

*“Jamás un hombre es demasiado viejo para
recomenzar su vida y no hemos de buscar que lo que
fue le impida ser,
lo que es o lo que será”*

Miguel de Unamuno

Dedicatoria.

Este magno esfuerzo se lo dedico a:

A mis hijos porque son el motor mágico de mi corazón, me hacen siempre feliz y mueven este espíritu para seguir e inventar nuevas cosas.

Al amore de mi vida, Mao por impulsar mis sueños y compartir los suyos. Por esa fe en Dios y esperanza en la vida, por ser tan incondicional y feliz, que te hace único.

A mi Madre por ese gran amor que tiene hacia nosotros, sus hijos, y por ese ímpetu por seguir y no verse derrotada nunca, por su ejemplo de planeación cada detalle de su vida.

A mi padre por ese cariño velado, por ese amor a nuestro pueblo que me has inculcado.

A mis hermanos, adultos ya, de los que aprendo día a día.

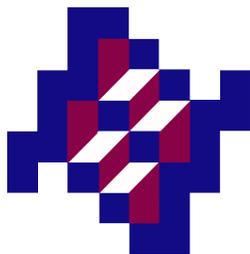
A los ángeles del cielo que seguro nos cuidan.

A mí querido Comité, Gaby, Raúl y Ana por acompañarme en este camino que no ha sido fácil,

A mis compañeros de Maestría que me enseñaron y motivaron todo este tiempo, con su apoyo emocional.

A todos los que me apoyaron para escribir, a los adultos mayores y compañeros de este trabajo que me abrieron los ojos.

A todos doy gracias por estar conmigo.



**INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO**

INSTITUTO NACIONAL DE GERIATRÍA



**MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
CON ÁREA DE CONCENTRACIÓN EN ENVEJECIMIENTO
Sede Tlalpan**

Proyecto Terminal:

**“DISEÑO DE UN PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO PARA MEJORAR EL
BIENESTAR DE LOS ADULTOS MAYORES
EN LA COLONIA LOMAS DE PADIERNA”**

Para obtener el Grado de
Maestría en Salud Pública con área de concentración en Envejecimiento

Presenta:

M. C. Gabriela Ariadne González Sarabia
Matricula 2012221505
Generación 2012-2014

Comité Asesor:

Director de Proyecto Terminal Profesional:
M.S.P. Gabriela Ríos Cazares
Instituto Nacional de Geriatria

Asesor:

M. en C. Raúl Hernán Medina Campos
Instituto Nacional de Geriatria

Lectora:

Ana Gamble Sánchez-Gavito
Instituto para la Atención de los Adultos Mayores
en el Distrito Federal

México, Distrito Federal, Enero 2016

Contenido

<u>INTRODUCCIÓN</u>	5
ANTECEDENTES.....	6
MARCO TEÓRICO	22
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	44
JUSTIFICACIÓN	45
POBLACIÓN OBJETIVO.....	46
PROPÓSITO	46
OBJETIVOS	46
METAS.....	47
ESTRATEGIA.....	47
METODOLOGÍA.....	47
DESARROLLO DEL PROGRAMA.....	48
CRONOGRAMA.....	57
RECURSOS	58
EVALUACIÓN	60
INDICADORES.....	61
LIMITACIONES:.....	64
BIBLIOGRAFÍA.....	65
ANEXOS.....	71

INTRODUCCIÓN

Debido al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de fecundidad, la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países.¹ El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad.

En México en poco tiempo la población en edades avanzadas aumentará respecto a otros grupos de edad, lo que implica cambios en las capacidades de trabajo y de producción, así como en la demanda de bienes y servicios, de salud, de seguridad social y de relaciones familiares.

La Ciudad de México también tiene el mismo comportamiento demográfico. Hoy, una de cada diez personas es una persona adulta mayor, en el 2050, será una de cada cuatro. El perfil epidemiológico y los determinantes sociales alrededor de este grupo poblacional generan complicaciones que demandan respuestas innovadoras e integrales.

Las medidas para ayudar a las personas mayores a permanecer sanas y activas son una necesidad, que traducidas a políticas y los programas, deben basarse en los derechos, necesidades, preferencias y capacidades de las personas mayores.

Ante esta situación, como respuesta a esta aceleración demográfica se celebra en el año 2002 la II Asamblea Mundial sobre Envejecimiento en la que se traza como política social mundial al Envejecimiento activo, como un el proceso de “buen envejecer”. “Este planteamiento, se basa en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas mayores y en los Principios de las Naciones Unidas de independencia, participación, dignidad, asistencia y realización de los propios deseos.”²

En el presente proyecto terminal se considera lo anterior y se propone el **“Diseño de un Programa de envejecimiento activo para mejorar el bienestar de los adultos mayores en la Colonia Lomas de Padierna”** como una aportación en una de las actividades importantes de la Salud Pública que intenta fomentar la salud de los individuos y colectividades. Se fundamenta en la Teoría de la Actividad, de la Continuidad y Autodeterminación, A través de un análisis del problema, la integración de un marco teórico y la revisión de la evidencia científica y mejores prácticas disponibles sobre el envejecimiento activo, posteriormente se desarrolló el programa con base a ello.

El bienestar de las personas mayores debe ser centro de la preocupación de todos, porque es en el que se refleja el progreso de las políticas y programas de las sociedades.

ANTECEDENTES

En el año 2012 como parte de la investigación operativa, del programa académico de la Maestría en Salud Pública en Envejecimiento del Instituto Nacional de Salud Pública e Instituto Nacional de Geriátría se realizó un diagnóstico, donde se tuvo la oportunidad de estar en contacto directo con la comunidad e identificar su proceso salud enfermedad- atención.

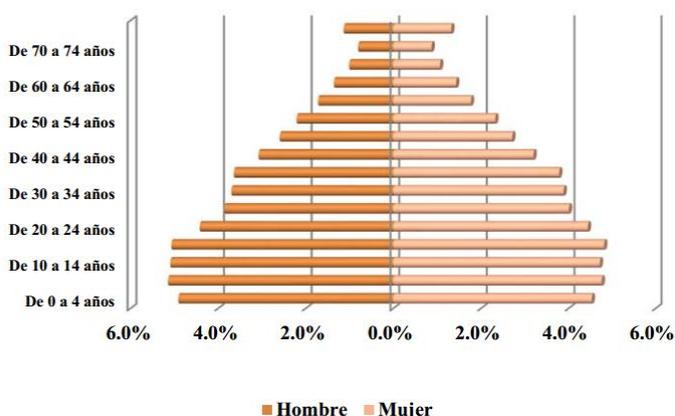
Fue así que a través del “Diagnóstico Integral de Salud de la Colonia “Lomas de Padierna” se identificó la diversidad de los determinantes que rodean a las personas mayores en el proceso de envejecimiento de esta comunidad, así como, las influencias de su contexto.

A continuación se describe estas influencias:

Aspectos Socio-demográficas

En México la población mayor de 60 años asciende a más de 11 millones lo que representa el 9.64% de la población mexicana.

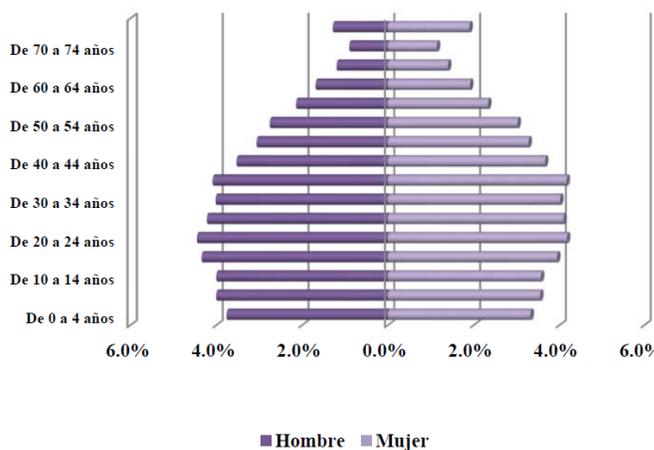
Gráfica 1 Pirámide Poblacional a nivel Nacional, 2010



Fuente: Censo de Población y Vivienda 2010.

La Ciudad de México es la entidad del país, con el mayor porcentaje de personas mayores de 60 años: 13.15% de su población, lo que significa tres puntos porcentuales arriba del promedio nacional. De cada 100 habitantes, 13 son personas mayores. Agregado a esto, en nuestra Ciudad se concentra la mayor esperanza de vida para la población: 73.7 años para los hombres y 78.74 años para las mujeres. Para el 2030 la población mayor a 60 años representará el 20.4% de la población total. (Consejo Nacional de Población CONAPO Proyección 2010-2050)

Gráfica 2 Pirámide Poblacional del Distrito Federal, 2010



Fuente: Censo de Población y Vivienda 2010.

Colonia “Lomas de Padierna

Ubicada en la Delegación de Tlalpan es catalogada como una Colonia Urbana del Distrito Federal; para efectos electorales y de representación vecinal, se constituye como la Unidad Territorial 12-066-1 de alta marginalidad. Las principales calles de acceso son Calle Tizimín y Calle Tekal por Carretera Picacho –Ajusco. Cuadro I

CUADRO I Vialidades de acceso a Lomas de Padierna 2014		
Cruce de Avenida o calle:	Avenida o calle:	Conflicto originado por:
Carretera Picacho - Ajusco	Calle Tizimín	Por el ascenso y descenso de pasaje no respetando las paradas autorizadas, hasta en doble fila.
Carretera Picacho - Ajusco	Calle Tekal	Por el ascenso y descenso de pasaje no respetando las paradas autorizadas, hasta en doble fila y base de Microbuses de la Ruta 40 y 39 en un espacio muy reducido que obstruye la salida de la calle Tekal con la Carretera Picacho Ajusco.

Descripción del entorno

“El entorno es el lugar donde las personas viven, trabajan, estudian y se recrean, es: la vivienda, la escuela, el barrio o la vereda; debe propiciar seguridad, protección, intimidad y contribuir al bienestar de cada una de las personas que lo habitan. Se constituye por las condiciones físicas, sociales, económicas y culturales. La importancia es que en los diferentes entornos en los que nos desarrollamos y convivimos, es vital contar con una infraestructura adecuada para nuestra calidad de vida”.³

La Colonia Lomas de Padierna tiene como tipo de vialidad calle y avenidas con libre tránsito a acceso de automóviles y personas, la mayoría cuenta con recubrimiento de la calle Pavimento.



Foto: Vialidad de Tizimin y de la Colonia de Lomas de Padierna 2013

La infraestructura vial se divide en dos espacios: el arroyo de la calle destinado a la circulación de vehículos y las aceras o áreas contiguas a las edificaciones, designadas para el tránsito de peatones. Respecto a las guarniciones y banquetas se tiene un 82% y un 64% respectivamente⁴, por lo que la población prefiere caminar por la calle, además de que las banquetas existentes se encuentran con varios desniveles, lo que dificulta el desplazamiento de las personas. Cabe mencionar que algunas banquetas son ocupadas por puestos ambulantes y diversos negocios.



Foto: Banqueta Calle Tekal, Colonia de Lomas de Padierna 2013

En las banquetas deben existir rampas, generalmente en las esquinas, que faciliten el desplazamiento de las personas, en Lomas de Padierna solo el 18% de las calles tienen rampas.

Las Características de la vivienda

“La vivienda es el ámbito por excelencia donde se satisfacen las necesidades básicas de protección y de reproducción de funciones domésticas (descanso, preparación y consumo de alimentos y aseo, entre otras)”.⁵

En Lomas de Padierna las viviendas son muy variadas:

1) Viviendas solas



2) Viviendas con varios Hogares



3) Condominios



4) Unidades habitacionales



En cuanto el entorno urbano cabe destacar, que existe la presencia de excremento frecuente en calles descritas, que tiene relación con la presencia en ellas del 64% de perros y gatos en un 55%, aunado a la

acumulación de basura en un 73% de las calles, es importante implementar medidas para evitar la contaminación de alimentos y agua por su presencia.

Alcantarillas de drenaje pluvial

“El drenaje pluvial es un sistema o red de instalaciones y conductos construidos para coleccionar, drenar, conducir y disponer de las aguas de lluvia que escurren por las vialidades. Su construcción, gestión y mantenimiento forma parte de los servicios públicos que constitucionalmente son competencia de las administraciones estatales y municipales, al igual que el agua potable y el sistema de drenaje de aguas servidas”.⁶ La presencia de alcantarillas para el drenaje pluvial de Lomas de Padierna solo existe en un 27% de las calles visitadas.

Alumbrado público

La instalación de alumbrado público es necesario para la población al brindar una visión adecuada en la noche y en lugares oscuros, facilitar el tránsito peatonal y vehicular, evitar accidentes nocturnos, contribuir a la prevención de delitos y apoyar en la protección policiaca; además de propiciar el funcionamiento de establecimientos económicos, entre otros.⁷ En Lomas de Padierna se observó que el 91% de las calles cuentan con alumbrado público.

Indicadores demográficos y socio-económicos

Los indicadores demográficos y socioeconómicos en la Delegación Tlalpan, muestran notables diferencias, tanto con respecto al nivel nacional, como respecto al estatal representado por el Distrito Federal. La delegación cuenta con 650,657 habitantes, equivalente al 7.4% de la población total del DF. De ellos, 6 de cada 10 (el 57%) son económicamente activos, patrón muy similar al del resto de la población del DF, donde el 59.02% tienen esta condición. Cuadro II

CUADRO II Indicadores Demográficos y Socio-Económicos a Nivel Nacional, Estatal, Delegación y Colonia. INEGI 2010				
Indicador	Nacional	Distrito Federal	Tlalpan	Lomas de Padierna
Población Total	112,336,538	8,851,080	650,567	21,064
Tasa de población económicamente activa	58.09%	59.02%	57.00%	57.48%
Tasa de población analfabeta	6.88%	2.09%	10.7*	10.12*
Tasa de población sin Derechohabiencia a los servicios de salud	33.85%	36.29%	43.5%	38.73%
Tasa Global de fecundidad	2.05%	1.72 %	2.4%	N/D
Tasa de mortalidad infantil por cien	14.2%	10.70%	N/D	N/D

* Este dato corresponde al grado promedio de escolaridad de la población de 15 años y más en Tlalpan y Lomas de Padierna.

La tasa de población sin derechohabencia a los servicios de salud es notablemente baja en la Colonia (38.73%), con respecto a la delegación (43.5%), y más alta que el Distrito Federal (36.29%). Algo similar ocurre con los niveles de fecundidad, pues mientras que en que Tlalpan la Tasa Global de Fecundidad se ubica en 2.4 hijos por mujer, el mismo valor para el Distrito Federal es de 1.7 hijos por mujer en promedio y se mantiene con valores más bajos frente al promedio nacional.

Respecto al envejecimiento de la población, México ha experimentado una profunda transformación demográfica, la estructura por edades de la población ha cambiado, pasando de una población predominantemente de menores de 15 años a una de jóvenes. (INEGI 2014).

La población adulta mayor incrementa su tamaño a un ritmo muy rápido, la Colonia de Lomas de Padierna no escapa a las realidades mostradas en el resto del mundo, ya que constituyen el 10.8% de esta población. El Índice de Envejecimiento^a de la población es de 48.5, por cada 100 menores de 15 años, “lo que permite apreciar la relación numérica que hay entre niños y adultos mayores”.⁸ Estamos ante la situación en que el número de adultos mayores pronto será igual al de niños próximamente.

En cuanto a la relación de dependencia demográfica^b, esta es de 43.1 “personas en edades dependientes por cada cien en edad laboral, esto es sumamente importante porque habrá un período de oportunidad en el que se presentan las condiciones demográficas más favorables para el desarrollo, debido al aumento de la población en edad laboral y a la reducción de la población menor de quince años y la población adulta mayor de 65 años.”⁹ En cuanto a la dependencia de vejez^c para esta población es de 32.85 por cada 100 personas económicamente activas y sobre ellas se recarga el costo social de la población de los extremos de la vida, en este caso de los adultos mayores. La dependencia juvenil es de 10.29 lo que viene de la constante caída de la fecundidad; en esta ocasión es más determinante la creciente sobrevivencia para llegar a edades avanzadas junto con la mayor longevidad, situación que se espera se agudice, ya que las esperanzas de vida crecen y se logran mejoras de salud y bienestar en la vejez.

Los hombres mueren más que las mujeres en todas las edades. Esto propicia que haya más mujeres en las edades avanzadas. Sin embargo en la población adulta mayor estas diferencias son más marcadas, en Lomas de Padierna el Índice de masculinidad^d nos permite saber que hay 82.2 hombres por cada 100 mujeres, al igual que el que se presenta en el Distrito Federal. Según las estimaciones continúa siendo mayor la esperanza de vida en mujeres y se observa que gradualmente la brecha por sexo está siendo mayor.¹⁰ CUADRO III

^a Se calcula haciendo la razón entre personas de 60 años y más con respecto a las personas menores de 15 años, por cien.

^b La relación de dependencia se define como el peso que tiene el grupo de niños y adolescentes junto con los adultos mayores sobre la población en edades intermedias. la razón entre el conjunto de personas en edades “dependientes” (menores de 15 años y mayores de 65) respecto al grupo de población en edades económicamente productivas (15 a 64 años) por 100

^c Es la relación entre el número de hombres y de mujeres en una población.

^d Razón de sexo es un índice demográfico que expresa la razón de hombres frente a mujeres en un determinado territorio, expresada en tanto por ciento.

CUADRO III			
Características del Envejecimiento en Lomas de Padierna 2014			
Proporción con la Población	Índice de Envejecimiento	Índice de masculinidad	Dependencia de la vejez
10.8%	48.5	82.2	32.85

El aumento de la proporción de personas mayores es cada vez más significativo en las comunidades, “La población adulta mayor irá en aumento, llegando a muy similares a los totales estimados de los tramos de menor edad, lo que en definitiva traerá consigo un envejecimiento paulatino de la población y una reducción del nivel de reemplazo de los grupos etarios”.¹¹

Servicios de Salud

La Colonia se conforma de acuerdo al Centro de Salud Lomas de Padierna por 13 áreas geoestadísticas básicas (AGEB)^e, que en su conjunto son 144 manzanas, con una población de 21,064 habitantes, de acuerdo a INEGI 2010, 6,087 viviendas y 5,578 hogares. CUADRO IV.

CUADRO IV					
Lomas de Padierna. Distribución de manzanas, viviendas, hogares y población total según AGEB, INEGI 2010					
AGEB	Manzanas	Viviendas	Hogares	Población total	Población total mayor de 18 años
303	8	369	322	1296	442
318	29	1084	999	3924	1541
322	25	1460	1311	5065	1566
337	26	1443	1342	5031	1566
341	25	595	514	2025	918
052A	1	1	0	1	0
623	5	207	185	745	252
638	10	415	389	1452	598
642	6	157	125	470	212
657	4	106	92	339	176
1369	2	30	138	131	27
1388	1	219	161	583	317
2070	2	1	0	2	0
Total	144	6,087	5,578	21,064	7,615

El Centro de Salud se encuentra ubicado en el centro de la comunidad, proporciona servicios de primer nivel como consulta externa y vacunación, son los de menor tamaño, conformados por un módulo de atención (médico general y enfermera). La modalidad en este centro de salud es la de atención a la demanda, es decir, se distribuye una cantidad determinada de ficha por cada profesional. Para conseguir esa ficha, las personas deben formarse por orden de llegada; el horario de atención comienza a las 8:00 h hasta terminar de atender a todos los pacientes con ficha.

^e AGEB es la extensión territorial que corresponde a la subdivisión de las áreas geoestadísticas municipales. Dependiendo de sus características, se clasifican en dos tipos: AGEB urbana o AGEB rural, INEGI 2010.

La población total del área de influencia del centro de salud TI “Lomas de Padierna” es de 21, 984, de las cuales 47.88% no está asegurada. La distribución por sexo de esta población no asegurada es 5, 219 hombres, 5, 307 mujeres lo que da un total de 10, 526 personas. (2013)

Existen además del Centro de Salud, consultorios médicos privados. El hospital de segundo nivel se encuentra a 45 minutos de la Colonia en transporte público.

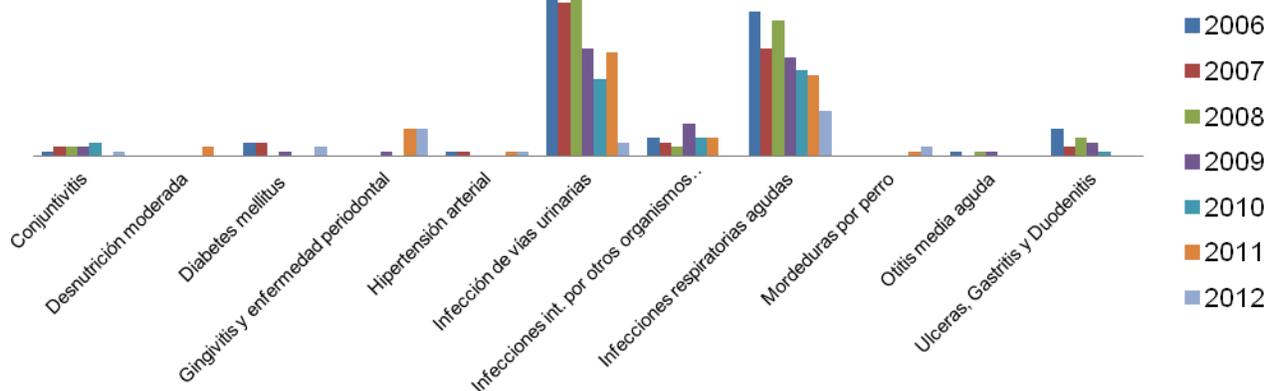
Los daños a la salud que se han presentado en la comunidad reportados por el Centro de salud se especifican en el Cuadro V.

Cuadro V		
Principales daños a la salud de la comunidad		
C. S Lomas de Padierna, 2012		
Enfermedades infecciosas	Enfermedades Crónico-Degenerativas	Lesiones y violencia
Enfermedades Respiratorias	Diabetes Mellitus	Violencia Intrafamiliar
Enfermedades Gastro-Intestinales	Hipertensión Arterial	Bullying
Dermatomicosis	Sobrepeso/Obesidad	
	Dislipidemia	
	Artritis	
	Desnutrición en - 5 años	
	Cáncer	
Salud Sexual y Reproductiva	Salud Mental	Adicciones
Embarazo de alto riesgo	Depresión	• Tabaquismo.
• Embarazo en adolescentes	Ansiedad	• Alcoholismo.
• Embarazo en mayores de 35 años	Déficit de atención/hiperactividad	• Inhalantes.
• Intervalos intergenésico corto		• Marihuana.
• Comorbilidad.		• Cocaína.
• Embarazo no planificado		
• No consulta preconcepcional		
Enfermedades cervico-vaginales		
• Leucorreas		
• Displasias cervicales.		
Enfermedad Prostática.		

Morbilidad de los Adultos Mayores

Específicamente, respecto a las personas mayores de la Colonia, a través del Sistema De Vigilancia Epidemiológica de Lomas de Padierna, de acuerdo a la NOM-017 se muestran a continuación los casos nuevos reportados en cuanto a morbilidad del año los años 2006 al 2012:

GRÁFICO 3
Casos nuevos morbilidad de las adultos mayores de
Lomas de Padierna
2006-2012

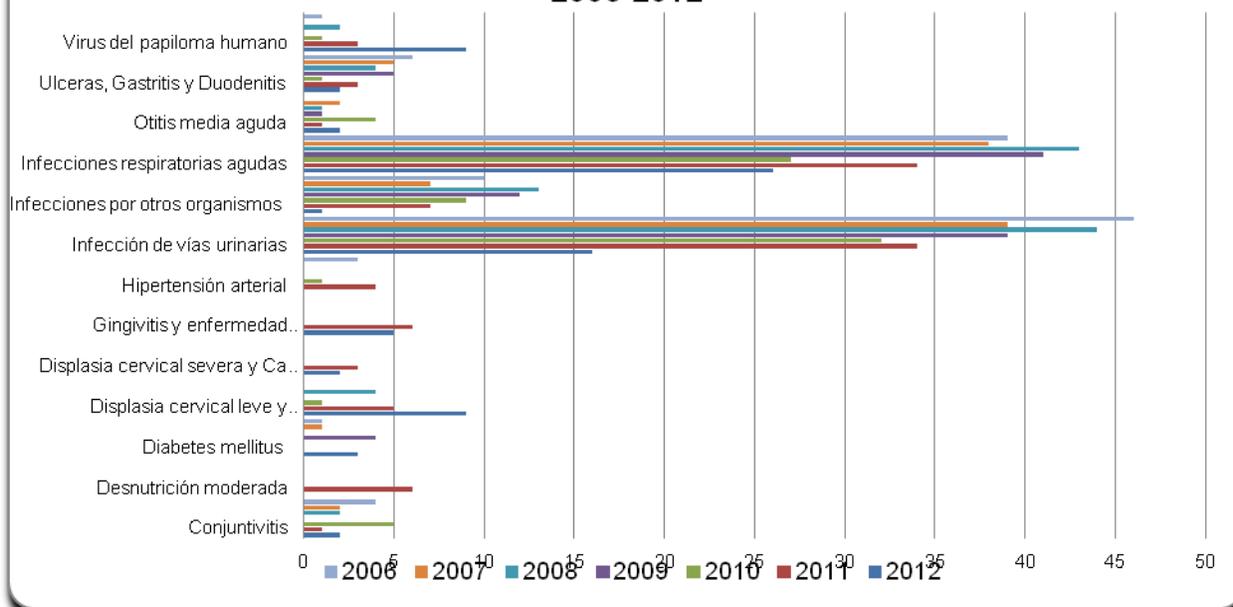


Fuente: Morbilidad del C. S. TI de Lomas de Padierna, 2006- 2013. Sistema de Vigilancia Epidemiológica

En la gráfica anterior se representan las enfermedades que se han detectado en el Centro de Salud, en ella podemos observar que las que más se han presentado son las infecciones urinarias seguidas de las infecciones respiratorias y de las infecciones por otros organismos. La Gingivitis y enfermedad periodontal, úlceras, gastritis y duodenitis¹², así como conjuntivitis se presentan en esta población adulta mayor y es motivo de acudir al Centro de Salud. Gráfico 3

También podemos ver que la detección del virus del papiloma humano y la displasias leves, severas y Ca situ se han detectado.

GRÁFICA 4
Casos nuevos morbilidad de las adultas mayores de
Lomas de Padierna
2006-2012



Fuente: Morbilidad del C. S. TI de Lomas de Padierna, 2006- 2012. Sistema de Vigilancia Epidemiológica

Existe un Comité de Salud, cuya integración inicio hace 20 años, cuyo vinculo inicio a través de la necesidad de el establecimiento de servicios médico debido a la lejanía con las instituciones de salud. Una vez que se obtuvo la construcción del centro de salud, continuaron las gestiones para su ampliación, después para solicitar más personal y actualmente para lograr que de un centro de salud TI, sea un TII con servicio de laboratorio y rayos X. Además de que cuente con médico para tener atención médica en turno vespertino.

Para conocer más sobre la situación socio-demográfica de la población adulta mayor en Lomas de Padierna se incorporo información de los programas que otorgan apoyo económico a los adultos mayores en el Distrito Federal.

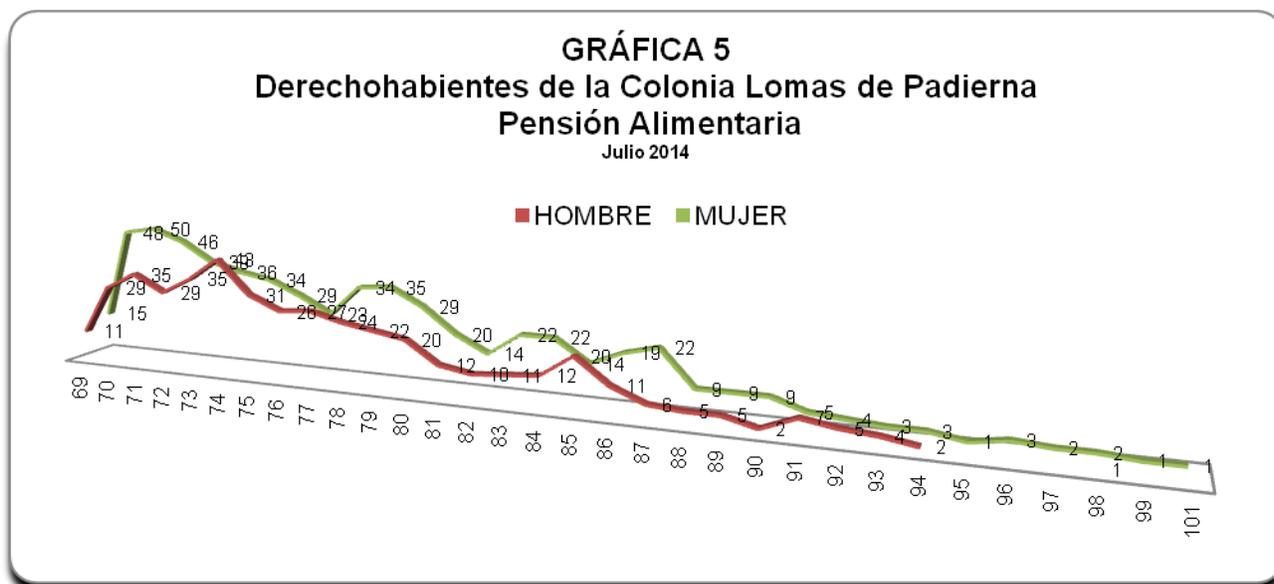
Uno de ellos es el Programa de Pensión para Adultos Mayores, que atiende a las personas adultas mayores de 65 años en adelante y tiene cobertura a nivel nacional. Los beneficiarios reciben apoyos económicos de 580 pesos mensuales con entregas de 1,160 pesos cada dos meses; también participan en grupos de crecimiento y jornadas informativas sobre temas de salud y obtienen facilidades para acceder a servicios y apoyos de instituciones como el INAPAM, además de aquellas que ofrecen actividades productivas y ocupacionales. En la Delegación de Tlalpan se benefician “17,851 para enero de este año 2015”¹³.

Otro Programa es la Pensión Alimentaria para Adultos Mayores de 68 años residentes del Distrito Federal que actualmente proporciona a 500,000 personas mayores la cantidad de 1,049.35 pesos al mes a través de una tarjeta electrónica. La Delegación de Tlalpan en su padrón de julio del 2014 tiene 32,779 adultos mayores y en

la Colonia Lomas de Padierna con 1,048 personas mayores de los cuales el 57.5% son mujeres y 42.5%. El índice de masculinidad es de 73.79 hombres por cada 100 mujeres. Cuadro VI

CUADRO VI Derechohabientes de Lomas de Padierna por Género Julio 2014			
U. Territorial	Hombre	Mujer	Total
12-066-1	445	603	1,048

De acuerdo a estadísticas derivadas de la revisión del Padrón del Programa de la Pensión Alimentaria las edades de los beneficiados en la Colonia Lomas de Padierna son de acuerdo a la siguiente Gráfica 5:

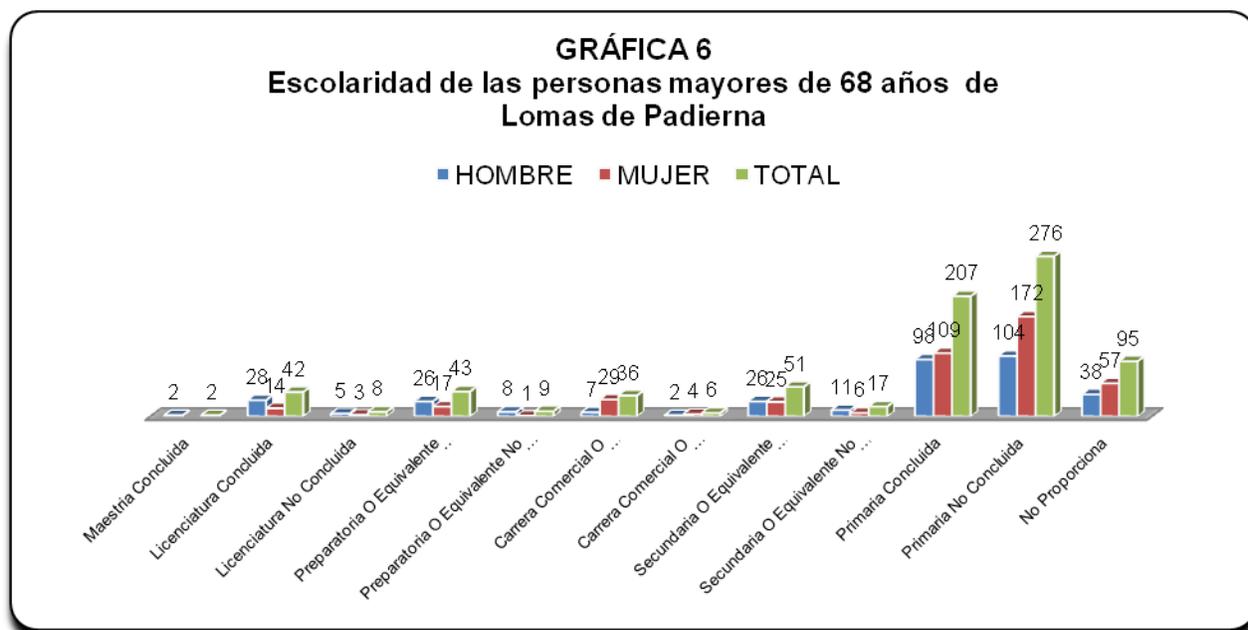


Fuente: Padrón de la Pensión Alimentaria para los Adultos Mayores de 68 años residentes del D.F. 2014.

En este padrón son 10 personas mayores con las siguientes etnias, que se muestran en la siguiente gráfica, como el Náhuatl, Otomí, Zapoteca, Mixteca y Chol., que constituyen el .95% de esta población mayor de 68 años, representadas en el Cuadro VII.

CUADRO VII Derechohabientes De Lomas De Padierna Con Etnia Julio 2014			
Edad	Hombre	Mujer	Total
Náhuatl	3		3
Otomí	2		2
Zapoteca		2	2
Mixteca	1	1	2
Chol		1	1
Total	6	4	10

En cuanto a la escolaridad de las personas mayores de Lomas de Padierna, se tiene que el 24 % de esta población no asistió a la escuela, el 46.08% asistió a la escuela primaria, el 6% con secundaria, 8.96 con preparatoria y/o carrera comercial y cerca del 5% tiene licenciatura trunca o terminada y maestría. Gráfica 6



Fuente: Padrón de la Pensión Alimentaria para los Adultos Mayores de 68 años residentes del D.F.2014

La actividad que desempeñan actualmente los adultos mayores en esta Colonia destacan el oficio de Albañilería con el 1.56%, desempleados 1.62%, empleados 1.81%, estudiantes 0.19% (2), dedicados al hogar 70.61% del cual 51.8 % son mujeres y el 18% hombre. Jubilados 3.72 de los cuáles 1.24% son mujeres y el 2.48% son hombres. Comerciantes 3.72% con un 1% de mujeres y 2.7 en hombres.

Dentro de los oficios destacan Barrendero, voceador de Periódico, Bolero, Cantante, Carpintero, Chofer, Comerciante, Contador (A), Contratista, Domestico (A), Empacador, Empleado (A), Jardinero (A) y Panadero. Las ocupaciones con licenciatura son un médico, arquitecto, ingeniero y profesores.

A continuación se incorporan los resultados de Cuestionario del Diagnostico Integral de Salud Poblacional 2014 “Lomas De Padierna”, sobre la población adulta mayor Colonia.

De 128 personas a las que se les aplicó el cuestionario, 45 de ellas fueron adultos mayores siendo 28 mujeres y 17 hombres. Todos viven acompañados con un promedio de 6 personas.

Participaron en el Cuestionario 25 Jefes de familia en los que predomina la primaria y secundaria como escolaridad; 12 adultos mayores como esposa o cónyuge en los que predomina la primaria y licenciatura; 6 hijos, 1 nietos y 1 abuelo. Del total de los participantes en la Gráfica 7 se especifica la escolaridad, en la que:

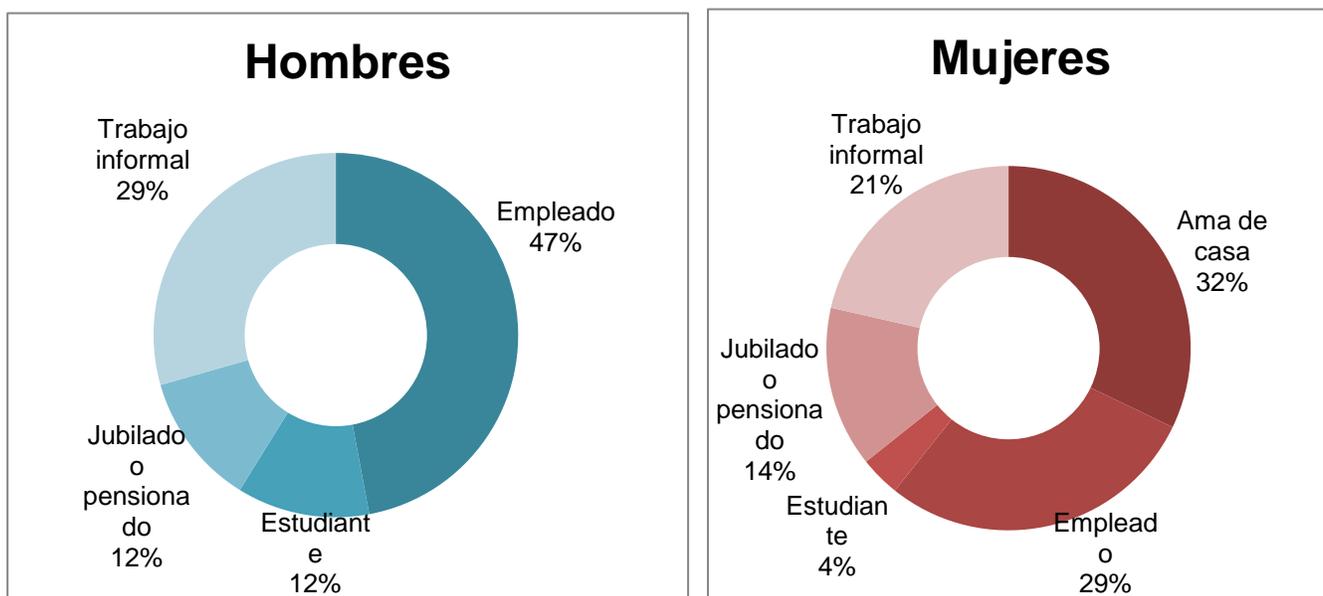
8.9% no sabe o ningún grado, el 40% tuvo primaria y secundaria completa o trunca, 26% bachillerato o carrera técnica y 24.2% licenciatura y doctorado.



Fuente: Cuestionario del Diagnostico Integral de Salud Poblacional 2014 “Lomas De Padierna”

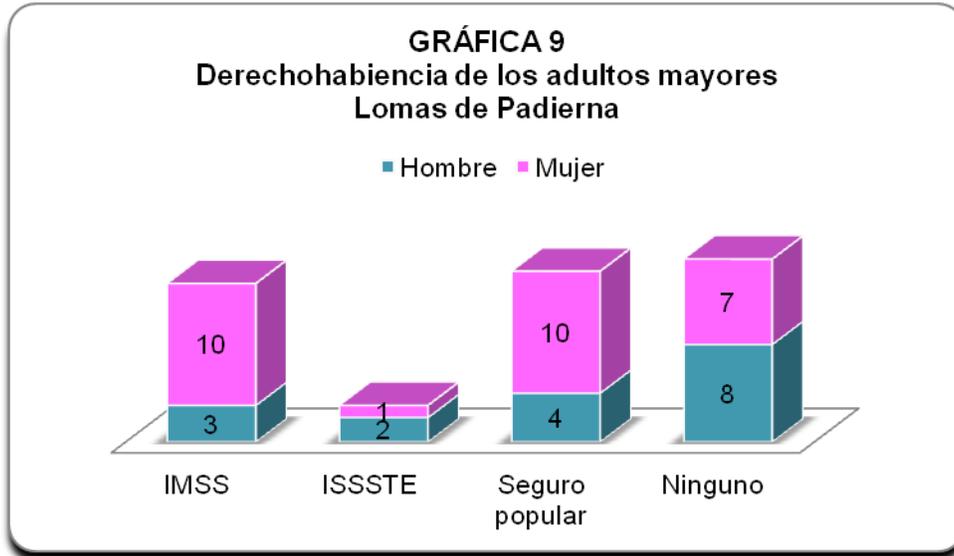
En cuanto a la actividad que realizan los adultos mayores las mujeres son en un 32% amas de casa, 29% empleadas, 14% son jubiladas y 4% son estudiantes. El hombre en un 47% es empleado, 29% realiza trabajo informal, 12% es jubilado y el 12% es estudiante. Gráfica 8.

GRÁFICA 8
Actividades que desempeñan las personas mayores Lomas de Padierna



Fuente: Cuestionario del Diagnostico Integral de Salud Poblacional 2014 “Lomas De Padierna”

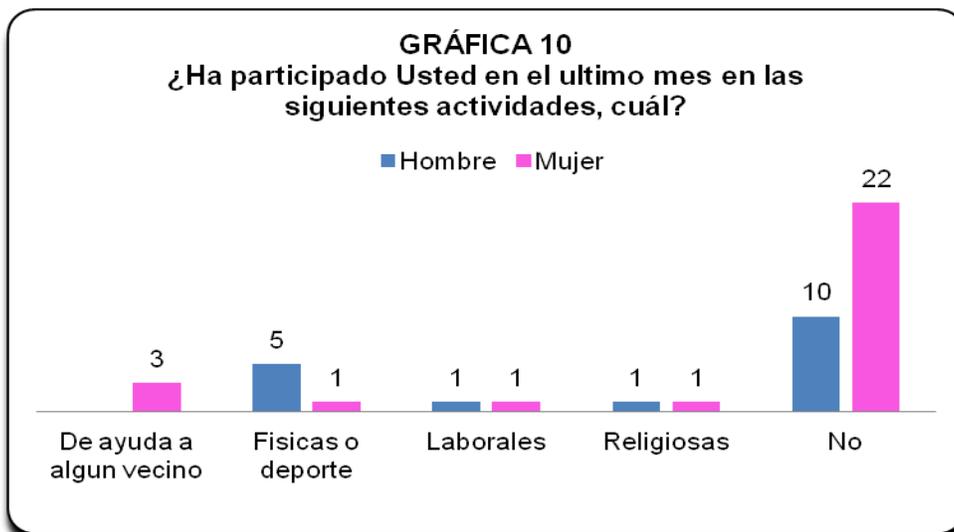
El servicio médico de estas personas mayores es el 31% cuentan con Seguro Popular, 29 % IMSS, 7% es ISSSTE y el 33% no cuenta con servicio médico. Gráfica 9.



Fuente: Cuestionario del Diagnostico Integral de Salud Poblacional 2014 “Lomas De Padierna”

El 53.3% no asiste por las siguientes causas: El servicio está lejos, son muchos trámites, le hacen esperar mucho, no sabe cómo funciona, la tratan mal, le hacen esperar mucho, le negaron el servicio, no lo ha necesitado.

Además de conocer los aspectos demográficos de las personas mayores a las que aplicamos el cuestionario, es importante saber cómo se relaciona con su comunidad y entorno por lo que en la siguiente Gráfica se les pregunta si han participado en alguna actividad de ayuda a algún vecino, actividad física o deporte, laboral o religiosa, la respuesta fue que el 71.1% no realiza ninguna actividad, y 28.8% si realizan actividades como a continuación se ve en la Gráfica. También es destacar que las mujeres desarrollan actividades de ayuda a algún vecino, y en las actividades deportivas destacan los hombres.

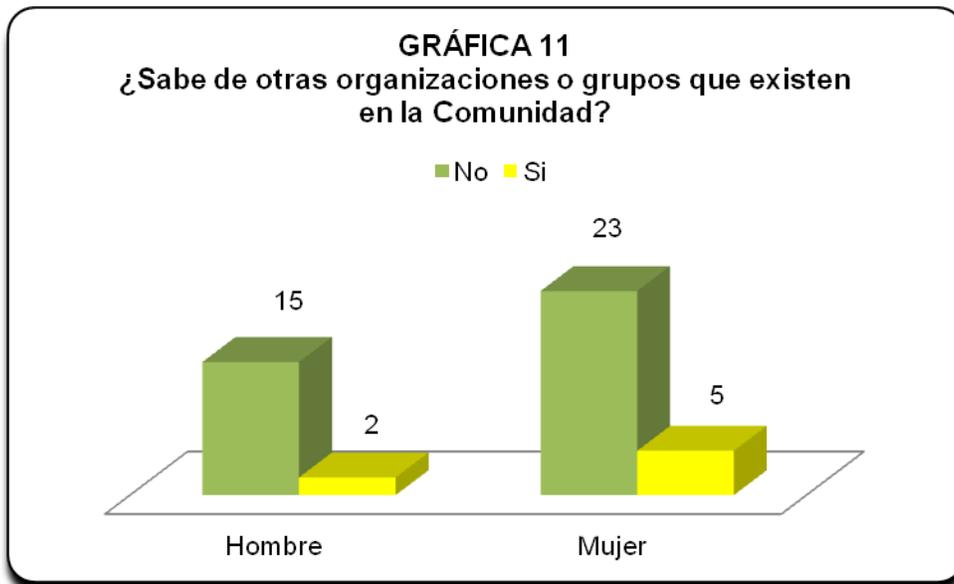


Fuente: Cuestionario del Diagnostico Integral de Salud Poblacional 2014 “Lomas De Padierna”

En el caso de los adultos mayores que no participan en alguna actividad, sobresalen las mujeres en un 68.8%. La mayoría comento que la causa por la que no participa es: no le interesa, no le ve el caso, no puede desplazarse, no tiene tiempo, por el trabajo y por qué no le gusta. Respecto a las personas que participan, seis de ellas participan en alguna organización, grupo o reunión de la comunidad:

CUADRO VIII	
Organización en los participan los adultos mayores de Lomas de Padierna 2014	
Hombre	Mujer
Adultos mayores	Alcohólicos Anónimos
Comité vecinal	Clases de yoga
	Comité vecinal
	Iglesia

Se indago sobre el conocimiento de otras organizaciones o grupos de la comunidad y se destaco que el 84% de las personas mayores lo desconocen.



Fuente: Cuestionario del Diagnostico Integral de Salud Poblacional 2014 “Lomas de Padierna”

También se preguntó si participarían en formar un grupo y solo el 18% respondió que sí. Ellos mismos afirmaron que conocían algunos líderes de la comunidad.



Fuente: Cuestionario del Diagnostico Integral de Salud Poblacional 2014 “Lomas De Padierna”

También se identificó que reconocen también que en su entorno existe problemática como: Graffitis, Basura y suciedad, Zonas oscuras, Heces de mascotas, Drogadictos.

Para terminar, se preguntó si pudieran cambiar algo en su comunidad, que harían, y obtuvimos que el 47% aplicaría acciones para mejoraría la seguridad de la Colonia, seguido de la limpieza de las calles con un 9% que tienen que ver con la basura; después las Banquetas con un 7% ya que se obstruyen con los comercios y en algunas calles no existen.

GRÁFICA 13
¿Si pudiera cambiar algo en su colonia, que haria?



Se aplicó además un grupo focal al Comité del centro de Salud en el que se muestra el interés del mismo por trabajar por la comunidad.

“Trabajar para nuestra comunidad yo creo que es lo mejor, bueno yo personal quiero y deseo seguir adelante en ese aspecto”
Grupo focal “Comité de Salud Lomas de Padierna”

Fuente: Cuestionario del Diagnostico Integral de Salud Poblacional 2014
 “Lomas De Padierna

MARCO TEÓRICO

Generar una cultura de envejecimiento activo en las comunidades ha sido muy importante para la sociedad en general. El concepto de Envejecimiento Activo tiene su origen en los años 60. En el 2002, se llevo a cabo la "II Asamblea Mundial del Envejecimiento en Madrid en la que sus recomendaciones concretas para la acción, dan prioridad a las personas de edad y al desarrollo, promoviendo la salud y el bienestar para la vejez, y velando por entornos propicios y de apoyo".¹⁴ La Organización Mundial de la Salud difunde en ese mismo año, una concepción amplia del envejecimiento activo y en su concepto existe un reconocimiento de los derechos humanos de las personas mayores y en basados en los Principios de las Naciones Unidas.

El Envejecimiento Activo "es el proceso que permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y a participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona: protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia" OMS (2002:79)".¹⁵

En este marco México ha implementado estrategias por distintas dependencias de gobierno que han buscado impactar en el mejoramiento de la calidad de vida, bienestar y en el desarrollo integral de las personas mayores de 60 años. Han buscado incluir lineamientos marcados por los organismos internacionales como son el Envejecimiento Activo, el Envejecimiento Saludable, así como la perspectiva de derechos en las políticas públicas. Además, encontramos un reimpulso de los aspectos preventivos que implican una atención al envejecimiento por parte del sector salud, por parte de las estrategias del INAPAM y la Secretaría de Desarrollo Social, que enfocan prácticamente todos sus esfuerzos a las personas mayores de 60 años.¹⁶

"El término envejecimiento activo fue adoptado por la OMS a finales del siglo XX, con la intención de transmitir un mensaje más completo que el de envejecimiento saludable y reconocer los factores y ámbitos, además de la atención sanitaria que afectan el cómo envejecen individuos y poblaciones".¹⁷

PRINCIPIOS

El planteamiento del envejecimiento activo se basa en los derechos humanos de las personas mayores, y no en las necesidades. Estos son

El enfoque del envejecimiento activo está basado en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas mayores y los principios de las Naciones Unidas, de autorrealización, independencia, participación, dignidad, cuidado.¹⁸

El principio de auto-realización "reconoce que las personas mayores tienen derecho permanente a buscar oportunidades para fortalecer sus capacidades, mediante educación, capacitación, oportunidades de empleo y la posibilidad de participar activamente en los asuntos de la comunidad. Es importante observar que la

promoción de un estilo de vida activo en la vejez pasa por asumir este principio en todas sus consecuencias. Es decir, no basta con crear oportunidades para la participación aunque también es necesario hacerlo-, hay que promover el uso de esta posibilidad y eso supone acciones de cambio de mentalidad, de creación de hábitos, de desarrollo de habilidades y actitudes que son más complejos de conseguir”.¹⁹

- **El principio de Independencia**, es el “deseo de las personas mayores de mantener su autonomía el mayor tiempo posible y está estrechamente vinculado al aseguramiento de su acceso a los derechos materiales básicos de alimentación, vivienda, agua, ingresos, educación, transporte y seguridad física”.²⁰

- **El principio de participación**, es la “base de la realización de todos los demás derechos de la persona y uno de los pilares del envejecimiento activo tal y como ha precisado la Organización Mundial de la Salud. La observación de este principio implica que las necesidades y capacidades de las personas mayores deben ser consideradas en la planificación y ejecución de todas las iniciativas locales, forales y autonómicas, planificación y ejecución de cualquier actividad o proyecto que esté dirigido a ellas, incluidos los programas de promoción del envejecimiento activo. Las personas mayores tienen derecho a ser consultadas acerca de las decisiones que les afectarán directamente y este derecho debe ser reconocido”.²¹

- **El principio de dignidad**, “es el reconocimiento y valoración de su singularidad y multidimensionalidad más allá de estereotipos fundamentados en su estatus de jubilado, su estado de salud o su situación de dependencia. La ruptura o cuestionamiento de los estereotipos existentes sobre las personas mayores es un objetivo que debe transversalizar cualquier acción por la dignidad de la persona mayor.”²²

- **El principio de atención o cuidado**, es el “derecho de las personas mayores a ser apoyadas, a intervenir en la decisión sobre el tipo de atención que desean y necesitan y a ser atendidas con consideración. En el caso que nos ocupa, la promoción del envejecimiento activo, supone que las personas sean apoyadas para que puedan modificar posibles estilos de vida sedentarios, apoyadas en el uso de las nuevas tecnologías que favorecen la vida independiente, apoyadas para poder tener un estilo vital activo en cualquier contexto, comunitario o institucional.”²³

DEFINICIÓN DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

“El envejecimiento activo es “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad, con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. Concretamente indica que es el proceso que permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y a participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona: protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia” OMS (2002:79)”.²⁴ La creación de políticas y las decisiones se tienen que basar en comprender cómo influyen los determinantes del envejecimiento activo sobre la manera en que envejecen las personas y las poblaciones.



Este marco político requiere también la acción sobre tres pilares básicos:

- “Salud: Cuando los factores de riesgo (tanto ambientales como conductuales) de las enfermedades crónicas y el declive funcional se mantienen en niveles bajos y los factores protectores son elevados, las personas disfrutan de más años y más calidad de vida.
- Participación: Las Personas Mayores seguirán haciendo una contribución productiva la sociedad en actividades tanto remuneradas como sin remunerar. Total participación en las actividades socioeconómicas, culturales y espirituales, de acuerdo con sus derechos humanos.
- Seguridad: Las políticas y los programas abordarán las necesidades sanitarias, sociales, económicas y de seguridad física de los Mayores, garantizando su protección, su dignidad y su asistencia en el caso de que ya no puedan valerse por sí mismas. Se apoyarán a las familias y a las comunidades en sus esfuerzos por cuidar de sus seres queridos de más edad”.²⁵

“El envejecimiento activo se aplica tanto a los individuos como a los grupos de población. Permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia.”²⁶

CONCEPTO DE “ACTIVO”

El término «activo» hace referencia a una participación continua en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, no sólo a la capacidad para estar físicamente activo o participar en la mano de obra. Las personas ancianas que se retiran del trabajo y las que están enfermas o viven en situación de discapacidad pueden seguir contribuyendo activamente con sus familias, semejantes, comunidades y naciones.

Señala Martínez Rodríguez (2006:51) que, “envejecer bien es envejecer activamente y esto implica fundamentalmente tres condiciones: envejecer teniendo un rol social, envejecer con salud y envejecer con seguridad. Si es importante son estos tres pilares, más importante aún es el significado que demos al término “Activo” y a las implicaciones que ello conlleva.”²⁷

El ser Activo de acuerdo a Bermejo 2010²⁸:

- Expresa la idea de la participación de las personas en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, sin centrarse sólo en la capacidad para estar física o laboralmente activo.
- Establece un nuevo modelo de sociedad, en el que las personas han de tener la oportunidad de envejecer, siendo protagonistas de su vida, en un quehacer pro-activo y no como meras receptoras de productos, servicios o cuidados.
- Su dinamismo inherente ha de tomar forma de modo diferente en cada persona mayor, atendiendo a los significados íntimos que cada uno le atribuye, que hacen que se viva, que se pueda ser activo de muy diferentes maneras.
- Implica un enfoque comunitario, en el que los ciudadanos mayores han de tener oportunidad de participar en todo lo que le es propio, entendiendo por ello no sólo lo circunscrito a su ocio o a servicios o entidades para mayores, sino a cualquier esfera relativa a su comunidad.
- Requiere que la sociedad garantice que los ciudadanos mayores puedan continuar informados, a la vez que vela porque sean reconocidos todos sus derechos.
- Asume un enfoque intergeneracional al reconocer la importancia de las relaciones y de la ayuda que se ofrecen entre sí los miembros de una familia y las diferentes generaciones.
- Desafía la perspectiva tradicional de que el aprendizaje es cuestión de niños y jóvenes, el trabajo es cuestión de adultos y la jubilación es cuestión de la vejez. Promueve el desarrollo de la persona hasta el final de sus días.
- Requiere un enfoque integral pues ofrece una visión más completa y global de las personas y de su proceso de envejecimiento. Es, por ello, imprescindible una revisión de todos los ámbitos y factores que están afectando al desarrollo del envejecimiento activo: los sociales, sanitarios, económicos, pero también los psicológicos, afectivos, educativos, culturales, etc.²⁹

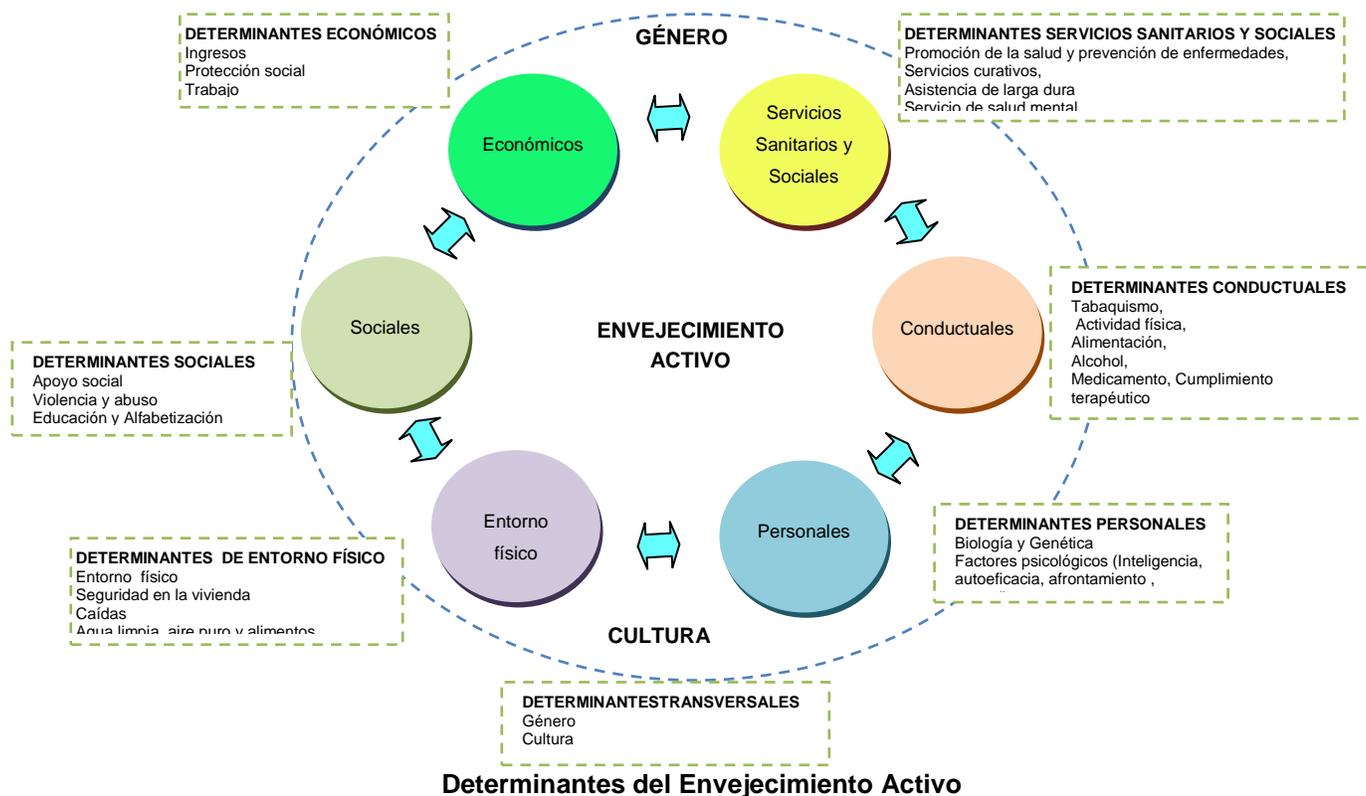
El envejecimiento activo es un objetivo de salud de primer orden para las personas de todas las edades, y sus principales características se exponen en el Cuadro IX.³⁰

CUADRO IX Características del Envejecimiento Activo	
Se aplica a personas y grupo de población	Supone un compromiso individual del sujeto con su salud futura y la implicación de colectivos, sociedades, medios de comunicación, organismos políticos y sociales.
Es universal	No afecta solo a personas que cumplen determinados requisitos o características: permite desarrollar el potencial óptimo de bienestar físico, psíquico y social según sus necesidades y capacidades, no es excluyente de ninguna persona sean cuales sean sus limitaciones.
“Activo”	El término hace referencia no sólo a la actividad física u ocupacional sino que también incluye la participación social, económica, cultural y cívica.
Incluye el contexto físico y social	Urbanismo, barreras arquitectónicas, redes de apoyo, Relaciones intergeneracionales.
Sustituye una planificación estratégica basada en necesidades por otra fundamentada en derechos	Se cimienta en los derechos humanos y los principios de la Organización de las Naciones Unidas: independencia, participación, dignidad, igualdad de oportunidades y asistencia.
Considera la diversidad	La heterogeneidad aumenta a medida que avanza el ciclo vital. El Envejecimiento Activo flexibiliza sus objetivos según las características diferenciales de los distintos grupos de personas y sus entornos específicos.

Fuente: Muñoz Cobos F, Espinosa Almendro J.M., Active Ageing and Gender Inequalities, Vol. 40. Núm. 06. Junio 2008

DETERMINANTES DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO ³¹

“El envejecimiento activo depende de una diversidad de influencias o «determinantes» que rodean a las personas, las familias y las naciones. Se han determinado los factores implicados en las distintas formas de envejecimiento, la mayoría de los cuales son modificables y no se distribuyen homogéneamente en la población: existen importantes diferencias en las formas de envejecer entre diferentes culturas y entre varones y mujeres”. ³²



“La OMS considera una serie de elementos causales, entre los que se incluyen factores sociales (educación, apoyo social, personales (biología, genética, adaptabilidad, ambientales (medio rural o urbano), económicos (renta, trabajo, protección social), servicios de salud y sociales (protección a la salud, prevención de la enfermedad), conductuales (actividad física, alimentación, consumo de tabaco y alcohol)”.³³

CONTEXTO SOCIAL DE LA PERSONA MAYOR

La enorme heterogeneidad de este grupo etario (con una diferencia de más de 30 años en sus polos) que hace imposible disponer de una imagen capaz de representar adecuadamente a todos ellos. La forma de pensar y de vivir de muchos mayores contrasta con los estereotipos que existen respecto a este grupo de edad.

Las dos concepciones de vejez que conviven en este comienzo del nuevo siglo son: el “modelo deficitario, basado en el modelo médico tradicional que, en torno a los cambios biológicos, conceptualizó a la vejez en términos de déficit y de involución, y el modelo de desarrollo, basado en la necesidad de redefinir la vejez como una etapa diferente de la vida pero también plena de posibilidades. Cada vez hay más personas mayores que viven esta etapa de la vida desde este último modelo en donde la educación, la formación está presente, como estrategia básica para una mejor calidad de vida desde una visión nueva, salutogénica^f y formativa”.³⁴ Cuadro X

CUADRO X
Modelos de Vejez

Modelo Deficitario		Modelo de Desarrollo
La enfermedad	V E J E Z	Una etapa más de la vida
Vida sedentaria		Desarrollo biográfico e histórico
Improductividad		Actividad
Etapa de ruptura, de involución, vacía de contenido		Encuentro con una segunda etapa de libertad
Etapa de decadencia		Un tiempo de humanización

Fuente: Limón, M. R., & del Carmen Ortega, M. Envejecimiento activo y mejora de la calidad de vida en adultos mayores. Rev Psic y Edu 2011

Se destaca entonces el aumento de su autonomía e independencia, fruto de multitud de factores que interrelacionan entre sí. Esta conquista se manifiesta entre otros aspectos significativos de cómo están muchas personas envejeciendo con más capacidades personales, y con más salud; con un mayor grado de seguridad e independencia económica; con mucho tiempo libre para disfrutarlo; participando en centros, instituciones y organizaciones de diversos tipos; o en casa, pasando sus últimos años independientes de la vida de los hijos, pero contando con su apoyo.

Cada vez más se incrementa el porcentaje de las mujeres en relación a los hombres, sobre todo, en las edades más avanzadas. La gran mayoría de estas mujeres han realizado su proyecto vital en el ámbito familiar y han cumplido un importante papel social de cuidadoras de padres, suegros, maridos, hijos, nietos y familiares.

^f El término Salutogénesis fue creado por el médico y sociólogo Aarón Antonovsky en las últimas décadas del siglo XX. Proviene del latín **Salus**, “salud”, y del griego **Génesis**, “origen”, “creación de”. Su significado es, por lo tanto, “Génesis de la Salud”.

“Muchas de ellas llegan a edades avanzadas con pocos recursos económicos, carencias formativas y con reducidas redes sociales. Sus oportunidades de relación se han reducido a lo largo de su vida al ámbito privado, y no siempre sus hijos viven cerca y les ofrecen el apoyo que desearían o necesitan. Cabe destacar que “en el caso de las mujeres mayores, su contacto con la educación formal ha sido en muchos casos irregular y deficitario. Las carencias educativas derivadas de una desigualdad ante la educación propia de su contexto generacional e histórico, ha condicionado y en muchos casos, limitado, su vida ocupacional, relegándolas de forma casi exclusiva al ámbito doméstico con tareas centradas básicamente en el ejercicio del cuidado”³⁵

También, un gran número de ciudadanos que envejecen con grandes dificultades y viven en situación de vulnerabilidad, sin redes familiares ni sociales, con pocos recursos económicos, con dificultades en la movilidad, con problemas de salud y sin acceso a una red de servicios adecuados para ello, además de falta de accesibilidad a los servicios de salud.

Tipificación de las personas mayores

“El envejecimiento activo alcanza a todas las personas mayores, incluidas aquéllas que están enfermas, que necesitan cualquier tipo de asistencia o que viven en situación de discapacidad. En principio, todas las personas mayores pueden contribuir activamente, de un modo u otro, a su bienestar y al de quienes les rodean”.³⁶

Las personas mayores no constituyen un grupo homogéneo. No todos los ancianos se benefician por igual de las mismas actividades sanitarias, entre ellas las preventivas. Las personas mayores presentan una amplia gama de estados de salud y de función, desde personas activas que no presentan enfermedades ni lesiones reseñables, pasando por personas frágiles con alto riesgo de pérdida funcional y terminando en el extremo de pacientes con dependencia completa con múltiples enfermedades crónicas y avanzadas.

La edad, como único parámetro, nunca debe de ser un factor de clasificación. En cambio, la función en las personas mayores ha mostrado ser uno de los mejores marcadores pronósticos predictivos de morbi-mortalidad, de entrada en dependencia, de estado de salud, de expectativa de vida y de institucionalización.

A continuación se expone una tipificación de las personas mayores en relación con la función, entendiendo la funcionalidad como “la capacidad de realizar actividades motoras que requieren acciones musculares finas o groseras y que permiten vivir de forma independiente, y son un potente predictor de discapacidad y dependencia”³⁷. Ello define la siguiente clasificación:

- “Persona mayor sana: no presenta enfermedad ni alteración funcional, mental o social alguna.
- Persona mayor con enfermedad crónica: padece una o varias enfermedades crónicas, pero sin problemas funcionales, mentales o sociales.
- Persona mayor en riesgo y frágil: es aquella que conserva su independencia de manera inestable y que se encuentra en situación de riesgo de pérdida funcional. Se trata de personas mayores que presentan

uno o más de los siguientes factores de riesgo predictivos de deterioro, pérdida de funcionalidad y de dependencia: edad avanzada (+80 años); hospitalización reciente; caídas de repetición; polifarmacia con comorbilidad; con deterioro cognitivo; con debilidad muscular, alteraciones de la movilidad y el equilibrio, y realización de poco ejercicio; con deficiente soporte o condicionantes sociales adversos o factores demográficos (mujer mayor de 80 años). Dentro de este grupo igualmente se incluyen como personas mayores de riesgo y frágiles a aquellas con pérdidas de funcionalidad incipientes, fundamentalmente en AIVD, o en ABVD, cuando todavía son, sobre todo, potencialmente recuperables.

- Persona mayor en situación de dependencia de carácter transitorio o de carácter permanente: es aquella que se encuentra ya en situación de dependencia, ya sea de carácter transitorio o bien ya de carácter permanente, independientemente de su intensidad.
- Persona mayor en situación de final de la vida: es aquella que presenta una enfermedad en fase terminal con una expectativa de vida generalmente menor de 6 meses. Englobaría tanto a pacientes con enfermedad oncológica como no oncológica en fase avanzada y/o terminal y con limitación funcional severa no reversible, con síntomas intensos, complejos y cambiantes. Según la enfermedad de base, presentan trayectorias clínicas de pérdida funcional y muerte muy diferentes.”³⁸

“Debido a la que la población adulta mayor es heterogénea, deben valorarse “las actividades en función del beneficio individual, marcado no tanto por la edad del individuo sino por la expectativa de vida. Para maximizar la eficiencia y el efecto beneficioso en el adulto mayor, parece justificado individualizar la prevención dedicando tiempo y recursos a aquellas actividades que más probablemente puedan prevenir la morbilidad, dependencia y mortalidad, teniendo en cuenta el estado funcional de la persona. Es, por tanto, necesario incidir en la realización de esas actividades preventivas en la población mayor sin discriminación por razones exclusivas de edad”.³⁹

OBJETIVO DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO

Para la Organización Mundial de la Salud el aumentar la vida saludable es uno de los objetivos principales de la política sanitaria porque no solo mejoraría la situación de las personas mayores, sino que también implicaría la reducción de los gastos sanitarios. “El verdadero reto para la sociedad y la ciencia no es el del incremento de la esperanza de vida sino de la esperanza de vida saludable. Ampliar la esperanza de vida libre de discapacidad supondría reducir el costo social y producir un mayor bienestar y calidad de vida a los ciudadanos. Pero el envejecimiento, además de constituir un fenómeno de la población, también representa un fenómeno individual y su estudio se debe abordar desde una perspectiva bio-psico-social”.⁴⁰

El envejecimiento activo se aplica a todos los grupos de población y edad, y permite a las personas realizar su potencial de bienestar y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporcionan protección, seguridad y cuidados adecuados cuando lo necesitan.

“El adulto mayor se preocupa por su salud y por el avance de signos de su deterioro en diferentes ámbitos, lo que aumenta su vulnerabilidad. Sin embargo, le es difícil darse cuenta que al modificar su ambiente, actividad o rutina, podría estar en condiciones de seguir realizando ocupaciones significativas. Cuando se hacen estos cambios, el adulto puede llegar a la etapa de la vejez con energía, con deseos de continuar trabajando o aportando, con iniciativa y planes de trabajo, a pesar de que en el contexto social o dentro de su propia comunidad encuentre limitaciones para involucrarse en ocupaciones a su alcance (Bolaños y Sánchez Galicia, 2010). Para lograr una “cultura del envejecimiento activo y saludable” es necesaria la interacción de factores tanto de índole sanitaria, económica y social, como del entorno físico, y de la conducta de la persona.⁴¹

Así, el envejecimiento activo resulta ser un recurso fundamental que ayuda a las personas y comunidades a realizar su potencial de calidad de vida y significación a lo largo de todo su ciclo vital y a participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona apoyos, protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia. Y todo ello, independientemente del nivel de dependencia o vulnerabilidad de la persona, su sexo o edad.

La promoción del envejecimiento activo requiere fomentar y equilibrar la responsabilidad personal, el encuentro y la solidaridad intergeneracional y la creación de entornos favorables. Para ello es imprescindible que entren en juego todos los agentes implicados, no sólo los sectores que habitualmente tenemos en cuenta (el sistema sanitario y los servicios sociales), sino también los referidos a la educación, el trabajo, la vivienda, el transporte, la seguridad social, la justicia y el desarrollo rural y urbano porque su actuación es determinante en garantizar la calidad de vida de la ciudadanía.

“Ser activa” se refleja en una responsabilidad de la persona hacia el cuidado de su propia salud (desarrollo de hábitos saludables, estar física y mentalmente activa) y la inserción participativa en la realidad social (relacionarse con otras personas, asociarse, estar presente en la vida de la comunidad). Las realizaciones concretas han de vivirse de forma intrínsecamente motivada, priorizando en ellas elementos que las hagan singulares y significativas para la persona y por tanto han de formularse en clave participativa, integral, flexible, de calidad, evaluable, sostenible e innovadora”.⁴²

“La intervención ante el incremento del riesgo de padecer enfermedades crónicas y discapacidad disminuyen en gran medida con la prevención. “El Plan de Acción sobre el Envejecimiento, adoptado en Madrid por la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (2002), subraya que las actividades para la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades a lo largo de toda la vida, y el acceso equitativo de las personas mayores a la atención de salud, son piedras angulares de un envejecimiento en buena salud. Se recomienda adoptar medidas para promover el acceso universal e igualitario a la atención primaria de salud y establecer programas de salud comunitaria para las personas mayores”.⁴³

“El objetivo de ello, se centra en el estilo de vida y en los factores que determinan la salud durante el envejecimiento. Todo ser humano tiene derecho a disfrutar de una salud física y mental óptima que le permita

vivir con dignidad. El derecho humano a la salud se reconoce en numerosos instrumentos internacionales, entre ellos la Declaración Universal de los Derechos Humanos; el Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales; la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial; la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, y la Constitución de la OMS".⁴⁴

ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

El cambio de estilo de vida y los hábitos saludables son fundamentales para ralentizar el proceso de envejecimiento y mejorar nuestra salud.⁴⁵

“Los estilos de vida se caracterizan por patrones de comportamiento identificables que pueden tener un efecto sobre la salud de un individuo y se relacionan con varios aspectos que reflejan las actitudes, valores y comportamientos en la vida de una persona. Los estilos de vida saludables llevan a la adopción de una conducta de la promoción de la salud; tienen una dimensión colectiva y social, aspectos interrelacionados: el material, el social y el ideológico. En lo material, el estilo de vida se caracteriza por manifestaciones de la cultura material: vivienda, alimentación y vestuario. En lo social, según las formas y estructuras sociales: tipo de familia, grupos de parentesco, redes sociales de apoyo y sistemas de soporte como las instituciones y asociaciones y en el plano ideológico, los estilos de vida se expresan a través de las ideas, valores y creencias que determinan las respuestas o comportamientos a los distintos sucesos de la vida.”

Los estilos de vida incluyen la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores para el bienestar y la salud, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social. El costo-efectividad de intervenir en los factores de riesgo modificables como la inactividad física, la nutrición inadecuada y el consumo de tabaco, han convertido a la promoción de estilos de vida saludable en una estrategia mundial para disminuir la carga en salud asociada a las enfermedades crónicas no transmisibles.

“Los comportamientos o conductas son determinantes decisivos de la salud física y mental y del estado de la salud pública, estando fuertemente vinculados al bienestar. Se calcula que un tercio de las enfermedades en el mundo pueden prevenirse mediante cambios en el comportamiento.” “El autocontrol del comportamiento constituye la más importante herramienta de la que puede disponer un individuo para realizar cambios en su estilo de vida”.⁴⁶

Para modificar la conducta hacia un hábito saludable, en un estudio la pérdida de peso clínicamente significativa se realizó en 8 semanas⁴⁷, mientras que el tiempo que le tomó a los participantes a alcanzar el 95% de tomar alimentos y bebidas, osciló de 18 a 254 días; sin embargo lo óptimo fueron 66 días, lo que indica una variación considerable en el tiempo que lleva a las personas a alcanzar su límite de automaticidad y resaltando que puede tomar un tiempo muy largo.⁴⁸

LOS PILARES DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO SON:

1. LA FUNCIONALIDAD

“La funcionalidad es la capacidad de cumplir las actividades de la vida diaria, que permiten a la persona subsistir en forma independiente (Sanhueza, Castro y Merino, 2005)”⁴⁹, es decir, “incorpora los conceptos de independencia y autonomía, que no son lo mismo: una persona puede ser independiente, pero no autónoma y viceversa, porque la autonomía tiene que ver con la capacidad de tomar decisiones, que es muy importante para los objetivos del modelo de autocuidado, mientras que la independencia tiene que ver con la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria o instrumentales. El principal factor de riesgo independiente de institucionalización y mortalidad de los adultos mayores es la pérdida de la funcionalidad (Sims, Kerse y Long, 2000). Otro de los pilares importantes en el envejecimiento activo es la promoción en salud, es decir, de qué manera los profesionales de la salud entregan herramientas a los adultos mayores para que sean capaces de envejecer activamente”.⁵⁰

“Una de las mejores maneras de evaluar el estado de salud de los adultos mayores es mediante la evaluación funcional para desarrollar determinadas actividades de la vida diaria. Aunque el listado de actividades puede ser muy amplio, usualmente se utiliza el concepto de «actividades de la vida diaria» (AVD), que son aquellas actividades que una persona ha de realizar diariamente para poder vivir de forma autónoma, integrada en su entorno habitual y cumpliendo su rol social:

Actividades básicas de la vida diaria (ABVD): son las actividades imprescindibles para el autocuidado diario y la movilidad básica. Entre ellas se incluyen las actividades de autocuidado (asearse, vestirse y desnudarse, poder ir solo al servicio, poder quedarse solo durante la noche, comer...) y de funcionamiento básico físico (desplazarse dentro del hogar) y mental (reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar instrucciones y/o tareas sencillas).

Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD): miden actividades más complejas que las ABVD y su realización requiere de un mayor nivel de autonomía personal. Se asocian a tareas que implican la capacidad de tomar decisiones e implican interacciones más difíciles con el medio. En esta categoría se incluyen tareas domésticas, de movilidad, de administración del hogar y de la propiedad, como poder utilizar el teléfono, acordarse de tomar la medicación, cortarse las uñas de los pies, subir una serie de escalones, coger un autobús, un metro o un taxi, preparar la propia comida, comprar lo que se necesita para vivir, realizar actividades domésticas básicas (fregar los platos, hacer la cama, etc.), poder pasear, ir al médico, hacer papeleos y administrar el propio dinero, entre otras.”⁵¹

Para realizar la valoración de la función, los más utilizados son el índice de Katz y el índice de Barthel, para actividades básicas y el índice de Lawton para actividades instrumentales. La valoración de las AVD representa una de las partes más importantes de la valoración geriátrica integral o global, y es básica para conocer las

necesidades de rehabilitación, de ayuda en la planificación del alta hospitalaria, y en general de todo el proceso global diagnóstico.

2. PROMOCIÓN DE SALUD

“El envejecimiento activo es una estrategia de promoción de la salud, dirigidas a abatir los factores de riesgo (personales, conductuales y ambientales), fortaleciendo los factores protectores para que las personas disfruten de más años y con mayor calidad (OMS, 2002). Las oportunidades para lograr el envejecimiento activo, el autocuidado y la atención solidaria requieren la participación individual, familiar y colectiva; de ahí que las redes sociales de apoyo, institucionales y comunitarias, formen parte de las estrategias para mejorar la calidad de vida, durante el ciclo vital (OMS, 1994 o 1996; Castellón, 2003)”.⁵²

Para el fomento de estilos de vida saludables, “Kickbusch, define la promoción de la salud como el desarrollo de estrategias de afrontamiento no medicalizadas y no aditivas, con una comprensión de nosotros mismos y de nuestros cuerpos según la cual, nuestros cuerpos no son únicamente entidades biológicas, sino entidades sociales, teniendo en cuenta todos los factores que influyen en la salud de las personas. Por otra parte, la promoción de la salud también ha sido definida como el proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud y para que la mejoren”.⁵³ “La salud se contempla, pues, como un recurso para la vida cotidiana, no como el objetivo de la vida; adicional a esto, la salud es un concepto positivo que enfatiza recursos sociales y personales, junto con capacidades físicas”.⁵⁴

“La promoción de la salud, se consigue a través de tres mecanismos intrínsecos o internos de las personas, según lo planteado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), estos son:

1. El autocuidado, es decir, las decisiones y acciones que la persona lleva a cabo en beneficio de su propia salud.
2. La ayuda mutua o acciones que las personas realizan para ayudarse unas a otras de acuerdo a la situación que estén viviendo.
3. Los entornos sanos o creación de las condiciones ambientales que favorecen la salud, tales como las escuelas saludables que se constituyen en escenarios potenciadores de las capacidades de los niños y niñas, en las que la educación para la salud y la promoción de la salud son opciones pedagógicas para el desarrollo humano y la formación en valores en la niñez.”⁵⁵

La promoción de la salud además de lo personal y lo conductual, tiene en cuenta como estrategia más global para su aplicación y difusión cinco componentes básicos interrelacionados entre sí, tales como: la construcción de políticas públicas saludables, la creación de entornos o ambientes favorables, el fortalecimiento de la acción comunitaria y la participación social, el desarrollo de habilidades personales para el fomento de la salud y la reorientación de los servicios de salud.

“Según Marc Lalonde, la promoción de la salud juega un papel fundamental dentro de las políticas públicas saludables, originadas a partir del marco conceptual y la estructura del campo de la salud, en la cual se hizo una división en cuatro componentes así: la biología humana, el medio ambiente, el estilo de vida y la organización de los servicios de atención en salud; estos fueron identificados de acuerdo a estudios de morbilidad y mortalidad y se les denominó determinantes de la salud.”⁵⁶

“La Educación para la Salud se debe contemplar dentro de una estrategia amplia de Promoción de la Salud, donde el individuo y la comunidad asuman un protagonismo efectivo. Su objetivo no es conseguir un cambio de conocimientos, sino un cambio de actitudes que lleve a un cambio real de la conducta. Se trata entonces de desarrollar capacidades y habilidades que permitan a las personas comportarse de manera saludable. Las actividades de prevención y de promoción de la salud pueden realizarse en todos los ámbitos: en la escuela, en el trabajo, en la comunidad y en el tiempo libre. Las actividades de Educación para la Salud en la comunidad deben ir encaminadas hacia la participación de la población en el estudio de la realidad y la identificación de sus problemas de salud. Se debe trabajar por promover comportamientos saludables e inculcar hábitos positivos que mejoren el nivel de salud y calidad de vida de la población.”⁵⁷

“La promoción en salud es la modificación de las conductas humanas y situaciones del ambiente, o sea, no se puede modificar la conducta del adulto mayor sin considerar su entorno; esta promoción se manifiesta a través de acciones que directa o indirectamente promueven la salud y previenen la enfermedad. Es poco habitual encontrar un adulto mayor sano, los estudios demuestran que tienen 2 a 3 enfermedades diagnosticadas en promedio, sin embargo en todos los programas del adulto mayor, en todas las guías clínicas e incluso en el examen de medicina preventiva del adulto no aparece la palabra “sano”, sino la palabra “funcional”. La promoción de la salud es una estrategia para mantener su funcionalidad y disminuir su dependencia y, por lo tanto disminuir la probabilidad de ingresar a una institución o aumentar las tasas de mortalidad, como lo muestran muchas investigaciones geriátricas (Elder, 1994)”.⁵⁸

“La promoción de salud en los adultos mayores involucra a tres actores: los usuarios, en este caso: los adultos mayores, los proveedores de salud y la comunidad. Los adultos mayores son receptivos a las actividades de promoción de la salud, porque quieren tener buena calidad de vida y ser independientes; todas las actividades de promoción dirigidas a ellos son efectivas cuando se detectan tempranamente los problemas, pero no sirven cuando hay problemas de dependencia; en este sentido, la visita domiciliaria es una excelente estrategia. Los programas de promoción de salud en adultos mayores tienen beneficios para ellos: aumentan la actividad física; incrementan el autocuidado y la capacidad de desarrollar sus actividades en forma independiente; aumentan los contactos sociales y previenen uno de los síndromes geriátricos más frecuentes, especialmente en mujeres, que son las caídas.”⁵⁹

Modelos de prevención en el adulto mayor

Las actividades de prevención primaria se dirigen a fomentar la actividad física, la nutrición equilibrada, la estimulación cognitiva y el desarrollo y mantención de las redes sociales, que son fundamentales para lograr la independencia y mantener el estado de salud y la calidad de vida de los adultos mayores, entendiendo por redes sociales no sólo su familia, sino todo el entorno, su comunidad.

En la prevención secundaria, es importante efectuar un screening o tamizaje cada vez que el adulto mayor acuda al servicio de urgencia o a la atención primaria, discriminar entre aquellos adultos mayores que son independientes y aquellos que están en riesgo de perder su independencia.

La prevención terciaria se hace a través de la valoración geriátrica, un elemento muy importante que se caracteriza por ser multidisciplinario y multifactorial, y mediante la rehabilitación, en aquellos casos en que sea necesaria.

AUTOCAUIDADO

“El modelo de Dorotea Orem, define el autocuidado como las “prácticas que los individuos, grupos o comunidades realizan para mantener su vida, salud y bienestar”, lo que implica que se reconoce la capacidad del individuo en este caso al adulto mayor para desarrollar actividades de autocuidado; sin embargo para esto es importante que conozcan el proceso normal de envejecimiento”⁶⁰.

“Se ha demostrado que el concepto de sí mismo se relaciona positivamente con las prácticas de auto-cuidado (Smits y Kee, 1992): si la persona tiene clara su auto-eficacia será capaz de desarrollar sus capacidades de auto-cuidado. También se ha demostrado que una percepción positiva de salud permite un mejor manejo y control de la enfermedad (Perry y Woods, 1995) y que los programas de promoción de salud se deben basar en el concepto de salud de los adultos mayores, en sus creencias y en sus formas de vivir (Kauffman, 1996). El rol de los profesionales de la salud en el modelo de auto-cuidado es guiar, acompañar, reforzar las prácticas de auto-cuidado y promover las habilidades. Los resultados se miden en términos de bienestar y buena utilización de los recursos de los servicios de salud. La educación en salud es una herramienta para lograr el auto-cuidado y la promoción de un envejecimiento saludable.”⁶¹

El autocuidado también es considerado como parte del estilo de vida de las personas, el cual es comprendido como estándares de conducta que se reflejan en la forma de interactuar de los individuos con su medio social. El concepto de estilo de vida es amplio y envuelve los estándares que surgen de la selección de opciones disponibles que tienen las personas, según las circunstancias sociales y económicas, y las facilidades con que ellas pueden elegir otras alternativas. Así, la elección de un estilo de vida saludable implica en acciones de autocuidado concreto, tales como la automedicación, el autotratamiento, el apoyo social y el cuidado en situaciones de enfermedad en el ambiente de la persona. La Organización Mundial de la Salud recomienda la

educación para el autocuidado con la finalidad de prevenir y tratar las enfermedades crónicas(1). La educación para el autocuidado de personas con problemas crónicos de salud debe promover el soporte para el desarrollo de las habilidades de autocuidado, a fin de responsabilizarlas por su salud y ayudarlas a aprender a convivir mejor con la enfermedad, modificar o mantener los hábitos saludables, estimular la autoconfianza para sentirse mejor cualquiera que sea la gravedad de la enfermedad. El autocuidado es una estrategia eficaz para la reducción de los costos de la salud, colaborando para la reducción del número de admisiones hospitalarias y de las consultas de urgencia, uso racional de los medicamentos y mejor relación entre el profesional de salud y el paciente.⁶²

AUTOEFICACIA

“La autoeficacia se entiende como el conjunto de creencias en las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para producir determinados logros o resultados. La importancia de la autoeficacia radica en que hace referencia a la confianza que tiene la persona en sus capacidades para lograr los cursos de acción necesarios para alcanzar los resultados deseados y determinaría la cantidad de esfuerzo para realizar una conducta y cómo las personas recuperarán su estabilidad en la vida frente a situaciones adversas. Para los adultos mayores la autoeficacia conlleva un significado mucho más allá de la superación de tareas del orden físico, su importancia se asocia al sentimiento de poder ser capaces de participar en la solución de conflictos que surgen en la vida cotidiana, aportando soluciones, todo esto les permite crear estrategias de afrontamiento necesarias para hacer frente a las adversidades”.⁶³

Los ancianos que no perciben niveles adecuados de autoeficacia tienden a mostrar una baja autoestima y sentimientos negativos sobre sus capacidades, ya que no son capaces de solucionar aquellos estresores propios del envejecimiento; es más difícil para ellos motivarse con las capacidades que ahora poseen y así lograr sus metas. En consecuencia realizan una valoración negativa de su vida, del modo opuesto las personas mayores con percepción de autoeficacia facilitan la cognición de las habilidades propias, actuando con pensamientos motivadores de la acción.⁶⁴

PARTICIPACIÓN

“Para el envejecimiento activo, otro factor importante es la participación social definida por Levasseur, Richard, Gauvin y Raymond (2010) como la implicación de la persona en actividades que suponen una interacción con otras personas en la comunidad o en la sociedad. Por lo tanto, el contacto social parece adquirir una gran relevancia cuando hablamos de participación social. Además, proponen una taxonomía de actividades sociales que reflejan diferentes niveles de participación en base a dos aspectos: la implicación del individuo con otras personas y el objetivo de la actividad. En dicha clasificación de actividades sociales se diferencian hasta seis niveles de participación:

- El primer nivel se corresponde con aquellas actividades básicas, que realizamos a diario, en solitario,
- El segundo nivel cuando la persona, en presencia de otros individuos de su entorno.
- El tercer nivel cuando interactuamos con otras personas para realizar una actividad pero sin un objetivo común.
- El cuarto nivel implica la realización de una actividad con otra persona persiguiendo un objetivo común.
- El quinto nivel se refiere a ayudar a otras personas, como puede ser el voluntariado o el cuidado informal.
- El sexto nivel se correspondería con actividades que contribuyen a mejorar la comunidad o la sociedad.”⁶⁵

La participación como información, puede ser entendida como la más básica y fundamental entre los diferentes niveles posibles y, corresponde a aquélla en la que la ciudadanía participa por el hecho de conocer o estar informada de sus deberes y derechos. Este proceso tiene implícito un límite, conocer cuál es la disponibilidad real de la información pública y que ésta sea de calidad, es decir, clara, pertinente, oportuna y precisa.

“La importancia de la participación social de las personas mayores presenta dos dimensiones: la individual y la colectiva. Por un lado, desde una perspectiva individual, la participación social de las personas mayores es una de las estrategias que se derivan del concepto de envejecimiento activo, modelo asociado a la prevención de discapacidad y a la promoción de la salud, desde el cual se propugna que cada persona debe afrontar su propio proceso de envejecimiento desde un papel o rol activo y sin desconectarse o aislarse de la sociedad. Por otro lado, desde una dimensión colectiva, las personas mayores poseen un rico caudal como insustituible para posibilitar que los cambios derivados del dinamismo inherente a la propia evolución de las sociedades se produzcan de un modo equilibrado. No obstante, una vez reconocida la importancia de la participación de las personas mayores en la sociedad, no hay que ocultar las dificultades que surgen a la hora de impulsar, dinamizar y articular dicha participación. Dificultades que proceden tanto de las propias personas mayores como del contexto social donde nos desenvolvemos”⁶⁶

TEORIAS RELACIONADAS CON EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO

Teoría de la actividad

La teoría de la actividad describe cómo el proceso de envejecimiento de las personas es más satisfactorio cuanto más actividades sociales realiza el individuo. Es el contrapunto a la teoría de la desvinculación que, igualmente, se investiga dentro de una sociedad moderna avanzada. Havighurst, 1961, partiendo de un estudio realizado en Kansas City con una población entre 50 y 90 años concluyó que las personas que vivían más años libres de discapacidad coincidían con las personas que realizaban alguna actividad, ya fuera ésta la misma que

habían mantenido anteriormente u otra actividad nueva que les resultara gratificante. Concluye que las personas más activas se encuentran más satisfechas y mejor adaptadas.

Havighurst et. al, 1968, en otro estudio comparado entre la teoría de la desvinculación y de la actividad, muestran su acuerdo con los fundamentos de ambas teorías (separación y retiro a una vida reposada, actividad unido a satisfacción personal) para buscar el envejecimiento saludable, pero señala que ni una ni otra es concluyente para demostrar toda la casuística asociada entre estilo de vida y envejecimiento satisfactorio. Los autores cuestionan la existencia en los mayores de estas dos tendencias excluyentes entre sí (separación-integración) ya que pueden existir personas mayores desligados de sus actividades pero que mantienen una interacción social que les reporta una vejez satisfactoria. Por tanto, la desvinculación puede ser inadecuada para unos pero para otros es una respuesta adaptativa.

Teoría de la continuidad

Robert Atchley (1971,1972) considera que la vejez es una prolongación de las etapas evolutivas anteriores y el comportamiento de una persona en este momento estaría condicionado por las habilidades desarrolladas. Una persona mayor puede encontrarse con situaciones sociales diferentes a las ya experimentadas, sin embargo la capacidad de respuesta, la adaptación a procesos nuevos, así como el estilo de vida en esta etapa de envejecimiento están determinados, entre otros factores, por los hábitos, estilos de vida y la manera de ser y comportarse que ha seguido a lo largo de su vida en el pasado.

La teoría de la continuidad basada en la teoría de la actividad, concibe al individuo en permanente desarrollo. La llegada de la jubilación para una persona no implica necesariamente la paralización o cese del crecimiento humano y social. En esta etapa se mantiene la capacidad para crear o sobreponerse a experiencias adversas provenientes de los distintos ámbitos que le rodean, la salud-lo social- lo psicológico. El mantenimiento de las actividades desarrolladas en la edad madura o la adquisición de otras nuevas se convierte en una garantía para tener una vejez exitosa. A la vez, la satisfacción durante la vejez se relaciona con el mantenimiento de la actividad y costumbres anteriores, con el vínculo entre aquellos elementos que le dieron consistencia personal y la situación presente. La seguridad y autoestima entonces encontrados, sirven de apoyo cuando se actualizan en la vejez.

Por consiguiente, la respuesta para comprender la actitud de los mayores ante los cambios que se producen en la vejez debe indagarse en la personalidad previa a este momento de cada uno de los sujetos. Así pues, el proceso de adaptación a los cambios en la vejez adquiere garantías de éxito cuando el individuo ha continuado en actividad. La continuidad es la clave y puede ser entendida en sí misma como un objetivo a conseguir para lograr esta adaptación.

Teoría de la subcultura

Teoría postulada por Arnold Rose en 1965. Su fundamento estriba que las personas mayores coincidentes en una cierta edad, habitualmente personas de más de 65 años, comparten determinadas circunstancias biográficas como la pérdida de seres queridos, viven solos, u otras circunstancias comunes respecto a la necesidad o cuidados para la salud, situación económica, intereses culturales y sociales, etc que les impulsa a reunirse e interrelacionarse entre sí con mayor frecuencia que con otras edades, generando así una “subcultura de la edad”.

“Esta afinidad de rasgos comunes conlleva el presentimiento de encontrar mayor comprensión entre iguales a los problemas individuales porque también son vividos o experimentados en alguna dimensión por los otros. Unos y otros depositan en este grupo la posibilidad de llevar a cabo un envejecimiento satisfactorio utilizando o aprendiendo de los recursos personales que sirven a otros para afrontar sus dificultades, y que por sí solos, en su aislamiento y soledad no podrían desarrollar. De esta manera, se constituye un grupo social aparte y diferente a los clásicamente ligados al género o a la clase social, cohesionado por parámetros de afinidad positiva.”⁶⁷

Teoría de la Autodeterminación

El significado de Autodeterminación “se refiere a actuar como el principal agente causal de su vida y hacer elecciones y tomar decisiones respecto a la calidad de vida propia, sin influencias o interferencias externas innecesarias” (Michael Wehmeyer). La autodeterminación es un motor que moviliza a la persona a alcanzar los resultados que se propone, pero fundamentalmente provoca que el foco interno esté en lo que uno puede hacer por y para sí mismo.

BIENESTAR EN EL ADULTO MAYOR

El comienzo del siglo XXI demandó la tarea de imaginar el futuro social y económico, seguida del compromiso de moldear el porvenir para que se logre el mayor desarrollo y bienestar posibles.⁶⁸

El estudio de los factores que intervienen en el bienestar y en el mantenimiento de una vida deseable ha existido desde tiempos remotos. Sin embargo, la aparición del concepto como tal y el interés por la evaluación sistemática y científica del mismo es relativamente reciente. Durante la década de los 50 y a comienzos de los 60, surge la necesidad de medir el bienestar a través de indicadores sociales estadísticos que permitan medir sucesos vinculados al bienestar social de una población (Gómez-vela, 2001).

“A principios de los 80, el concepto de bienestar comienza a definirse como un concepto integrador que comprende todas las áreas de la vida (carácter multidimensional) y hace referencia tanto a condiciones económicas y sociales como a componentes individuales del ser humano (Gómez-vela, 2001). El concepto de

bienestar dejó de ser equiparable al término de calidad de vida, al integrar además de la presencia de condiciones consideradas necesarias para una buena vida, la práctica de vivir bien, como tal. Esta práctica del bien vivir, abre la puerta a factores individuales relacionados con la actividad social y con la propia percepción de la vida, distinguiéndose de las condiciones socioeconómicas en las que se desarrolla ésta (García, 2002). De esta forma Casas (1996) indica que el concepto de bienestar se fue vinculando con medidas psicosociales de la realidad, como son las percepciones y evaluaciones asociadas a las condiciones de vida y a la experiencia vivida por las personas, y que pueden incluir aspectos tan delicados de medir como son la percepción de felicidad, y la satisfacción con la vida, entre otras”.⁶⁹

“Según Neugarten, Havighurst y Tobin (1961) en la vejez, el bienestar personal o la satisfacción con la vida es el principal criterio para un envejecimiento exitoso, tomando al bienestar como un concepto globalizador que incluye tanto la satisfacción, la felicidad, la vida considerada como un todo, una moral alta, ajuste personal, buenas actitudes hacia la vida, competencia. En este sentido, al examinar el bienestar personal de los adultos mayores podremos conocer sus sentimientos de satisfacción y de felicidad, sus condiciones y su dinámica de vida, lo cual permite acercarnos al proceso de envejecimiento y a la realidad social de los adultos mayores. El concepto de bienestar se ha estudiado desde diversas perspectivas y con diferentes metodologías”.⁷⁰

La Organización Mundial de la Salud (1989) define el bienestar integral como el estado de completo bienestar físico, social y mental, el cual se alcanza a través del equilibrio en estas tres dimensiones, por lo que resulta imposible aislar o disociar una de ellas de las otras dos. Es por ello que, el bienestar se concibe como un concepto multidimensional, el cual integra factores fisiológicos, sociales, mentales, psicológicos, económicos y personales (Hernández, 1996; Dulcey-Ruiz y Quintero, 1996). Por tanto, el concepto de bienestar integral resulta de una combinación de:

- Bienestar fisiológico: el cual comprende el estado de salud física del individuo y es medible a través de la presencia/ausencia de enfermedades, la funcionalidad, la percepción de salud y la autonomía personal.
- Bienestar social: representa la participación activa del individuo en la sociedad.
- Bienestar mental: constituye el estado de salud mental del individuo, además de la ausencia de enfermedades cerebrales degenerativas.
- Bienestar económico: refiere a la situación económica del individuo, abarca la satisfacción de necesidades básicas, el ingreso, la vivienda, acceso a los servicios médicos, entre otras.
- Bienestar personal: se refiere al sentimiento de satisfacción actual y vital del individuo, el estado de ánimo positivo y la percepción que la persona tiene de su felicidad.⁷¹

“Las importantes repercusiones que ejerce el proceso de envejecimiento en el funcionamiento de las sociedades y en el bienestar afectan no solo a los adultos mayores, sino también a las personas más jóvenes. La influencia que los aspectos económicos, sociales y familiares tienen en el bienestar de las personas adultas mayores varía según las peculiaridades demográficas, el desarrollo económico y la adecuación de los sistemas de salud y bienestar social”.⁷²

“En los últimos años la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), de la que México es miembro, forma parte de la Medición del Progreso de las Sociedades, llamado Bienestar Subjetivo. Bienestar objetivo y subjetivo son dos aspectos que se complementan. El bienestar objetivo centra su atención en satisfactores materiales de la existencia social, cuya suficiencia es determinada por un experto o grupo de expertos para permitir el ejercicio de capacidades de individuos y poblaciones. Bienestar subjetivo hace referencia a experiencias de vida en primera persona. Si el propósito del desarrollo es hacer que las personas vivan mejor, es entonces imprescindible considerar cómo ellas están experimentando su vida. Sin el testimonio vivencial de los individuos, la identificación de su bienestar quedaría incompleta”.⁷³

“El INEGI se ha sumado a este esfuerzo de medición en el cual se toma en cuenta la dimensión subjetiva del bienestar a partir del diseño de los denominados módulos BIARE (Bienestar Autorreportado) que acompañan a encuestas en hogares del Instituto. Es así que el diseño del Módulo BIARE Básico sigue los lineamientos emitidos por el organismo en Guidelines on Measuring Subjective Well-Being, Consiste de reactivos con una serie de preguntas (conceptualmente relacionadas) para cubrir los cuatro aspectos esenciales de la temática de Bienestar Subjetivo:

- Satisfacción con la vida en general (tarjeta azul).
- Eudaimonia (tarjeta naranja)
- Balance afectivo (tarjeta verde)
- Dominios específicos de satisfacción (tarjeta azul).⁷⁴

ASPECTOS IMPORTANTES PARA LA PROMOCIÓN DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO

La OMS (2002) propone cuatro políticas de acción para la promoción de los factores individuales que determinan el envejecimiento activo: (1) reducir los factores de riesgo asociados a enfermedades e incrementar los de protección de la salud a través de hábitos saludables y ejercicio físico; (2) promover los factores de protección del funcionamiento cognitivo; (3) promover las emociones y un afrontamiento positivo; y (4) promover la participación psicosocial.⁷⁵

“En el Apartado 15 del Plan de Acción Internacional de Madrid, se dice textualmente “Es indispensable reconocer la capacidad de las personas de edad para hacer aportes a la sociedad, no solo tomando la iniciativa para su propio mejoramiento, sino también para el perfeccionamiento de la sociedad en su conjunto “ En las “Recomendaciones para la adopción de medidas del Plan de Acción “, apartado 16, se nos vuelve a insistir en que “las personas de edad deben ser participantes plenas en el proceso de desarrollo y compartir también, los beneficios que reporte. Los efectos del envejecimiento de la población sobre el desarrollo socioeconómico de la sociedad, combinados con los cambios sociales y económicos que están teniendo lugar en todos los países, , crean la necesidad de adoptar medidas urgentes para garantizar la constante integración y habilitación de las personas de edad” En la “Cuestión 1 del Documento”, se vuelve a hacer hincapié en la participación activa de los Mayores en la sociedad y en el desarrollo: “Es necesario eliminar todos los factores excluyentes o

eliminadorios en contra de estas personas. Muchos de sus valiosos aportes, no se miden en términos económicos, como en el caso de los cuidados a los miembros de la familia y la realización de actividades voluntarias en la comunidad. Es necesario reconocer estos trabajos y en particular el de las mujeres”.⁷⁶

“El modelo de envejecimiento activo enfatiza la importancia de las relaciones sociales, la competencia social y la participación. La integración social además de ser fundamental para el desarrollo psicológico también es importante en el retraso de la dependencia y la longevidad (Zunzunegui, 2005). Asimismo, la participación social mejora el sentimiento de autoeficacia y control personal. Pro-mover los comportamientos pro-sociales y la participación social es uno de los retos del envejecimiento activo. En este sentido es muy importante la promoción de contextos educativos para los mayores que faciliten el aprendizaje continuo a lo largo del ciclo vital. Un hecho fundamental a tener en cuenta en todo programa de promoción del envejecimiento activo, es la eliminación de estereotipos negativos en torno a la vejez y el envejecimiento (Fernández-Ballesteros, 2009). Como ha quedado de manifiesto en muchas investigaciones, existen estereotipos negativos por parte no solo de los más jóvenes sino también de los mismos mayores, de sus cuidadores y de los profesionales (Fernández-Ballesteros, 1992; Palmore, 1999; Nelson, 2002). Estas creencias no hacen justicia a las diversas formas de envejecer, sino que solo dan cuenta de un envejecimiento patológico e incapacitante dejando de lado a la mayoría de personas mayores que cursan un envejecimiento mucho más satisfactorio y positivo. Las imágenes negativas pueden ser una barrera que impida la participación de los mayores en la sociedad. Debemos, por tanto, hacer un esfuerzo por fomentar una imagen de la vejez adecuada a la realidad y desarrollar programas educativos dirigidos a superar los estereotipos negativos hacia las personas mayores (Plan de Acción para las Personas Mayores, 2003-2007). Hay muchos programas que se han puesto en marcha para fomentar el envejecimiento activo, sin embargo, la mayoría se centra en el fomento del ejercicio físico, dejando a un lado la promoción de factores psicosociales”.⁷⁷

RETOS DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO

“A través de la realización de actividades preventivas y de promoción de la salud, que comienzan en la infancia, ya estamos contribuyendo al envejecimiento saludable; no obstante, hay que tener en cuenta que el objetivo de estas actividades en los mayores es el aumento de la expectativa de vida activa o libre de incapacidad, es decir, prevenir el deterioro funcional y, cuando éste se ha producido, recuperar el nivel de función previo con el objetivo de que las personas puedan permanecer en su domicilio con el mayor grado de independencia posible. La valoración funcional se considera prioritaria por ser uno de los mejores indicadores del estado de salud y la calidad de vida, un buen predictor de la morbi-mortalidad y del consumo de recursos asistenciales. Dada la heterogeneidad de esta población, se deberá decidir la realización de las actividades en función del beneficio individual, determinado no tanto por la edad del individuo sino por la expectativa de vida. En esta población la prevención secundaria y la terciaria son más relevantes, salir enfocadas a la prevención de incapacidades. Por tanto, es necesario incidir en la realización de dichas actividades en la población mayor sin discriminación por razones de edad.”⁷⁸

“Por la complejidad, la novedad y la multifactorialidad del concepto, es obvio que para su logro se necesita el desarrollo de políticas intersectoriales, con acciones concretas en los tres pilares básicos. Por ello, debemos incidir en la realización de las actividades preventivas y de promoción de la salud, no sólo en la vejez sino a lo largo de todo el ciclo vital, así como proveer cuidados rentables, equitativos y dignos de larga duración, coordinarnos con el sector social y el sistema de apoyo informal, detectar el abuso de los mayores y procurarles una muerte digna”.⁷⁹

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La proporción de personas mayores de 60 años, está creciendo más rápido que cualquier otro grupo de edad. A medida que la población envejece, aumenta la prevalencia de enfermedades crónicas y discapacitantes que representan las primeras causas de muerte en el país, por lo que su atención adecuada y oportuna es importante.

La colonia Lomas de Padierna no cuenta con programas o intervenciones para fomentar el autocuidado y la participación social en la población adulta mayor, que permita disminuir los riesgos, tomar el control y mejorar su salud para preservar su autonomía.

El entorno no favorable, la presencia de las enfermedades crónico degenerativas, las enfermedades infecciosas, la no derechohabencia a los servicios de salud y la baja escolaridad, afectan a los adultos mayores de esta comunidad propiciando que sean un grupo vulnerable.

La mayoría, no cuenta con empleo e ingresos insuficientes para vivir, principalmente las mujeres que permanecen en el hogar, lo que puede condicionar a la disminución en su autonomía e independencia, debido a la de trabajos remunerados y de acumular ahorros.

La participación en actividades de la comunidad es casi nula, existe desconocimiento de organizaciones que se encuentran activas en la comunidad, identifican la problemática de su entorno y aunque no les gustaría participar en algún grupo piensan que es importante resolverla para sentirse seguros. El aislamiento social en esta población, se ha convertido “en un factor de riesgo ante el desarrollo de enfermedades y discapacidades; numerosos estudios han demostrado que la participación social de las personas mayores contribuye a alargar la vida y, lo que es más importante, a hacerla más útil y placentera”.⁸⁰

La población adulta mayor enfrenta una serie de factores de riesgo que pueden potenciar un estado de vulnerabilidad, que les impide incorporarse al desarrollo y acceder a mejores condiciones de salud y bienestar.

JUSTIFICACIÓN

México ocupa el decimoquinto lugar mundial en números absolutos de adultos mayores, sólo atrás de países como Francia, Alemania, Italia, Rusia, España y el Reino Unido.⁸¹ Se prevé que esta cifra aumente en 232% hacia el año 2050, un aumento mayor al de otros países de América Latina como Brasil, Perú y Guatemala.⁸² El 13 por ciento de la población del Distrito Federal tiene 60 años de edad o más, y de esa cifra, 27.3 por ciento tiene 75 años y más, y se estima que para 2030 uno de cada cinco capitalinos será una persona mayor. (CEPAL 2015).

El aumento de la población adulta mayor requiere la intervención pública en servicios claves de los problemas del envejecimiento como seguridad social, salud, educación, vivienda, empleo y servicios sociales personales.

Diversas investigaciones arrojan información referente a que los adultos mayores consumen más del 30 por ciento de los presupuestos de la seguridad social, en pensiones y jubilaciones, así como, el de salud, en donde ocupan hasta el 60 por ciento de las camas de hospital (Evaluación y Perspectiva de Seguridad Social. CONAPO, 1999).

La morbilidad de la población envejecida representa una mayor complejidad respecto a otros grupos de edad, principalmente porque el estado de salud es un reflejo de su estilo de vida y en él se acumulan la presencia de factores de riesgo.⁸³

Con el crecimiento acelerado de la población adulta mayor no se asegura la oportunidad de proporcionar buena salud para que la vida de las personas mayores sea no solo más larga, sino mejor. El presente programa es una alternativa de atención a los adultos mayores de la Colonia Lomas de Padierna, que en el marco de la actuación del envejecimiento activo se promueven los estilos de vida saludables.

Es necesario lograr la participación de los adultos mayores en una experiencia positiva llena de oportunidades, a través del reconocimiento de capacidades y competencias.

El objeto del programa es que los adultos mayores tengan el conocimiento sobre su salud para favorecer el autocuidado, la participación en actividades que favorezcan la autonomía en sus decisiones y les capacite para asumir libremente los deberes y derechos de ciudadanos que a su edad les corresponda.

POBLACIÓN OBJETIVO

Criterios de Inclusión.

- Mayores de 60 años residentes de la Colonia Lomas de Padierna
- Adultos mayores que proporcionaron su consentimiento informado.

Criterios de exclusión.

- Menores de 60 años.
- Adultos que no dieron su consentimiento para participar en el programa.
- Adultos mayores que no viven en la Colonia Lomas de Padierna.

PROPÓSITO

Fomentar en los adultos mayores de Lomas de Padierna el cuidado de su salud, bienestar y participación
Proporcionar elementos educativos a los adultos mayores de Lomas de Padierna en el marco del Envejecimiento activo.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Promover el envejecimiento activo y saludable a través del autocuidado en las personas mayores de Lomas de Padierna con el fin de mejorar su salud y bienestar.

Objetivos particulares:

- Aplicar un plan educativo que proporcione el conocimiento de habilidades y conductas saludables a los adultos mayores que favorezcan un envejecimiento activo y saludable.
- Evaluar la capacidad del autocuidado pre y post de las personas mayores participantes.
- Promover la capacitación y la participación de los adultos mayores en dinámicas que favorezcan la salud individual y colectiva.

METAS

- Integrar un diagnóstico individual y grupal de la capacidad de autocuidado de adultos mayores.
- Incrementar en un 20% la capacidad del autocuidado en las personas mayores participantes.
- Incrementar la mejora de la percepción de la salud en las personas mayores.
- Que al menos el 80% de los adultos mayores participantes mejoren en alguna dimensión de los hábitos saludables.

ESTRATEGIA

Intervención socioeducativa, individualizada y grupal de las personas mayores que en el marco de Envejecimiento Activo y Saludable favorezca el autocuidado y participación para incrementar la capacidad de salud positiva en ellos.

Se aplicará la promoción a la salud con medidas de prevención primaria a través del conocimiento, desarrollo de las habilidades y actitudes positivas para mejorar o mantener la salud.

METODOLOGÍA

La metodología se basa en una intervención educativa con evaluación pre y post en adultos mayores que promueva el autocuidado en el marco del envejecimiento activo.

Se conformara un grupo de 20 adultos mayores que asistirán a 8 sesiones de temas relacionados a los hábitos saludables; las sesiones serán semanales con una duración de 3 horas aproximadamente. Cada sesión tiene contenido teórico práctico. “El aprendizaje en pequeños grupos es una metodología participativa que permite un aprendizaje activo por parte de los integrantes, que pueden organizarse de diversas maneras... Un grupo no es una suma de personas, sino las interrelaciones que ellas construyan.”⁸⁴ Para cubrir la población objetivo será necesario continuar con la integración de grupos paulatinamente.

Al final de cada sesión se realizará una reflexión sobre la importancia del tema revisado y se solicitará la impresión de los adultos mayores participantes. Posteriormente, se recuerda la fecha de la próxima sesión.

El Promotor

- Se desarrollará bajo la teoría no directiva, actuando como facilitador del proceso de aprendizaje.
- Deberá contar con conocimientos en materia de adultos mayores.
- Promoverá un ambiente propicio para el aprendizaje.
- Deberá conocer el contexto en el cual va a actuar (determinantes sociales) a través de documentos diagnósticos de instituciones.

- Tomará en cuenta la experiencia de vida del adulto mayor, las configuraciones ideológicas, los prejuicios, las formas de acercarse y percibir la realidad, pueden ser facilitadoras u obstaculizadoras de los procesos de enseñanza.
- Debe considerar el objetivo, el contenido temático y las características del taller
- Completará la información que surja de la discusión en grupo y comenta las soluciones elaboradas en el grupo.

El adulto mayor participante:

- Participa activamente en las sesiones
- Reflexiona a partir de su propia experiencia y de la experiencia de los otros.
- Interactúa con los demás.

Para conocer si hay o no cambios después de aplicada la metodología, respecto a lo acontecido antes, se aplicaran tres instrumentos:

1. Cuestionario de datos socio-demográficos
2. Conocimiento de Capacidad de Autocuidado, pre y post.
3. TEST DE CYPAC-AM (Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor) pre y post.

Se realizará un diagnóstico individual y grupal con los resultados de los cuestionarios aplicados, como base para la evaluación.

Se proporcionarán a los adultos mayores los siguientes temas Envejecimiento activo y saludable y autocuidado, Alimentación y nutrición, Actividad física, Higiene del sueño, Higiene corporal y ambiental, estos temas se basan en la bibliografía de la Universidad Nacional Autónoma de México “Envejecimiento activo y saludable: Fundamentos y estrategias desde la gerontología comunitaria” cuyos autores son Víctor Manuel Mendoza-Núñez, María de la Luz Martínez Maldonado y Luis Alberto Vargas-Guadarrama.

DESARROLLO DEL PROGRAMA

FASE 1

Organización y gestión

- Coordinación con la comunidad, líderes, organizaciones o instituciones
- Buscar una fecha y horario adecuado
- Identificar lugar de capacitación.
- Difusión del Programa en la Comunidad y convocatoria de los adultos mayores.
- Integración del grupo de adultos mayores.

FASE 2

Primera sesión

- Bienvenida al grupo y presentación de los integrantes.
- Se pondrá en conocimiento del objetivo, la metodología, calendarización de actividades y las normas del grupo. Duración de 3 horas.

Segunda sesión:

- Se aborda el tema de Atención Primaria y la importancia de las medidas preventivas,
- Se proporciona a los adultos mayores el Formato de Consentimiento Informado
- Registrar en la Hoja de registro de medidas antropométricas por cada adulto mayor.
- Posteriormente se aplicarán los siguientes instrumentos:*

Instrumentos	Tiempo de aplicación
Cuestionario de datos socio-demográficos	30 minutos
Conocimiento de Capacidad de Autocuidado, pre y post.	20 minutos
TEST DE CYPAC-AM (Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor) pre y post.	30 minutos

Adjuntos en anexos.

Al finalizar las sesiones se aplicaran nuevamente estos instrumentos.

FASE 3

A continuación se revisaran los siguientes temas relacionados con los hábitos saludables.

MÓDULO 1 Envejecimiento activo y saludable y autocuidado

Objetivo

Identificación de los cambios generados por el envejecimiento y la estrategia de envejecimiento activo y saludable con el objeto proporcionar una herramienta que genere bienestar y salud al adulto mayor.

Contenido	Recursos	Actividad	Objetivo Específico	Tiempo
1.- Bienvenida y presentación del curso	Humanos: 1 coordinador y 1 monitor	1.1 Registro de participantes, entrega de rótulos de identificación y el material que se utilizará en el taller. 1.2 Inauguración 1.3 Presentación del equipo de trabajo 1.4 Presentación del tema	Registro de asistentes Identificar al coordinador y a los monitores, así como el tema de trabajo para crear un ambiente de cooperación.	10 minutos 15 minutos

2.- Dinámica de presentación grupal Partes del Cuerpo	Humanos: 1 coordinador y 1 monitor	2.1 Dinámica El animador invita a formar dos círculos (uno dentro del otro) con igual número de personas y pide que se miren frente a frente. Pide que se presenten con la mano y digan su nombre, y algo que le guste. Inmediatamente el animador da la señal para que giren los círculos, de tal forma que le toque otra persona en frente. Se pide que se saluden dándose un abrazo y pregunten a la otra persona las mismas preguntas que hicieron antes, después vuelven a girar de nuevo y esta vez se saludan con los pies, posteriormente con los codos, los hombros, etc. (y así sucesivamente hasta llegar con su compañero que empezaron al principio de la actividad).	Integrar a los participantes del grupo.	20 minutos
3.- Envejecimiento y vejez	Humanos: 1 coordinador y 1 monitor Materiales: Cañón y laptop	3.1 Mediante diapositivas se presenta a los participantes el proceso del envejecimiento 3.2 Se concluye con fotografías que muestren los tipos de viejos que hay: exitosos, usual y con fragilidad.	Identificar en que grupo de viejo se encuentra el participante	30 minutos
4.-Prejuicios y estereotipos en la vejez: viejísimo	Humanos: 1 coordinador y 1 monitor Materiales: Sillas, Mesas, laptop y cañón	4.1 Dinámica Grupal Exposición Dramatizada Hacer grupos de 5 participantes etiquetándolos como indígenas, viejos, jóvenes, hombres, y mujeres y en el lavadero que es el lugar común de la vecindad, hay un accidente, en el cual se debe dar un dialogo sobre los prejuicios y estereotipos que existen en la vejez. Se hace una plenaria sobre lo representado y se proyectan imágenes en power point que expliquen el origen de los prejuicios y estereotipos y como afectan en la etapa de la vejez.	Conocer la forma en que se originan los prejuicios y los estereotipos entorno al viejo	30 minutos
5.-Se integra la estrategia del Envejecimiento Activo: Envejecimiento saludable 1.- Auto cuidado 2.- Autoayuda 3.- Autogestión 4.- Empoderamiento	Humanos: 1 coordinador y 1 monitor Materiales. Hojas de papel crepe, papel china, diurex.	Mediante diapositivas se presenta a los participantes: • Visión personal sobre el envejecimiento • Los cambios en el envejecimiento • Envejecimiento saludable • Envejecimiento activo • Autocuidado	Proporcionar el conocimiento sobre los conceptos que se involucran en el envejecimiento activo.	20 min

MÓDULO 2 Alimentación y nutrición

Identificar los alimentos que ayuden a tener una alimentación adecuada para tener un envejecimiento saludable.

Contenido	Recursos	Actividad	Objetivo específico	Tiempo
1.- Presentación	Humanos: 1 coordinador y 1 monitor	1.1 Presentación del tema Educación Alimentaria.	Los participantes conocerán de qué hablaremos el día de hoy.	5 min.
2.- Ejercicio introspectivo	Humanos: 1 coordinador y 1 monitor Material: 1 lápiz Cuestionarios	2.1 Cuestionario sobre su tipo de alimentación. ¿Cuántas comidas hace al día? ¿Qué alimentos consume con mayor frecuencia? ¿Tiene algún problema para comer? ¿Cree que con el envejecimiento debe haber	Sensibilizar a los participantes sobre las consecuencias de una mala alimentación.	20 min.

		cambios en la alimentación? ¿Sabe cuáles alimentos contienen: lípidos, carbohidratos, proteínas, antioxidantes, vitaminas y minerales?		
3.- ¿Qué es una dieta?	Humanos: 1 coordinador y 1 monitor Material: Laptop y cañón	3.1 Por medio de diapositivas Presentación del tema "Dieta".	Los participantes conocerán lo que es una dieta saludable y los nutrimentos.	25 min.
4.- Identificación de los diferentes grupos de alimentos.	Humanos: 1 coordinador y 1 monitor Material: Frutas y verduras en cartón.	4.1 Dinámica para que los participantes recuerden los grupos de alimentos. 4.2 Formar equipos de 5 integrantes para identificar los diferentes grupos de alimentos.	La integración del grupo y motivarlos a conocer los grupos de alimentos.	25 min.
RECESO				20 min.
5.- Combinación de alimentos.	Humanos: 1 coordinador y 1 monitor Material: Laptop y Cañón	5.1 Presentación del tema por medio de diapositivas. Lineamientos generales para la alimentación durante el envejecimiento.	Aplicar la combinación de los diferentes grupos de alimentos.	25 min.
		5.2 Un ejemplo de dieta para una semana.	Ejemplificar una dieta sana	25 min.
6.- Medidas de autocuidado.	Humanos: 1 coordinador y 1 monitor Material: IMC Laptop y Cañón	6.1 Presentación del tema "medidas de autocuidado para vigilar la alimentación".	Analizar el valor nutricional de una dieta adecuada	20 min.
		6.2 Se les enseñara a sacar su IMC.	Los participantes aprenderán a clasificar y obtener el Índice de Masa Corporal (IMC) para una integración y un dialogo intergeneracional con su familia y amigos.	
7.- Evaluación del tema	Humanos: 1 coordinador y 1 monitor Material: Cuestionarios Lápices Laptop y cañón	7.1 Aplicación del cuestionario de evaluación. ¿Qué es una dieta? ¿Qué son los macronutrientes? ¿Qué son los micronutrientes? Menciona tres medidas de autocuidado en la alimentación. ¿Cuáles son las características de una dieta sana? Menciona algunos lineamientos generales para la alimentación durante el envejecimiento. Vitamina A,C,D, E.	Los participantes identificarán lo que aprendieron del tema educación alimentaria.	15 min.
		7.2 Conclusión con presentación de diapositivas.		

MÓDULO 3 Actividad física

Objetivo

Proporcionar rutina de actividad física a los adultos mayores para mejorar las condiciones de salud de los mayores en su calidad de vida y tener un envejecimiento saludable.

Contenido	Recursos	Actividad	Objetivo Especifico	Tiempo
1.- Presentación del tema	Humanos:1 coordinador y 1 monitor Materiales Rotafolio	Dinámica expositiva sobre la actividad física y su importancia	Dar a conocer la importancia de realizar ejercicio físico Capacidades a desarrollar con la actividad física	10 min
Actividad física2.- Rutina de ejercicios para un grupo de viejos usuales	Humanos	Dinámica participativa 2.1 Los coordinadores les pedirán a los participantes que se le levanten para realizar la rutina de ejercicios empezando por el calentamiento, la flexibilidad, el equilibrio, la resistencia y el enfriamiento.		
	Humanos: 1Coordinadores 1Monitor Todos los participantes Materiales Ropa cómoda (juego de pants, tenis, playera),toalla, agua	El monitor vigilará a los participantes para evitar caídas.		10 minutos
	Calentamiento: Se limita a suaves estiramientos musculares combinados con rotaciones articulares y pequeños movimientos de preparación	1.- De pie. Piernas juntas. En el lugar eleva los talones, sin despegar la punta de los pies, como si estuvieras marchando. Acompaña con un estiramiento de los brazos uno hacia el frente y el otro hacia atrás inhalar y exhalar en cada cambio de mano hacer el movimiento lento sin lastimarse. Repetir 10 veces por cada mano. 2.- De pie. Lleva la cabeza en flexión hacia atrás, luego hacia adelante, con los ojos abiertos para que no se pierda el equilibrio, inhalar y exhalar en cada flexión hacer el movimiento lento sin lastimarse. Repetir 10 veces por cada flexión de cabeza. 3.- De pie. Lleva la cabeza hacia el lado derecho posteriormente del lado izquierdo con los ojos abiertos para que no se pierda el equilibrio, inhalar y exhalar en cada movimiento. Hacerlo lento sin lastimarse. Repetir 10 veces por cada flexión de cabeza. 4.- De pie Rota un hombro hacia atrás, luego el otro. Comienza todo el circuito nuevamente inhalar y exhalar en cada movimiento. Hacerlo lento sin lastimarse. Repetir 10 veces por cada rotación. 5.- De pie Rotar un hombro hacia en frente, luego el otro. Comienza todo el circuito nuevamente inhalar y exhalar en cada movimiento. Hacerlo lento sin lastimarse. Repetir 10 veces por cada rotación. 6.- De pie Rotar los dos hombros hacia atrás. Comienza todo el circuito nuevamente inhalar y exhalar en cada movimiento. Hacerlo lento sin lastimarse. Repetir 10 veces por cada rotación.		20 min

	<p>Flexibilidad Los ejercicios de estiramiento pueden ayudarle a su cuerpo a mantenerse flexible y ágil, lo cual le dará más libertad de movimiento tanto para su actividad física habitual como para sus actividades diarias. Para aumentar la flexibilidad, pruebe los siguientes ejercicios: Estiramiento de los hombros y de la parte superior de los brazos, estiramiento de las pantorrillas</p>	<p>7.- De pie. Piernas separadas el ancho de hombros. Manos a la cintura. Flexiona lateralmente el tronco. Vuelve al centro y repite del otro lado. Inhalar y exhalar en cada flexión. Hacerlo lento sin lastimarse. Repetir 10 veces por cada flexión. 8.- De pie Manos a la cintura, pies juntos. Rotaciones de cadera del lado izquierdo. Haz círculos con tu pelvis. Inhalar y exhalar en cada flexión. Hacerlo lento sin lastimarse. Repetir 10 veces por cada flexión. 9.- De pie Manos a la cintura, pies juntos. Rotaciones de cadera del lado derecho. Haz círculos con tu pelvis. Inhalar y exhalar en cada flexión. Hacerlo lento sin lastimarse. Repetir 10 veces por cada rotación.</p>		20 minutos
	<p>Equilibrio Los ejercicios de equilibrio ayudan a prevenir las caídas, las cuales son un problema común en los adultos mayores. Muchos de los ejercicios de fortalecimiento de la parte inferior del cuerpo también ayudan a mejorar el equilibrio. Los ejercicios para mejorar el equilibrio incluyen: Pararse sobre un pie, Caminar de talón a dedos</p>	<p>10.- De pie. Eleva una rodilla. Mantén la pierna subida mientras rota el pie y la rodilla simultáneamente. Repite del otro lado. Inhalar y exhalar en cada rotación. Hacerlo lento sin lastimarse. Repetir 10 veces por cada rotación. 11.- De pie. Separa nuevamente los pies el ancho de hombros o un poco más. Con brazos extendidos. Haz círculos hacia afuera con un brazo y luego con el otro en forma continua. Inhalar y exhalar en cada extensión. Hacerlo lento sin lastimarse. Repetir 10 veces por cada rotación. 12.- De pie sacude los brazos y las piernas. Una vez que hayas precalentado podrás continuar con tu rutina de ejercicios 13.- De pie. Separa las piernas el ancho de tus hombros. Coloca un banco o silla detrás de ti. Flexiona las rodillas, bajando la cadera hacia abajo-atrás como si te fueras a sentar. La espalda debe estar lo más recta que puedas. Baja inhalando y sube exhalando. Hacerlo lento sin lastimar. Repite 10 veces por cada sentadilla.</p>		20 min.
	<p>Fortalecimiento Hasta pequeños aumentos en la fuerza de los músculos pueden hacer una gran diferencia en su habilidad de mantenerse independiente y realizar actividades diarias tales como subir</p>	<p>14.- De pie. Toma dos mancuernas o pesitas de 1 kilo o con dos botellas de agua. Separa las piernas el ancho de tus hombros, con los codos al costado del cuerpo, brazos estirados y las palmas con las mancuernas, las botellas de agua hacia adelante. Inhala y exhala en cada movimiento de mano. Hacerlo sin lastimarse. Repetir 10 veces por cada movimiento de mano. 15.- Acuéstate de espaldas al suelo. Flexiona las rodillas y apoya los pies contra el piso. Eleva la cadera haciendo fuerza con los glúteos hasta que se forme una línea entre los hombros y las rodillas. Mantén 3 segundos y regresa.</p>		20 minutos

	escaleras y cargas bolsas del supermercado. Algunas personas se refieren al uso de pesas para mejorar la fuerza de los músculos como "entrenamiento con pesas" o "entrenamiento de resistencia". Los ejercicios de fortalecimiento incluyen: Levantar pesas, usar una banda de resistencia	Inhala y exhala en cada elevación y regreso de cadera, Hacerlo sin lastimarse. Repite 10 veces.		
	Enfriamiento	16.- Para finalizar, siéntate con las piernas juntas y estiradas e inclina el tronco hacia adelante para flexibilizar la espalda y piernas. 17.- De pie. Piernas juntas. En el lugar eleva los talones, sin despegar la punta de los pies, como si estuvieras marchando. Inhalar y exhalar en cada cambio de mano hacer el movimiento lento sin lastimarse. Repetir 10 veces por cada mano 18.- sentado inclina tu cabeza al mismo tiempo flexionando tu rodilla derecha y elevándola hacia tu cara mantén por 3 segundos y cambia de rodilla sin lastimarte inhalar y exhalar en cada movimiento. Repite 10 veces		20 minutos
Revisión de formato de seguimiento de actividad física	Humanos: 1 coordinador y 1 monitor Materiales: Formato seguimiento de actividad física	Proporcionar a los adultos mayores el formato de seguimiento de actividad física y realizar la revisión.	Obtener un registro diario de las actividades de actividad física de los adultos mayores.	20 min
		Cierre de la actividad		

MÓDULO 4 Higiene del sueño

Objetivo:

Identificar los factores ambientales, psicosociales, laborales y nutricionales que alteran el sueño en la etapa del envejecimiento para obtener una buena calidad del sueño.

Contenido	Recursos	Actividad	Objetivo Especifico	Tiempo
1.- Presentación Higiene del Sueño.	Humanos: 1 coordinador y 1 monitor	Presentación del equipo de trabajo	Conceptualizar higiene del sueño.	20 min

2.- Integración del Grupo.	Humanos: 1 coordinador y 1 monitor Materiales: Hojas de colores. Diurex y Plumones.	Dinámica. Instrucciones: 1.- Cada persona escribe en una hoja su nombre, edad, gustos, frases, etc., y se la coloca en el pecho. 2.- Todos se pasean por la sala procurando relacionándose con los demás al leer el escrito por el otro, 3.- Breve resonancia acerca de cómo ven el grupo.	Integración del grupo	25 min
3.- Higiene del Sueño. Insomnio. Hipersomnio. Apnea. Parasomnias.	Humanos: 1 coordinador y 1 monitor . Materiales: Power Point. Proyector y computadora. Mesas y sillas.	Dinámica expositiva. 3.1 El coordinador facilitará el significado de los conceptos: Higiene del sueño, Insomnio, Hipersomnia, Apnea y Parasomnias.	Conocer las consecuencias de una falta de higiene del sueño.	30 min
		RECESO		20 min.
4.- Fases del sueño.	Humanos: 1 coordinador y 1 monitor Materiales. Presentación en Power Point, Proyector, Computadora. Mesas y sillas.	Dinámica expositiva. 4.1 El coordinador expondrá de manera breve el significado e importancia de las fases del sueño por medio de una presentación de Power Point.	Destacar la importancia de las fases del sueño.	30 min
5.- Causas del trastorno del sueño y sus consecuencias	Humanos: 1 coordinador y 1 monitor Materiales. Presentación en Power Point. Proyector, computadora. Mesas y sillas.	Dinámica expositiva. Los participantes identificarán a través de su vida cuales son la causa de su trastorno del sueño. 5.2 El coordinador expondrá de manera breve y concisa la consecuencia del sueño.	Mostrará la importancia que tiene el sueño reparador	30 min
6.- Prácticas de Higiene del sueño.	Humanos: 1 coordinador y 1 monitor Materiales: Power Point. Computadora, Proyector. Mesas y sillas.	6.1 Dinámica expositiva. El coordinador por medio de Power Point dará a conocer las prácticas del sueño. 6.2 Lluvia de ideas. Se realizan preguntas abiertas a los participantes.	Identificar estrategias que ayuden a tener una mejor calidad del sueño.	25 min

MÓDULO 5 Higiene corporal y ambiental

Objetivo: Conocer y aplicar estrategias que ayuden a tener una higiene corporal adecuada para una mejor calidad de vida en la etapa de la vejez.

Contenido	Recursos	Actividad	Objetivo Especifico	Tiempo
1.Presentación del tema "Promoción de la salud y cuidados personales" (Lavado de manos, cuidados de la piel, aseo bucal, baño	Humanos: 1 coordinador y 1 monitor	Se realiza la bienvenida a los miembros del Club y se les mencionará a los participantes las partes que conforman el tema de cuidados personales	Numerar los aspectos que se van a desarrollar en el taller	20 min

general y cuidados del cabello.)				
2.Descripción conceptual de cuidados personales	Humanos: 1 coordinador y 1 monitor Materiales Laptop Cañón	1.- Se realiza una pregunta de inducción: ¿Porque es importante la higiene personal? 2.- Se hace la actividad de lluvia de ideas para responder la pregunta de inducción. 3.- Mediante la proyección de power point se indicara a los participantes qué y cuáles son los cuidados personales, y porque estos son importante.	Mostrar a los participantes la importancia que tienen los cuidados personales	30min
3.Desarrollo del tema Lavado de manos	Humanos: 1 coordinador y 1 monitor Materiales: una toalla, una jícara, jabón, agua, tina	La coordinadora de la sesión mostrará de forma práctica la técnica adecuada del lavado de manos. 1.- El lavado de manos: A) Frotarse las manos palma con palma. B) Frotarse el dorso de la mano con la palma, entrelazando los dedos. C) Palma con palma con los dedos entrelazados, entrelace los dedos dentro de las palmas, frotar la palma con el pulgar en sentido circular, sujetando firmemente la mano.	Aplicar la técnicas de lavado de manos en la vida cotidiana	30 minutos
RECESO				20 min
4.Desarrollo de la técnica del Baño	Humanos: 1 coordinador y 1 monitor Materiales Laptop Cañón	Mediante diapositivas se presentara a los participantes la forma correcta del baño	Conocer la forma adecuada de realizar un baño	25 min
5.Desarrollo de la técnica del cepillado de dientes.	Humanos: 1 coordinador y 1 monitor Materiales: Media arcada de dientes de yeso, cepillo de dientes grande y pequeño, dentadura de yeso.	La coordinadora de la sesión mostrará de forma práctica la técnica adecuada del cepillado de dientes. Aseo bucal.- Valorar semanalmente el estado de la boca, acudir al odontólogo cada seis meses, aunque no exista dolor. Cepillarse los dientes tres veces al día, sobre todo en la noche, la técnica de cepillado y el uso del hilo dental debe ser individualizada e indicada por el odontólogo, utilizar un cepillo dental de cerdas	Aprender el uso adecuado del cepillo de dientes y la forma de cepillado	30 min
6. Desarrollo de la técnica del cuidado de los pies	Humanos: 1 coordinador y 1 monitor Materiales Laptop Cañón	Mediante diapositivas se presentara a los participantes la forma correcta del cuidado de los pies	Reconocer los hábitos higiénicos del cuidado de los pies	30 min

Al terminar las sesiones se aplicarán los Cuestionarios.

Para cerrar, se llevará una la dinámica de “La palabra clave” y posteriormente se proporcionara un Diploma de asistencia.

CRONOGRAMA

Actividades	Enero	Febrero	Marzo	Abril
FASE 1 Organización y gestión				
FASE 2 Primera sesión con el grupo de Adultos Mayores				
FASE 2 Primera sesión Aplicación de instrumentos (1)				
Fase 3 Temas hábitos saludables (5 módulos)				
Evaluación del programa				

RECURSOS

RECURSOS HUMANOS

Promotor o personal en gerontología que tenga experiencia en capacitación en temas de envejecimiento y aplicación de los siguientes instrumentos:

1. Cuestionario de datos socio-demográficos
2. Conocimiento de Capacidad de Autocuidado, pre y post.
3. TEST DE CYPAC-AM (Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor) pre y post.

En territorio existe personal del Gobierno del Distrito Federal que es de base y cotidianamente realizan actividades relacionadas con los adultos mayores: Profesional de Servicios a Adultos Mayores, personal de base del Instituto para la Atención de los Adultos Mayores del D.F., este podría ser un recurso recomendable para realizar el programa.

RECURSOS MATERIALES

-
- Un salón apropiado
 - Sillas y mesas
 - Carta de invitación a autoridades
 - Carta de invitación de las autoridades convocando a participantes
 - Carta de invitación a participantes
 - Lista de registro de los participantes
 - Etiquetas para la identificación de participantes
 - Lista de asistencia
 - Hojas de evaluación del taller
 - Tabla de organización del taller
 - Lista de los materiales educativos
 - Carteles grandes en color blanco
 - Cantidad adecuada de fotocopias de los materiales y documentos
 - Un reloj
 - Ganchos
 - Canasta con productos alimenticios (buenos y malos)
 - Campanilla, timbre
 - Cinta adhesiva,
 - cuerda,
 - tijera,
 - agujas,
 - chinchas
 - Puntero laser
 - Pelota de goma
 - Ovillo de lana
 - Marcadores
 - Lápices de colores
 - Tarjetas de papel de diferentes formas y colores –
 - Flecha hecha de papel
 - Material para los asistentes
-

RECURSOS FINANCIEROS

Personal:

Promotores	Mensual	Enero a Abril
Coordinador	\$9,739.32	\$38957.28
Monitor	\$9,739.32	\$38957.28

Material

Personal	Enero a Abril
Material	\$1,000

Equipo

Equipo	Enero a Agosto
Laptop	5,400
Proyector	4,800
Pantalla blanca	2,500

Período de ejecución

Enero a abril del 2016

EVALUACIÓN

Para la evaluación se vaciara la información de tres instrumentos: Cuestionario de datos socio-demográficos, Cuestionario de Conocimiento de Capacidad de Autocuidado, pre y post y TEST DE CYPAC-AM (Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor) pre y post.

Captura de los cuestionarios, procesar y analizar con el programa estadístico SPSS.

El análisis de la magnitud del efecto de la intervención se realizará por estadística descriptiva y correlación.

Se describirán las características del grupo, la capacidad de autocuidado y lo hábitos saludables de los adultos mayores: Se aplicaran frecuencias, proporciones, medidas de tendencia central y de variabilidad.

- Se comparara la proporción de adultos mayores pre y post que tuvieron mejoría de al menos un 20% en el puntaje de la escala de autocuidado.
- Correlación de las enfermedades que presentan los adultos mayores con el grado de autocuidado.
- Se analizara el cumplimiento del programa y la satisfacción de los asistentes a partir de los Instrumentos.
- Correlaciones entre los factores del autocuidado y los hábitos saludables.
- Para terminar se realizará un informe que se entregara a las autoridades correspondientes.

INDICADORES

Nombre del Indicador	Porcentaje de adultos mayores que incorporaron algún hábito saludable
Fórmula de cálculo	(adultos mayores que incorporaron algún hábito saludable/ adultos mayores participantes) * 100
Responsables	Promotor
Fuentes	TEST DE CYPAC-AM (Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor) pre y post.
Periodicidad	Al término de la intervención

Nombre del Indicador	Capacidad del autocuidado
Fórmula de cálculo	(Puntos obtenidos pre intervención*20)/100
Responsables	Promotor
Fuentes	Cuestionario de Conocimiento de Capacidad de Autocuidado
Periodicidad	Después de la intervención. Este indicador es individual.

Nombre del Indicador	Diferencia en la Capacidad del autocuidado
Fórmula de cálculo	Promedio grupal en la capacidad del autocuidado post -Promedio grupal en la capacidad del autocuidado pre
Responsables	Promotor
Fuentes	Cuestionario de Conocimiento de Capacidad de Autocuidado
Periodicidad	Al término de la actividad

Nombre del Indicador	Diagnósticos individual y grupal
Fórmula de cálculo	(Diagnósticos individual y grupal realizados / Total de Diagnósticos individual y grupal programados grupo)*100
Responsables	Promotor
Fuentes	Programa
Periodicidad	Al término de la actividad

Nombre del Indicador	Tasa de variación de la mejora en la percepción de salud de los adulto mayores
Fórmula de cálculo	{(Total de percepciones de salud de los adultos mayores t / Total de percepción de salud de los adultos mayores t-1) – 1} *100
Responsables	Promotor
Fuentes	TEST DE CYPAC-AM (Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor) pre y post.
Periodicidad	Al término de la intervención

Nombre del Indicador	Porcentaje del programa realizado
Fórmula de cálculo	(Fases del programa realizadas / Total de fases programadas)*100
Responsables	Promotor
Fuentes	Calendarización del Programa
Periodicidad	Mensual

Nombre del Indicador	Porcentaje de los módulos del programa proporcionados a los adultos mayores
Fórmula de cálculo	(Módulos del programa proporcionado a los adultos mayores / Total de módulos programadas en el grupo)*100
Responsables	Promotor
Fuentes	Calendarización del Programa
Periodicidad	Mensual

Nombre del Indicador	Satisfacción de los adultos mayores participantes
Fórmula de cálculo	(Numero de adultos mayores satisfechos/ Total de adultos mayores participantes)*100
Responsables	Promotor
Fuentes	Instrumento de Satisfacción de los adultos mayores
Periodicidad	Mensual

Nombre del Indicador	Porcentaje de adultos mayores que concluyeron el programa
Fórmula de cálculo	(Numero de adultos mayores que concluyeron el programa/ Numero de adultos mayores que se inscribieron)*100
Responsables	Promotor
Fuentes	Listas de asistencia
Periodicidad	Mensual

Nombre del Indicador	Porcentaje de adultos mayores que concluyeron el programa
Fórmula de cálculo	(Numero de adultos mayores que concluyeron el programa/ Numero de adultos mayores que se inscribieron)*100
Responsables	Promotor
Fuentes	Listas de asistencia
Periodicidad	Al finalizar la intervención

Nombre del Indicador	Tasa de variación de la percepción de salud de personas mayores
Fórmula de cálculo	(Total de personas mayores cuya percepción sea saludable post / Total de personas mayores que se percepción sea saludable pre)*100
Responsables	Promotor
Fuentes	TEST DE CYPAC-AM (Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor) pre y post.
Periodicidad	Antes y después de la intervención (individual)

Nombre del Indicador	Promedio de costo por adulto mayor
Fórmula de cálculo	(Costo total del programa/ Numero de adultos mayores que programaron)*100
Responsables	Promotor
Fuentes	Contabilidad
Periodicidad	Al final del programa

LIMITACIONES:

- Limitado a pequeños grupos, los grandes deben de ser subdivididos.
- Los promotores (Coordinador y monitor) deben ser expertos en los temas y adaptarse al formato del programa.

BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Sotillo R. et al., Diplomados en Enfermería del SAS. Temario Específico. Boja Radio ediciones 2014 Volumen 1: 437-438
- ² Organización de las Naciones Unidas. Temas mundiales: Envejecimiento. Página principal [monografía en internet] [consultado 2014 diciembre 11]; Disponible en: <http://www.un.org/es/globalissues/ageing/>
- ³ Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Síntesis metodológica y conceptual de la infraestructura y características del entorno urbano del Censo de Población y Vivienda 2010 [monografía en internet]. México 2012 [consultado julio 2014]; Disponible en: http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/Sintesis_ent_urbano_cpv2010.pdf
- ⁴ Ibid.
- ⁵ Ibid.
- ⁶ Ibid.
- ⁷ Ibid.
- ⁸ Página de internet OpenCourseWare [sitio en internet]. España: Universidad de Cantabria [actualizado 2011, March 23; 2015 December 12]. Disponible en: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/biogerontologia/materiales-de-clase-1/capitulo-3.-el-analisis-demografico-del/3.4-medir-el-envejecimiento-de-la-poblacion>
- ⁹ SINAIS/SINAVE/DGE/SALUD Perfil epidemiológico del adulto mayor en México 2010 [monografía de internet]; México: Dirección General de Epidemiología, 2011. [consultado septiembre 2014] Disponible en: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2011/monografias/P_EPI_DEL_ADULTO_MAYOR_EN_MEXICO_2010.pdf
- ¹⁰ Ibid
- ¹¹ ONU- CEPAL. El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores sociodemográficos para América Latina y el Caribe. Coedición. Santiago de Chile CELADE, 2009 16-24
- ¹² Dirección General de Epidemiología. Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE). [monografía en internet] México 2006-2012 [consultado 2013 septiembre 13]; Disponible en: http://www.sinave.gob.mx/SUAVE/Inicio_sesion.aspx
- ¹³ Secretaría de Desarrollo Social Padrón de beneficiarios. [monografía en internet] 2015 [consultado 2015 enero 11]; Disponible en: http://www.sedesol.gob.mx/es/SEDESOL/Padron_de_Beneficiarios
- ¹⁴ Organización de las Naciones Unidas. Temas mundiales: Envejecimiento. Página principal [monografía en internet] [consultado 2014 diciembre 11]; Disponible en: <http://www.un.org/es/globalissues/ageing/>
- ¹⁵ libid
- ¹⁶ Ibid
- ¹⁷ Limón, M.R. y Ortega, M.C. Envejecimiento activo y mejora de la calidad de vida en adultos mayores Revista de Psicología y Educación [Serie en internet]. 2011 [consultado 2015 marzo 13 6: 225-238 Disponible en: <http://revistadepsicologiayeducacion.es/index.php/volumenes/download/25-revista-numero-6-ao-2011/129-articulo-ortega-numero-6.html>

¹⁸ Organización Mundial de la Salud (OMS). Envejecimiento activo: un marco político, Rev Esp Geriatr Gerontol [serie en internet] 2002 [consultado 2014 agosto 12]; 37(S2):74-105. Disponible en: http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/oms_envejecimiento_activo.pdf

¹⁹ Diputación Foral de Bizkaia (2010). Plan de acción para la promoción del envejecimiento activo en Bizkaia 2010-2011. Biskaia 2010 Disponible en: <http://www.bizkaia.net/home2/Archivos/DPTO3/Temas/Pdf/Plan%20de%20actuaci%C3%B3n%20en%20materia%20de%20envejecimiento%20activo.pdf>

²⁰ Ibid.

²¹ Ibid.

²² Ibid.

²³ Ibid.

²⁴ Ibid.

²⁵ Red para el Desarrollo de los Adultos Mayores [Sitio de internet] Argentina [consultado 2015 septiembre 20] Disponible en: www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/CALID018.pdf

²⁶ Arechabala C, Promoción en Salud y Envejecimiento Activo, Revista Biomédica [revista en internet] [consultado 2015 septiembre 14] 7(4). Disponible en: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/Enfgeriatrica/3/2738>

²⁷ Limón, M.R. y Ortega, M.C. Envejecimiento activo y mejora de la calidad de vida en adultos mayores Revista de Psicología y Educación [Serie en internet]. 2011 [consultado 2015 marzo 13 6: 225-238 Disponible en: <http://revistadepsicologiayeducacion.es/index.php/volumenes/download/25-revista-numero-6-ao-2011/129-articulo-ortega-numero-6.html>

²⁸ Pérez Serrano, G; et al Calidad de vida en personas adultas y mayores. Madrid Editorial UNED, 134-156

²⁹ Ibid

³⁰ Muñoz Cobos, F., & Espinosa Almendro, J. M. Envejecimiento activo y desigualdades de género. Atención primaria. Atención Primaria [serie en internet] 2008 [consultado 2015 marzo 11] 40(6) 305-309 Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-linkresolver-envejecimiento-activo-desigualdades-genero-13123684>

³¹ Organización Mundial de la Salud (OMS). Envejecimiento activo: un marco político, Rev Esp Geriatr Gerontol [serie en internet] 2002 [consultado 2014 agosto 12]; 37(S2):74-105. Disponible en: http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/oms_envejecimiento_activo.pdf

³² Muñoz Cobos, F., & Espinosa Almendro, J. M. Envejecimiento activo y desigualdades de género. Atención primaria. Atención Primaria [serie en internet] 2008 [consultado 2015 marzo 11] 40(6) 305-309 Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-linkresolver-envejecimiento-activo-desigualdades-genero-13123684>

³³ Gómez Pavón J et al. Prevención de la dependencia en las personas mayores, Rev Esp Geriatr Gerontol. [sitio de internet] 2007 [consultado agosto 15] ;42 Supl 2 :15-56 Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13124366&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=124&ty=116&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=124v42n_Supl.2a13124366pdf001.pdf

³⁴ Limón, M. R., & del Carmen Ortega, M. Envejecimiento activo y mejora de la calidad de vida en adultos mayores. Revista de Psicología y Educación [sitio de internet] 2011 [consultado 2015 septiembre 20] 6 225-

238. Disponible en: <http://revistadepsicologiayeducacion.es/index.php/volumenes/category/25-revista-numero-6-ao-2011.html?start=10>

³⁵ Ibid.

³⁶ Sánchez Martínez, M. 'La educación de las personas mayores en el marco del envejecimiento activo. Principios y líneas de actuación'. Portal Mayores. Revista: Informes Portal Mayores [sitio en internet] 2004 [consultado agosto 15] 19 -25

³⁷ Abizanda P, Romero L. Innovación en valoración funcional. Rev Esp Geriatr Gerontol. . [serie en internet] 2006 [consultado agosto 30]; 41: 27-35 Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-innovacion-valoracion-funcional-13096075>

³⁸ Gómez Pavón, J. Prevención en la dependencia de los adultos mayores. [serie en internet] 2007 [consultado agosto 15]; 42 19-25 Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pid=13124366&pid_usuario=0&pcontactid=&pid_revista=124&ty=116&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&an=es&fichero=124v42nSupl.2a13124366pdf001.pdf

³⁹ Ibid

⁴⁰ Zamarrón Cassinello, M^aD. Envejecimiento activo. [sitio en internet] 2007 [consultado 2014 noviembre] 10 Infocop, 34 7-9 Disponible en: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=1540

⁴¹ Camacho R, Gámez C, Flores A, Guerrero G. Programa de Envejecimiento Activo. [serie de internet] 2012 [consultado el 2015 enero 15];395 Disponible en: <http://www.inger.gob.mx/bibliotecageriatria/acervo/pdf/37.pdf>

⁴² Diputación Foral de Bizkaia (2010). Plan de acción para la promoción del envejecimiento activo en Bizkaia 2010-2011. Biskaia 2010 Disponible en: <http://www.bizkaia.net/home2/Archivos/DPTO3/Temas/Pdf/Plan%20de%20actuaci%C3%B3n%20en%20materia%20de%20envejecimiento%20activo.pdf>

⁴³ Hoskins, Kalache, M. Hacia una atención primaria de salud adaptada a las personas de edad. 1 Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health [sitio en internet] 2005 [consultado 2015 enero 20] 17(5/6) 444-451 Disponible en: http://www.who.int/hpr/ageing/af_report.pdf Acceso el 30 de marzo de 2005.

⁴⁴ Ibid.

⁴⁵ Álvarez Munárriz L. Estilos de vida y alimentación. Gazeta de Antropología [sitio de internet] 2009 [consultado 2015 septiembre 1] 25 1: 1-5 Disponible en: <http://digibug.ugr.es/handle/10481/6858#.Vm4E0dLhDMw>

⁴⁶ Vives Iglesias, A. Estilo de vida saludable: Puntos de vista para una opción actual y necesaria. Cuba Psicología de la Salud [serie de internet] 2007 [consultado 2015 marzo 2] Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/estilo-de-vida-saludable/>

⁴⁷ Lally, P., Chipperfield, A., & Wardle, J. (2008). Healthy habits: efficacy of simple advice on weight control based on a habit-formation model. *International journal of obesity*, 32(4), 700-707.

⁴⁸ Lally, P., Van Jaarsveld, C. H., Potts, H. W., & Wardle, J. (2010). How are habits formed: Modelling habit formation in the real world. *European Journal of Social Psychology*, 40(6), 998-1009.

⁴⁹ Sanhueza Parra, M; Castro Salas, M Y Merino Escobar, J. adultos mayores funcionales: un nuevo concepto en salud. Cienc. enferm. [serie de internet]. 2005 [citado 2015-12-13]. 11: 17-21 . Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532005000200004&lng=es&nrm=iso. ISSN 0717-9553. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532005000200004>

⁵⁰ Limón, M. R., & del Carmen Ortega, M. Envejecimiento activo y mejora de la calidad de vida en adultos mayores. Revista de Psicología y Educación [sitio de internet] 2011 [consultado 2015 septiembre 20] 6 225-238.

Disponible en: <http://revistadepsicologiayeducacion.es/index.php/volumenes/category/25-revista-numero-6-ao-2011.html?start=10>

⁵¹ Gómez Pavón J et al. Prevención de la dependencia en las personas mayores, Rev Esp Geriatr Gerontol. [sitio de internet] 2007 [consultado agosto 15] ;42 Supl 2 :15-56 Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=13124366&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=124&ty=116&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=124v42n_Supl.2a13124366pdf001.pdf

⁵² Camacho R, Gámez C, Flores A, Guerrero G. Programa de Envejecimiento Activo. [serie de internet] 2012 [consultado el 2015 enero 15];395 Disponible en: <http://www.inger.gob.mx/bibliotecageriatria/acervo/pdf/37.pdf>

⁵³ Aliaga E. Políticas de Promoción de la salud en el Perú: retos y perspectivas. Reporte final. Perú: Foro Salud y el Consorcio de Investigación Económica y Social [serie en internet]. 2003 Sep [consultado 2015 May 26]. Disponible en: <http://www.consortio.org/Observatorio/publicaciones/aliaga.pdf>

⁵⁴ Villalbí J. R. Promoción de la salud basada en la evidencia. Rev. Esp. Salud Pública [serie en internet]. 2001 [consultado 2015 enero 10]; 75(6):489-490. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272001000600001&lng=en. doi: 10.1590/S1135- 57272001000600001

⁵⁵ Palacio Rodríguez S, Toro Rosero M Y, Giraldo Osorio A, Macías Ladino A M, Valencia Garcés C A, la promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. Revista Hacia la Promoción de la Salud. [sitio de internet] 2010 [consultado 2015 septiembre 20] 15 (Enero-Junio) Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126693010>

⁵⁶ Palacio Rodríguez S, Toro Rosero M Y, Giraldo Osorio A, Macías Ladino A M, Valencia Garcés C A, la promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. Revista Hacia la Promoción de la Salud. [sitio de internet] 2010 [consultado 2015 septiembre 20] 15 (Enero-Junio) Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126693010>

⁵⁷ Aulasalut.org[sitio de internet] aprox 2 pantallas [actualizado 1998 octubre 28, consultado; 2015 noviembre 20]. Disponible en: <http://www.ice.udl.es/udv/demoassig/recursos/edusal/fixers/unidad1.pdf>

⁵⁸ Arechabala C, Promoción en Salud y Envejecimiento Activo, Revista Biomédica [revista en internet] [consultado 2015 septiembre 14] 7(4). Disponible en: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave /Enfermeria/Enfgeriatrica/3/2738>

⁵⁹ Arechabala C, Promoción en Salud y Envejecimiento Activo, Revista Biomédica [revista en internet] [consultado 2015 septiembre 14] 7(4). Disponible en: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave /Enfermeria/Enfgeriatrica/3/2738>

⁶⁰ Navarro Pena, Castro Salas, M. Modelo de dorothea orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. *Enferm. glob.*[serie en internet]. 2010, n.19 [citado 2015-12-14], 0-0 . Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200004&lng=es&nrm=iso. ISSN 1695-6141.

⁶¹ Ibid.

⁶² Baquedano I.Santos M, Martins, Zanetti M. Autocuidado de personas con Diabetes Mellitus atendidas en un servicio de urgencia en México. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2010 Dec [consultado en 2016 Jan 06] ; 18(6): 1195-1202. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000600021&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000600021>.

⁶³ Ortiz Arriagada, J. Castro Salas, M. Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia: contribución de enfermería. Cienc. enferm.[serie en internet]. 2009 [consultado 2015 mayo14], vol.15 1: 25-31 . Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-

95532009000100004&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0717-9553. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532009000100004>.

⁶⁴ Ortiz Arriagada, J. Castro Salas, M. Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia: contribución de enfermería. Cienc. enferm.[serie en internet]. 2009 [consultado 2015 mayo14], vol.15 1: 25-31 . Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532009000100004&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0717-9553. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532009000100004>.

⁶⁵ Fernández de Larrinoa, F; Martínez Rodríguez,S; Gómez Marroquín, I;Ortiz Marqués, N; Carrasco Zabaleta,M n: Revisión de los principales factores personales y contextuales relacionados con la participación ciudadana en las personas mayores. Biskailab [sitio de internet] 2012 [consultado 2015 septiembre 20]; 1-20

⁶⁶ Consejo de personas mayores del principado de Asturias. El fomento y la dinamización de la participación social de las personas mayores de internet] 2006 [consultado 2015 mayo 20] 4-15

⁶⁷ Indabook.org [sitio de internet] Estados Unidos TEMA 6. Teorías psicosociales del envejecimiento. [aprox 2 pantallas] [actualizado 1998 octubre 28, consultado; 2015 noviembre 20]. Disponible en: <http://asociacionciceron.org/wp-content/uploads/2014/03/00000117-teorias-psicosociales-del-envejecimiento.pdf>.

⁶⁸ Limón, M. R., & del Carmen Ortega, M. Envejecimiento activo y mejora de la calidad de vida en adultos mayores. Revista de Psicología y Educación [sitio de internet] 2011 [consultado 2015 septiembre 20] 6 225-238. Disponible en: <http://revistadepsicologiayeducacion.es/index.php/volumenes/category/25-revista-numero-6-ao-2011.html?start=10>

⁶⁹ Carmona S. El bienestar personal en el envejecimiento. Rev de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana [serie en internet] 2009; [consultado en 2014 octubre 30]; 7:48-65 Disponible en: https://extension.uned.es/archivos_publicos/webex_actividades/4805/bienestarb2.pdf

⁷⁰ Carmona S. El bienestar personal en el envejecimiento.Rev de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana [serie en internet] 2009; [consultado en 2014 octubre 30]; 7:48-65 Disponible en: https://extension.uned.es/archivos_publicos/webex_actividades/4805/bienestarb2.pdf

⁷¹ Ibid.

⁷² Carmona Valdés S. Envejecimiento activo: la clave para vivir más y mejor. México Universidad Autónoma de Nuevo León [sitio de internet] 2011 [consultado 2015 septiembre 20] 1 187 Disponible en: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/17643/13140>

⁷³ Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Bienestar subjetivo [monografía en internet]. México 2012 [consultado julio 2015]; Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/investigacion/Experimentales/Bienestar/>

⁷⁴ Instituto Nacional de Estadística y Geografía. BIARE básico [monografía en internet]. México 2012 [consultado julio 2015]; Disponible en http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/investigacion/experimentales/bienestar/presentacion_b.aspx

⁷⁵ Zamarrón Cassinello, M^aD. Envejecimiento activo. [sitio en internet] 2007 [consultado 2014 noviembre] 10 Infocop, 34 7-9 Disponible en: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=1540

⁷⁶ Ibid.

⁷⁷ Ibid

⁷⁸ Regato Pajares, P. El envejecimiento activo desde la perspectiva de atención primaria. *Jano Extra* [serie de internet] 2003 [consultado 2015 noviembre 13]; LXIV 1408-1.474 Disponible en: <http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/64/1474/18/1v64n1474a13046746pdf001.pdf>

⁷⁹ Ibid.

⁸⁰ Lacida M. Comisión para el Desarrollo de la Enfermería en el Servicio Andaluz de Salud. Aislamiento Social [serie en internet] [consultado en 2014 octubre 15] Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0239.pdf>

⁸¹ Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Censo General de Población y Vivienda, Cuestionario básico. Consulta interactiva de datos, México [monografía de internet] CONAPO, 2011 [consultado 2014 agosto 16.]. Disponible en: www.censo2010.org.mx/.(consultado el 10 de noviembre de 2011).

⁸² Consejo Nacional de Población, La población de adultos mayores se multiplicará por cinco hacia el año 2050. [monografía de internet] CONAPO, 2011. [consultado 2014 agosto 16.] Disponible en: www.conapo.gob.mx/prensa/2004/742004.pdf

⁸³ Secretaría de Salud. Programa de Acción: Atención al Envejecimiento México [monografía de internet] 2001 [consultado 2014 agosto 16.]. 1 1-42 Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/envejecimiento.pdf>

⁸⁴ Careaga, A., Sica, R., Cirillo, A., & Da Luz, S. (2006). Aportes para diseñar e implementar un taller. Comunicación presentada en el 8vo. [monografía de internet] [consultado 2014 agosto 25] Uruguay Seminario-Taller en Desarrollo Profesional Médico Continuo 2

ANEXOS

Apéndice A

Operacionalización de las variables y conceptualización

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Categoría	Escala de medición
Conocimiento de Capacidad de Autocuidado	Actividad aprendida por los individuos y orientada hacia un objetivo. Conducta que aparece en situaciones concretas de la vida y que el individuo dirige hacia si mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar.	Cuestionario auto-aplicado para evaluar conocimiento de autocuidado (24 reactivos, utilizado en población mexicana por Da Silva (1997) y Gallegos (1995))	El patrón de respuesta de este cuestionario incluye cuatro opciones: total desacuerdo = 1, desacuerdo = 2, acuerdo = 3, y total acuerdo = 4. Las preguntas 2, 6, 11, 13, 14, 15, 20, 23 se invierten para mantener el sentido de la puntuación. Cada individuo obtiene un puntaje que oscila entre 24 y 112, donde a mayor puntaje mayor autocuidado. Estos valores se transformaron a una escala de 0 y 100 puntos con el fin de poder establecer comparaciones.	Ordinal
TEST DE CYPAC-AM (Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor)	Evaluación que mide el autocuidado de Actividad Física, Alimentación, Eliminación, Descanso y Sueño, Higiene y Confort, Medicación, Control de Salud y Hábitos Tóxicos.	Cuestionario autoaplicado con valor máximo de 24 puntos y un valor mínimo de 0 y se evaluó de forma general y por cada categoría. (Millán 2010)	El patrón de respuesta de este cuestionario incluye cuatro opciones: total desacuerdo = 1, desacuerdo = 2, acuerdo = 3, y total acuerdo = 4. Las preguntas 2, 6, 11, 13, 14, 15, 20, 23 se invierten para mantener el sentido de la puntuación. Cada individuo obtiene un puntaje que oscila entre 24 y 112, donde a mayor puntaje mayor CAC (Apéndice B). Estos valores se transformaron a una escala de 0 y 100 puntos con el fin de poder establecer comparaciones.	Ordinal

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Categoría	Escala de medición
Edad	Tiempo de existencia de una persona	Cuestionario socio demográfico	Años cumplidos	Razón
Sexo	Condición biológica	Cuestionario socio demográfico	1 Masculino 2 Femenino	Nominal
Peso	Es la medida de la fuerza que ejerce la gravedad sobre un cuerpo en su uso	Se toma de forma directa a través de una pesa individual	Kilos	Razón
Estado Civil	Condición, calidad a la que se está sujeta la vida de una persona por razones civiles, económicas o religiosas	Condición legal del paciente en el momento del interrogatorio	1-Soltera 2-Casada 3-Divorciada 4-Viuda 5-Unión libre	Nominal
Escolaridad	Es el nivel de estudios con el que se concluye su educación escolar formal	Con base al número de años cursados y aprobados	1 Analfabeta 2 Primaria 3 Secundaria 4 Preparatoria 5 Carrera técnica 6 Licenciatura	Ordinal
Ocupación	Actividad o trabajo que realiza, empleo, oficio	Cuestionario de datos socio demográficos. Con base a la actividad que desempeña.	1 Desempleada 2 Ama de Casa 3 Empleada 4 Comerciante 5 Profesionista 6 Otro	Nominal
Religión	Creencias, dogmas y prácticas relativas a lo que un individuo considera divino y sagrado	Cuestionario de datos socio demográficos. Con base a sus creencias.	1 Ninguna 2 Católica 3 Testigo de Jehová 4 Cristiana 5 Otra	Nominal
Enfermedad	Alteración leve o grave del funcionamiento normal de un organismo o de alguna de sus partes.	Cuestionario de datos socio demográficos. Con base a su salud.	1 Si 2 No	Nominal Razón

Apéndice B

Procedimiento para Mediciones Antropométricas

Peso en kilogramos

Equipo: Báscula fija con estadímetro

Procedimiento:

1. Calibrar la báscula en ceros antes de pesar al paciente.
2. Pedir al paciente que se quite los zapatos y el exceso de ropa.
3. Coloque al sujeto de pie y en posición de firmes (columna vertebral extendida), mirando hacia el frente, los talones juntos y los brazos a un costado del cuerpo.
4. Lea el peso y registre la cantidad separando en kilogramos y fracciones.

Talla en metros

Equipo: Altímetro con báscula

Procedimiento:

1. Coloque un pliego de papel en el área del paciente.
2. Pida al paciente que se quite los zapatos y sitúelo de pie en posición de firmes en medio del altímetro con los talones juntos y las rodillas sin doblar.
3. Cuide que la persona que va a ser medida, no tenga adornos en la cabeza que no permita una correcta medición.
4. Pida al sujeto que apoye la espalda al altímetro en posición de firmes, sin subir los hombros, ni levantar los talones.
5. La cabeza debe de estar levantada con la vista hacia el frente y permanecer en esa posición 6. Coloque el altímetro y registre la medida exacta, separando con un punto los metros de los centímetros.

* Landeros Olvera, E Capacidades de autocuidado y percepción del estado de salud en adultos con y sin obesidad. [Tesis en internet] 2010 [consultado 2015 25 diciembre] Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/6689/1/1080124318.PDF>

Apéndice C

Cuestionario de datos socio-demográficos

Nombre: _____

Edad: (años cumplidos) _____

Género:

1. Femenino ___ 2. Masculino ___

Estado civil:

Casado _____ Soltero ___ Unión libre _____ Viudo _____

Ocupación:

Estudiante ___ Empleado ___ Desempleado ___ Independiente _____ Jubilado _____

Escolaridad:

Ninguna _____ Primaria ___ Bachillerato _____ Técnico _____ Universitario _____
Posgrado _____

Vive con:

Solo _____ Pareja _____ Padre/madre Hijo/a Cuidador _____ Cónyuge Hijo/hija
Padre/madre _____

Otro familiar _____

Otro Red de apoyo:

Grupo hospitalario _____ Grupo de amigos _____ Grupo religioso _____ Grupo social _____
Otro _____

* Millán Méndez I. Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad. Rev Cubana Enfermer [revista en la Internet]. 2010 Dic [citado 2016 Ene 06] ; 26(4): 202-234. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000400007&lng=es.

Apéndice D

Escala para Estimar las Capacidades de Autocuidado (EECAC)

INSTRUCCIONES:

Los enunciados que se listan a continuación son utilizados por algunas personas para describirse a sí mismas en su forma habitual de ser. Por favor lea cada uno de ellos, circule el número que corresponda al grado que mejor lo describe a Usted. No hay respuesta s correctas o incorrectas sólo asegúrese de que selecciona lo que mejor corresponda a sus capacidades o habilidades.

Reactivos	Total Desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Acuerdo Total
1. Según cambien las circunstancias, puedo hacer ajustes para mantenerme con salud.	1	2	3	4
2. Rara vez verifico si las formas habituales de mantenerme con salud son buenas.	1	2	3	4
3. Puedo hacer cambios o ajustes si tengo problemas para moverme.	1	2	3	4
4. Puedo hacer lo necesario para mantener limpio a mí alrededor.	1	2	3	4
5. Si es necesario puedo poner en primer lugar lo que necesito hacer para mantenerme con salud.	1	2	3	4
6. Con frecuencia no tengo la energía para cuidarme como debo.	1	2	3	4
7. Puedo buscar mejores formas de cuidar mi salud.	1	2	3	4
8. Con tal de mantenerme limpio, puedo cambiar la frecuencia con que me baño.	1	2	3	4
9. Puedo alimentarme de manera que mi peso se mantenga en lo correcto.	1	2	3	4
10. Si es necesario, puedo manejar la situación para mantenerme tal como soy.	1	2	3	4
11. A veces pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día, pero nunc a lo hago.	1	2	3	4
12. Tengo amigos de mucho tiempo a quienes puedo recurrir cuando necesito ayuda.	1	2	3	4
13. Pocas veces puedo dormir lo suficiente para sentirme descansado.	1	2	3	4
14. Cuando obtengo información sobre mi salud, raras veces pido explicación sobre lo que no entiendo.	1	2	3	4
16. En otros tiempos he sido capaz de cambiar hábitos arraigados, si con ello mejoraba mi salud.	1	2	3	4
17. Si tengo que toma r un nuevo medicamento, puedo obtener información sobre los efectos indeseables.	1	2	3	4
18. Soy capaz de tomar medidas para asegurar que mi familia y yo estemos seguros.	1	2	3	4
19. Soy capaz de valorar que tan efectivo es lo que hago para mantenerme con salud.	1	2	3	4
20. Con la actividad diaria raras veces puedo tomar tiempo para cuidarme.	1	2	3	4
21. Puedo conseguir la información necesaria si mi salud se ve amenazada.	1	2	3	4
22. Puedo buscar ayuda si no puedo cuidarme yo misma (o).	1	2	3	4
23. Pocas veces puedo tomar tiempo para mí.	1	2	3	4
24. Aún con limitaciones para moverme, soy capaz de cuidarme como a mí me gusta.	1	2	3	4

Apéndice E

Estimado señor (a): La presente entrevista se hace con el objetivo de realizar una investigación para medir la capacidad de Autocuidado en los adultos mayores, en aras de realizar intervenciones futuras para modificar y mejorar su estado de salud.

TEST DE CYPAC-AM (Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor).

¿Como usted percibe o considera su estado de salud?

____Saludable ____No saludable

Categorías a medir

Formas de medición

A. Actividad Física

1. Puede movilizarse sin ayuda _____ Si___ No___
2. Participa en el círculo de abuelos _____ Si___ A veces___ No___
3. Practica ejercicios físicos sistemáticamente _____ Si___ A veces___ No___
(Nadar, correr, montar bicicleta, asistir al gimnasio, u otros)
4. Camina 10 cuadras (1km) diario y/o sube escaleras — Si___ A veces___ No___

B. Alimentación

1. Prepara sus alimentos y/o se alimenta sin ayuda — Si___ No___
2. Tiene establecido un horario fijo para comer _____ Si___ A veces___ No___
3. Prefiere los alimentos salcochados que fritos _____ Si___ A veces___ No___
4. Ingiere la dieta indicada aunque no le guste _____ Si___ A veces___ No___

C. Eliminación

1. Puede controlar sus esfínteres y eliminar sin ayuda — Si___ No___
2. Tiene un patrón intestinal diario con horario regular — Si___ A veces___ No___
3. Tiene como hábito observar sus deposiciones _____ Si___ A veces___ No___
4. Tiene como hábito ingerir agua entre las comidas _____ Si___ A veces___ No___

(Más de 6 vasos al día comenzando por la mañana al levantarse)

D. Descanso y Sueño

1. Puede controlar su período de descanso y sueño _____ Si___ No___

2. Tiene hábito de descansar sin dormir después de comer - Si___ A veces___ No___
3. Tiene el hábito de irse a la cama a un horario fijo _____ Si___ A veces___ No___
4. Procura dormir las horas necesarias diarias _____ Si___ A veces___ No___

(5 horas diariamente sin necesidad de medicamentos)

E. Higiene y Confort

1. Puede mantener su higiene y confort sin ayuda _____ Si___ No___
2. Se baña diariamente, y a un horario establecido _____ Si___ A veces___ No___
3. Acostumbra bañarse con agua tibia _____ Si___ A veces___ No___
4. Usa una toallita independiente para secarse los pies _____ Si___ A veces___ No___

F. Medicación

1. Se responsabiliza con su medicación y puede controlarla - Si___ No___
2. Cumple estrictamente con el tratamiento indicado _____ Si___ A veces___ No___
3. Solo toma medicamentos que le indica su médico _____ Si___ A veces___ No___
4. Si necesita algún medicamento lo consulta primero _____ Si___ A veces___ No___

G. Control de Salud

1. Tiene control y puede responsabilizarse con su salud _____ Si___ No___
2. Controla su peso o sabe cuánto debe pesar _____ Si___ A veces___ No___
3. Conoce la frecuencia de sus consultas y asiste a ellas _____ Si___ A veces___ No___
4. Se realiza auto-chequeos periódicos en la casa _____ Si___ A veces___ No___

(Auto-exámen de mamas, control de glucosa, inspección de piel y de la boca, medición de temperatura)

H. Adicciones o Hábitos tóxicos

1. Puede mantenerse sin ningún hábito tóxico _____ Si___ No___
2. Puede controlar la cantidad del tóxico que consume _____ Si___ A veces___ No___
3. Tiene un hábito tóxico, pero intenta deshacerse de él _____ Si___ A veces___ No___
4. Tiene más de un hábito pero intenta dejarlos _____ Si___ A veces___ No___

Apéndice F

Nombre del tema: _____ **Fecha** _____

Nombre promotores: _____

1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

Apéndice G

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN

A continuación el participante en recuadro marcará su respuesta.

No	Ítems	Pobre	Adecuado	Promedio	Bueno	Excelente
1	Contenido de curso					
2	Aplicación y responsabilidad					
3	Suficientes ejemplos y oportunidad de práctica					
4	Uso apropiado de materiales que facilitaron el aprendizaje					
5	Oportunidades para debatir con los demás					
6	Calidad de la información previa a la sesión					

Encuesta de Reacción de Kirkpatrick. Fuente: FISK, Catherine. Trainer's Toolkit. Alexandria, 1991