondiente, los cuales deberán ser enviados por el Director General del Instituto o Secretario Técnico, en su caso, y recibidos por los miembros del Consejo Directivo y Comisario Público, con una anticipación no menor de cinco días hábiles.

Para la validez de las reuniones del Consejo Directivo se requerirá de la asistencia de por lo menos la mitad más uno de sus miembros, siempre que la mayoría de los asistentes sean representantes de la Administración Pública Federal.

En caso de que la reunión convocada no pudiera llevarse a cabo por falta de quórum, deberá celebrarse ésta, en segunda convocatoria, entre los cinco y quince días hábiles siguientes.

**Artículo 34.** Las resoluciones o acuerdos del Consejo Directivo se tomarán por mayoría de los miembros presentes, teniendo el Presidente del Consejo voto de calidad en caso de empate.

El Director General del Instituto asistirá a las sesiones del Consejo Directivo con voz, pero sin voto.

**Artículo 35.** El Consejo Directivo tendrá además de las atribuciones a que se refiere el artículo 58 de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales, las siguientes:

- I. Tomar las decisiones que considere necesarias para el buen despacho de los asuntos y las demás que con carácter indelegable establezca la Ley Federal de las Entidades Paraestatales;
- II. Autorizar la creación de los comités de apoyo que se requieran para cumplir con el objeto del Instituto, y
- III. Verificar el ejercicio de los presupuestos.

**Artículo 36.** El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores tendrá un Director General y los servidores público-administrativos, operativos y técnicos que requiera para el cumplimiento de su objeto.

El Director General será nombrado por el Presidente de la República y deberá cumplir con los requisitos señalados en el artículo 21 de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales.

El Director General tendrá la representación legal del organismo, con todas las facultades de un apoderado general, sin más limitaciones que las establecidas en la Ley Federal de las Entidades Paraestatales y estará facultado para otorgar y revocar poderes generales y especiales en términos de la legislación aplicable.

**Artículo 37.** El Director General tendrá las atribuciones a que se refieren los artículos 22 y 59 de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales.

### **CAPÍTULO III DEL CONSEJO CIUDADANO DE ADULTOS MAYORES**

**Artículo 38.** El Instituto contará con un Consejo Ciudadano de Adultos Mayores, que tendrá por objeto conocer el seguimiento dado a los programas, opinar sobre los mismos, recabar las propuestas de la ciudadanía con relación a las personas adultas mayores y presentarlas al Consejo Directivo.

Este Consejo se integrará con diez adultos mayores de sobresaliente trayectoria en el área en que se desempeñen, de manera equitativa en cuanto a género, los cuales serán seleccionados por el Consejo Directivo a convocatoria formulada a las instituciones públicas o privadas.

El cargo de Consejero será de carácter honorario. Los requisitos, atribuciones y funcionamiento del Consejo se establecerán en las disposiciones orgánicas del Instituto.

### **CAPÍTULO IV DEL PATRIMONIO DEL INSTITUTO**

**Artículo 39.** El patrimonio del Instituto se integrará con:

- I. Los bienes muebles e inmuebles que adquiera por cualquier título;
- II. Los recursos que le sean asignados de acuerdo al presupuesto de la Secretaría de Desarrollo Social, conforme al Presupuesto de Egresos de la Federación;
- III. Las aportaciones voluntarias, donaciones, herencias o legados que reciba de personas físicas o morales, nacionales o extranjeras;
- IV. Los ingresos que obtenga por las actividades que realice, conforme a las disposiciones legales aplicables;

V. Las aportaciones de los gobiernos de las entidades federativas y ayuntamientos, así como del Distrito Federal, por la prestación de los servicios a su cargo, y

VI. Los demás bienes, recursos y derechos que adquiera por cualquier título, de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables.

## **CAPÍTULO V DE LA CONTRALORÍA INTERNA**

**Artículo 40.** El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores contará con una Contraloría Interna, órgano interno de control, al frente del cual su titular designado en los términos del artículo 37, fracción XII, de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, en el ejercicio de sus facultades, se auxiliará por los titulares de las áreas de responsabilidades, auditoría y quejas, designados en los mismos términos.

Los servidores públicos a que se refiere el párrafo anterior, en el ámbito de sus respectivas competencias, ejercen las facultades previstas en la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, la Ley Federal de Entidades Paraestatales, la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos y en los demás ordenamientos legales y administrativos aplicables, conforme a lo previsto por el Reglamento Interior de la Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo.

Las ausencias del Contralor Interno, así como las de los titulares de las áreas de responsabilidades, auditoría y quejas, serán suplidas conforme a lo previsto por el Reglamento Interior de la Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo.

El Instituto proporcionará al titular del órgano interno de control, los recursos humanos y materiales que requieran para la atención de los asuntos a su cargo. Asimismo, los servidores públicos del Instituto estarán obligados a proporcionar el auxilio que requiera el titular de dicho órgano para el desempeño de sus funciones.

## **CAPÍTULO VI RÉGIMEN LABORAL**

**Artículo 41.** Las relaciones de trabajo entre el Instituto y sus trabajadores, se regirán por la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, reglamentaria del apartado B del artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

**Artículo 42.** El personal del Instituto queda incorporado al régimen de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

## **TÍTULO SEXTO DE LAS RESPONSABILIDADES Y SANCIONES**

### **CAPÍTULO I DE LA DENUNCIA POPULAR**

**Artículo 43.** La denuncia a que se refiere la fracción VIII del artículo 5o. de este ordenamiento, podrá ejercitarse por cualquier persona, bastando que se presente por escrito y contenga:

- I. El nombre o razón social, domicilio, teléfono si lo tiene, del denunciante y en su caso, de su representante legal;
- II. Los actos, hechos u omisiones denunciados;

III. Los datos que permitan identificar a la presunta autoridad infractora, y

IV. Las pruebas que en su caso ofrezca el denunciante.

**Artículo 44.** La queja que será presentada ante la Comisión Nacional de Derechos Humanos si se tramita en contra de una autoridad federal, o ante las Comisiones Estatales de Derechos Humanos en el caso de autoridades del orden estatal o municipal.

**Artículo 45.** Las formalidades del procedimiento se regirán de acuerdo con lo que establece la ley y el reglamento del Organismo de Protección de los Derechos Humanos que conozca del asunto.

**Artículo 46.** Los procedimientos se regirán conforme a los principios de inmediatez, concentración y rapidez, y se procurará, en la medida de lo posible, el contacto directo con quejosos, denunciantes y autoridades para evitar la dilación de las comunicaciones escritas.

**Artículo 47.** Si la queja o denuncia presentada fuera competencia de otra autoridad, la autoridad ante la cual se presente acusará de recibo al denunciante pero no admitirá la instancia y la turnará a la autoridad competente para su trámite y resolución notificándole de tal hecho al denunciante, mediante acuerdo fundado y motivado.

## **CAPÍTULO II DE LAS RESPONSABILIDADES Y SANCIONES**

**Artículo 48.** Las instituciones públicas y privadas, casas hogar, albergues, residencias de día o cualquier otro centro de atención a los adultos mayores, deberán ajustar su funcionamiento a lo dispuesto por las Normas Oficiales Mexicanas, Normas Mexicanas, Normas Técnicas y los reglamentos que se expidan para este efecto.

**Artículo 49.** El incumplimiento a la disposición contenida en el artículo anterior será sancionado administrativamente por la Secretaría de Salud y por el Instituto, conforme a sus atribuciones, de conformidad con la Ley Federal del Procedimiento Administrativo y por las autoridades locales, según lo previsto en las leyes estatales correspondientes.

**Artículo 50.** Cualquier persona que tenga conocimiento del maltrato o violencia contra las personas adultas mayores deberá denunciarlo ante las autoridades competentes.

## **TRANSITORIOS**

**PRIMERO.** Esta Ley entrará en vigor a los treinta días de su publicación en el **Diario Oficial de la Federación**.

**SEGUNDO.** El patrimonio y los bienes del actual Instituto Nacional de Adultos en Plenitud, pasarán a formar parte del patrimonio del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Asimismo, sus trabajadores seguirán siéndolo de este último, sin afectación alguna de sus derechos laborales.

**TERCERO.** Se abroga el Decreto del Ejecutivo Federal publicado en el **Diario Oficial de la Federación** de fecha 22 de agosto de 1979, por el que se crea el Instituto Nacional de la Senectud.

**CUARTO.** Se abroga el Decreto del Ejecutivo Federal de fecha 17 de enero de 2002, por el que se regula el organismo descentralizado Instituto Nacional de Adultos en Plenitud.

**QUINTO.** La expedición del Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores se dará dentro de los ciento veinte días posteriores a la entrada en vigor de la presente Ley.

**SEXTO.** Cualquier referencia al Instituto Nacional de Adultos en Plenitud o al Instituto Nacional de la Senectud, en otras disposiciones jurídicas, se entenderá hecha al Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores.

México, D.F., a 30 de abril de 2002.- Sen. **Diego Fernández de Cevallos Ramos**, Presidente.- Dip. **Beatriz Elena Paredes Rangel**, Presidenta.- Sen. **María Lucero Saldaña Pérez**, Secretario.- Dip. **Martha Silvia Sánchez González**, Secretario.- Rúbricas".

En cumplimiento de lo dispuesto por la fracción I del Artículo 89 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y para su debida publicación y observancia, expido el presente Decreto en la Residencia del Poder Ejecutivo Federal, en la Ciudad de México, Distrito Federal, a los veintiún días del mes de junio de dos mil dos.- **Vicente Fox Quesada**.- Rúbrica.- El Secretario de Gobernación, **Santiago Creel Miranda**.- Rúbrica.

## 7. ATENCION AL ENVEJECIMIENTO (PNS 2007-2012)

### **Actividades básicas para la prevención y el cuidado de las enfermedades del Envejecimiento 2007-2012**

**Actividad 1.-** Realizar las acciones de la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud en los Adultos Mayores (> de 60 años).

El establecer los criterios en las acciones obtenidas de la participación y coordinación de las instancias implicadas en materia de salud, permitirá consolidar la integración de un sistema universal de salud que a través de la homogeneidad de los lineamientos difundidos a prestadores de servicios, mismos que garantizarán una cobertura efectiva a los adultos mayores en donde se sustente la Universalidad de la atención médica e integral en la población de > a 60 años sin distinción socioeconómica, religiosa, étnica, política, preferencia sexual, etc. Mismas acciones que se verán enfatizadas en las Campañas Nacionales para Gente Grande y en vacunación.

**Actividad 2.-** Realizar sesiones ordinarias del Comité Nacional de Atención al Envejecimiento (CONAEN)

Realizar la coordinación y difusión de las acciones acordadas con las instituciones y organismos integrantes del CONAEN con el propósito de dar homogeneidad y racionalizar las actividades en materia de salud para el adulto mayor. Así como, difundir al interior de los COESAEN los criterios establecidos por el CONAEN.

**Actividad 3.-** Evaluar bimestralmente el seguimiento y cumplimiento de los acuerdos y compromisos adquiridos en el CONAEN y los Comités Estatales de Atención al Envejecimiento (COESAEN).

Garantizar la funcionalidad del Comité Nacional de Atención al Envejecimiento (CONAEN) y Comités Estatales de Atención al Envejecimiento (COESAEN) a través de la supervisión y evaluación del seguimiento y cumplimiento de acuerdos establecidos en sus reuniones respectivas durante cada año. Así como, se evaluará la gestión para la formación e instalación en los seis estados faltantes por instalar COESAEN.

**Actividad 4.-** Llevar a cabo reuniones con los representantes de Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Oportunidades, Arranque Parejo en la Vida, Vigilancia Epidemiológica, Comunicación Social y Promoción de la Salud en un año.

Se participará en las siguientes reuniones con motivo de fortalecer el sistema de control del programa de atención integral al envejecimiento que permita establecer un diagnóstico situacional sobre riesgos y daños en la salud del adulto mayor así como, sus condiciones de calidad de vida y protección social con la finalidad de elaborar la planeación estratégica a futuro

y establecer medidas de prevención y promoción que conlleven a favorecer un ambiente de “Envejecimiento activo” a la población de > 60 años.

Por lo anterior, se colaborará con la finalidad de llevar a cabo lo siguiente:

- Desarrollar del sistema de información interinstitucional para el registro de las acciones de envejecimiento con los representantes del Sistema de Información en Salud (SIS),
- Coadyuvar en la operación del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en relación con las enfermedades más frecuentes en el adulto mayor con los representantes de Vigilancia Epidemiológica.
- Fortalecer las Campañas de Comunicación Educativa en pro de un envejecimiento activo en coordinación con el área de Comunicación Social.
- Fomentar la actividad física en el adulto mayor a través de Campañas coordinadas con Promoción de la Salud (PROESA) y la Comisión Nacional del Deporte (CONADE).

**Actividad 5.-** Realizar en las 32 entidades federativas cursos-talleres sobre cuidadores, síndromes geriátricos y clinimetría.

La capacitación en el prestador de los servicios de salud es un eje importante para el desarrollo efectivo de los programas y que fortalece la atención de los usuarios con calidad y calidez, por consecuencia deberá habituarse al manejo de las diversas herramientas que favorezcan a la detección oportuna de las enfermedades que con mayor frecuencia puedan padecer los adultos mayores. Por lo anterior, se fortalecerán los conocimientos a través de la realización de videoconferencias dirigidas al personal de salud sobre: depresión, alteraciones de memoria, Osteoartrosis, Osteoporosis, Caídas, Pérdida ponderal de peso, Sesiones de Clinimetría e Incontinencia urinaria.

**Actividad 6.-** Realizar un simposio con una temática relacionada con el envejecimiento al año.

El mantener un cuidado de la salud individual y familiar, no sólo es de obligatoriedad para el personal de salud sino, debe ser en corresponsabilidad entre los diferentes sectores. Asimismo, nos concierne promover y difundir la inclusión de contenidos relacionados con el envejecimiento, dirigidos al personal de salud de diferentes niveles de atención así como a la población en general, con ello, se logrará consolidar una cultura de atención y cuidado en el adulto Mayor.

La capacitación y la orientación en temáticas relacionadas a envejecimiento deben ser fortalecidas de manera continua y retroalimentada a los siguientes niveles de atención, para ello se participará en la realización de un simposio por año.

**Actividad 7.-** Visitar a las 32 entidades federativas para la supervisión del funcionamiento del Programa de Salud y de los COESAEN.

Para fortalecer y consolidar el Programa de la Atención al Envejecimiento así como tener un impacto de las acciones comprometidas por el COESAEN, debemos garantizar que el personal de salud esta involucrado en la ejecución del mismo. Por tal motivo, la supervisión es un medio evaluable para identificar los estados con mayor rezago en la aplicación del programa de atención al envejecimiento de acuerdo a los lineamientos de documentos técnicos y normativos en los diferentes niveles de atención, también determina las necesidades para la instrumentación y ejecución de sus acciones y verifica la operatividad del COESAEN en las entidades federativas. Una herramienta fundamental para realizar la supervisión es la Cédula del Programa de Atención al Envejecimiento que permite estandarizar los criterios de evaluación y los hallazgos obtenidos durante visita al estado.

**Actividad 8.-** Promover en las 32 entidades federativas el que se trabaje los Centros de Día con los lineamientos realizados para el mismo por el CONAEN.

El fortalecer las acciones de prevención y promoción de la salud de las ECNT, Depresión y Deterioro Cognitivo en la población de  $\geq 60$  años, es tarea de los sectores públicos y privados. Promover la creación de centros de día con modelos de atención preventivos específicos para el envejecimiento con el objetivo de que funcionen como una herramienta para el seguimiento en el tratamiento integral del Adulto Mayor. Con ello, es necesario establecer los lineamientos específicos para su creación como fueron determinados por el grupo de especialistas en la materia que conforman el CONAEN.

**Actividad 9.-** Realizar publicaciones de contenido geronto-geriátrico.

Promover las innovaciones obtenidas a través de la investigación que conlleven a un envejecimiento activo y favorezcan al fortalecimiento en el desarrollo de programas específicos de atención para el adulto mayor.

**Actividad 10.-** Implementar en los estados la puesta en marcha del Proyecto-Encuesta Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE).

La participación de las entidades federativas en la realización del proyecto SABE (Salud y Bienestar en el Envejecimiento) permite el diagnóstico situacional en los adultos mayores y a su vez, determina sus necesidades prioritaria y favorece a la creación de líneas específicas de atención en salud para este grupo poblacional. Con ello garantiza la retroalimentación que a través de sus hallazgos se generen alternativas de solución sobre la problemática detectada y repercute en el adulto mayor. También, favorece a la innovación del avance científico y tecnológico de los Adultos Mayores en México.

Por lo anterior, es de importancia promover y gestionar ante las instancias públicas y privadas el apoyo necesario para la realización del proyecto SABE

**Actividad 11.-** Convocar a las 32 entidades la gestión de recursos financieros para el desarrollo de material en pro del Envejecimiento Activo.

Para otorgar el paquete de servicios de prevención y promoción de la salud a los adultos mayores a través de las entidades federativas es necesario, garantizar el abasto suficiente y oportuno necesario para la realización de acciones de prevención, detección, promoción y control de las ECNT del Adulto mayor y en pro para un Envejecimiento Activo, así como, la gestión de recursos externos para las herramientas y apoyos necesarios en la reproducción de materiales de promoción y prevención enfocados al Adulto Mayor y documentos técnicos, al prestador de los servicios de salud comprometidos con el Programa de Atención al Envejecimiento.

**Actividad 12.-** Evaluar trimestralmente los indicadores relacionados a envejecimiento del Sistema de Evaluación “Caminando a la Excelencia”.

Fortalecer y continuar con el Sistema de Evaluación “Caminando a la Excelencia” como medio de seguimiento en el avance del programa de atención al envejecimiento en las entidades federativas, permite diferenciar y medir las acciones realizadas por los prestadores de salud. Los indicadores son medidas que cuantifican esas acciones y nos sugiere la determinación de la magnitud de un problema en el estado. Por ello, la necesidad de verificar con periodicidad trimestral y favorece su disponibilidad para las autoridades de los estados dicha información para su conocimiento de su situación actual.

**Actividad 13.-** Aplicación de cuestionarios de Clinimetría que se vayan validando durante el período en cuestión.

Es necesario que todo adulto mayor que acuda a consulta de primer nivel de atención por cualquier motivo, sea valorado para detectar alteraciones de memoria y depresión, a través de la aplicación de los instrumentos como las escalas de Minimental, IQCODE y YESAVAGE. La realización de estas pruebas es una forma sencilla para identificar los posibles casos de estas alteraciones, y de acuerdo a su resultado, tomar las medidas pertinentes para su diagnóstico y tratamiento. Se sugiere repetir éstas pruebas de manera anual.

**Actividad 14.-** Elaborar un material de apoyo técnico en material multimedia para la capacitación del personal de salud en el año.

La elaboración y difusión de un material multimedia es un medio idóneo, práctico y autodidacta para la capacitación del personal de los servicios de salud en el Programa de Atención al Envejecimiento. Con esto se fortalecerá y apoyará las acciones que se deberán desarrollar en la atención del Adulto Mayor.

**Actividad 15.-** Elaborar y distribuir las guías de Consulta para el Médico General realizadas en el CONAEN a las 32 entidades federativas en el año de acuerdo a el programa de trabajo.

La disponibilidad de las guías de depresión y deterioro cognitivo son herramientas que dirigen el conocimiento y el quehacer del prestador de los servicios de salud en el país y permite la correcta aplicación de las acciones de la detección integrada en los adultos mayores. Para complementar las acciones del Programa se implementarán las guías de incontinencia urinaria y síndrome de caídas.

**Actividad 16.-** Otorgar la Cartillas Nacionales de Salud en consultas de primera vez en Adultos Mayores durante el 2007 y posteriormente utilizar la Libreta para la Salud Personal y Familiar.

Las acciones realizadas en el Adulto Mayor se verán plasmadas y verificadas a través del uso de la Cartilla Nacional que se verá innovada por la Libreta para la Salud Personal y Familiar. Por lo tanto, el fortalecer la coordinación entre responsables estatales del programa del Adulto y del Anciano y Promoción de la Salud, se verá reflejado con las actividades de difusión y otorgamiento de las bondades que ofrece dicho documento; de igual manera se vigilará el abasto y distribución completa y suficiente para su disponibilidad a los adultos mayores.

**Actividad 17.-** Realizar la Semana Nacional de Salud para Gente Grande.  
Aplicación del esquema de vacunación para el adulto mayor.

La realización de la Semana Nacional de Salud para Gente Grande tiene como objetivo puntualizar las acciones de prevención y promoción en el envejecimiento. Con la participación de las diferentes áreas del Sector Salud se garantizarán las acciones que se lleven a cabo con especial énfasis en la vacunación del Adulto Mayor como son neumococo e influenza.

#### Objetivo general

Propiciar las estrategias que promuevan una mejor calidad de vida y contribuir en la prevención, control para retardar la aparición de las enfermedades de mayor prevalencia en la población de 60 años y más.

#### Objetivos específicos

- Consensuar los instrumentos técnicos normativos para la atención al envejecimiento
- Detectar oportunamente las enfermedades crónicas y discapacitantes que se presentan con mayor frecuencia en el adulto mayor
- Establecer los modelos de atención diferenciados de acuerdo a los procesos nosológicos que presenta el adulto mayor
- Promover la realización de promoción y difusión de la salud en pro del adulto mayor
- Promover la participación y capacitación de prestadores de servicios de salud encargados de la atención de adultos mayores
- Promover la participación de los sectores público, social y privado en los ámbitos local, estatal y nacional, a favor del envejecimiento activo
- Promover los ademdums y actualizaciones de las NOM que se refieren a la atención del adulto mayor

**8. cartilla nacional del adulto mayor**

**9. Encuesta Realizada A Los Adultos Mayores De 60 Años De La Comunidad De San Pedro De Los Sauces Municipio De Tarimbaro, Mich**

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO “FACULTAD DE ENFERMERIA” COMUNIDAD DE SAN PEDRO DE LOS SAUCES . MPIO. TARIMBARO. MICH.

**INDICE DE KATZ DE INDEPENDENCIA EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.**

**SEXO:**

1.- Femenino \_\_\_\_\_ 2.-Masculino \_\_\_\_\_ 3.-Calle y # \_\_\_\_\_

**EDAD:**

1.-60-70 \_\_\_\_\_ 2.-71-80 \_\_\_\_\_ 3.-80 Y MAS \_\_\_\_\_

**EDO. CIVIL:**

1.-Casado \_\_\_\_\_ 2.-Soltero \_\_\_\_\_ 3.-Divorciado \_\_\_\_\_ 4.-Viudo \_\_\_\_\_

**1.- BAÑO**

- |   |          |          |
|---|----------|----------|
| a) Requiere ayuda para bañarse                    | 1.-      | 2.-      |
| b) Requiere ayuda para lavar una región           | si _____ | no _____ |
| c) Requiere ayuda para lavar más de alguna región | si _____ | no _____ |
| d) Necesita ayuda para salir de la bañera         | si _____ | no _____ |

**2.- VESTIDO**

- |  |          |          |
|--|----------|----------|
| a) Saca solo la ropa del armario y ropero  | si _____ | no _____ |
| b) Se y se pone el abrigo solo             | si _____ | no _____ |
| c) Es capaz de abrocharse la cremallera    | si _____ | no _____ |
| d) Se ata los cordones de los zapatos solo | si _____ | no _____ |

**3.- ASEO**

- |  |          |          |
|--|----------|----------|
| a) Acude solo al aseo (baño)                                   | si _____ | no _____ |
| b) Entra y sale del cuarto del baño solo                       | si _____ | no _____ |
| c) Es capaz de efectuar la limpieza de sus órganos escretorios | si _____ | no _____ |

**4.- TRASLADO**

- |   |          |          |
|---|----------|----------|
| a) Entra y sale a la cama sin ayuda:            | si _____ | no _____ |
| b) Se sienta y se levanta de la silla sin ayuda | si _____ | no _____ |
| c) Camina solo o sin ayuda                      | si _____ | no _____ |

**5.- CONTINENCIA**

- |  |          |          |
|--|----------|----------|
| a) Control voluntario de la micción y defecación | si _____ | no _____ |
| b) Control con enemas o catéteres                | si _____ | no _____ |

**6.- ALIMENTACION**

- |  |          |          |
|--|----------|----------|
| a) Se lleva el alimento del plato a su boca            | si _____ | no _____ |
| b) Requiere ayuda para alimentarse                     | si _____ | no _____ |
| c) No come nada o se alimenta por vía parental u otras | si _____ | no _____ |

**Registro De Enfermedades Crónico-Degenerativas**

# Casa: \_\_\_\_\_

Ocupación: 1.- Obrero \_\_\_\_ 2.-Jornalero \_\_\_\_ 3.-Albañil \_\_\_\_  
4.-Campesino\_\_\_\_ 5.-Ama de casa\_\_\_\_ 6.-No trabaja\_\_\_\_  
7.-Comerciante\_\_\_\_ 8.-Otro \_\_\_\_\_

# Adultos: \_\_\_\_\_ Servicio de salud: 1.- si\_\_ cual.\_\_\_\_ 2.-no \_\_\_\_

Enfermedad presente: \_\_\_\_\_ Tiempo de Dx: \_\_\_\_\_

Tratamiento:

1.-Si\_\_ Cual: \_\_\_\_\_

2.- No\_\_\_\_ Porque: \_\_\_\_\_

Revisiones periódicas por mes: 1.-si\_\_\_\_ 2.-no\_\_\_\_

Cartilla: 1.-si\_\_\_\_ 2.-no\_\_\_\_

Método alternativo: 1.-si\_\_\_\_ Cual: \_\_\_\_\_  
2.-no\_\_\_\_

Fuma: 1.-si\_\_\_\_ # cigarrillos x día:  
2.-no\_\_\_\_

Ingiere alcohol: 1.-si\_\_\_\_ 2.-no

Actividades recreativas:  
1.- si \_\_\_\_ Cual: \_\_\_\_\_

2.- no \_\_\_\_ porque: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_