

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO

ESCUELA PARA CUIDADORES DE PERSONAS ADULTAS MAYORES
DEL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN
SALVADOR ZUBIRÁN: PLAN DE MONITORIZACIÓN DE LA CALIDAD.

Proyecto de Titulación para obtener el título de Maestro en Salud Pública en Envejecimiento

EDUARDO SOSA TINOCO
Generación 2014-2016

Director

Mtro. Waldo Ivan Vieyra Romero

Asesora

Mtra. Rocío Magallón Marín

Tlalpan, CDMX

Noviembre 2017

DEDICATORIA.

A todos aquellos interesados en mejorar la calidad de la atención de salud y de la asistencia social de personas mayores y sus cuidadores durante su travesía por los sistemas de salud y de asistencia social.

AGRADECIMIENTOS.

A los Institutos Nacionales de Salud Pública y de Geriátría (a sus profesores actuales y pasados) por la autonomía concedida a quienes cursamos el programa de Maestría en Salud Pública con área de concentración en Envejecimiento.

Gracias especialmente a la Escuela para Cuidadores de Personas Adultas Mayores del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Y a todas las personas con quienes esta aventura de aprendizaje compartí.

Gracias por su colaboración en la realización de este proyecto a:

Silvia Bautista Martínez
José Alberto Ávila Funes

ÍNDICE DE CONTENIDO.

Hoja frontal..... I

Dedicatoria y agradecimientos..... II

Índice de contenido..... III

Índice de cuadros..... IV

Índice de anexos..... V

Abreviaturas..... VI

Resumen..... 1

Introducción 2

Planteamiento del problema 3

Antecedentes..... 5

Marco conceptual..... 6

Justificación..... 16

Objetivos..... 17

Material y métodos..... 18

Consideraciones éticas..... 23

Resultados..... 24

Discusión..... 41

Conclusiones..... 42

Recomendaciones..... 44

Limitaciones del proyecto..... 47

Referencias bibliográficas..... 48

Glosario..... 51

Anexos 60

ÍNDICE DE CUADROS.

Cuadro I. Estándares de competencia o equivalentes identificados sobre cuidados de personas mayores..... 31

Cuadro II. Contenido temático del curso-taller de la ECPM-INCMNSZ no incluido en los estándares de competencia EC0669 y EC0665 del CONOCER..... 32

Cuadro III. Puntos de los criterios de desempeños, productos y conocimientos del estándar de competencia EC0669 del CONOCER no explícitos en el plan de estudios del curso-taller de la ECPM-INCMNSZ..... 33

Cuadro IV. Puntos de los criterios de desempeños, productos y conocimientos del estándar de competencia EC0665 del CONOCER no explícitos en el plan de estudios del curso-taller de la ECPM-INCMNSZ..... 34

Cuadro V. Ficha técnica de indicador de calidad de la ECPM-INCMNSZ sobre conocimientos de cuidados de personas mayores..... 35

Cuadro VI. Ficha técnica de indicador de calidad de la ECPM-INCMNSZ sobre certificación de egresados en el estándar de competencia de cuidado básico del adulto mayor en domicilio..... 36

Cuadro VII. Ficha técnica de indicador de calidad de la ECPM-INCMNSZ sobre certificación de egresados en el estándar de competencia de cuidado de personas mayores en establecimientos de asistencia social..... 37

Cuadro VIII. Ficha técnica de indicador de calidad de la ECPM-INCMNSZ sobre cambio en la carga de cuidadores de personas mayores..... 38

Cuadro IX. Ficha técnica de indicador de calidad de la ECPM-INCMNSZ sobre cambio en la calidad de vida de cuidadores de personas mayores..... 39

Cuadro X. Propuesta de plan de monitorización de la calidad de la ECPM-INCMNSZ..... 40

ÍNDICE DE ANEXOS.

Anexo 1. Carta de consentimiento informado para adultos. Entrevista semiestructurada a directivos de la Escuela para cuidadores de personas mayores del INCMNSZ.....	60
Anexo 2. Guía de entrevista semiestructurada. Directivos de la Escuela para cuidadores de personas mayores del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.....	62
Anexo 3. Estándar de competencia EC0669 Cuidado básico de la persona adulta mayor en domicilio.....	64
Anexo 4. Estándar de competencia EC0665 Atención a personas adultas mayores en establecimientos de asistencia social permanente/temporal.....	78
Anexo 5. Tabla resumen de publicaciones sobre cursos de capacitación de cuidadores de personas adultas y mayores con dependencia.....	97
Anexo 6. Nube de palabras de las entrevistas semiestructuradas de quienes dirigen la Escuela para cuidadores de personas mayores del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.....	99
Anexo 7. Diagrama de flujo del proceso de la evaluación sumativa de estudiantes de la Escuela para cuidadores de personas mayores del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.....	100
Anexo 8. Carta de especificaciones de calidad del proceso de evaluación sumativa de estudiantes de la Escuela para cuidadores de personas mayores del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.....	101
Anexo 9. Lista de verificación para cursos de capacitación basados en estándares de competencia del Consejo Nacional de Normalización y Certificación de Competencias Laborales.....	102
Anexo 10. Código de respuesta rápida (QR code) y enlace acortado a la dirección localizadora uniforme de recursos (URL) del repositorio de documentos de este proyecto terminal.....	103

ABREVIATURAS.

CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

CGC: Comité de Gestión por Competencias.

CIE: Comité de ética en investigación.

CONOCER: Consejo Nacional de Normalización y Certificación de Competencias Laborales.

CONAPO: Consejo Nacional de Población.

DIF: Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.

DOF: Diario Oficial de la Federación.

ECPM: Escuela para cuidadores de personas mayores.

EC: estándar de competencia.

ELCOS: Encuesta Laboral y de Corresponsabilidad Social.

ENUT: Encuesta Nacional de Uso del Tiempo.

ENSANUT: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición.

ENASEM: Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México.

ENPDIS: Encuesta Nacional sobre Percepción de Discapacidad.

INAPAM: Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores.

INEGI: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

INCMNSZ: Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

INGER: Instituto Nacional de Geriátrica.

INMujeres: Instituto Nacional de las Mujeres.

INSP: Instituto Nacional de Salud Pública.

INDESOL: Instituto Nacional de Desarrollo Social.

OSC: Organizaciones de la Sociedad Civil.

SEP: Secretaría de Educación Pública.

SNC: Sistema Nacional de Competencias.

UNESCO: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization.

RESUMEN.

ESCUELA PARA CUIDADORES DE PERSONAS ADULTAS MAYORES DEL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN (ECPM-INCMNSZ): PLAN DE MONITORIZACIÓN DE LA CALIDAD (PMC).

Introducción: Debido al envejecimiento poblacional, al incremento de personas mayores con dependencia y a la falta de servicios de cuidados de largo plazo en México, está aumentado la necesidad de cuidadores de personas mayores (CPM); recientemente se ha incrementado la oferta de cursos de capacitación para ellos. **Objetivo:** Desarrollar un PCM de la ECPM-INCMNSZ. **Justificación:** La ECPM-INCMNSZ no cuenta con un PMC. **Metodología:** Estudio de métodos mixtos de investigación; se revisaron evidencias científicas sobre beneficios en salud de capacitación para CPM y estándares de competencia o equivalentes (ECE) de CPM; se realizaron entrevistas semiestructuradas a directivos de la ECPM-INCMNSZ; se analizó el proceso de evaluación sumativa de estudiantes (PESE); se elaboraron indicadores de calidad (IC) y un PMC. **Resultados:** Existen evidencias heterogéneas de beneficios en salud para CPM de cursos de capacitación; se identificaron ECE de 12 países sobre CPM; el plan de estudios de la ECPM-INCMNSZ cumple parcialmente los EC0669 y EC0665. Se propone monitorizar IC sobre conocimientos de CPM, certificación de egresados en los EC0669 y EC0665, cambios en carga y calidad de vida de CPM. **Conclusiones:** Debido a que el modelo de enseñanza de la ECPM-INCMNSZ no permite determinar su efectividad para desarrollar competencias en CPM o para generar beneficios en salud de CPM se sugiere rediseñar su PESE. **Recomendaciones:** Reorientar el curso-taller de la ECPM-INCMNSZ a competencias; rediseñar su plan de estudios con base en los EC0217 y EC0301; usar guías de observación; listas de cotejo en el PESE; medir parámetros relacionados con salud de CPM.

Palabras clave: escuela, cuidadores, monitorización de la calidad, indicadores de calidad, estándar de competencia.

INTRODUCCIÓN.

El envejecimiento de la población, es resultado de los logros en salud pública, sin embargo, la transición epidemiológica a la que se asocia, está generando mayor número de personas mayores con discapacidad que requieren de asistencia de alguien más para realizar sus actividades cotidianas, lo cual aunado a la falta de un sistema formal de cuidados de largo plazo en México, ha implicado que la responsabilidad de cuidados de personas mayores con dependencia recaiga principalmente en familiares u otras personas que deben asumir el rol de cuidadores informales, en la mayoría de los casos sin contar con los conocimientos ni las habilidades requeridas para desempeñar dicha función de manera efectiva y segura.

En los últimos años ha crecido la oferta de cursos de capacitación para cuidadores de personas mayores, sin embargo, no se cuenta con información que permita determinar su efectividad para desarrollar competencias sobre cuidados de personas mayores, como una dimensión de la calidad deseable de tales programas educativos.

El presente proyecto propone un plan de monitorización de la calidad de una escuela para cuidadores de personas mayores, creada por el servicio de geriatría de una institución de salud del sur de la Ciudad de México que brinda atención de salud a una importante y creciente proporción de personas mayores. Dicha subpoblación adulta mayor presenta una elevada prevalencia de dependencia funcional temporal y permanente.

Se realizó durante el periodo de febrero a julio de 2017, a través de una revisión de la literatura (sobre evidencias de los efectos benéficos en salud para cuidadores de personas mayores de cursos de capacitación y estándares de competencia o equivalentes relacionados con cuidados de personas mayores); de entrevistas semiestructuradas a los directivos de una escuela para cuidadores de personas mayores; de un análisis del proceso de evaluación sumativa de estudiantes; de la creación de indicadores de calidad; este proyecto pudiera sentar las bases para la implementación de un plan de mejora continua de la calidad de una escuela para cuidadores de personas mayores, que a la vez incremente la probabilidad de resultados benéficos tanto para los cuidadores como para las personas mayores receptoras de cuidados; además este trabajo contribuyó a la obtención del título de grado de maestría en salud pública con área de concentración en envejecimiento de un alumno de la Escuela de Salud Pública de México del Instituto Nacional de Salud Pública en convenio con el Instituto Nacional de Geriatría.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El envejecimiento poblacional que actualmente caracteriza a México, como resultado, entre otros factores, de los logros de la salud pública en términos de disminución de la mortalidad y de la fecundidad implica grandes desafíos, entre los cuales se encuentra el incremento de personas mayores con dependencia funcional, que por definición requieren de asistencia de alguien más para la realización de actividades cotidianas indispensables para seguir viviendo, contribuyendo y participando en la sociedad.

Debido a una serie de factores económicos y sociales, cada vez es menor la disponibilidad de personas dentro del núcleo familiar que pueden cuidar de la población adulta mayor, lo que obliga a recurrir a redes extendidas de soporte social formales o informales conformadas por individuos dispuestos a asistir a las personas mayores que lo requieran.

Si bien los cuidadores de personas con discapacidad y dependencia brindan un importante servicio a la sociedad, el cual implica un costo considerable para ellos; existe consenso en que ser cuidador de personas mayores con discapacidad o dependencia es una tarea estresante que desgasta y aumenta el riesgo de diversos problemas de salud e incluso se ha asociado a mayor mortalidad, aunque este punto actualmente se considera controversial.

De acuerdo al informe mundial sobre el envejecimiento y la salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), los cuidadores de personas mayores suelen no estar preparados para las exigencias que deberán enfrentar y carecen de capacitación adecuada; este mismo documento establece que los cuidadores deberán contar con conocimientos, capacitación y apoyo adecuados. La OMS ha aconsejado también la formación dirigida a los cuidadores como parte de las estrategias para la prevención del maltrato de personas mayores, ya que este puede ser consecuencia de la sobrecarga y el desgaste de los propios cuidadores. El plan de acción internacional de Madrid sobre el envejecimiento y el documento envejecimiento activo: un marco político, señalan entre sus recomendaciones proporcionar atención, apoyo, formación y educación a los cuidadores de personas mayores.

El informe mundial sobre el envejecimiento y la salud de la OMS considera esencial asegurar que todos los cuidadores cuenten con las capacidades y los conocimientos adecuados para desempeñar sus tareas y propone la acreditación como una estrategia para garantizar una atención de mejor calidad a la población adulta mayor.

Preguntas de investigación.

Determinar la existencia de evidencias científicas sobre los efectos de cursos educativos para cuidadores de personas mayores en términos de desarrollo de competencias en cuidados de personas mayores y de beneficios en salud para cuidadores.

Identificar si la medición de la efectividad para desarrollar competencias y obtener beneficios en salud para cuidadores de personas mayores está considerada dentro del proceso de evaluación sumativa de la escuela participante en este proyecto.

Verificar si el curso-taller de la escuela participante cumple con los elementos contemplados en los estándares de competencia de cuidados de personas mayores en domicilio y en establecimientos de asistencia social.

ANTECEDENTES.

En México como en otros países, los cuidadores informales de personas mayores, es decir, familiares, amigos o vecinos suelen no estar capacitados, esto lo ha enfatizado la Organización Mundial de la Salud en su estrategia y plan de acción mundiales sobre envejecimiento y salud 2016-2020, por lo cual es indispensable la creación de sistemas de soporte para cuidadores de personas mayores incluyen acciones de capacitación en competencias relacionadas con la provisión de cuidados a personas mayores con dependencia funcional.

En los últimos años ha aumentado la oferta en México de programas educativos dirigidos a cuidadores de personas mayores, tanto en instituciones públicas, privadas como educativas, de salud y de asistencia social; sin embargo, se desconoce la efectividad de tales programas educativos para generar competencias en cuidados en personas mayores en quienes los cursan o para generar beneficios en salud para quienes cuidan.

No existen a nuestro conocimiento en México planes que se hayan implementado para monitorizar la calidad de escuelas para cuidadores de personas mayores, que midan periódicamente, atributos como la efectividad de las mismas para desarrollar competencias en cuidados de personas mayores en quienes estudian en ellas o para generar beneficios en salud tanto para quienes son cuidadores de personas mayores como para quienes reciben los cuidados.

La escuela para cuidadores de personas mayores objeto de estudio de este proyecto, aún no realiza de manera sistemática evaluaciones integrales que evidencien si sus estudiantes efectivamente desarrollan competencias sobre cuidados de personas mayores u obtienen algún beneficio para su salud.

MARCO CONCEPTUAL.

El envejecimiento de la población mexicana.

En las últimas décadas México, como muchos otros países, ha experimentado un incremento muy importante en las esperanzas de vida al nacer y a partir de los 60 años de edad, en 2014, se calcularon en 74.7 años y 20 años respectivamente para ambos sexos a nivel nacional.¹ De acuerdo a los resultados de la Encuesta Intercensal 2015 del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en México se estima que vivían para 2015 alrededor de 12.4 millones de personas de 60 y más años de edad, representando casi el 10% de la población;² en 2017 viven aproximadamente 12.9 millones de personas mayores, que corresponden al 10.5% de la población del país,³ para el 2030 según las proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO) esta proporción se duplicará, es decir 20.4% de la población en México será adulta mayor.⁴

La función y la posición de las personas mayores en la familia y en la sociedad se han modificado acorde a los cambios sociales ocurridos desde la segunda mitad del siglo pasado, tales como: la mayor incorporación de las mujeres en actividades laborales remuneradas, la disminución del número de hijos en las familias, la mayor frecuencia de divorcios, el acceso a otras influencias multiculturales a través de los medios de comunicación, la migración, los desplazamientos de población consecuencia de la inseguridad, las inequidades económicas, laborales y en servicios de salud; lo anterior ha generado la aparición de nuevas configuraciones familiares que han afectado en grados variables la situación de las personas mayores, principalmente de aquellas con discapacidades físicas y/o mentales que requieren de cuidados por parte de otros.⁵

La discapacidad y la necesidad de cuidados de personas mayores en México.

En la Encuesta Nacional sobre Envejecimiento de 2015, realizada como parte del proyecto: “Los Mexicanos vistos por sí mismos, los grandes temas nacionales”, del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México, de los participantes quienes la respondieron estaban de acuerdo, respecto a las personas mayores: 53% en que la mayoría son dependientes, 60% en que tienen mala salud, el 73% en que muchas de ellas tienen problemas de memoria, 62% en que son como niños.⁶

En la Segunda Reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe celebrada en la Ciudad de México en octubre de 2015, el director general del Instituto Nacional de Geriátrica (INGER), mostró un esquema sobre el probable impacto de la multimorbilidad

crónica, la discapacidad y la dependencia funcional en la vejez sobre el sistema de salud, que permitía comprender que si bien la esperanza de vida se ha incrementado, posiblemente lo ha hecho con una expansión de la morbilidad crónica y de la dependencia funcional que en un contexto de carencia de un sistema formal de cuidados de largo plazo, lo cual genera mayores costos asistenciales.⁷

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) de 2012, en el módulo de personas mayores, mostró que 48% de ellas presenta algún grado de discapacidad, 27% tiene alguna limitación para el autocuidado y 5% se encuentra en situación de dependencia funcional. Lo anterior es similar a los resultados encontrados en otros estudios poblacionales como el Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM), el Censo de Población y Vivienda 2010 del INEGI y las encuestas del proyecto Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) de la Organización Panamericana de la Salud, que se han realizado en varias entidades federativas del país.^{8,9}

La situación de dependencia funcional en personas mayores, varía respecto al género, al grupo de edad en la vejez, y al medio en que se vive; observándose por ejemplo que la prevalencia de dependencia funcional en mujeres de 80 y más años de edad en zonas urbanas es de alrededor de 28% y en hombres de 80 y más años de edad en zonas rurales es de casi 18%.¹⁰ La frecuencia de discapacidad permanente aumenta conforme se tienen edades más avanzadas, según los datos de la Encuesta Nacional sobre la Percepción de la Discapacidad (ENPDIS) de 2010 en la población mexicana cerca del 12% de las personas de 60-84 años de edad presenta alguna discapacidad permanente (dificultad para caminar, moverse, ver, oír, vestirse, bañarse o comer solo, etc.), y en mayores de 85 años de edad su prevalencia es de casi 50%.¹¹

Las limitaciones para el autocuidado y la situación de dependencia funcional implican la necesidad de asistencia por alguien más para la realización de actividades cotidianas como el aseo corporal, el vestido, la alimentación, la movilización dentro de casa, el uso del baño, el control de la micción y la evacuación, el uso de medicamentos, el manejo de dinero, entre otras.

La Encuesta Laboral y de Corresponsabilidad Social (ELCOS) de 2012 realizada por el Instituto Nacional de las Mujeres (INMujeres) en coordinación con el INEGI tuvo el objetivo de generar información sobre las necesidades de cuidado de la población al interior de los hogares urbanos de México por motivo de enfermedades temporales o permanentes, discapacidades o edad avanzada; en la misma las actividades de cuidado se definieron como aquellas que realizan las personas para satisfacer algunas de las necesidades de otras personas de su hogar o de otros hogares incluyendo: bañar, vestir, preparar alimentos o dar de comer, llevar o acompañar a distintos lugares, administrar

medicamentos, hacer compañía, entre otras. Entre sus hallazgos más importantes están que en cerca de un millón ochocientos mil hogares urbanos mexicanos (13%) hay al menos una persona de 15 años o más de edad con necesidad de cuidados por enfermedades o limitaciones físicas y mentales; de las poco más 740 mil personas con limitaciones permanentes la mayor parte (68%) tienen 60 años o más de edad.¹²

Instituciones de cuidados de largo plazo para personas mayores en México.

El escaso desarrollo de sistemas formales de cuidados de largo plazo para personas mayores en México ha llevado a que la responsabilidad recaiga principalmente en cuidadores informales. Dentro del ámbito gubernamental en México, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) concentran las pocas instituciones públicas que proporcionan cuidados de largo plazo; de las cuales no todas tienen capacidades técnicas ni financieras suficientes para cumplir de manera óptima con las funciones establecidas en sus marcos jurídicos correspondientes; por otro lado, no existen indicadores o metas nacionales que permitan llevar a cabo la planeación y la evaluación efectivas de sus distintos programas.¹³

El INAPAM contaba para 2017 únicamente con seis residencias de día en la Ciudad de México y una en Zacatecas; con cuatro albergues en la Ciudad de México, uno en Guanajuato y otro en Oaxaca,¹⁴ el DIF por su parte tiene dos Centros Nacionales modelos de atención, investigación y capacitación gerontológicos en la Ciudad de México y dos casas-hogar para ancianos, uno en Morelos y otro en Oaxaca.¹⁵

La Dirección de Investigación y Profesionalización del Instituto Nacional de Desarrollo Social (INDESOL) presentó datos sobre la participación de las organizaciones de la sociedad civil (OSC) en la atención de las personas mayores, en el seminario-taller sistemas de apoyo formal e informal para personas mayores en México y Estados Unidos, el cual se celebró en la Ciudad de México en septiembre de 2015; dentro de la información más relevante presentada, esta que para junio de 2015 había cerca de 4670 OSC activas registradas en todo el país en cuyo objeto social se incluía a personas mayores, de estas OSC poco más de 3000 se constituyeron legalmente en el periodo de 2010-2015 y casi 2300 obtuvieron su clave única de inscripción al registro federal entre 2013 y 2015; 38 OSC con servicios de atención para personas mayores, recibían apoyo del Programa de Coinversión Social 2014-2015, entre ellas se encontraban asilos temporales, asilos permanentes,

casas de descanso, centros de día, casas-hogar, albergues temporales, centros de atención comunitaria, entre otras.¹⁶

Del 1 al 30 de septiembre de 2015, el INEGI realizó el primer Censo de Alojamientos de Asistencia Social en México en colaboración con la Secretaría de Salud y el DIF, se identificaron 5940 establecimientos de alojamiento, de los cuales 4518 tenía personas residentes usuarias al momento del censo, 1020 (22.6%) correspondieron a casas-hogar para personas mayores (el censo no incluyó estancias de día). De estos establecimientos, únicamente el 1.1% del personal que trabajaba en ellas, contaba con alguna certificación en competencias laborales para la atención de personas mayores y en ellos colaboraban también cerca de 8890 personas voluntarias.¹⁷

En un estudio publicado hace dos décadas por Gutiérrez-Robledo y co-autores, sobre instituciones de cuidados de largo plazo para personas mayores en la Ciudad de México, se evaluaron 33 instituciones seleccionadas aleatoriamente de un total de 115 censadas, y se aplicó un cuestionario a 617 residentes; entre sus hallazgos más importantes se encuentran que: la calificación promedio fue menor del 50%, las instituciones privadas con fines de lucro y algunas instituciones gubernamentales obtuvieron los puntajes más bajos, las carencias más significativas estuvieron en los rubros de infraestructura, calidad de personal y formación profesional.¹⁸

Cuidadores de personas mayores en México.

Como en otros países, los cuidadores informales de personas mayores, es decir, familiares, amigos o vecinos suelen no estar capacitados. En un estudio de México realizado durante 2003-2008 se encontró que alrededor de 82% de quienes brindan cuidado a personas mayores tanto en zonas urbanas como rurales son mujeres; aproximadamente 16% de los cuidadores son cónyuges de la persona mayor a quien atienden; casi el 70% tienen parentesco de hija, nuera, hijo o yerno con la persona mayor a quien cuidan; en zonas urbanas solo el 3.5% de los cuidadores son profesionales remunerados; cerca de la tercera parte de los cuidadores disminuyó el tiempo dedicado a trabajo formal para prestar cuidados a personas mayores.¹⁹

La mayor parte de las actividades de trabajo de cuidado al interior de los hogares no son remuneradas, en la ELCOS 2012, se encontró que hay cerca de 2.3 millones de cuidadores (aproximadamente 70% mujeres) de personas con enfermedades temporales o limitaciones permanentes, de los cuales apenas el 2.8% percibe una remuneración por este trabajo. La mayoría de quienes cuidan a personas con limitaciones permanentes tienen entre 40 y 59 años de edad.

Casi la mitad de las mujeres que realizan actividades no remuneradas de cuidado de personas con enfermedades temporales o limitaciones permanentes participa en el mercado laboral formal, quizá en parte porque también requieren recursos monetarios para cubrir las necesidades materiales de cuidado. El 43% de las mujeres cuidadoras que en el año previo a la encuesta participaba en actividades económicas, pero las dejó por renuncia. La principal razón por la que las mujeres cuidadoras no participan en actividades económicas es por no tener con quién dejar a la persona que cuidan.¹²

Las Encuestas Nacionales de Uso del Tiempo (ENUT) de 2009 y 2014 realizadas por el INEGI en colaboración con el INMujeres, mostraron que en 2009 cerca de 2.4 millones y en 2014 alrededor de 5.2 millones de personas realizaban actividades de cuidado de personas mayores integrantes de su hogar, lo cual en promedio les implicaba en tiempo entre 14.5 y 19 horas a la semana en 2009, la menor cantidad de horas correspondió a cuidadores y el mayor a cuidadoras; en 2014 el promedio estuvo entre 15 y 18 horas a la semana, nuevamente el menor número de horas correspondió a cuidadores y el mayor a cuidadoras.^{20, 21}

Consecuencias de ser cuidador de personas mayores.

Un estudio clásico de cohorte poblacional prospectivo con un promedio de 4.5 años de seguimiento que examinó la relación entre la demanda de cuidados y la mortalidad por todas las causas en mujeres mayores cuidadoras mostró un aumento en el riesgo de muerte de 63% en las que presentaban estrés asociado al cuidado, en comparación con mujeres que no eran cuidadoras; tales hallazgos no se han replicado en estudios posteriores.²²⁻²⁴

En los estudios realizados sobre las consecuencias de ser cuidador, existe gran heterogeneidad en las definiciones operacionales utilizadas, considerando habitualmente como cuidadores informales a aquellas personas que proporcionan algún grado de asistencia progresiva para la realización de actividades básicas o instrumentales de la vida diaria, sin percibir remuneración alguna, a personas con morbilidad crónica o discapacidad; por otro lado, los cuidadores formales corresponden a personas que brindan servicios profesionales de asistencia sanitaria en los hogares. Hay también sustancial diversidad en las metodologías empleadas en las distintas investigaciones, que van desde considerar como cuidadoras a esposas corresidentes de personas con demencia y que brindan algún tipo de cuidados informales, hasta aquellas en las que se confirma de manera explícita que los cuidadores brinden asistencia en una o más actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Adicionalmente factores como la cantidad de tiempo dedicado a la provisión de cuidados, el

grado de dependencia de las personas que requieren de cuidados o el tipo de condiciones de salud que padecen, entre otros, influyen en los efectos que se generan sobre los cuidadores por asumir ese rol.²⁵

Los familiares que actúan como cuidadores a menudo describen su rol como una carga el cual tiene todas las características del estrés crónico, es decir, estrés físico y/o psíquico por periodos extensos de tiempo, aunado a elevados niveles de impredecibilidad y ausencia de control, lo que a su vez crea estrés secundario en otros ámbitos de la vida como el trabajo formal y las relaciones interpersonales familiares.²⁶ La carga de quienes cuidan se ha medido desde hace casi cuatro décadas con un instrumento desarrollado por Steven H. Zarit y colaboradores publicado en 1980, desde entonces se reconoce la importancia de brindar servicios de apoyo a los cuidadores como un componente esencial en la atención de personas mayores especialmente aquellas con demencia.²⁷ Este instrumento ya ha sido validado en población mexicana.²⁸

Pueden generarse niveles elevados de estrés en los cuidadores cuando no tienen suficientes recursos internos (información, competencias, conductas de afrontamiento) o externos (financiamiento, ayuda de otros familiares, apoyo formal de cuidado) para adaptarse a las situaciones de cuidado. Por ejemplo, cuidar a una persona con demencia tipo Alzheimer, que representa un contexto de deterioro progresivo y prolongado, con poca o nula esperanza de alivio, se consideraría una situación muy estresante, sin embargo, no es una situación generalizada a la totalidad de los cuidadores informales; la mayoría tienen experiencias positivas y algún grado de estrés al mismo tiempo, lo cual potencialmente atenuaría algunas de las posibles consecuencias adversas en la salud de los cuidadores relacionadas con el estrés.²⁵

Las evidencias documentadas en las últimas tres décadas han contribuido a convencer a legisladores y otros actores pertinentes de que ser cuidador es un tema importante de salud pública. Habiéndose establecido que asumir el rol de cuidador puede ser perjudicial para la salud, se ha intentado identificar potenciales predictores de efectos adversos específicos en la salud física o mental de los cuidadores. Entre los factores que se han asociado con resultados adversos en el estado de salud de los cuidadores están: los relacionados con las personas que reciben cuidados, como que presenten trastornos conductuales, deterioro cognoscitivo, limitaciones funcionales, que manifiesten sufrimiento, que requieran mayor cantidad y duración de cuidado, que demanden vigilancia para evitar que se lesionen a sí mismas o corresidir con ellas; los relacionados con los

cuidadores, como tener síntomas de estrés o depresión, ser también personas mayores, tener relación conyugal con quien cuidan y ser mujeres.²⁶

Los habitantes estadounidenses de origen mexicano, representan uno de los segmentos con crecimiento más acelerado de la población envejecida en Estados Unidos; los grupos étnicos minoritarios son menos propensos a utilizar servicios formales de cuidados de largo plazo, tienen mayor probabilidad de presentar morbilidad crónica y discapacidad a edades más tempranas; también suelen recibir más cuidados informales por parte de miembros de la familia en comparación con estadounidenses caucásicos.²⁹ En estudios previos se ha observado que familiares cuidadores de origen mexicano o hispano en Estados Unidos tienen valores familiares arraigados, colocando los intereses de la familia por arriba de los intereses individuales. El rol de cuidador se considera un deber filial y forma parte de las funciones esperadas en el curso de vida, principalmente para las mujeres.³⁰

Un análisis secundario de un estudio longitudinal de personas mayores mexicoestadounidenses de Texas, Nuevo México, Colorado, Arizona y California, durante un periodo de 18 años, sobre familiares cuidadores en una muestra de 626 diadas cuidador-persona mayor, encontró que la presencia de síntomas depresivos y el nivel de estrés percibido en los cuidadores se asociaron a limitaciones de movilidad, síntomas depresivos o neuropsiquiátricos en las personas mayores.²⁹ Mejorar el acceso a servicios de consejería puede ayudar a familiares a afrontar la carga de ser cuidadores; abordajes multicomponente de soporte para cuidadores, como grupos de apoyo, asesoría individual o educación sobre el manejo de trastornos conductuales, depresión y angustia pueden ayudar a mejorar desenlaces en salud para familiares cuidadores mexicoestadounidenses.³¹ Se puede sintetizar con base a la información anterior que el trabajo como cuidador de personas mayores representa un factor de riesgo para diversas consecuencias adversas para la salud lo cual permite considerar este tema como un problema de salud pública que amerita planeación e implementación de acciones de prevención y de tratamiento.

Educación de cuidadores de personas mayores.

El envejecimiento poblacional y las dificultades para brindar una atención adecuada de salud de las personas mayores al interior de los hogares han generado la necesidad de programas educativos dirigidos a cuidadores formales e informales para ayudarles a ejercer dicha labor de manera más efectiva y adaptada a las necesidades específicas de personas mayores con discapacidad o

dependencia funcional. En la Ciudad de México se estima que casi el 50% de quienes laboran como cuidadores informales de personas mayores requieren capacitación para realizar las actividades de cuidado.³²

Cada vez se acumulan más evidencias que demuestran que cursos de entrenamiento para cuidadores de personas mayores pueden mejorar la calidad de la atención que brindan, así como el bienestar y la calidad de vida tanto para los cuidadores como para quienes reciben tales cuidados.³³

Escuela para cuidadores de personas mayores del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

El Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ) que recientemente cumplió 70 años de servicio, forma parte de los trece Institutos Nacionales de Salud de la Secretaría de Salud de México. Aproximadamente el 30% de la población que se atiende en el INCMNSZ es adulta mayor; se admiten anualmente alrededor de 3000 personas de 70 años y más de edad.³⁴

En 1989 inició actividades el servicio de geriatría del INCMNSZ, considerándose actualmente una de las principales sedes de formación de recursos humanos especializados en atención geriátrica del país. Dentro de sus objetivos se encuentra expandir los alcances comunitarios y las actividades de promoción en salud dirigidas a mejorar la independencia y la calidad de vida de las personas mayores. Es así como, en 2015 se planea e imparte el primer curso-taller de la Escuela para cuidadores de personas adultas mayores. Para la elaboración del temario inicial del curso-taller se realizó una encuesta a profesionistas en salud incluyendo disciplinas como geriatría, enfermería, gericultura y nutriología; dicha encuesta consistió en preguntas abiertas sobre lo que necesitan saber y las habilidades que deben tener los cuidadores de personas mayores. A la fecha la Escuela para cuidadores de personas adultas mayores del INCMNSZ ha capacitado a cerca de 90 cuidadores, a través de un programa educativo de 80 horas de duración, impartido durante 5 meses.³⁵

Estándares de competencia y cuidadores de personas mayores.

El Gobierno Federal de México estableció como un mecanismo para mejorar el progreso social, el desarrollo educativo y la competitividad económica, el Sistema Nacional de Competencias (SNC), el cual busca favorecer que las instituciones públicas y privadas tengan personal competente para la realización de sus funciones laborales. Una de las actividades del SNC es el desarrollo de estándares de competencia (EC), los cuales se definen de acuerdo al Consejo Nacional de Normalización y Certificación de Competencias Laborales (CONOCER) dependiente de la Secretaría de Educación Pública (SEP) en México como referentes de los conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes requeridas, para que una persona realice cualquier actividad productiva, social o gubernamental, con un nivel de alto desempeño. Los estándares de competencia a su vez pueden servir a las instituciones educativas o las mismas empresas u organismos públicos y privados para crear planes curriculares y programas educativos que permitan a los trabajadores adquirir las competencias necesarias para desempeñarse lo mejor posible en sus actividades laborales haciendo posible el recibir una certificación por parte del CONOCER lo cual pretende fortalecer el capital humano e impulsar las mejores prácticas en el país.^{36,37}

Dentro de las actividades del Comité de Gestión por Competencias (CGC) de Asistencia Social, instalado hace más de 6 años, presidido por el DIF, se han desarrollado dos Estándares de Competencia (EC) relacionados con funciones de cuidadores de personas mayores: EC0665 y EC0669, el primero llamado atención a personas adultas mayores en establecimientos de asistencia social permanente/temporal, publicado en el DOF el 16 de diciembre de 2015; el segundo llamado cuidado básico de la persona adulta mayor en domicilio, publicado en el DOF el 7 de abril de 2016.^{38,39}

El 27 de abril de 2017 en la Gaceta Parlamentaria, años XX, número 4768-XIV, se publicó una iniciativa de reforma de la Ley de los derechos de las personas adultas mayores. En dicha iniciativa se contempla la adición de diversas disposiciones entre las cuales destacan por estar relacionadas con los cuidadores de personas mayores las siguientes:

- Fomentar que el personal que preste servicios y atención a las personas adultas mayores en las instituciones, casas hogar, albergues, residencias de día o cualquier otro centro de atención tanto público como privado, cuente con la capacitación y certificación correspondientes.
- Promover la capacitación y certificación de prestadores de servicios dirigidos las personas adultas mayores para su profesionalización.

- Realizar visitas de inspección y vigilancia a instituciones públicas y privadas, casas hogar, albergues, residencias de día o cualquier centro de atención a las personas adultas mayores para verificar que las condiciones de su funcionamiento sean profesionales y de calidad, así como la adecuada capacitación y certificación de su personal, modelo de atención y condiciones de la calidad de vida.⁴⁰

La calidad en salud y la educación de cuidadores de personas mayores.

Una de las definiciones más completas de la calidad en salud que se basa en lo descrito en el libro Medicare: A Strategy for Quality Assurance del Instituto de Medicina de Estados Unidos⁴¹ y el marco teórico propuesto por Avedis Donabedian⁴² la conceptualiza como el grado en que la estructura y los procesos de los servicios de salud para individuos y poblaciones son efectivos (coherentes con el conocimiento profesional actual), eficientes, equitativos, seguros, oportunos, centrados en las personas, y que aumenta la probabilidad de obtener los resultados deseados.

Como se mencionó líneas arriba, el brindar cuidados a población adulta mayor implica riesgos potenciales de morbilidad e incluso mortalidad para los cuidadores de personas mayores, posicionando este tema como un problema de salud pública, que amerita acciones para evitar o minimizar este riesgo de desenlaces adversos para la salud; algunos estudios como se describió antes han mostrado que estrategias educativas dirigidas a cuidadores de personas mayores podrían tener efectos benéficos sobre la salud de quienes asumen este rol; sin embargo se requiere mayor investigación al respecto.

El envejecimiento saludable se define como el proceso de fomentar y mantener los atributos relacionados con la salud que permiten a las personas ser y hacer lo que es importante para ellas, y tener bienestar en la vejez.⁴³ En los objetivos de la estrategia y el plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud 2016 de la OMS aprobado en la 69ª Asamblea Mundial de la Salud se incluyen el apoyo y la estandarización de la educación de los cuidadores de personas mayores.⁴⁴ Es así como la educación de cuidadores de personas mayores podría considerarse como una de las múltiples acciones necesarias para mejorar la calidad de la atención de salud de personas mayores y de quienes cuidan de ellas.

JUSTIFICACIÓN.

El envejecimiento demográfico acelerado que presenta México que implica a su vez un incremento progresivo asociado en el número de personas mayores con discapacidad que requieren de asistencia de alguien más para realizar sus actividades cotidianas, aunado a la cada vez menor disponibilidad de personas dentro del núcleo familiar que puedan cuidar de la población adulta mayor obliga a recurrir a redes extendidas de soporte social formal o informal conformadas por individuos dispuestos a asistir a las personas mayores que lo requieran.

Aunque en los últimos años en México se ha incrementado la oferta de programas educativos para cuidadores de personas mayores, por parte de instituciones públicas, privadas, educativas, de salud y de asistencia social, actualmente no se cuenta con datos sobre la efectividad de tales actividades docentes en términos de desarrollo de competencias en cuidados de personas mayores y de beneficios en salud tanto para los cuidadores capacitados como para las personas mayores receptoras de cuidados.

Por otro lado, no existen en la actualidad indicadores para monitorizar ni evaluar la calidad de programas educativos para cuidadores de personas mayores, lo cual es parte importante para la mejora continua de la calidad de la atención de salud para la población adulta mayor que requiere de estos servicios.

OBJETIVOS.

General.

- Desarrollar un plan para monitorizar la calidad de la Escuela para cuidadores de personas mayores del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ).

Específicos.

1. Identificar a través de una revisión narrativa las evidencias científicas sobre los efectos de cursos de capacitación sobre cuidados de personas mayores, en términos de beneficios en salud para los cuidadores de personas mayores.
2. Revisar los estándares de competencia y equivalentes para cuidadores de personas mayores existentes en México y en otros países.
3. Describir el modelo de enseñanza de la Escuela para cuidadores de personas mayores del INCMNSZ.
4. Identificar las barreras y los resultados deseables para los directivos del curso-taller de capacitación impartido por la Escuela para cuidadores de personas mayores del INCMNSZ.
5. Analizar el proceso de evaluación sumativa del programa educativo de la escuela del INCMNSZ para cuidadores de personas mayores.
6. Determinar el grado de cumplimiento por parte de la capacitación impartida por la Escuela del INCMNSZ para cuidadores de personas mayores, de los elementos de los estándares de competencia: cuidado básico de la persona adulta mayor en domicilio y atención a personas adultas mayores en establecimientos de asistencia social permanente/temporal.
7. Construir indicadores para medir la calidad de la Escuela del INCMNSZ para cuidadores de personas mayores.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Diseño general.

A través del uso de métodos mixtos de investigación, este proyecto se realizó en siete etapas. Una fase inicial de revisión de la literatura para determinar las evidencias científicas respecto a la efectividad de cursos de capacitación para generar beneficios en salud de cuidadores de personas mayores, y para identificar estándares de competencia o equivalentes sobre cuidados de personas mayores; seguida de una fase complementaria de investigación cualitativa a través de entrevistas semiestructuradas a directivos de la escuela para cuidadores de personas mayores del INCMNSZ para conocer sus expectativas y las barreras que han enfrentado. Después se llevaron a cabo: una revisión del programa educativo y un análisis del proceso de evaluación sumativa de los estudiantes de la escuela en cuestión para su caracterización. Además, se determinó el grado en que el programa educativo cumple con los elementos de los estándares de competencia: cuidado básico de la persona adulta mayor en domicilio y atención a personas adultas mayores en establecimientos de asistencia social permanente/temporal. Posteriormente se construyeron indicadores de calidad en términos de efectividad para el desarrollo de las competencias de cuidado de personas mayores y de beneficios en salud para los cuidadores de personas mayores. Como fase final se desarrolló un plan de monitorización de la calidad de la escuela para cuidadores de personas mayores del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Los métodos que se utilizaron durante el proyecto para el cumplimiento de los objetivos específicos fueron:

- 1. Objetivo específico: identificar a través de una revisión narrativa las evidencias científicas sobre los efectos de cursos de capacitación sobre cuidados de personas mayores, en términos de beneficios en salud para los cuidadores de personas mayores.**

Se efectuó mediante una búsqueda estructurada en la literatura científica con las siguientes palabras claves: cuidador, personas mayores, educación, capacitación, programas educativos, resultados en salud, autoeficacia, estrés, carga, colapso, desgaste, beneficios, utilizando operadores booleanos en diversos motores de búsqueda y bases de datos (Medline, Tripdatabase, Ebsco, Ovid y Google Scholar). De las publicaciones encontradas se realizó una revisión a través de su lectura y se elaboró un resumen describiendo las evidencias científicas identificadas.

2. Objetivo específico: revisar los estándares de competencia y equivalentes para cuidadores de personas mayores existentes en México y otros países.

Se realizó a través de una revisión de la literatura nacional e internacional sobre estándares de competencia o equivalentes pertinentes para el cuidado de personas mayores. Esta revisión consistió en una búsqueda retrospectiva de información con las palabras clave: estándares de competencia, certificados de profesionalidad, suplemento al título, cuidados de personas mayores y otros términos equivalentes; se utilizaron operadores booleanos en Medline, Google Scholar, WorldCat, FirstSearch, OAlster, Google y otros repositorios de universidades nacionales e internacionales, así como en buscadores de instancias certificadoras de competencias laborales como el CONOCER para el caso de México y sus homólogos en otros lugares del mundo. Se tomó en cuenta sólo la información de los últimos 10 años. Posteriormente se realizó un análisis descriptivo y comparativo de los estándares de competencia y equivalentes sobre cuidados de personas mayores que se identificaron en la búsqueda de información.

3. Objetivo específico: describir el modelo de enseñanza de la Escuela para cuidadores de personas mayores del INCMNSZ.

Se cumplió a través de la revisión del programa educativo y otros materiales sobre el diseño y la impartición del curso de la Escuela para cuidadores de personas mayores del INCMNSZ, así como entrevistando a sus directivos. Con base a las técnicas instruccionales y a las evaluaciones diagnóstica, formativa y sumativa utilizadas durante la impartición del curso-taller se determinó el modelo de enseñanza.

4. Objetivo específico: identificar las barreras y los resultados deseables para los directivos del curso-taller de capacitación impartido por la escuela para cuidadores de personas mayores del INCMNSZ.

Se realizó en la fase de investigación cualitativa a través de entrevistas semiestructuradas a los directivos de la Escuela para cuidadores de personas mayores del INCMNSZ, es decir a los encargados de coordinar, planificar, diseñar y/o administrar las actividades educativas de la misma.

Crterios de selección.

Para esta fase de investigación cualitativa del proyecto se aplicaron los siguientes criterios de selección.

Entrevistas semiestructuradas.

Criterios de inclusión:

- Ser hombre o mujer de 18 o más años de edad.
- Ser o haber sido directivo de la escuela para cuidadores de personas mayores del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.
- Consentir por escrito participar en la entrevista (en el anexo 1 se muestra el formato del consentimiento informado).
- Contar con disponibilidad de al menos 30 minutos para la entrevista.

Criterio de exclusión:

- Ninguno.

Criterio de eliminación:

- Ninguno.

Instrumento.

Entrevistas semiestructuradas.

Se diseñó una guía de entrevista semiestructurada para los directivos de la escuela para cuidadores de personas mayores, que comprende 10 preguntas de las cuales 4 son abiertas y 6 cerradas, abordan diversos aspectos sobre la creación de la escuela, su programa educativo, el conocimiento acerca de estándares de competencia sobre cuidados de personas mayores, sus expectativas y las barreras que han enfrentado, entre otros. Se realizó una prueba piloto de la guía, que consistió en su aplicación a 5 personas con experiencia en la organización, coordinación, administración, diseño e implementación de programas educativos sobre temas de atención de salud de personas mayores dirigidos a cuidadores, se hicieron las correcciones pertinentes para lograr una mayor claridad y comprensión de las preguntas (la guía de entrevista semiestructurada se muestra en el anexo 2).

Estrategia de análisis cualitativo.

Para el análisis de la información generada en las entrevistas semiestructuradas se utilizó el programa informático ATLAS.ti 8 para Windows de Scientific Software Development GmbH en Berlín, Alemania, para creación de unidades hermenéuticas, codificación de datos, vinculación de datos, elaboración de conceptualizaciones clave, categorización de las preguntas y sus respuestas.

5. Objetivo específico: analizar el proceso de evaluación sumativa del programa educativo de la Escuela para cuidadores de personas mayores del INCMNSZ.

Se elaboró una carta de especificaciones de la calidad, un diagrama de flujo y una carta del proceso de evaluación sumativa del programa educativo de la Escuela para cuidadores de personas mayores del INCMNSZ; se eligió específicamente la evaluación sumativa, porque es a través de este paso crítico de los procesos del programa educativo que es posible evidenciar la adquisición de competencias por parte de los estudiantes, en términos de conocimientos, habilidades y actitudes.

6. Objetivo específico: determinar el grado de cumplimiento por parte de la capacitación impartida por la Escuela del INCMNSZ para cuidadores de personas mayores, de los elementos de los estándares de competencia cuidado básico de la persona adulta mayor en domicilio y atención a personas adultas mayores en establecimientos de asistencia social permanente/temporal.

Se comparó el programa educativo y el contenido temático del curso-taller de la Escuela para cuidadores de personas mayores del INCMNSZ con cada uno de los elementos que integran los estándares de competencia de cuidado básico de la persona adulta mayor en domicilio y de atención a personas adultas mayores en establecimientos de asistencia social permanente/temporal, registrados en el CONOCER de la Secretaría de Educación Pública.

7. Objetivo específico: construir indicadores para medir la calidad de la Escuela del INCMNSZ para cuidadores de personas mayores.

Durante esta fase del proyecto se elaboraron indicadores de calidad para medir la efectividad del programa educativo con relación al desarrollo de las competencias (cuidado básico de personas mayores en domicilio y atención a personas mayores en establecimientos de asistencia social) en los estudiantes; así como en relación con beneficios en salud para los cuidadores de personas mayores.

Posteriormente, después de haber cumplido los objetivos específicos, se desarrolló un plan de monitorización de la calidad de la Escuela para cuidadores de personas mayores del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. La efectividad fue el atributo de calidad de la escuela a monitorizar en términos del desarrollo de las competencias de cuidado de personas mayores en domicilio y en establecimientos de asistencia social; y de los beneficios en salud para los cuidadores de personas mayores.

CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Este proyecto consistió en el desarrollo de una propuesta de plan de monitorización de la calidad en la Escuela para cuidadores de personas mayores del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ), el cual puede servir de base para iniciar un sistema de gestión de la calidad de dicho programa educativo, que pretende ayudar a mejorar la atención de la salud proporcionada por cuidadores a personas mayores con dependencia funcional.

Solo una de las fases del proyecto implicó trabajo directo con seres humanos, la cual comprendió la realización de entrevistas semiestructuradas al personal directivo de la escuela para cuidadores del INCMNSZ; de acuerdo al artículo 17, fracción I del Reglamento vigente de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud esta fase del proyecto correspondió a una investigación sin riesgo.⁴⁵

El plan de trabajo de este proyecto terminal se envió al Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Salud Pública (CEI-INSP), quien lo revisó y lo dictaminó como aprobado; según lo estipulado en el artículo 38, fracción I, incisos a y b de su reglamento interno⁴⁶ vigente era considerable exento de revisión, para ser aprobado. Se contó con la autorización del servicio de geriatría del INCMNSZ, sede del estudio, para la realización de las actividades del mismo. Una vez que el proyecto terminal fue aprobado por el CEI-INSP se procedió a su realización incluyendo la fase de entrevistas semiestructuradas, para las cuales se solicitó consentimiento informado por escrito (el formato del consentimiento se muestra en la sección de anexos).

El responsable de la investigación fue Waldo Iván Vieyra Romero, director del proyecto terminal.

La información se obtuvo garantizando la confidencialidad y la protección de los datos personales de quienes participaron en el proyecto. Las entrevistas semiestructuradas son resguardadas por el equipo de investigadores y se dispone de ellas de acuerdo a la normatividad vigente y a lo que estipuló el CEI-INSP.

RESULTADOS.

Estándares de competencia y equivalentes para cuidadores de personas mayores.

En la búsqueda de información se identificaron múltiples países que han producido estándares de competencia o equivalentes sobre funciones o tareas específicas relacionadas con el cuidado de personas mayores. Estos países son en orden alfabético: Alemania, Argentina, Australia, Chile, Colombia, España, Filipinas, Jamaica, México, Nueva Zelanda, Perú, Reino Unido, Trinidad y Tobago y Uruguay; de éstos únicamente de 12 fue posible obtener los estándares de competencia o equivalentes para su revisión.

En los 12 países considerados, los responsables de los estándares de competencia o equivalentes son instituciones gubernamentales relacionadas con educación, empleo o seguridad social.

Los estándares de competencia o equivalentes revisados están orientados a cuidadores informales y formales de personas mayores, ya sea en domicilio o en instituciones de cuidados de largo plazo.

En el cuadro I se muestran los estándares de competencia o equivalentes identificados, así como el país de origen y el año de su publicación.

En el repositorio de documentos del proyecto terminal, accesible a través del código QR que se muestra en la penúltima hoja de este escrito están cargados los documentos correspondientes a los estándares de competencia o equivalentes relacionados con cuidados de personas mayores que se identificaron.

Australia es el país que más estándares de competencia o equivalentes ha publicado, debido a que su sistema emplea el modelo de cualificaciones laborales integradas por múltiples unidades de competencia algunas de las cuales son genéricas o transversales para diversas cualificaciones.

Beneficios en salud para quienes cuidan de cursos de capacitación para cuidadores de personas mayores.

En la búsqueda de literatura sobre evidencias científicas de los beneficios en salud para los cuidadores de personas mayores de participar en cursos de capacitación, se encontraron múltiples investigaciones, sin embargo, debido a la gran heterogeneidad de diseños y métodos utilizados no fue posible la comparación objetiva o la elaboración de un resumen de resultados; por otro lado, también se encontró un predominio de estudios específicos relacionados con capacitación de cuidadores de personas mayores con demencia o con secuelas de enfermedad cerebrovascular. En el anexo 5 se muestran datos de las publicaciones encontradas de diversa índole relacionados con la capacitación de cuidadores de personas mayores. A continuación, se describen algunos ejemplos representativos de las publicaciones encontradas.

Brereton y coautores en 2007 publicaron una revisión narrativa de ensayos clínicos que hubieran determinado la eficacia de intervenciones para cuidadores de personas que habían tenido un accidente cerebrovascular; finalmente incluyeron 8 ensayos clínicos, con una muestra acumulada de 933 cuidadores; hubo una marcada heterogeneidad en cuanto a los contextos, las intervenciones y los resultados evaluados, así como una baja calidad de los estudios en general. Entre los resultados destaca que el entrenamiento de cuidadores redujo significativamente los puntajes de carga de quien cuida, de depresión y de ansiedad tanto a los 3 como a los 12 meses de la intervención; la educación de cuidadores más asesoría mejoraron significativamente los conocimientos sobre enfermedad cerebrovascular y el funcionamiento familiar a los 6 y 12 meses.⁴⁷

En 2011 investigadores de la Universidad Nacional de Colombia publicaron un estudio que mostró que un programa educativo de 6 sesiones grupales dirigido a cuidadores familiares mejoró puntajes de carga de quien cuida, mantuvo estable el funcionamiento familiar y no tuvo efectos benéficos sobre autopercepción del estado de salud y depresión.⁴⁸

El Centro de Recursos de Automanejo desarrolló un programa educativo para cuidadores llamado Building Better Caregivers, el cual fue evaluado como fase piloto en su versión en línea que tenía una duración de 6 semanas. En su fase piloto participaron 60 cuidadores de personas adultas con discapacidad cognitiva, en los resultados se observó mejoría en puntajes de carga de quien cuida, de depresión, de dolor, de estrés, de autoeficacia y de ejercicio físico.⁴⁹

En México recientemente se publicó un estudio observacional que evaluó la relación entre los estilos de afrontamiento en cuidadores de personas con secuelas de accidentes cerebrovasculares y problemas de salud mental. Se concluyó que el presentar un estilo de afrontamiento emocional negativo hacia la vida y hacia el paciente se correlaciona con ansiedad, depresión, carga y percepción de deterioro de salud; esta última también correlacionó con tener un estilo de afrontamiento evasivo hacia la vida. El contar con estilos de afrontamiento directo revalorativo o de apoyo social pueden indicar una adaptación saludable a la función de cuidar.⁵⁰

Con base a lo descrito y lo encontrado en la literatura aún es escaso el cuerpo de evidencias científicas que sustente los efectos benéficos de los cursos de capacitación para cuidadores de personas mayores, principalmente debido a la heterogeneidad en diseños y métodos hasta ahora empleados para evaluarlos.

Modelo de enseñanza de la escuela para cuidadores de personas mayores INCMNSZ.

El programa educativo vigente de la escuela para cuidadores de personas adultas mayores del INCMNSZ, comprende 20 sesiones presenciales semanales de 4 horas de duración, además de 15 horas adicionales de sesiones prácticas. Estas sesiones se llevan a cabo en un aula y son impartidas por diferentes profesores de múltiples disciplinas de salud de acuerdo a los temas específicos del plan de estudios. Las sesiones del curso-taller son conducidas libremente a criterio de cada profesor, en general comprenden la presentación de información con el apoyo de diapositivas y la interacción entre estudiantes y profesores a través de preguntas, respuestas y comentarios. Al inicio del curso-taller se realiza un examen diagnóstico cuya versión vigente consta de 20 preguntas abiertas; al término del curso-taller se realiza nuevamente un examen de 20 preguntas abiertas. Para acreditar el curso-taller se debe cumplir con el criterio de asistencia, aprobar el examen final, así como, realizar las tareas y las prácticas.

No se identificaron instrumentos de evaluación respecto a desempeños, productos y/o actitudes de los estudiantes del curso-taller, que permitieran determinar si se logró o no el desarrollo de las competencias sobre cuidados de personas mayores.

Al final del curso-taller a los estudiantes se les realiza una encuesta de percepción respecto a los temas del plan de estudio y a la manera en que se impartieron.

Barreras y expectativas de los directivos de la escuela para cuidadores de personas mayores INCMNSZ.

Se realizaron entrevistas semiestructuradas a las dos personas que dirigen el curso-taller de la escuela para cuidadores de personas mayores del INCMNSZ (la guía de tal entrevista se muestra en el anexo 2).

Respecto a las preguntas de respuesta cerrada, las dos personas entrevistadas coincidieron en que:

- La elaboración del programa educativo de su escuela si se basó en algún modelo educativo.
- Conocían el EC cuidado básico de la persona adulta mayor en domicilio del CONOCER.
- El curso-taller de la ECPM-INCMNSZ pudiera ayudar a sus estudiantes a lograr certificarse como cuidadores de personas mayores.
- Los estudiantes durante el curso-taller realizan prácticas donde demuestran lo aprendido; además de la evaluación de conocimientos.
- Se ha considerado medir los efectos que pudiera tener la capacitación de los cuidadores de personas mayores en relación a beneficios en su salud como sobrecarga, autoeficacia, calidad de vida u otros, pero aún no se realiza.
- Se ha considerado medir la calidad del programa educativo de su escuela, pero aún no se realiza.

Al analizar las respuestas a las preguntas abiertas (en el anexo 6 se muestra una nube de palabras de los transcritos de las entrevistas semiestructuradas) sobre la idea de crear una escuela para cuidadores personas mayores, su planeación y las dificultades para operarla resalta:

- Que la idea de crearla giró en torno a las necesidades expresadas por los familiares de las personas mayores que se hospitalizaban en el INCMNSZ, respecto a cómo cuidar de ellas una vez que regresarán a sus domicilios.
- Que el servicio de geriatría del INCMNSZ tiene más de 20 años de experiencia en la atención de salud de personas mayores a través de un equipo interdisciplinario, el cual daría el respaldo académico y docente al programa educativo de la ECPM-INCMNSZ.
- Que en la clínica de demencias del INCMNSZ creada hace más de 20 años la necesidad de capacitación de cuidadores siempre fue una necesidad tangible expresada por los familiares de las personas mayores que se atendían en ella.
- Que la vinculación del servicio de geriatría del INCMNSZ con instituciones de otros países, permitió la visita de quienes dirigen actualmente la ECPM-INCMNSZ a Francia para conocer de primera mano su modelo de capacitación y compartir su experiencia.

- Que en su planeación se elaboró una propuesta inicial de temario a partir de una encuesta que se realizó a parte del personal que labora en el servicio de geriatría del INCMNSZ.
- Que entre las dificultades para su operación estuvieron aspectos logísticos, la elección del día de la semana en que se realizan las actividades del curso-taller para minimizar los retrasos debido al tráfico vehicular, la continuidad de la colaboración de los profesores y las funciones administrativas.

Entre las expectativas de quienes actualmente dirigen la ECPM-INCMNSZ se contempla la consolidación de su modelo educativo como un medio para que cuidadores informales reciban un entrenamiento formal impartido por expertos en el ámbito de la atención de salud de personas mayores y que en un futuro dicho modelo pueda ser replicado en otros lugares del país.

Análisis del proceso de evaluación sumativa del programa educativo.

En la escuela para cuidadores de personas mayores del INCMNSZ la entrega de la constancia de aprobación del curso-taller se basa en el resultado de la evaluación sumativa. El proceso de la evaluación sumativa lo realiza la persona encargada de la coordinación de la ECPM-INCMNSZ (en el anexo 7 se muestra el diagrama de flujo del proceso de evaluación sumativa de estudiantes); durante el mismo se verifica el cumplimiento por parte de los estudiantes de varios criterios como son la asistencia a las sesiones del curso-taller, la justificación de inasistencias, la realización de las tareas, la realización de las prácticas y la evaluación final.

Para que a un estudiante se le realice la evaluación final debe haber: cumplido con al menos el 90% de asistencia a las sesiones del curso-taller (o en su caso justificado las inasistencias) y realizado la totalidad de las tareas y las prácticas del curso-taller. Si bien las tareas y las prácticas de los estudiantes se someten a evaluaciones formativas que incluyen retroalimentación, en ellas no se utilizan instrumentos que especifiquen criterios de evaluación con ponderación como podrían ser listas de cotejo y guías de observación.

La evaluación final consiste en un cuestionario de 20 preguntas abiertas que permiten determinar la adquisición de conocimientos, correspondientes a la dimensión cognitiva de la taxonomía de Bloom, la mayoría a nivel de conocimiento, algunas a nivel de comprensión y otras a nivel de aplicación; la calificación aprobatoria del examen final es de 8 o más.

Se elaboró una carta de especificaciones de calidad del proceso de evaluación sumativa de estudiantes de la escuela para cuidadores de personas mayores de INCMNSZ (se muestra en el anexo 8).

Cumplimiento de estándares de competencia sobre cuidadores de personas mayores.

El contenido que se imparte en el curso-taller de la ECPM-INCMNSZ comprende 31 temas, incluye 5 talleres de cuidados de personas mayores (toma de signos vitales, movilización de la persona mayor, prevención de úlceras por presión, manejo de inhaloterapia y traslado de personas mayores), y 15 horas de práctica en cuidados de rehabilitación y gericultura.

El temario del curso-taller de la ECPM-INCMNSZ incluye contenidos que no están considerados en los estándares de competencia EC0669 y EC0665. Lo anterior se muestra en el cuadro II.

Por otro lado, algunos puntos de los desempeños, los productos y los conocimientos que incluye el estándar de competencia EC0669 no se evidencian de forma explícita en el plan de estudios del curso-taller de la ECPM-INCMNSZ. Tales puntos se muestran en el cuadro III.

Además, algunos puntos de los desempeños, los productos y los conocimientos que incluye el estándar de competencia EC0665 no se observan de forma explícita en el plan de estudios del curso-taller de la ECPM-INCMNSZ; dichos puntos se muestran en el cuadro IV.

Con lo anterior se muestra que el curso-taller de la ECPM-INCMNSZ cubre parcialmente lo establecido en los estándares de competencias EC0669 y EC0665, aunque incluye también varios temas pertinentes no contemplados en éstos últimos.

Indicadores de calidad de la escuela para cuidadores de personas mayores.

Se elaboraron cinco propuestas de indicadores para medir la efectividad del curso-taller de la Escuela para cuidadores de personas mayores del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán en términos de lograr el desarrollo de competencias de cuidados de personas mayores en los estudiantes y de generar beneficios en salud para los cuidadores de personas mayores.

Las fichas técnicas de los indicadores de calidad elaborados se muestran en los cuadros V-IX. Los primeros tres indicadores de calidad están relacionados con la efectividad del curso-taller para lograr el desarrollo de competencias en cuidados de personas mayores; los últimos dos indicadores de calidad corresponden a la efectividad del curso-taller para generar beneficios en salud de los cuidadores de personas mayores, específicamente para mejorar su carga y su calidad de vida.

Plan de monitorización de calidad de la escuela para cuidadores de personas mayores.

A partir de los indicadores de calidad propuestos en la sección anterior, se diseñó un plan de monitorización de la calidad de la Escuela para cuidadores de personas mayores del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, con la intención de determinar su efectividad para desarrollar competencias de cuidado de personas mayores en sus egresados y para conseguir beneficios en salud de cuidadores de personas mayores. En el cuadro X se muestra el plan de monitorización de calidad que comprende los indicadores de calidad a monitorizar, la frecuencia de la monitorización, los mecanismos de recolección de datos y el método de monitorización a utilizar.

Cuadro I. Estándares de competencia o equivalentes identificados sobre cuidados de personas mayores.

País	Estándar de competencia o equivalente	Año
Argentina	Auxiliar en cuidados gerontológicos. Auxiliar de familia especializado en cuidados de adultos mayores.	2011 2008
Australia	Meet personal support needs. Provide home and community support services. Facilitate the empowerment of older people. Provide support to people living with dementia. Facilitate individual service planning and delivery. Support independence and wellbeing. Coordinate and monitor home based support. Recognise healthy body systems. Confirm physical health status. Follow basic food safety practices. Assist clients with medication. Administer and monitor medications. Provide or assist with oral hygiene.	2015 2015 2015 2015 2015 2015 2015 2015 2015 2015 2015
Chile	Cuidador/a primario/a. Cuidados primarios a personas en situación de dependencia y vulneración de derechos.	2017 2015
Colombia	Asistir actividades de la vida diaria según protocolos de salud. Administrar medicamentos según delegación y normativa de salud.	2015 2016
España	Atención sociosanitaria de personas en el domicilio. Atención sociosanitaria a personas dependientes en instituciones sociales.	2004 2007
Filipinas	Caregiving.	2007
Jamaica	Allied health geriatric caregiver.	2007
México	Cuidado básico de la persona adulta mayor en domicilio. Atención a personas adultas mayores en establecimientos de asistencia social.	2016 2015
Trinidad y Tobago	Care of the older adult.	2008
Nueva Zelanda	Care for the older person.	2008
Uruguay	Cuidados atención a la dependencia.	2016

Cuadro II. Contenido temático del curso-taller de la ECPM-INCMNSZ no incluido en los estándares de competencia EC0669 y EC0665 del CONOCER.

Biología del envejecimiento.

Envejecimiento y vejez en México: aspectos generales.

Vacunas en personas mayores.

Principales síndromes geriátricos: fragilidad.

Modelo de intervención: Centro de Día, Alzheimer México IAP.

Percepciones del cuidado de personas mayores.

Maltrato hacia las personas mayores.

Taller: recomendaciones de manejo de inhaloterapia en personas mayores.

Sexualidad en la vejez.

Cerrando círculos del cuidador.

Directrices anticipadas en personas mayores.

Cuidados paliativos en personas mayores.

Proveedores de servicios para personas mayores.

Ante lo inevitable: trámites funerarios.

Cuadro III. Puntos de los criterios de desempeños, productos y conocimientos del estándar de competencia EC0669 del CONOCER no explícitos en el plan de estudios del curso-taller de la ECPM-INCMNSZ.

Las características que debe incluir un plan de cuidados de la persona mayor.

Las características de un registro de datos de seguridad de la persona mayor.

Las características de un registro de datos clínicos de la persona mayor.

Las características de un registro de actividades ocupacionales de la persona mayor.

Conocimientos sobre redes de apoyo formal e informal.

El corte/cuidado de las uñas de las manos de la persona mayor.

Características de un registro de lo acontecido en el día con la persona mayor.

El corte/cuidado de las uñas de los pies de la persona mayor.

Respuesta ante una caída de la persona mayor.

Técnicas de mecánica corporal de quien cuida.

Asistencia en la ministración de medicamentos.

Características de un registro del control de salud de la persona mayor.

Respuesta ante alteraciones de la conducta de la persona mayor.

Cuadro IV. Puntos de los criterios de desempeños, productos y conocimientos del estándar de competencia EC0665 del CONOCER no explícitos en el plan de estudios del curso-taller de la ECPM-INCMNSZ.

Asistencia en el arreglo personal de la persona mayor.

Asistencia en el cambio del calzón o del pañal de la persona mayor.

Asistencia en la ministración de medicamentos.

Características de un registro de información sobre lo acontecido en la persona mayor.

Principios de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.

Conocimientos sobre el uso y el mantenimiento de las ayudas técnicas.

Conocimientos sobre la técnica de corte de uñas.

Respuesta ante que la persona mayor se ensucie o se moje la ropa.

Respuesta ante que la persona mayor presente una emergencia médica.

Respuesta ante que la persona mayor se extravíe.

Conocimientos sobre la importancia de las actividades lúdicas y sociales.

Respuesta ante alteraciones de la salud y la conducta de la persona mayor.

Asistencia en la ingesta de alimentos a la persona mayor con dependencia grave.

Conocimientos sobre el baño en cama.

Cuadro V. Ficha técnica de indicador de calidad de la ECPM-INCMNSZ sobre conocimientos de cuidados de personas mayores.

PROCESO. Evaluación de aprendizaje de conocimientos declarativos.			
1	NOMBRE DEL INDICADOR. Media de conocimientos sobre cuidados de personas mayores.	OBJETIVO DEL INDICADOR. Determinar el grado de adquisición de conocimientos sobre cuidados de personas mayores en domicilio y en establecimientos de asistencia social.	ENFOQUE. Resultado.
FÓRMULA DEL INDICADOR. <i>Media de calificaciones en de los examen de conocimientos</i> = $\frac{\text{Suma de puntuaciones en los exámenes de conocimientos de estudiantes}}{\text{Número de estudiantes}}$			ATRIBUTO. Efectividad.
DESCRIPCIÓN DE LOS TÉRMINOS DE LA FÓRMULA. El examen final de conocimientos se refiere al cuestionario que se aplica a estudiantes que concluyen el curso-taller y trata sobre los conocimientos contemplados en los estándares de competencia EC0669 cuidado básico del adulto mayor en domicilio y EC0665 atención a personas adultas mayores en establecimientos de asistencia social permanente/temporal.			TIPO DE MUESTRA. Ninguna, se realizará a la totalidad de estudiantes que terminen el curso-taller.
			ESTÁNDAR DE DESEMPEÑO. 80%
ORIGEN DEL INDICADOR. Se elaboró a partir de los descrito en los estándares de competencia EC0669 cuidado básico de la persona mayor en domicilio y EC0665 atención a personas adultas mayores en establecimientos de asistencia social permanente/temporal del Sistema Nacional de Competencias, considerando únicamente los conocimientos y los glosarios que contemplan en los elementos de sus perfiles de competencia.			CRITERIOS DE ESTRATIFICACIÓN Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS. Gráfico lineal de todas las generaciones de estudiantes del curso-taller.
ACTIVIDADES. Elaboración de examen final de conocimientos, aplicación del examen final de conocimientos a estudiantes al concluir el curso-taller; calificar los exámenes, capturar las puntuaciones de los exámenes finales en la base de datos, calcular la media de las mismas y elaborar el informe de resultados del examen final de conocimientos del curso-taller.	PERIODICIDAD. Al finalizar el curso-taller.	RESPONSABLE. Coordinadora de la escuela para cuidadores de personas mayores.	VALIDACIÓN Y ANÁLISIS. Los directivos de la escuela para cuidadores de personas mayores revisarán los informes de resultados de los exámenes de conocimientos de cada generación de estudiantes.

Cuadro VI. Ficha técnica de indicador de calidad de la ECPM-INCMNSZ sobre certificación de egresados en el estándar de competencia de cuidado básico del adulto mayor en domicilio.

PROCESO. Medición del logro de certificación en la competencia de cuidados de personas mayores en domicilio.			
2	NOMBRE DEL INDICADOR. Porcentaje de egresados con certificación en el estándar de competencia de cuidados básicos de personas mayores en domicilio.	OBJETIVO DEL INDICADOR. Determinar si el curso-taller contribuye a que sus estudiantes se certifiquen en el estándar de competencia E0669 cuidado básico del adulto mayor en domicilio del Sistema Nacional de Competencias.	ENFOQUE. Resultado.
FÓRMULA DEL INDICADOR. $\% \text{ de egresados con certificación en el EC066} = \frac{\text{Número de egresados certificados en el EC0669}}{\text{Número de egresados que se someten al proceso de evaluación con fines de certificación en el EC0669}} \times 100$		ATRIBUTO. Efectividad.	ÁREA. Escuela para cuidadores de personas mayores.
DESCRIPCIÓN DE LOS TÉRMINOS DE LA FÓRMULA. El número de egresados certificados en el EC0669 cuidado básico del adulto mayor en domicilio al año de haber terminado el curso-taller, al año de haber terminado el curso-taller. Número de egresados de la escuela para cuidadores de personas mayores que se someten al proceso de evaluación con fines de certificación en el EC0669 cuidado básico del adulto mayor en domicilio, al año de haber terminado el curso-taller.		FUENTES DE DATOS. Base de datos del Registro Nacional de Personas con Competencias Certificadas y archivos de las generaciones de estudiantes egresados de la escuela para cuidadores de personas mayores.	TIPO DE MUESTRA. Ninguna, se realizará a la totalidad de estudiantes que terminen el curso-taller y que se sometan al proceso de evaluación con fines de certificación en el EC0669 cuidado básico del adulto mayor en domicilio.
		INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN. Base de datos diseñada deliberadamente para capturar la información sobre estudiantes egresados y personas con competencias certificadas.	ESTÁNDAR DE DESEMPEÑO. Incremento progresivo hasta llegar al 100%.
ORIGEN DEL INDICADOR. Iniciativa de reforma de la Ley de los derechos humanos de las personas adultas mayores.		CRITERIOS DE ESTRATIFICACIÓN Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS. Grafico lineal de las proporciones de egresados de la escuela a 1 año de la conclusión del curso-taller.	
ACTIVIDADES. Elaborar una base de datos sobre egresados de la escuela para personas mayores (incluyendo la clave única de registro de población, CURP), determinar al año de haber concluido el curso-taller quienes se han certificado en el estándar de competencia EC0669 haciendo una búsqueda en el Registro Nacional de Personas con Competencias Certificadas del Consejo Nacional de Normalización y Certificación de Competencias Laborales.	PERIODICIDAD. Anual.	RESPONSABLE. Coordinadora de la escuela para cuidadores de personas mayores.	VALIDACIÓN Y ANÁLISIS. Los directivos de la escuela para cuidadores de personas mayores revisarán los informes de egresados de la escuela y de personas con competencias certificadas en el EC0669.

Cuadro VII. Ficha técnica de indicador de calidad de la ECPM-INCMNSZ sobre certificación de egresados en el estándar de competencia de cuidado de personas mayores en establecimientos de asistencia social.

PROCESO. Medición del logro de certificación en la competencia de cuidados de personas mayores en establecimientos de asistencia social.			
3	NOMBRE DEL INDICADOR. Porcentaje de egresados con certificación en el estándar de competencia de cuidados de personas mayores en establecimientos de asistencia social.	OBJETIVO DEL INDICADOR. Determinar si el curso-taller contribuye a que sus estudiantes se certifiquen en el estándar de competencia E0665 atención a personas adultas mayores en establecimientos de asistencia social permanente/temporal.	ENFOQUE. Resultado.
FÓRMULA DEL INDICADOR. $\% \text{ de egresados con certificación en el EC0665} = \frac{\text{Número de egresados certificados en el EC0665}}{\text{Número de egresados que se sometieron al proceso de evaluación con fines de certificación en el EC0665}} \times 100$			ATRIBUTO. Efectividad.
			ÁREA. Escuela para cuidadores de personas mayores.
DESCRIPCIÓN DE LOS TÉRMINOS DE LA FÓRMULA. El número de egresados certificados en el EC0665 atención de personas adultas mayores en establecimientos de asistencia social permanente/temporal, que aparecen en el Registro Nacional de Personas con Competencias Certificadas, al año de haber terminado el curso-taller. Número de egresados de la escuela para cuidadores de personas mayores que se someten al proceso de evaluación con fines de certificación en el EC0665 atención de personas adultas mayores en establecimientos de asistencia social permanente/temporal, al año de haber terminado el curso-taller.		FUENTES DE DATOS. Base de datos del Registro Nacional de Personas con Competencias Certificadas archivos de las generaciones de estudiantes egresados de la escuela para cuidadores de personas mayores.	TIPO DE MUESTRA. Ninguna, se realizará a la totalidad de estudiantes que terminen el curso-taller y que se sometan al proceso de evaluación con fines de certificación en el EC0665 atención de personas mayores en establecimientos de asistencia social permanente/temporal.
		INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN. Base de datos diseñada deliberadamente para capturar la información sobre carga de cuidadores de personas mayores de estudiantes.	ESTÁNDAR DE DESEMPEÑO. Incremento progresivo hasta llegar al 100%.
ORIGEN DEL INDICADOR. Iniciativa de reforma de la Ley de los derechos humanos de las personas adultas mayores.		CRITERIOS DE ESTRATIFICACIÓN Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS. Grafico lineal de las proporciones de egresados de la escuela a 1 año de la conclusión del curso-taller.	
ACTIVIDADES. Elaborar una base de datos sobre egresados de la escuela para personas mayores (incluyendo la clave única de registro de población, CURP), determinar al año de haber concluido el curso-taller quienes se han certificado en el estándar de competencia EC0665 haciendo una búsqueda en el Registro Nacional de Personas con Competencias Certificadas del Consejo Nacional de Normalización y Certificación de Competencias Laborales.	PERIODICIDAD. Anual.	RESPONSABLE. Coordinadora de la escuela para cuidadores de personas mayores.	VALIDACIÓN Y ANÁLISIS. Los directivos de la escuela para cuidadores de personas mayores revisarán los informes de egresados de la escuela y de personas con competencias certificadas en el EC0665.

Cuadro VIII. Ficha técnica de indicador de calidad de la ECPM-INCMNSZ sobre cambio en la carga de cuidadores de personas mayores.

PROCESO. Medición de carga de cuidadores de personas mayores.			
4	NOMBRE DEL INDICADOR. Cambio de la carga de cuidadores de personas mayores antes y después del curso-taller.	OBJETIVO DEL INDICADOR. Determinar si el curso-taller contribuye a que en sus estudiantes mejoren los puntajes de carga de cuidadores de personas mayores.	ENFOQUE. Resultado.
FÓRMULA DEL INDICADOR. $\text{Cambio de la carga de cuidadores de personas mayores} = \text{Media de puntaje de carga de cuidadores de personas mayores antes del curso} - \text{Media de puntaje de carga de cuidadores de personas mayores después del curso}$			ATRIBUTO. Efectividad.
			ÁREA. Escuela para cuidadores de personas mayores.
DESCRIPCIÓN DE LOS TÉRMINOS DE LA FÓRMULA. Las medias de puntajes de carga de cuidadores de personas mayores se obtienen antes y después del curso-taller a estudiantes que cuenten con al menos 3 meses continuos de servicio como cuidadores de personas mayores y que sigan ejerciendo dicha función al término del curso-taller. Sobre el puntaje de la entrevista de Zarit sobre carga de cuidadores de personas mayores no existen valores de corte validados, el instrumento tiene un rango de puntuación de 0 a 88, mientras más alta indica mayor grado de carga. Un número positivo en el cambio de la carga de cuidadores de personas mayores indica mejora en el puntaje antes y después del curso-taller.		FUENTES DE DATOS. Registro de aspirantes al curso-taller y resultados de las entrevistas de Zarit sobre carga de cuidadores de personas mayores realizadas antes y después del curso-taller.	TIPO DE MUESTRA. Ninguna, se realizará a la totalidad de estudiantes que al momento de iniciar el curso-taller cuenten con al menos 3 meses continuos de servicio como cuidadores de personas mayores y que sigan ejerciendo dicha función al término del curso-taller.
		INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN. Formato de la entrevista de Zarit sobre carga de cuidadores de personas mayores y base de datos diseñada deliberadamente para capturar la información sobre carga de cuidadores de personas mayores.	ESTÁNDAR DE DESEMPEÑO. Un número positivo.
ORIGEN DEL INDICADOR. Alpuche-Ramírez VJ, Ramos-del-Río B, Rojas-Russell ME, et ál. Validez de la entrevista de carga de Zarit en una muestra de cuidadores primarios informales. Psicol Salud. 2008 Jul-Dic;18(2);237.		CRITERIOS DE ESTRATIFICACIÓN Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS. Gráfico lineal de los cambios en la carga de cuidadores de personas mayores de egresados de la escuela.	
ACTIVIDADES. Identificar a los aspirantes que busquen participar en el curso-taller que cuenten con al menos 3 meses continuo de servicio como cuidadores de personas mayores y realizarles la entrevista de Zarit de carga de cuidadores de personas mayores antes de iniciar el curso-taller. Determinar de los estudiantes que se les realizó la entrevista de Zarit inicial, quienes siguen dando servicio como cuidadores de personas mayores al terminar el curso-taller y realizarles nuevamente la entrevista Zarit para obtener datos comparativos.	PERIODICIDAD. Al finalizar el curso-taller.	RESPONSABLE. Coordinadora de la escuela para cuidadores de personas mayores.	VALIDACIÓN Y ANÁLISIS. Los directivos de la escuela para cuidadores de personas mayores revisarán los informes de egresados sobre los resultados de los puntajes de carga de cuidadores de personas mayores.

Cuadro IX. Ficha técnica de indicador de calidad de la ECPM-INCMNSZ sobre cambio en la calidad de vida de cuidadores de personas mayores.

PROCESO. Medición de la calidad de vida de cuidadores de personas mayores.			
5	NOMBRE DEL INDICADOR. Cambio de la calidad de vida de cuidadores de personas mayores antes y después del curso-taller.	OBJETIVO DEL INDICADOR. Determinar si el curso-taller contribuye a que en sus estudiantes mejoren los puntajes de calidad de vida como cuidadores de personas mayores.	ENFOQUE. Resultado.
FÓRMULA DEL INDICADOR. $\text{Cambio de la calidad de vida de cuidadores de personas mayores} = \frac{\text{Media de puntaje de calidad de vida de cuidadores de personas mayores antes del curso}}{\text{Media de puntaje de calidad de vida de cuidadores de personas mayores después del curso}}$			ATRIBUTO. Efectividad.
			ÁREA. Escuela para cuidadores de personas mayores.
DESCRIPCIÓN DE LOS TÉRMINOS DE LA FÓRMULA. Las medias de puntajes de carga de cuidadores de personas mayores se obtienen antes y después del curso-taller a estudiantes que cuenten con al menos 3 meses continuos de servicio como cuidadores de personas mayores y que sigan ejerciendo dicha función al término del curso-taller. Sobre el puntaje de la encuesta SF-36 sobre carga de cuidadores de personas mayores no existen valores de corte validados, el instrumento tiene un rango de puntuación de 0 a 88, mientras más alta indica mayor grado de carga. Un número positivo en el cambio de la carga de cuidadores de personas mayores indica mejora en el puntaje antes y después del curso-taller.		FUENTES DE DATOS. Registro de aspirantes al curso-taller y resultados de las encuestas SF-36 realizadas antes y después del curso-taller.	TIPO DE MUESTRA. Ninguna, se realizará a la totalidad de estudiantes que al momento de iniciar el curso-taller cuenten con al menos 3 meses continuos de servicio como cuidadores de personas mayores y que sigan ejerciendo dicha función al término del curso-taller.
		INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN. Formato de la encuesta SF-36 y base de datos diseñada deliberadamente para capturar la información sobre carga de cuidadores de personas mayores.	ESTÁNDAR DE DESEMPEÑO. Un número positivo.
ORIGEN DEL INDICADOR. Durán-Arenas L, Gallegos-Carrillo K, Salinas-Escudero G, et ál. Hacia una base normativa mexicana en la medición de calidad de vida relacionada con la salud, mediante el Formato Corto 36. Salud Publica Mex. 2004; 46: 306.		CRITERIOS DE ESTRATIFICACIÓN Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS. Grafico lineal de los cambios en la calidad de vida de egresados de la escuela.	
ACTIVIDADES. Identificar a los aspirantes que busquen participar en el curso-taller que cuenten con al menos 3 meses continuo de servicio como cuidadores de personas mayores y realizarles la encuesta SF-36 antes de iniciar el curso-taller. Determinar de los estudiantes que se les realizo la encuesta SF-36 inicial, quienes siguen dando servicio como cuidadores de personas mayores al terminar el curso-taller y realizarles nuevamente la encuesta SF-36 para obtener datos comparativos.	PERIODICIDAD. Al finalizar el curso-taller.	RESPONSABLE. Coordinadora de la escuela para cuidadores de personas mayores.	VALIDACIÓN Y ANÁLISIS. Los directivos de la escuela para cuidadores de personas mayores revisarán los informes de egresados sobre los resultados de los puntajes de calidad de vida.

Cuadro X. Propuesta de plan de monitorización de la calidad de la ECPM-INCMNSZ.

Monitorización	Características
Indicador: media de conocimientos sobre cuidados de personas mayores.	<p>Frecuencia: rutinaria al finalizar el curso-taller cada generación de egresados.</p> <p>Mecanismo de recolección de datos: exámenes finales de conocimientos de egresados.</p> <p>Método de monitorización: inspección de la calidad.</p>
Indicador: certificación de egresados en el EC0669.	<p>Frecuencia: anual, de estudiante por estudiante, después de un año de haber concluido y aprobado satisfactoriamente el curso-taller.</p> <p>Mecanismo de recolección de datos: consulta y recopilación de información de la base de datos del Registro Nacional de Personas Certificadas en Estándares de Competencia del Consejo Nacional de Normalización y Certificación de Competencias Laborales.</p> <p>Método de monitorización: control de procesos.</p>
Indicador: certificación de egresados en el EC0665.	<p>Frecuencia: anual, de estudiante por estudiante, después de un año de haber concluido y aprobado satisfactoriamente el curso-taller.</p> <p>Mecanismo de recolección de datos: consulta y recopilación de información de la base de datos del Registro Nacional de Personas Certificadas en Estándares de Competencia del Consejo Nacional de Normalización y Certificación de Competencias Laborales.</p> <p>Método de monitorización: control de procesos.</p>
Indicador: cambio en la carga de quien cuida antes y después del curso-taller.	<p>Frecuencia: rutinaria al finalizar el curso-taller a los egresados quienes ya realizan actividades como cuidadores de personas mayores desde antes de iniciar el curso-taller.</p> <p>Mecanismo de recolección de datos: realización de la entrevista de carga de cuidadores de Zarit (versión validada en población mexicana) antes y después del curso-taller a una muestra aleatoria de estudiantes que sean cuidadores de personas mayores antes del inicio, durante y al finalizar el curso-taller.</p> <p>Método de monitorización: control de procesos.</p>
Indicador: cambio en la calidad de vida de quien cuida antes y después del curso-taller.	<p>Frecuencia: rutinaria al finalizar el curso-taller a los egresados quienes ya realizan actividades como cuidadores de personas mayores desde antes de iniciar el curso-taller.</p> <p>Mecanismo de recolección de datos: realización de la encuesta de calidad de vida SF-36 (versión validada en población mexicana) antes y después del curso-taller a una muestra aleatoria de estudiantes que sean cuidadores de personas mayores antes del inicio, durante y al finalizar el curso-taller.</p> <p>Método de monitorización: control de procesos.</p>

DISCUSIÓN.

Las guías de atención integrada de personas mayores de la OMS recientemente publicadas, que forman parte de las acciones contempladas en la estrategia y plan de acción mundiales sobre envejecimiento y salud 2016-2020,⁴⁴ incluyen un apartado que resalta la importancia de implementar intervenciones de índole psicosocial o educativo y de otro tipo que den soporte a cuidadores de personas mayores con el objeto de prevenir estrés o sobrecarga, reconociendo que la calidad de las evidencias científicas que sustentan tal recomendación es moderada.⁵¹

Las actividades de educación continua en salud dirigidas a cuidadores de personas mayores se han incrementado en México en los últimos años, sin embargo, la calidad de tales programas educativos no se mide ni evalúa de manera sistemática, para conocer al menos su efectividad para generar competencias de cuidados de personas mayores en quienes los cursan. En circunstancias ideales sería necesario también evaluar los resultados de la educación continua en términos de mejoría en salud de quienes reciben cuidados por parte de cuidadores que han cursado tales programas educativos.

La heterogeneidad marcada en los diseños y en los métodos utilizados en estudios que evalúan los efectos de intervenciones educativas para cuidadores de personas con dependencia, adultas o mayores o con enfermedades específicas como demencia, enfermedad cerebrovascular o en distintos contextos ha dificultado la recopilación de datos para hacer revisiones sistemáticas o meta-análisis que permitan determinar con mayor certeza su eficacia para modificar desenlaces relacionados con la salud de quienes cuidan o de las personas que reciben los cuidados.

Dada la multiplicidad y la diversidad de aspectos que contextualizan la provisión de cuidados a personas mayores con dependencia se ve compleja la tarea de homologar y consensuar diseños y métodos para hacer investigación en este ámbito, podría ser útil considerar el uso de métodos mixtos de investigación. Parece más práctica la implementación de sistemas de gestión de calidad que permitan la monitorización, la evaluación y la mejora continua de la calidad de escuelas para cuidadores de personas mayores, a través del uso de metodologías flexibles que den apertura a las potenciales características cambiantes de cada contexto en el que se otorgan los cuidados de personas mayores, pero con base en estándares de competencia pertinentes.

CONCLUSIONES.

De acuerdo a las estadísticas demográficas del CONAPO y los datos sobre discapacidad de la ENSANUT 2012 y otros estudios epidemiológicos de personas mayores, el envejecimiento poblacional de México está asociado a varios desafíos entre los cuales el incremento de personas mayores con discapacidad y necesidad de cuidados representa uno de los más importantes debido al escaso desarrollo de instituciones formales de cuidados de largo plazo, llevando a que actualmente la provisión de cuidados a esta población recaiga principalmente en cuidadores informales que en su mayoría carecen de competencias específicas para ejercer las funciones de cuidados.

En los últimos años ha aumentado la oferta en México de programas educativos sobre cuidados de personas mayores tanto en el ámbito público como privado, en instituciones de salud como de asistencia social; sin embargo, se desconoce en gran medida el impacto que tales esfuerzos docentes han tenido en términos de efectividad para generar las competencias de cuidados, así como de efectos benéficos en salud tanto para los cuidadores como para las personas mayores que reciben los cuidados.

La Escuela para cuidadores de personas mayores del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán que inicio actividades en 2015 es un ejemplo de tales programas educativos, que surgió a partir de la solicitud y la expresión de las necesidades de familiares y cuidadores de personas mayores que se atendían en ese Instituto Nacional de Salud. A la fecha ha formado a tres generaciones en la Escuela para cuidadores de personas mayores; su programa educativo está en constante actualización y mejora continua. El proceso de evaluación sumativa que se utiliza actualmente en la ECPM-INCMNSZ solo califica con instrumentos de evaluación con ponderaciones objetivas al componente de conocimientos de las competencias, dejando en segundo término los componentes de desempeños, productos y actitudes, cuya integración en la evaluación a través del uso de guías de observación y de listas de cotejo permitiría determinar con mayor certeza si el curso-taller realmente cumple su objetivo de generar competencias de cuidados de personas mayores en los estudiantes del mismo. En este momento en el curso-taller de la ECPM-INCMNSZ no se realizan de manera sistemática mediciones ni obtenciones de datos que se relacionan con el estado de salud de quienes cuidan como sobrecarga, autoeficacia, calidad de vida entre otras variables considerables, por lo cual no es posible determinar el efecto de la capacitación sobre las mismas.

La incorporación de un plan de monitorización de la calidad de la ECPM-INCMNSZ en términos de su efectividad para el desarrollo de competencias de cuidados y de beneficios en salud para sus estudiantes, implica una transformación de su modelo educativo, su planeación y su operación instruccional en la cual se da mayor importancia a la evaluación de los componentes de desempeños, productos y actitudes además de los conocimientos que se contemplan en los estándares de competencia EC0669 y EC0665 relacionados con cuidados de personas mayores tanto en domicilio como en establecimientos de asistencia social.

RECOMENDACIONES.

Para la mejora continua de la calidad de la escuela para cuidadores de personas mayores del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán se hacen las siguientes recomendaciones:

1. Quienes dirigen la escuela y la mayoría de su personal docente deben estar capacitados en y aprobar los siguientes cursos a distancia del Centro Virtual del Conocimiento del CONOCER: diseño de cursos basados en estándares de competencia; y elaboración de instrumentos de evaluación de competencias. Ambos cursos están disponibles en la siguiente dirección de internet, se requiere previa apertura de cuenta, la cual es gratuita: <http://cvc.conocer.gob.mx/moodle/>.
2. Al menos el personal que dirige la escuela e idealmente su personal docente deben estar capacitados y certificados en algunos de los siguientes estándares de competencia: EC0217 Impartición de cursos de formación de capital humano de manera presencial grupal; EC0301 Diseño de cursos de formación del capital humano de manera presencial grupal, sus instrumentos de evaluación y manuales de curso; EC0447 Desarrollo de prácticas de aprendizaje por competencias; EC0772 Evaluación del aprendizaje con enfoque en competencias profesionales; y EC0454 Ejecución de cursos con el enfoque de competencias.

Las dos anteriores recomendaciones pretenden contribuir a la transformación del programa educativo del curso-taller, para lograr su completa orientación por competencias, incluyendo la elaboración de objetivos generales, particulares y específicos de aprendizaje, la planeación de las actividades de aprendizaje a través del uso las técnicas instruccionales más convenientes, la elaboración de una carta descriptiva o guía didáctica pormenorizada y de instrumentos de evaluación de competencias (cuestionarios, guías de observación, listas de cotejo) que permitan determinar el cumplimiento de los objetivos de aprendizaje.

3. Los directivos de la escuela, una vez que se haya realizado la transformación a competencias del programa educativo del curso-taller, y al menos una persona de su plantilla docente deberá certificarse en el estándar de competencia EC0217 y acreditarse por la Entidad de Certificación y Evaluación autorizada por el Comité de Gestión por Competencias de la Asistencia Social, para solicitar su acreditación e incorporación al Registro Nacional de Cursos de Capacitación basados en Estándares de Competencia.

4. Que de los estudiantes que recién se hayan inscrito al curso-taller y que actualmente laboran como cuidadores, se obtenga información relacionada con su salud con mediciones de carga o sobrecarga, autoeficacia, calidad de vida, entre otras; lo anterior con la finalidad de determinar al finalizar el curso-taller los efectos de mismo sobre tales parámetros, e incluso 6 meses o 1 año después de haberlo concluido.
5. Que de las personas mayores que reciben o han recibido cuidados de por parte de estudiantes que vayan a comenzar el curso-taller, se obtenga información a través de métodos mixtos de investigación (cuestionarios, encuestas, entrevistas y/o grupos focales), previo consentimiento sobre su funcionamiento, calidad de vida, control de síntomas, utilización de servicios de salud, satisfacción de los cuidados recibidos, entre otros datos; lo anterior con el propósito de evaluar el efecto del curso-taller sobre aspectos relacionados con la salud y la percepción de las personas mayores que reciben cuidados por quienes hayan egresado de la escuela para cuidadores de personas mayores del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.
6. Que quienes dirigen la escuela, consideren realizar de manera periódica entrevistas semiestructuradas y/o grupos focales a cuidadores de personas mayores, donde se incluyan aspectos como las necesidades de cuidados de las personas mayores que cuidan, los cuidados que brindan, las horas que ello les implica, si viven con las personas mayores que cuidan, el tiempo que llevan ocupándose como cuidadores, los síntomas y los comportamientos que resultan más desafiantes de atender, sugerencias de temas a incluir en programas educativos dirigidos a cuidadores, entre otros puntos; lo anterior con la intención de determinar si el curso-taller realmente está centrado en los estudiantes (cuidadores) o si resultaría pertinente la creación de cursos-talleres específicos adicionales de menor duración sobre temas que afectan a grupos particulares de personas mayores y sus cuidadores.
7. Que quienes dirigen la escuela, implementen un sistema de gestión de la calidad, incluyendo la monitorización de la calidad, la evaluación de la calidad y los ciclos de mejora de la calidad; con el propósito de garantizar la mayor calidad posible en los servicios que su escuela otorga.
8. Que quienes dirigen la escuela, valoren la utilidad de participar por el Premio Nacional de Calidad del Modelo Nacional para la Competitividad.
9. Que quienes dirigen la escuela, consideren la posibilidad de crear una alternativa semi-presencial tutorizada del su curso-taller, en la cual los contenidos teóricos pudieran ser revisados a distancia y los talleres y las prácticas realizarse de manera presencial; lo anterior podría ayudar a disminuir las horas presenciales y facilitar que más estudiantes que usan y

tienen acceso a internet se inscriban a este programa educativo para mejorar sus competencias como cuidadores.

10. Que quienes dirigen la escuela y sus docentes, valoren la pertinencia de elaborar un manual impreso y/o audiovisual para cuidadores de personas mayores, que sirviera como material de apoyo para estudiantes o egresados del curso-taller.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO.

Entre las principales limitaciones están que este estudio se llevó a cabo en solo una escuela para cuidadores de personas mayores por lo cual los resultados obtenidos, las recomendaciones sugeridas y el plan de monitorización de calidad propuesto pudieran no ser aplicables a otras escuelas para cuidadores de personas mayores, aunque quizá sirvan como idea general.

Otra limitación importante es que en este estudio no se realizaron encuestas ni entrevistas a estudiantes de la escuela para cuidadores de personas mayores lo cual impidió obtener información acerca de las expectativas y las necesidades de aprendizajes percibidas por quienes realizan o realizarán el rol de cuidadores de personas mayores.

Este estudio tampoco consideró la obtención de información sobre personas mayores que reciben o han recibido cuidados por parte de estudiantes egresados de la escuela para cuidadores de personas mayores, lo cual permitiría determinar el alcance de los niveles avanzados dentro de la evaluación de resultados de la educación continua en salud que tienen que ver con la modificación de desenlaces de salud en personas atendidas por quienes han cursado programas educativos que buscan generar competencias relacionadas con la atención de la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Cárdenas-Varela CL, González-González C, Lara-Dávila H. Numeralia de los adultos mayores en México. 2012. [internet]. Consultada 20/diciembre/2016. Disponible en: http://bvs.insp.mx/articulos/8/numeralia_envejecimiento_2012.pdf
2. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta Intercensal 2015. Tabulados básicos [internet]. Consultada 20/diciembre/2016. Disponible en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/tabuladosbasicos/default.aspx?c=33725&s=est>
3. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a propósito del día mundial de la población [internet]. 10 de julio de 2017. Consultada 15/julio/2017. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/poblacion2017_Nal.pdf
4. Consejo Nacional de Población. Dinámica demográfica 1990-2010 y proyecciones de población 2010-2030. México. 2014. [internet]. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Proyecciones/Cuadernos/15_Cuadernillo_Mexico.pdf
5. Sosa-Tinoco E. Apoyo de la familia en el paciente adulto mayor. En: Reséndiz-García M, *et ál.* Apnea obstructiva del sueño. Guía práctica para el médico general, el paciente y sus familiares. Editorial Trillas. México. 2016.
6. Giraldo-Rodríguez L. Estereotipos y discriminación a las personas adultas mayores. En: Gutiérrez-Robledo LM, *et al.* Realidades y expectativas frente a la nueva vejez. Encuesta Nacional de Envejecimiento. Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales. Instituto de Investigaciones Jurídicas. Universidad Nacional Autónoma de México. 2015. [internet]. Disponible en: <http://www.losmexicanos.unam.mx/envejecimiento/libro/index.html>
7. Gutiérrez-Robledo LM, *et ál.* Discapacidad y dependencia en adultos mayores mexicanos: un curso sano para una vejez plena [internet]. Creado 15/noviembre/2012. Consultada 20/diciembre/2016. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/DiscapacidAdultMayor.pdf>
8. Manrique-Espinoza B, *et ál.* Condiciones de salud y estado funcional de los adultos mayores en México. Salud Publica Mex. 2013;55 Suppl 2:S323. Disponible en: <http://bvs.insp.mx/rsp/files/File/2013/vol%2055%20supl%20No%202/30salud.pdf>
9. Gutiérrez-Robledo LM, *et ál.* Envejecimiento y dependencia. Realidades y previsión para los próximos años. Documentos de postura. Academia Nacional de Medicina. Colección de aniversario 150 años. Intersistemas SA de CV. México. 2014. Disponible en: www.anmm.org.mx/publicaciones/CANivANM150/L11-Envejecimiento-y-dependencia.pdf
10. Montes de Oca V. Las personas adultas mayores y sus apoyos informales. DemoS. 2002; 15: 34. Disponible en: <http://www.ejournal.unam.mx/dms/no14/DMS01416.pdf>
11. Gómez-Dantés H, García-Peña MC, Sánchez-García S, *et ál.* Escenarios de la dependencia en México. En: Gutiérrez-Robledo LM, *et ál.* Envejecimiento y dependencia. Realidades y previsión para los próximos años. Documentos de postura. Academia Nacional de Medicina. Colección de aniversario 150 años. Intersistemas SA de CV. México. 2014. Disponible en: www.anmm.org.mx/publicaciones/CANivANM150/L11-Envejecimiento-y-dependencia.pdf
12. Instituto Nacional de las Mujeres. El trabajo de cuidados ¿responsabilidad compartida? México. Diciembre 2013 [internet]. Creado 8/enero/2014. Consulta 20/diciembre/2016. Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101231.pdf
13. López-Ortega M y Jiménez-Bolón JE. Dependencia y cuidados de largo plazo. En: Gutiérrez-Robledo LM, *et ál.* Envejecimiento y dependencia. Realidades y previsión para los próximos años. Documentos de postura. Academia Nacional de Medicina. Colección de aniversario 150 años. Intersistemas SA de CV. México. 2014. Disponible en: www.anmm.org.mx/publicaciones/CANivANM150/L11-Envejecimiento-y-dependencia.pdf

14. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores [internet]. Consultada 20/diciembre/2016. Actualizado 26 febrero 2016. Disponible en: <http://www.gob.mx/inapam/acciones-y-programas/albergues-y-residencias-diurnas-inapam>
15. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia [internet]. Consultado 20/diciembre/2016. Disponible en: <http://sn.dif.gob.mx/servicios/>
16. Rodríguez-Dorantes C. Conferencia: Participación de las organizaciones de la sociedad civil en la atención de personas adultas mayores. En el seminario-taller: Sistemas de apoyo formal e informal para personas adultas mayores en México y Estados Unidos en el contexto de las reformas en salud y seguridad social. 17 y 18 septiembre 2015. Ciudad de México [internet]. Disponible en: http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/investigacion/Ponencias_USC_2015/04_RODRIGUEZ_DORANTES_PAM.pdf
17. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Censo de Alojamientos de Asistencia Social. 2015. [internet]. Creado 11/abril/2016. Consultada 20/diciembre/2016. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/otras/alojamiento/2015/doc/caas_resultados.pdf
18. Gutiérrez-Robledo LM, Reyes-Ortega G, Rocabado-Quevedo F, *et ál.* Evaluación de instituciones de cuidados prolongados para ancianos en el Distrito Federal. Una visión crítica. *Salud Publica Mex* 1996;38:487. Disponible en: http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/1996/num_6/evalua.pdf
19. Mayston R, Guerra M, Huang Y, *et ál.* Exploring the economic and social effects of care dependence in later life: protocol for the 10/66 research group INDEP study. *Springerplus*. 2014 Jul 28;3:379. Disponible en: <https://springerplus.springeropen.com/track/pdf/10.1186/2193-1801-3-379?site=springerplus.springeropen.com>
20. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Instituto Nacional de las Mujeres. Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo 2009. Metodología y tabulados básicos [internet]. México. 2012. Disponible en: http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/encuestas/especiales/enut/2009/ENUT_2009_MTB.pdf
21. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Instituto Nacional de las Mujeres. Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo 2014. Tabulados básicos [internet]. Descargados 20/diciembre/2016. México. Disponible en: http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/proyectos/enchogares/especiales/enut/2014/tabulados/enut_2014_tabulados_basicos_xls.zip
22. Schulz R, Beach SR. Caregiving as a risk factor for mortality: the Caregiver Health Effects Study. *JAMA*. 1999 Dec 15;282(23):2215. PMID: [1060597](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1060597/).
23. Brown SL, Nesse RM, Vinokur AD, *et ál.* Providing social support may be more beneficial than receiving it: results from a prospective study of mortality. *Psychol Sci*. 2003 Jul;14(4):320. PMID: [12807404](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12807404/).
24. Fredman L, Cauley JA, Hochberg M, *et ál.* Mortality associated with caregiving, general stress, and caregiving-related stress in elderly women: results of caregiver-study of osteoporotic fractures. *J Am Geriatr Soc*. 2010 May;58(5):937. PMID: [PMC3516370](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/203516370/).
25. Roth DL, Fredman L, Haley WE. Informal caregiving and its impact on health: a reappraisal from population-based studies. *Gerontologist*. 2015 Apr;55(2):309. PMID: [26035608](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26035608/).
26. Schulz R, Sherwood PR. Physical and mental health effects of family caregiving. *Am J Nurs*. 2008 Sep;108(9 Suppl):23. PMID: [PMC2791523](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1912791523/).
27. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist*. 1980 Dec;20(6):649. DOI: <https://doi.org/10.1093/geront/20.6.649>.
28. Alpuche-Ramírez VJ, Ramos-del-Río B, Rojas-Russell ME, *et ál.* Validez de la Entrevista de Carga de Zarit en una muestra de cuidadores primarios informales. *Psicol Salud* 2008 Jul-Dic;18(2);237. Disponible en: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/665/1168>.

29. Rote S, Angel JL, Markides K. Health of elderly Mexican American adults and family caregiver distress. Res Aging. 2015 Apr;37(3):306. PMID: [PMC4996633](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26444443/).
30. Sayegh P, Knight BG. The effects of familism and cultural justification on the mental and physical health of family caregivers. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2011 Jan;66(1):3. PMID: [PMC3031310](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21111111/).
31. Gallagher-Thompson D, Coon DW. Evidence-based psychological treatments for distress in family caregivers of older adults. Psychol Aging. 2007 Mar;22(1):37. PMID: [17385981](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17385981/).
32. Huenchuan Navarro S y Rodríguez Velázquez RI. Necesidades de cuidado de las personas mayores en la Ciudad de México. Diagnóstico y lineamientos de política. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Naciones Unidas. Chile. 2015. Disponible en: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/38879/S1500754_es.pdf?sequence=1
33. Schulz R. and Eden J (editors). Families caring ang aging America. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. United States of America. The National Academies Press. 2016. Disponibles aquí: <https://www.nap.edu/download/23606>
34. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Historia del Instituto [internet]. Consultada 10/enero/2017. Disponible en: http://132.247.8.18/opencms/contenido/conoce/historia_instituto.html
35. Servicio de Geriátria. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán [internet]. Consultada 10/enero/2017. Disponible en: <http://132.247.8.18/opencms/contenido/departamentos/geriatria/>
36. Consejo Nacional de Normalización y Certificación de Competencias Laborales. ¿Qué es el Sistema Nacional de Competencias? [internet]. Última actualización 17/octubre/2016. Consultada 10/enero/2017. Disponible en: http://www.conocer.gob.mx/index.php/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=1&Itemid=3
37. Consejo Nacional de Normalización y Certificación de Competencias Laborales. ¿Qué son los Estándares de Competencia? [internet]. Última actualización 7/diciembre/2016. Consultada 10/enero/2017. Disponible en: http://www.conocer.gob.mx/index.php/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=9&Itemid=10
38. ACUERDO SO/IV-15/06,S del H. Comité Técnico del Consejo Nacional de Normalización y Certificación de Competencias Laborales, por el que se aprobaron los Estándares de Competencia que se indican [internet]. DOF 16/12/2015. Consultada 15/junio/2017. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5420239&fecha=16/12/2015
39. ACUERDO SO/I-16/12,S del Comité Técnico del Consejo Nacional de Normalización y Certificación de Competencias Laborales, por el que se aprobaron los cuarenta y tres Estándares de Competencia que se indican [internet]. DOF 07/04/2016. Consultada 15/junio/2017. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432291&fecha=07/04/2016
40. Iniciativa 18. Gaceta Parmalientaria, año XX, número 4768-XIV, jueves 27 de abril de 2017. Disponible en: <http://gaceta.diputados.gob.mx/Gaceta/63/2017/abr/20170427-XIV.html#Iniciativa18>
41. Lohr KN (editor). Medicare: a strategy for quality assurance. National Academies Press. United States. 1990.
42. Donabedian A. La investigación sobre la calidad de la atención médica. Salud Publica Mex 1986; 28: 324. Disponible en: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/download/363/353>
43. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Estados Unidos. 2015 [internet]. Consulta 10/enero/2017. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf
44. World Health Organization. Multisectoral action for a life course approach to healthy ageing: draft global strategy and plan of action on ageing and health. Sixty-ninth world health assembly. A69/17. 22 april 2016. Report by the secretariat [internet]. Consultada 10/enero/2017. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_17-en.pdf

45. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Diario Oficial de la Federación. 6 enero 1987. Última reforma publicada 2 abril 2014. [internet]. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
46. Reglamento interno del Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Salud Pública [internet]. Aprobado 20 marzo 2013. México. Disponible en: https://www.insp.mx/images/stories/INSP/Docs/normateca/150828_reglamento_interno_cei.pdf
47. Brereton L, Carroll C, Barnston S. Interventions for adult family carers of people who have had a stroke: a systematic review. Clin Rehabil. 2007;21(10):867. PMID: [17981846](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17981846/).
48. Velásquez V, López L, López H, et ál. Efecto de un programa educativo para cuidadores de personas ancianas: una perspectiva cultural. Rev Salud Pú. 2011;13(4):610. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/422/42221485006.pdf>
49. Loring K, Thompson-Gallagher D, Traylor L, et ál. Building better caregivers: a pilot online support workshop for family caregivers of cognitively impaired adults. J Applied Gerontol. 2012;31(3):423. Resumen disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0733464810389806>
50. Valadez-Roque G, Martín del Campo-Arias S, Hernández-Arenas C. Estado psicológico y físico relacionado con estilos de afrontamiento en cuidadores primarios informales de pacientes con EVC. Investigación en Discapacidad. 2017;6(1):3. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/invd/ir-2017/ir171a.pdf>
51. World Health Organization. Integrated care for older people. Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. Geneva. 2017. Disponible en: <http://www.who.int/iris/bitstream/10665/258981/1/9789241550109-eng.pdf?ua=1>

GLOSARIO.

Actividades avanzadas de la vida diaria. Son aquellas tareas complejas como el trabajo, los pasatiempos, la participación social, el juego, que requieren de múltiples capacidades para llevarse a cabo y que se ven afectadas por cambios en el estado de salud.

Actividades básicas de la vida diaria. Corresponden a aquellas actividades o tareas que permiten la supervivencia y el bienestar básicos, están orientadas al autocuidado, incluyendo la alimentación, el usar el baño, el bañarse, el vestirse, el movilizarse, la continencia urinaria y fecal; las personas que no son independientes para realizarlas requieren de asistencia de alguien más para las mismas.

Actividades de la vida diaria. Son todas aquellas actividades que llenan el tiempo de las personas y que aportan significado e identidad a sus vidas, se pueden dividir en básicas, instrumentales y avanzadas.

Actividades instrumentales de la vida diaria. Comprenden aquellas tareas que permiten vivir independientemente en un entorno social, e implican mayor complejidad que las básicas. Incluyen actividades como el comunicarse con otros, la movilidad fuera del domicilio, la gestión de finanzas, el mantenimiento de la vivienda, la preparación de alimentos, las compras, entre otras.

Análisis de proceso. Desglose paso a paso de las fases de un proceso, utilizado para conocer las entradas, las salidas y las operaciones que tienen lugar durante cada fase. Se puede utilizar para lograr la comprensión de cómo funciona el proceso y para determinar objetivos potenciales para la mejora del mismo mediante la eliminación de aspectos innecesarios y el aumento de la eficiencia.

Año de vida ajustado por discapacidad o año de vida saludable (AVISA) perdido. Un año de vida ajustado por discapacidad, o un año perdido de vida saludable puede definirse como una unidad de medida del impacto de una enfermedad en términos tanto del tiempo perdido por muerte prematura (mortalidad) como del tiempo vivido con una discapacidad (morbilidad).

Año de vida ajustado por calidad (AVAC). Es una medida universal de efecto en salud, aplicable a todas las personas y a todas las enfermedades, permitiendo la comparación entre programas y patologías. Un AVAC combina en su estimación tanto el número de años vividos como la calidad de vida experimentada durante dicho período de tiempo.

Aprendizaje a lo largo de la vida. Alude al aprendizaje que realiza toda persona desde el nacimiento hasta la muerte, a todas las edades, en ámbitos formales, no formales e informales de aprendizaje (la familia, la comunidad, el sistema escolar, el grupo de pares, los medios de información, el sistema político, la participación social, el juego, el trabajo, la lectura y la escritura, entre otros) y recurriendo a todos los recursos socioculturales a su alcance.

Asistencia social. Consiste en el conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan a la persona su desarrollo integral, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, desprotección o desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva. Comprende acciones de promoción, previsión, prevención, protección, rehabilitación y paliación.

Atención centrada en las personas. Enfoque de atención de salud que adopta conscientemente las perspectivas de las personas, los cuidadores, las familias y las comunidades como participantes y beneficiarias de los servicios confiables de salud que se organizan en torno a las necesidades globales de las personas en lugar de las enfermedades individuales y respetan las preferencias sociales; requiere que las personas tengan la educación y el apoyo que necesitan para tomar decisiones y participar en su propio cuidado y que los cuidadores sean capaces de alcanzar su máxima función ocupacional dentro de un entorno laboral de apoyo.

Atención primaria de salud. Es la prestación de servicios de salud integrados y accesibles por profesionistas de salud quienes son responsables de hacer frente a la gran mayoría de las necesidades personales de atención de salud de la población, practicando su trabajo en el contexto de la familia y la comunidad, desarrollando una relación sostenida con las personas.

Atributos de la calidad en salud. También llamados dimensiones, componentes o factores de la calidad en salud, sirven para valorar si hay o no calidad en los servicios de salud. De acuerdo al Instituto de Medicina de Estados Unidos las seis dimensiones de la calidad en salud son: efectividad, eficiencia, equidad, oportunidad, atención centrada en las personas y seguridad.

Autoeficacia. Se refiere a creencias en las capacidades de uno para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para producir logros dados. Las creencias para generar niveles de rendimiento son las que determinan como las personas se sienten, piensan, se motivan y se comportan. La autoeficacia y las habilidades son necesarias para funcionar eficazmente, las creencias afectan el curso de la acción, el esfuerzo aplicado, la perseverancia frente a la adversidad, las fortalezas de los efectos negativos experimentados y el nivel de logro.

Autonomía. Es la capacidad de controlar, afrontar y tomar decisiones personales acerca de cómo se vive el día a día, de acuerdo con las propias normas, preferencias y valores. Una persona puede ser dependiente de la ayuda de los demás y ser autónoma, es decir, responsable de las elecciones y de las decisiones que toma, y participar en la organización de la ayuda que necesita.

Bienestar. Estado por el cual una persona se siente satisfecha con su vida; otros lo definen como la situación de ser feliz, saludable o próspero.

Calidad de vida. Percepción que una persona tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física de la persona, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno. También la han definido como el grado en el cual las necesidades objetivas de los seres humanos son alcanzadas en relación con las percepciones personales o grupales del bienestar subjetivo.

Calidad en salud. Es el grado en que la estructura y los procesos de los servicios de salud que se proporcionan a las personas y las poblaciones son efectivos (coherentes con el conocimiento profesional actual), eficientes, equitativos, seguros, oportunos y centrados en las personas aumentando la probabilidad de obtener los resultados deseados.

Calidad. Es la satisfacción de los requisitos de los consumidores de un producto o los usuarios de un servicio. Conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor.

Certificación de competencias. Reconocimiento con validez oficial en toda la república mexicana de la competencia laboral demostrada por una persona, independientemente de la forma en que la haya adquirido, en un proceso de evaluación realizado con base en un estándar de competencia inscrito en el registro nacional de estándares de competencia.

Certificado de competencia. Documento oficial expedido por el Consejo Nacional de Normalización y Certificación de Competencias Laborales donde se acredita a una persona como competente de acuerdo a lo establecido en un estándar de competencia asegurando que el desempeño de una persona se ajusta a lo que requieren las empresas o las instituciones.

Carga del cuidador. Estado resultante de la acción de cuidar a una persona con dependencia, que amenaza la salud física, mental o social de quien cuida. Comprende las consecuencias y las repercusiones negativas físicas, emocionales, espirituales, sociales o económicas derivadas de ser cuidador o cuidadora. La carga subjetiva, estrés o tensión de la o del cuidador comprende actitudes y reacciones emocionales derivadas del cuidado, incluye por ejemplo la moral baja, el estado de ánimo desmoralizado, la frustración, la ansiedad o la depresión. La carga objetiva está relacionada con las repercusiones negativas particulares sobre la vida de quien cuida, incluye, entre otros aspectos, el tiempo de cuidado, las tareas realizadas, el impacto del cuidado en el ámbito laboral, las limitaciones en la vida social, las restricciones en el tiempo libre, desarrollo de condiciones de salud o empeoramiento de enfermedades previas.

Competencia. Conjunto de habilidades, destrezas, conocimientos y actitudes que se concretan asertivamente en la resolución de problemas o en una respuesta pertinente a una situación nueva o específica. Es la capacidad para responder a demandas externas, lo que necesariamente implica que genera resultados eficaces con requisitos de calidad previamente establecidos.

Competencia laboral. Capacidad productiva de una persona que se define y mide en términos de desempeño en un determinado contexto laboral y reflejo de los conocimientos, las habilidades, las destrezas y las actitudes necesarias para la realización de un trabajo efectivo y de calidad.

Consejo Nacional de Normalización y Certificación de Competencias Laborales. Denominación que recibe el Fideicomiso de los Sistemas Normalizado de Competencia Laboral y de Certificación de Competencia Laboral, entidad paraestatal del gobierno federal mexicano, sectorizada en la Secretaría de Educación Pública y encargada de promover el Sistema Nacional de Competencias para contribuir a la competitividad económica, al desarrollo educativo y al progreso social de México, con base en el fortalecimiento del capital humano. Su objetivo es auxiliar al Ejecutivo Federal en las atribuciones que la Ley General de Educación establece, a fin de impartir formación para el trabajo, misma que procurará la adquisición de conocimientos, habilidades o destrezas, que permitan a quien la recibe desarrollar una actividad productiva demandada en el mercado, mediante alguna ocupación o algún oficio calificados.

Análisis de costo-beneficio. Técnica analítica derivada de la teoría económica que enumera y compara los costos netos de una intervención en salud con los beneficios que surgen como consecuencia de la aplicación de dicha intervención. Para esta técnica, tanto los costos netos como los beneficios de la intervención en salud son expresados en unidades monetarias.

Análisis de costo-efectividad. Método sistemático de comparación de dos o más programas alternativos a través de la medición de sus respectivos costos y consecuencias. Una característica distintiva del análisis de costo-efectividad es que las consecuencias (resultados en salud) de todos los programas a ser comparados deben ser medidas en una unidad común relacionada al objetivo clínico de los programas (ej. porcentaje de reducción de índice de masa corporal, de puntajes de autoeficacia, de depresión o de ansiedad).

Análisis de costo-utilidad. Metodología de análisis económico que compara dos o más alternativas en términos de sus costos y de sus consecuencias, siendo los efectos medidos en unidades genéricas de utilidad o preferencia, generalmente expresadas en forma de años de vida ajustados por calidad (AVAC) o de años de vida ajustados por discapacidad (años de vida saludable, AVISA, perdidos). El análisis de costo-utilidad se caracteriza por permitir comparar la eficiencia distributiva de diferentes programas de salud o patologías.

Cuidadora o cuidador. Persona que proporciona ayuda con cuidados personales o para la realización de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria a personas con discapacidad que afecta su independencia.

Cuidados paliativos. Comprenden la atención y el cuidado activo, integral e interdisciplinario de personas cuya enfermedad no responde a un tratamiento curativo o sufren dolores evitables, a fin de mejorar su calidad de vida hasta el fin de sus días; implica una atención primordial al control del dolor, de otros síntomas y de los problemas sociales, psicológicos y espirituales de la persona; abarcan a la persona enferma, su entorno y su familia; afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal; no la aceleran ni retrasan.

Cuidados de largo plazo. Sistema de actividades que llevan a cabo cuidadores informales, profesionales o ambos para conseguir que una persona que no es totalmente capaz de cuidar de sí misma mantenga la mejor calidad de vida posible, de acuerdo con sus preferencias individuales, con el mayor grado posible de autonomía, participación, realización personal, dignidad humana e independencia. Incluye los servicios requeridos por personas con disminución de capacidad funcional, física o cognitiva, y que dependen durante un período prolongado de ayuda en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, frecuentemente en combinación con servicios básicos de salud.

Dependencia funcional. Necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades básicas o instrumentales de la vida diaria; ocurre cuando la capacidad funcional ha disminuido a un punto en el que la persona ya no es capaz de llevar a cabo las tareas básicas de la vida diaria por sí misma y requiere ayuda de otra persona; puede ser temporal o permanente.

Desarrollo profesional continuo. Comprende todas las actividades que los trabajadores de salud realizan tanto formal como informalmente para mantener, actualizar, desarrollar y mejorar sus habilidades, conocimientos y actitudes profesionales. Es un proceso sistemático y continuo de educación, capacitación en el servicio, aprendizaje y actividades de apoyo que se basan en la educación inicial y la capacitación para asegurar la continuidad de las competencias, ampliar conocimientos y habilidades a nuevas responsabilidades o roles cambiantes y aumentar la efectividad personal y profesional. Contribuye a que los trabajadores de la salud proporcionen atención de calidad y satisfagan las cambiantes necesidades de atención de salud de sus comunidades, pues implica que deben convertirse en aprendices permanentes dedicados a actualizar sus conocimientos, habilidades, valores y prácticas profesionales.

Desempeño. Es la realización de una función, tarea o trabajo y el grado de cumplimiento del resultado esperado.

Destreza. Se refiere a la facilidad para hacer algo, implica la posibilidad y la capacidad de realizar una acción o actividad concretas; supone un saber hacer relacionado con una tarea, una meta o un objetivo.

Discapacidad. Dificultad en la ejecución de las actividades en la forma o dentro del rango considerado normal para un ser humano; incluye las deficiencias físicas o mentales, las limitaciones en actividades y las restricciones de participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas; y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales.

Discriminación por edad en la vejez. Cualquier distinción, exclusión o restricción basada en la edad que tenga como objetivo o efecto anular o restringir el reconocimiento, goce o ejercicio en igualdad de condiciones de los derechos humanos y libertades fundamentales en la esfera política, económica, social, cultural o en cualquier otra esfera de la vida pública y privada.

Educación continua en salud. Conjunto de actividades educativas que sirven para mantener, desarrollar e incrementar los conocimientos, las habilidades, el desempeño profesional y las relaciones que profesionistas en salud utilizan para proveer servicios a pacientes, público o a las profesiones de la salud.

Efectividad. En el ámbito de la salud pública corresponde al grado en que una intervención, procedimiento o servicio puede lograr los objetivos o resultados planteados bajo condiciones de la práctica real de la atención de la salud.

Envejecimiento saludable. Es el proceso de fomentar y mantener los atributos relacionados con la salud que permiten a las personas ser y hacer lo que es importante para ellas y tener bienestar en la vejez. Depende de las interacciones positivas entre la capacidad intrínseca (herencia genética, características personales y características de salud) de las personas y los entornos donde éstas se encuentran.

Envejecimiento. Proceso gradual que se desarrolla durante el curso de vida y que conlleva cambios biológicos, fisiológicos, psicosociales y funcionales de variadas consecuencias, las cuales se asocian con interacciones dinámicas y permanentes entre la persona y su medio.

Estándar de competencia. Es el documento oficial aplicable en toda la República Mexicana, que sirve como referente para evaluar y certificar la competencia de las personas, y que describe en términos de resultados, el conjunto de conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes a que alude el artículo 45 de la Ley General de Educación y que requiere una persona para realizar actividades en el mercado de trabajo con un alto nivel de desempeño.

Evaluación formativa. La que se realiza a lo largo de todo el proceso educativo; su objetivo es proporcionar tanto a estudiantes como a profesores, información para retroalimentación, necesaria para ajustar cualquier elemento del proceso de enseñanza-aprendizaje mientras éste se lleva a cabo.

Evaluación sumativa. La que considera de manera terminal un conjunto de evidencias o elementos a los que se les asigna un determinado valor o mérito de cara a la toma final de decisiones, que generalmente es la acreditación, calificación o clasificación. Mediante la evaluación sumativa habitualmente se constata el nivel de conocimientos y el grado de desarrollo de determinadas competencias al finalizar el proceso de enseñanza-aprendizaje

Habilidad. Nivel de destreza que muestra un sujeto en el momento de realizar una tarea determinada.

Indicador de calidad. Criterio o referente empleado durante la monitorización de la calidad, que permite determinar si existe o no un problema de calidad que requiera acciones de mejora y ser evaluado. Representa o resume al máximo la calidad de lo que se desea monitorizar. Debe cumplir con características como ser relevante, medible, realista, aceptable, válido, fiable, útil entre otras.

Maltrato. Acción u omisión, única o repetida, contra una persona mayor que produce daño a su integridad física, psíquica y moral y que vulnera el goce o ejercicio de sus derechos humanos y libertades fundamentales, independientemente de que ocurra en una relación de confianza.

Monitorización de la calidad. Es la medición periódica, planificada y rutinaria de una serie de aspectos-resumen o indicadores de la calidad, cuyo objetivo es garantizar que se mantienen en niveles previamente fijados como aceptables; permite a su vez identificar problemas de calidad u oportunidades de mejora y controlar cambios.

Modelo de enseñanza. Es el marco estructural que sirve de guía para el desarrollo de actividades y entornos educativos específicos.

Niveles de evaluación de resultados la educación continua en salud. Comprenden varios niveles que van desde la perspectiva de quienes instruyen y participan en la actividad de educación continua en salud hasta la perspectiva de la salud de las personas y las poblaciones atendidas; los niveles de evaluación y ejemplos de evidencia de resultados son los siguientes, nivel 1 de participación (registro de participantes), nivel 2 de satisfacción (encuesta al final de la actividad de educación continua en salud), nivel 3a de aprendizaje-conocimiento declarativo (examen de conocimientos y autorreporte de participantes), nivel 3b de aprendizaje-conocimiento procedimental (examen de conocimiento y autorreporte de participantes), nivel 4 de competencia (observación de participantes en un escenario educativo y autorreporte de participantes), nivel 5 de desempeño (observación del desempeño de participantes en escenarios clínicos y autorreporte de participantes), nivel 6 de salud de la persona atendida (mediciones del estado de salud) y nivel 7 de salud de la población atendida (datos de reportes epidemiológicos).

Organización de la sociedad civil. Agrupación legalmente constituida, que realiza actividades de asistencia social, atención a grupos sociales con discapacidad, promoción de los derechos humanos, cooperación para el desarrollo comunitario, promoción del deporte, promoción y aportación de servicios de atención de salud, promoción de participación ciudadana, asistencia jurídica entre otras y que no persigue fines de lucro ni de proselitismo partidista, político-electoral o religioso.

Paciente oculto. Se refiere a la persona cuyo estado de salud pasa desapercibido para los demás incluyendo a profesionistas en salud; los cuidadores suelen ser pacientes ocultos en el sentido de que las repercusiones negativas en su salud derivadas de realizar actividades de cuidado a menudo no son evaluadas intencionalmente y por lo tanto desatendidas por el sistema de salud.

Persona mayor. Aquella de 60 años o más, salvo que la ley interna determine una edad base menor o mayor, siempre que esta no sea superior a los 65 años. Este concepto incluye, entre otros, el de persona adulta mayor.

Prevención primaria. Conjunto de acciones dirigidas a evitar el desarrollo y la aparición inicial de enfermedades o discapacidades.

Prevención secundaria. Comprende las acciones que buscan la detección precoz y tratamiento oportuno de enfermedades en etapa asintomática.

Prevención terciaria. Intervenciones orientadas a evitar o disminuir morbilidad adicional o deterioro de capacidad funcional por condiciones de salud ya establecidas.

Prevención cuaternaria. Acciones dirigidas a evitar, disminuir y/o paliar los efectos perjudiciales producidos por los servicios de salud como iatrogenia, sobrediagnóstico, sobretratamiento y distanasia.

Proceso. Conjunto de actividades relacionadas e interactuantes, que transforman elementos de entrada en salidas o resultados empleando los recursos disponibles.

Programa educativo. Conjunto o secuencia de actividades educativas coherentes diseñadas y organizadas para lograr un objetivo predeterminado de aprendizaje o realizar un conjunto específico de tareas educativas a lo largo de un periodo sostenido. Dentro de un programa educativo, las actividades pueden estar estructuradas en torno a subcomponentes que se conocen por distintos nombres en los países, tales como cursos, módulos, unidades o asignaturas. Un programa puede estar organizado en base a componentes no habitualmente considerados cursos, unidades o módulos, por ejemplo, actividades lúdicas, prácticas o pasantías laborales, proyectos de investigación y preparación de disertaciones.

Promoción de la salud. Es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. La participación de las personas es esencial para sostener las acciones de promoción de salud. Busca ayudar a las personas a descubrir las sinergias entre sus pasiones fundamentales y la salud óptima, aumentando su motivación para luchar por una salud óptima, y apoyarlas en el cambio de su estilo de vida para avanzar hacia un estado de salud óptima.

Taxonomía de Bloom. Conjunto de términos listados en tres dimensiones (cognitiva, afectiva y psicomotriz) basadas en conocimientos, emociones y acciones para clasificar los objetivos de aprendizaje de acuerdo a niveles de complejidad y de especificidad.

Vejez. Construcción social de la última etapa del curso de vida que define las normas, las funciones y las responsabilidades que cabe esperar de una persona mayor.

ANEXOS.

Anexo 1. Carta de consentimiento informado para adultos. Entrevista semiestructurada a directivos de la Escuela para cuidadores de personas mayores del INCMNSZ.



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ADULTOS
Entrevista semiestructurada a directivos de la escuela
para cuidadores de personas mayores.

Título de proyecto:

ESCUELA PARA CUIDADORES DE PERSONAS ADULTAS MAYORES DEL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN: PLAN DE MONITORIZACIÓN DE LA CALIDAD.

Introducción: Eduardo Sosa-Tinoco estudiante de maestría en salud pública y envejecimiento del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), está realizando un proyecto de investigación sobre la escuela para cuidadores de personas adultas mayores del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ), ubicado en Tlalpan, Ciudad de México.

Objetivo: Proponer un plan para monitorizar la calidad de la escuela para cuidadores de personas adultas mayores del INCMNSZ.

Procedimiento: Si Usted acepta participar en el estudio: Le realizaremos una entrevista, la cual será audiograbada con el objeto de registrarla y analizarla, en la misma se le preguntará sobre el origen, la planeación, el inicio y las expectativas de la escuela para cuidadores de personas adultas mayores del INCMNSZ; así como sobre aspectos del modelo educativo, la evaluación de los estudiantes, planes futuros entre otros puntos.

Beneficios: No se obtendrán beneficios directos a su persona, pero su participación será de vital importancia para proponer un plan de monitorización de la calidad de la escuela para cuidadores de personas adultas mayores del INCMNSZ, que podría contribuir a la mejora continua de la misma y de la atención brindada a personas adultas mayores por parte de los cuidadores capacitados a través de dicho proyecto educativo.

Resultado: Plan para monitorizar la calidad de la escuela para cuidadores de personas adultas mayores del INCMNSZ.

Confidencialidad: Toda la información que usted proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial. Su nombre no se mencionará en la audiograbación. Será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. La audiograbación original la conservará el investigador responsable en un lugar seguro. Los resultados de este estudio serán publicados con fines académicos y serán presentados de manera grupal sin manera de identificar a quien participo.

Riesgos potenciales/Compensación: No esperamos que se presenten molestias ni riesgos por participar en el estudio. Si alguna de las preguntas le hicieran sentir incómodo(a), tiene el derecho de no responderla. Si Usted aparece en la audiograbación, algunas personas podrían reconocerlo(a), por lo que es importante que tome esto en cuenta antes de aceptar participar. Usted no recibirá ningún pago por participar en el estudio, pero tampoco implicará algún costo para usted.

Participación voluntaria/Retiro: Su participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento. Su decisión de participar o de no participar no lo afectará de ninguna manera.

Si usted tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto, por favor comuníquese con el investigador responsable y director del proyecto Mtro. Waldo Ivan Vieyra Romero al siguiente número de teléfono (777) 329 3000 Ext. 5405 en un horario de 08:00 horas a 16:00 horas, o a la siguiente dirección de correo electrónico: wvieyra@insp.mx

Si tiene preguntas generales relacionadas con sus derechos como participante de un estudio de investigación, puede comunicarse con la Presidenta del Comité de Ética en Investigación del INSP, Mtra. Angélica Ángeles Llerenas, al teléfono **01 (777) 329-3000** ext. **7424**, de lunes a viernes de 08:30 horas a 16:30 horas. O si lo prefiere puede escribirle a la siguiente dirección de correo electrónico: **etica@insp.mx**

Si acepta participar en el estudio, le entregaremos una copia de este documento que le pedimos sea tan amable de firmar

Consentimiento para su participación en el estudio

Su firma indica su aceptación para participar voluntariamente en el presente estudio.

PARTICIPANTE

Nombre completo	Fecha (día/mes/año)	Firma
-----------------	---------------------	-------

PERSONA QUE OBTIENE EL CONSENTIMIENTO

Nombre completo	Firma
-----------------	-------



Anexo 2. Guía de entrevista semiestructurada. Directivos de la Escuela para cuidadores de personas mayores del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.



INSTITUTO NACIONAL DE
CIENCIAS MÉDICAS
Y NUTRICIÓN
SALVADOR ZUBIRÁN

GUÍA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA
Directivos de la Escuela para cuidadores de personas mayores del
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Persona entrevistada: _____ Folio:

Entrevistador(a): _____ Fecha: _____

1. ¿Cómo surgió la idea de crear una escuela para cuidadores de personas mayores?
2. ¿Cómo fue la planeación de la escuela?
3. ¿Qué dificultades hubo o siguen habiendo?
4. ¿La elaboración del programa educativo de su escuela se basó en algún modelo educativo, estándar de competencia o en algo más en particular?
SI NO NO SABE
5. ¿Conoce alguno de los estándares de competencia: cuidado básico de la persona adulta mayor en domicilio y atención a personas adultas mayores en establecimientos de asistencia social permanente/temporal del Consejo Nacional de Normalización y Certificación de Competencias Laborales de la Secretaría de Educación Pública?
SI NO
6. ¿Ha pensado si su curso de capacitación pudiera ayudar a sus estudiantes a lograr certificarse como cuidadores de personas mayores?
SI NO
7. ¿En la evaluación de los estudiantes de su escuela, además de cuestionarios sobre conocimientos teóricos se considera la observación de desempeños, es decir, prácticas donde demuestren lo aprendido?
SI NO NO SABE
8. ¿Se ha considerado medir qué efecto pudiera tener la capacitación de los cuidadores de personas adultas mayores en relación a beneficios en su salud, como sería sobrecarga, autoeficacia, calidad de vida, entre otros aspectos?
SI NO NO SABE
9. ¿Se ha considerado realizar alguna medición de la calidad del programa educativo de su escuela?
SI NO NO SABE
10. ¿Cuáles son sus expectativas sobre el programa educativo de la escuela?

Notas y observaciones del(a) entrevistador(a):

Anexo 3. Estándar de competencia EC0669 Cuidado básico de la persona adulta mayor en domicilio.



conocer

conocimiento • competitividad • crecimiento

ESTÁNDAR DE COMPETENCIA

I.- Datos Generales

Código	Título
EC0669	Cuidado básico de la persona adulta mayor en domicilio

Propósito del Estándar de Competencia

Servir como referente para la evaluación y certificación de las personas que se dedican al cuidado básico de la persona adulta mayor en domicilio.

Asimismo, puede ser referente para el desarrollo de programas de capacitación y de formación basados en Estándares de Competencia (EC).

El presente EC se refiere únicamente a funciones para cuya realización no se requiere por disposición legal, la posesión de un título profesional. Por lo que para certificarse en este EC no deberá ser requisito el poseer dicho documento académico.

Descripción general del Estándar de Competencia

El presente EC expresa las funciones que una persona deberá demostrar para ser considerado competente en el cuidado básico de la persona adulta mayor en domicilio, relacionadas con el diseño del programa de asistencia y cuidado básico de la persona adulta mayor, apoyo en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y el apoyo en el cuidado de la salud de la persona adulta mayor en domicilio.

El presente EC se fundamenta en criterios rectores de legalidad, competitividad, libre acceso, respeto, trabajo digno y responsabilidad social.

Nivel en el Sistema Nacional de Competencias: Dos

Desempeña actividades programadas que, en su mayoría, son rutinarias y predecibles. Depende de las instrucciones de un superior. Se coordina con compañeros de trabajo del mismo nivel jerárquico.

Comité de Gestión por Competencias que lo desarrolló

Asistencia Social.

Fecha de aprobación por el Comité Técnico del CONOCER:

03 de marzo de 2016

Fecha de publicación en el Diario Oficial de la Federación:

07 de abril de 2016

Periodo sugerido de revisión/actualización del EC:

5 años

Ocupaciones relacionadas con este EC de acuerdo con el Sistema Nacional de Clasificación de Ocupaciones (SINCO)

Grupo unitario

5222 Cuidadores de niños, personas con discapacidad y ancianos en casas particulares

Ocupaciones asociadas

Cuidadora de anciana en casa particular

Ocupaciones no contenidas en el Sistema Nacional de Clasificación de Ocupaciones y reconocidas en el Sector para este EC

Cuidadores de personas adultas mayores

Clasificación según el Sistema de Clasificación Industrial de América del Norte (SCIAN)

Sector:

62 Servicios de salud y de asistencia social

Subsector:

623 Residencias de asistencia social y para el cuidado de la salud.

Rama:

6233 Asilos y otras residencias para el cuidado de ancianos.

Subrama:

62331 Asilos y otras residencias para el cuidado de ancianos.

Clase:

623311 Asilos y otras residencias del sector privado para el cuidado de ancianos.

623312 Asilos y otras residencias del sector público para el cuidado de ancianos.

El presente EC, una vez publicado en el Diario Oficial de la Federación, se integrará en el Registro Nacional de Estándares de Competencia que opera el CONOCER a fin de facilitar su uso y consulta gratuita.

Organizaciones participantes en el desarrollo del Estándar de Competencia

- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM)
- Instituto Nacional de Geriátrica (INGER)
- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF)
- Complejo Mexicano de Capacitación (CMC)
- Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de San Luis Potosí (SEDIF SLP)
- Consejo Nacional de Fomento Educativo (CONAFE)
- Junta de Asistencia Privada del Distrito Federal (JAP D.F.)
- Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de Personas con Discapacidad (CONADIS)
- Fundación de Protección y Asistencia para Ancianas Desvalidas, I.A.P.

Aspectos relevantes de la evaluación

Detalles de la práctica:

- Los procesos de evaluación deben realizarse con personas adultas mayores, dentro de su domicilio, o en instalaciones que permitan dicha evaluación.
- Es responsabilidad de la institución que evalúa asegurar que existan los requerimientos para que se pueda llevar a cabo el proceso de evaluación.
- El evaluador y el candidato durante el proceso de evaluación deberán cuidar la privacidad, manejarse con respeto y garantizar la confidencialidad de la información, con respecto

ESTÁNDAR DE COMPETENCIA

- a la persona adulta mayor.
- El evaluador deberá presentarse a la evaluación bajo las mismas condiciones de higiene y seguridad que se le requieren al cuidador de las personas adultas mayores.
 - El proceso de evaluación deberá ser planeado con base en el programa de actividades de la persona adulta mayor en su domicilio, recopilando los desempeños en los momentos que prepara la ducha, asiste en el aseo y arreglo personal, en la ingesta de alimentos, la ministración de medicamentos, los traslados de un lugar a otro, los cambios de postura y las actividades físicas.
 - El candidato podrá presentar como productos los formatos establecidos, siempre y cuando cumplan con los requerimientos del EC, de lo contrario el candidato podrá complementar la información requerida, antes de la entrega del producto al evaluador.
 - Un evaluador máximo podrá evaluar durante la misma jornada a un candidato.
 - El evaluador deberá identificar que en el elemento 2 y 3 de este Estándar de Competencia, hay respuestas ante situaciones emergentes que corresponden a la atención de personas adultas mayores.
- Apoyos/Requerimientos:
- Persona adulta mayor en domicilio.
 - Instalaciones domiciliarias en las que habiten personas adultas mayores.
 - Familiares/Persona responsable de la persona adulta mayor.
 - Materiales para las actividades de higiene y arreglo personal de la persona adulta mayor.
 - Guantes desechables.
 - Medicamentos y recetas que contengan indicaciones para la ministración.
 - Baumanómetro.
 - Termómetro de mercurio/digital.
 - Reloj de pulso o equipo para medir el tiempo.

Duración estimada de la evaluación

- 1 hora en gabinete y 7 horas en campo, totalizando 8 horas.

Referencias de Información

- Álvarez Gregory, J., & Macías Núñez, J. E. (2009). Dependencia en Geriátria. Madrid: Ediciones Universidad Salamanca.
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2010). Programa Nacional de Promoción y Difusión de los Derechos Humanos de las Personas Adultas Mayores. Sesiones informativas. México.

- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. . (2010). Programa Nacional de Promoción y Difusión de los Derechos Humanos de las Personas Adultas Mayores. Programa y Guía de Aplicación. México.
- Levy Benasuly, A., & Cortés Barragán, J. (2003). Ortopodología y aparato locomotor. Barcelona: Masson.
- Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. (25 de abril de 2012). México, D.F.
- Mayores, I. N. (2010). Por una Cultura del Envejecimiento. México.
- Mayores, I. N. (2012). Modelos de Atención Gerontológica. México.
- Méndez Núñez, V., Martínez Maldonado, M., & Vargas Guadarrama, L. (2004). Gerontología Comunitaria. México, D.F.: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Dirección General de Asuntos del Personal Académico, UNAM, Fondo Mixto CONACyT, Gobierno del Estado de Hidalgo.
- Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012, Asistencia Social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad. (29 de junio de 2012). México, D.F.





II.- Perfil del Estándar de Competencia

Estándar de Competencia

Cuidado básico de la persona adulta mayor en domicilio.

Elemento 1 de 3

Programar actividades de asistencia y cuidado básico de la persona adulta mayor en domicilio.

Elemento 2 de 3

Apoyar en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria de la persona adulta mayor en domicilio.

Elemento 3 de 3

Apoyar en el cuidado de la salud de la persona adulta mayor en domicilio.



III.- Elementos que conforman el Estándar de Competencia

Referencia	Código	Título
1 de 3	E2115	Programar actividades de asistencia y cuidado básico de la persona adulta mayor en domicilio.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

La persona es competente cuando obtiene los siguientes:

PRODUCTOS

1. El plan de trabajo para la asistencia y cuidado básico de la persona adulta mayor elaborado:
 - Contiene el nombre, apellidos, sexo y edad de la persona adulta mayor,
 - Indica el horario para cada actividad y los días que abarca la asistencia y el cuidado de la persona adulta mayor,
 - Indica el domicilio donde se atiende a la persona adulta mayor,
 - Presenta el nombre completo, domicilio y números telefónicos de contacto del cuidador,
 - Contiene las indicaciones médicas para la persona adulta mayor,
 - Indica los apoyos, cuidados generales y específicos que se brindarán a la persona adulta mayor para cada actividad,
 - Especifica el régimen alimenticio de la persona adulta mayor,
 - Incluye la programación de actividades de la vida diaria y rutinarias de la persona adulta mayor,
 - Presenta el listado de necesidades de apoyo que requiere la persona adulta mayor para realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria,
 - Incluye como anexo, copia de la receta médica para la ministración de medicamentos/justificación de inexistencia de la misma, y
 - Contiene la firma de conformidad del adulto mayor/familiar/responsable de la persona adulta mayor.
2. El registro de los datos de seguridad de la persona adulta mayor elaborado:
 - Contiene nombre y apellidos de los familiares/responsable de la persona adulta mayor, listados en orden de importancia,
 - Especifica el domicilio completo de los familiares/responsable de la persona adulta mayor,
 - Contiene los números telefónicos de los familiares/responsable de la persona adulta mayor, para comunicarse en caso de emergencia,
 - Especifica si la persona adulta mayor cuenta con servicio de ambulancia y el lugar para trasladarla en caso de emergencia,
 - Contiene los datos de afiliación de la persona adulta mayor a alguna institución de seguridad social/salud pública/privada,
 - Especifica el nombre y número telefónico del médico que atiende a la persona adulta mayor, e
 - Incluye los números telefónicos de emergencia de la localidad.
3. El registro de datos clínicos de la persona adulta mayor elaborado:
 - Contiene los diagnósticos médicos sobre el estado de salud de la persona adulta mayor,
 - Indica el tipo de sangre y alergias de la persona adulta mayor,
 - Contiene la dosis, horario y vía de ministración de medicamentos para la persona adulta mayor, indicada en la receta médica.

- Indica si la persona adulta mayor tiene alguna discapacidad/lesiones/grado de dependencia, y especificaciones acerca de las mismas, en términos de lo diagnosticado por el profesional de la salud en receta médica/certificado médico,
 - Incluye información sobre el uso que hace la persona adulta mayor de ayudas técnicas dentales, oculares, auditivas y de apoyo para la marcha, y
 - Menciona si la persona adulta mayor requiere del uso de sondas/oxígeno, cuidado/dieta especial.
4. El registro de actividades ocupacionales de la persona adulta mayor elaborado:
- Especifica las aficiones / aversiones / preferencias de la persona adulta mayor,
 - Indica las actividades ocupacionales que realiza la persona adulta mayor, y especificaciones acerca de cada una de las mismas,
 - Indica si la persona adulta mayor cuenta con redes de apoyo formal/informal y datos de referencia de cada una,
 - Incluye el nombre completo y números telefónicos de la amistad/amistades más cercanas a la persona adulta mayor, e
 - Especifica la religión que profesa la persona adulta mayor.

La persona es competente cuando posee los siguientes:

CONOCIMIENTOS

NIVEL

1. Actividades básicas e instrumentales de la vida diaria de la persona adulta mayor: Conocimiento
- Actividades básicas de la Escala de Katz.
 - Actividades instrumentales de la Escala de Lawton y Brody

GLOSARIO

- | | |
|---|---|
| 1. Actividades básicas de la vida diaria: | Son aquellas actividades que engloban las capacidades de autocuidado más elementales y necesarias, que el ser humano realiza de forma cotidiana. Son actividades que todos realizamos en mayor o menor medida a lo largo del día, por lo que no es difícil imaginarse el problema delante de la imposibilidad de poder llevarlas a cabo por uno mismo, bien sea por déficit cognitivo-conductual, como por déficit motores. |
| 2. Actividades ocupacionales: | Conjunto de tareas y destrezas que realizan una ocupación efectiva en el ambiente y que cumple satisfactoriamente los roles establecidos en su comunidad de residencia, pueden ser de carácter remunerativo o no, tales como actividades lúdicas, recreativas, deportivas, cognitivas, culturales, espirituales, de convivencia etc. |
| 3. Ayudas técnicas de apoyo: | Son los productos, instrumentos, equipos o sistemas técnicos utilizados por una persona con discapacidad, fabricados especialmente o disponibles en el mercado, para prevenir, compensar, mitigar o neutralizar una deficiencia, discapacidad o minusvalía. |
| 4. Escala de Katz: | Instrumento que evalúa el nivel de autonomía y/o dependencia funcional de una persona adulta mayor para la realización de |

ESTÁNDAR DE COMPETENCIA

- actividades básicas de la vida diaria.
5. Escala de Lawton y Brody: Instrumento que evalúa la capacidad de desarrollo de tareas que implican el manejo de utensilios habituales y actividades sociales del día a día.
 6. Indicaciones médicas: Son todas aquellas acciones en favor de la salud del adulto mayor, dictadas por el médico o facultativo en la receta médica y que son de estricta observancia en tiempo y forma hacia terceras personas.
 7. Persona adulta mayor: Aquella que cuenta con 60 años o más de edad y que se encuentren domiciliada o en tránsito en el territorio nacional (Ley de los Derechos de las personas adultas mayores).
 8. Red de apoyo formal: Organización burocrática, con un objetivo específico en ciertas áreas determinadas y utiliza profesionales o voluntarios para garantizar sus metas, incluye gobierno y otras entidades institucionales establecidas.
 9. Red de apoyo informal: Está constituida por las redes personales y comunitarias, no estructuradas como programas de apoyo, incluyen miembros de la familia, amistades en las que se confía y personas que se acaban de conocer pero que están dispuestas a ayudar.
 10. Redes de apoyo: La serie de contactos personales a través de los cuales el individuo mantiene su identidad social y recibe apoyo emocional, ayuda material, servicios e información (Walker, 1977).

Referencia	Código	Título
2 de 3	E2116	Apoyar en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria de la persona adulta mayor en domicilio.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

La persona es competente cuando demuestra los siguientes:

DESEMPEÑOS

1. Prepara el área para el baño de la persona adulta mayor:
 - Verificando que el equipo para el baño se encuentre listo y en condiciones de uso,
 - Colocando los accesorios de aseo personal al alcance de la persona adulta mayor,
 - Regulando la temperatura del agua al gusto del adulto mayor/familiar/responsable de la persona adulta mayor,
 - Verificando que el área donde se realizará el baño sea segura para la persona adulta mayor,
 - Revisando que este libre de corrientes de aire, y
 - Colocando el equipo para el baño en el lugar destinado para ello al finalizar el proceso de aseo.
2. Asiste a la persona adulta mayor en el aseo y arreglo personal:
 - Verificando que el material de aseo bucal esté limpio y en condiciones de uso,
 - Revisando que los accesorios de aseo personal correspondan a la persona adulta mayor,
 - Verificando que la persona adulta mayor lleve a cabo el aseo bucal/limpieza de prótesis dentales,
 - Verificando que la persona adulta mayor se lave/limpie las manos/cara cuando éstas se encuentren sucias, y

- Manteniendo en todo momento cercanía cuando la persona adulta mayor lo requiera/solicite en cada actividad de aseo y arreglo personal.
3. Realiza el corte/cuidado de uñas de manos de la persona adulta mayor:
- Verificando que los utensilios para el corte/cuidado de uñas de manos se encuentren limpios, en condiciones de uso y cercanos al lugar en que se realizará la actividad,
 - Efectuando el corte/cuidado de uñas sin generar lesiones en las manos, y
 - Limpiando los utensilios para el corte/cuidado de uñas de manos al término de la actividad.
4. Asiste a la persona adulta mayor en la ingesta de alimentos:
- Verificando que la persona adulta mayor lleve a cabo el lavado/limpieza de manos antes y después de comer,
 - Verificando que el tipo de dieta/comida corresponda a lo establecido en el plan de trabajo de las actividades para la asistencia y cuidado básico de la persona adulta mayor/recomendaciones médicas/nutricias/de familiares,
 - Supervisando, antes de iniciar la ingesta, que la temperatura y la consistencia de los alimentos sea acorde a las recomendaciones médicas/nutricias/de familiares,
 - Asistiendo a la persona adulta mayor en aquellos aspectos que se dificulten durante la ingesta de alimentos/cuando la persona adulta mayor lo solicite, y
 - Verificando que los utensilios utilizados para la alimentación se encuentren limpios, en condiciones de uso y al alcance de la persona adulta mayor.
5. Asiste a la persona adulta mayor durante su movilidad en el hogar:
- Verificando que el área de movilidad de la persona adulta mayor se encuentre libre de obstáculos,
 - Vigilando que los traslados de la persona adulta mayor en el domicilio se realicen en condiciones seguras, y
 - Asistiendo a la persona adulta mayor en aquellos aspectos que se dificulten durante su movilidad en el hogar/cuando la persona adulta mayor lo solicite.
6. Asiste a la persona adulta mayor en manualidades/actividades recreativas/labores ligeras del hogar:
- Verificando que el material para la realización de las manualidades/actividades recreativas/labores ligeras del hogar esté al alcance de la persona adulta mayor,
 - Supervisando que el material para las manualidades/actividades recreativas/ labores ligeras del hogar sea utilizado por la persona adulta mayor de acuerdo con las instrucciones de uso del material,
 - Cuidando que la persona adulta mayor realice las manualidades/actividades recreativas/ labores ligeras del hogar en condiciones de seguridad,
 - Apoyando en las manualidades/actividades recreativas/ labores ligeras del hogar que se dificulten a la persona adulta mayor/cuando la persona adulta mayor lo solicite, y
 - Guardando el material utilizado en las manualidades/actividades recreativas/ labores ligeras del hogar en el lugar determinado para ello.
7. Acompaña a la persona adulta mayor en actividades fuera del domicilio:
- Verificando que las ayudas técnicas de apoyo y accesorios para la marcha/traslado de la persona adulta mayor se encuentren en condiciones de uso y limpias,
 - Portando su identificación y la de la persona adulta mayor,
 - Estando en todo momento junto al adulto mayor y sin perderlo de vista,
 - Cuidando que los traslados de la persona adulta mayor se realicen en condiciones seguras,
 - Asistiendo a la persona adulta mayor cuando lo solicite, en aquellos aspectos que se dificulten durante paseos/actividades sociales/compras, y
 - Corroborando que las ayudas técnicas de apoyo para marcha/traslado sean utilizadas por la persona adulta mayor de acuerdo con las instrucciones determinadas por el fabricante.

La persona es competente cuando obtiene los siguientes:

PRODUCTOS

1. El registro de lo acontecido en el día con la persona adulta mayor elaborado:
 - Contiene la descripción de las actividades que realizó la persona adulta mayor durante el día,
 - Especifica qué apoyos requirió la persona adulta mayor y su descripción,
 - Contiene información sobre la ingesta de alimentos y líquidos de la persona adulta mayor,
 - Incluye la información sobre la frecuencia de las evacuaciones de la persona adulta mayor,
 - Indica si se presentaron contingencias con la persona adulta mayor, así como la descripción de las mismas, y
 - Contiene el nombre completo del cuidador.

La persona es competente cuando posee los siguientes:

CONOCIMIENTOS

NIVEL

- | | |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Técnicas de cambio de postura para la persona adulta mayor: <ul style="list-style-type: none"> • Técnica de traslado. • Técnica de movilización. 2. Mecánica corporal de la persona que atiende a la persona adulta mayor: <ul style="list-style-type: none"> • Consideraciones físicas. • Importancia. 3. Actividades de la vida diaria de la persona adulta mayor: <ul style="list-style-type: none"> • Acciones a considerar en el cambio de pañal. • Actividades a realizar en el baño del adulto mayor. • Técnica para el corte de uñas de pies. • Proceso para el vestido y desvestido de la persona adulta mayor. 4. Tipos de discapacidad: <ul style="list-style-type: none"> • Intelectual, • Auditiva, • Visual, y • Motriz. | <p>Conocimiento</p> <p>Conocimiento</p> <p>Comprensión</p> <p>Conocimiento</p> |
|--|--|

La persona es competente cuando demuestra las siguientes:

RESPUESTAS ANTE SITUACIONES EMERGENTES

Situación emergente

1. Caída de la persona adulta mayor durante las actividades básicas e instrumentales de su vida diaria.

Respuestas esperadas

1. Reportar la situación al familiar/médico tratante/persona responsable de la persona adulta mayor. Seguir las indicaciones del familiar/médico tratante/persona responsable de la persona adulta mayor.

La persona es competente cuando demuestra las siguientes:

ACTITUDES/HÁBITOS/VALORES

1. Amabilidad: La manera en que se dirige cordial y respetuosamente a la persona adulta mayor durante el apoyo de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, sin utilizar palabras altisonantes ni gritos.
2. Limpieza: La manera en que se presenta a trabajar portando ropa limpia, zapato bajo, sin alhajas, uñas cortas y cumple con los hábitos de higiene personal.
3. Responsabilidad: La manera en que en todo momento cuida la integridad física de la persona adulta mayor durante las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria
4. Tolerancia La manera en que asiste en todo momento a la persona adulta mayor durante las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, omitiendo forzar/presionar a la persona adulta mayor.

GLOSARIO

1. Accesorios de aseo personal: Son todos aquellos elementos que ayudan a la higiene de manera secundaria. Pueden ser: jabón, shampoo, desodorante, antitranspirante, talco, maquillaje, pintura de uñas, aceite y crema corporal, pasta de dientes, cepillo dental, peine, peineta, pasadores, entre otros.
2. Actividades sociales: Se refiere a aquellas actividades como llamadas telefónicas, canto baile, lectura, museos, cine, parques, convivencia familiar o con amigos o vecinos, participación en grupos de adultos mayores, juegos de mesa; entre otras.
3. Arreglo personal: Aseo y cuidados personales que se realizan para tener una presentación correcta cuando se ha de recibir una visita, salir a la calle, acudir a una celebración o un lugar, etc.
4. Contingencias: Situación que es probable que ocurra, aunque no se tiene una certeza al respecto, al momento de que la persona adulta mayor realiza actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.
5. Consistencia de los alimentos: Estado en el que se presenta el alimento a la persona adulta mayor para que la ingesta pueda llevarse a cabo y no genere riesgos. Puede ser picado, licuado, picado fino, papilla, desmenuzado, reblandecido, espeso, líquido y sólido.
6. Equipo para el baño: Son los elementos de apoyo que se utilizan para la seguridad del adulto mayor dentro del cuarto de baño. Pueden ser: sujetadores, silla, tapete antiderrapante, barandales, auxiliares para la marcha, entre otros.
7. Ingesta: Acción de introducir un alimento, bebida u otra cosa en la boca para digerirlo.
8. Integridad física: Se refiere al cuidado al adulto mayor de sufrir lesiones, torturas, tratos inhumanos, penas crueles, o la muerte.

9. **Labores ligeras del hogar:** Se refiere a las tareas domesticas como limpieza de la vivienda, preparación de alimentos, limpieza y cuidado de la ropa y calzado, compras, entre otras.
10. **Privacidad:** Actividad que el adulto mayor solicita llevar a cabo en un ámbito reservado, fuera del alcance de otras personas, asegurándose la confidencialidad de sus cosas privadas.
11. **Técnicas de mecánica corporal:** Son aquellas sugerencias que se deben poner en práctica cuando se realizan actividades que requieran de esfuerzo corporal.
12. **Utensilios para el corte/cuidado de uñas:** Pueden ser cortaúñas, alicatas, tijeras, limas, cremas, esmalte, entre otros.

Referencia	Código	Título
3 de 3	E2117	Apoyar en el cuidado de la salud de la persona adulta mayor en domicilio.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

La persona es competente cuando demuestra los siguientes:

DESEMPEÑOS

- Asiste en la ministración de medicamentos vía oral/cutánea/ótica/oftálmica a la persona adulta mayor:
 - Verificando que el área y accesorios adicionales donde va preparar medicamentos se encuentren limpios antes de ministrarlos,
 - Verificando, antes de la ministración, que el medicamento corresponda a lo establecido en la receta médica de la persona adulta mayor,
 - Comprobando que el medicamento se encuentre en fecha de consumo,
 - Verificando que la dosis a ministrar corresponda con lo indicado por el médico/profesional de la salud,
 - Comprobando que la hora de ministración del medicamento corresponda con lo indicado en la receta médica de la persona adulta mayor, y
 - Apoyando en la ministración de medicamentos vía oral/cutánea/ótica/oftálmica que se le dificulten a la persona adulta mayor/cuando la persona adulta mayor lo solicite.
- Toma la presión arterial a la persona adulta mayor:
 - Considerando la toma de presión, 30 minutos después de la ingesta de alimentos/ejercicio/evacuación de la persona adulta mayor,
 - Informando con lenguaje entendible para la persona adulta mayor, lo que se va a realizar,
 - Verificando que la persona adulta mayor esté acostada boca arriba/sentada con la espalda apoyada en el respaldo de la silla y las manos en posición de descanso,
 - Colocando el baumanómetro a la persona adulta mayor, de acuerdo con las indicaciones del fabricante, y
 - Anotando el resultado de la presión arterial, en el registro del control de la salud de la persona adulta mayor.
- Toma la temperatura corporal a la persona adulta mayor:
 - Informando con lenguaje entendible para la persona adulta mayor, lo que se va a realizar,
 - Colocando a la persona adulta mayor en posición cómoda sentada/acostada,
 - Limpiando el termómetro antes de usarlo, de acuerdo con las indicaciones del fabricante,

- Colocando el termómetro a la persona adulta mayor, de acuerdo con las indicaciones del fabricante, y
 - Anotando el resultado de la temperatura corporal, en el registro del control de la salud de la persona adulta mayor.
4. Toma la frecuencia respiratoria a la persona adulta mayor:
- Informando con lenguaje entendible para la persona adulta mayor, lo que se va a realizar,
 - Colocando a la persona adulta mayor en posición cómoda sentada/acostada de 10 a 15 minutos para que se estabilice su ritmo respiratorio,
 - Contando los movimientos abdominales por un minuto con ayuda de reloj de pulso/equipo para medir el tiempo, y
 - Anotando el resultado de la frecuencia respiratoria, en el registro del control de la salud de la persona adulta mayor.
5. Toma el pulso a la persona adulta mayor:
- Informando con lenguaje entendible para la persona adulta mayor, lo que se va a realizar,
 - Colocando a la persona adulta mayor en posición cómoda sentada/acostada hasta que se estabilice su agitación,
 - Escogiendo la muñeca/antebrazo/cuello de la persona adulta mayor, donde este más palpable la pulsación,
 - Contando el número de pulsaciones por un minuto, con ayuda de reloj de pulso/equipo para medir el tiempo, y
 - Anotando el resultado del pulso, en el registro del control de la salud de la persona adulta mayor.

La persona es competente cuando obtiene los siguientes:

PRODUCTOS

1. El registro del control de la salud de la persona adulta mayor requisitado:
- Indica la fecha y la hora de ministración de medicamentos y resultados de los signos vitales de la persona adulta mayor,
 - Incluye el nombre del medicamento próximo a caducarse/terminarse, y
 - Indica las variantes detectadas en el estado de salud de la persona adulta mayor durante el día.

La persona es competente cuando posee los siguientes:

CONOCIMIENTOS

1. Rangos normales de signos vitales en la persona adulta mayor:
- Frecuencia respiratoria,
 - Presión arterial,
 - Temperatura corporal, y
 - Toma del pulso en reposo.
2. Ministración de medicamentos:
- Durante los cuidados básicos de la persona adulta mayor, y
 - Vías de ministración oral/cutánea/ótica/ofélmica

NIVEL

Comprensión

Conocimiento

La persona es competente cuando demuestra las siguientes:

RESPUESTAS ANTE SITUACIONES EMERGENTES

Situación emergente

1. Alteraciones en la salud de la persona adulta mayor.
2. Alteraciones de la conducta de la persona adulta mayor.

Respuestas esperadas

1. Conserva la calma. Reporta lo sucedido al familiar/responsable de la persona adulta mayor/médico tratante. Sigue indicaciones del familiar/responsable de la persona adulta mayor/médico tratante.
2. Retirarlo de la actividad que le ocasiona la conducta. Conserva la calma. Reporta lo sucedido al familiar/responsable de la persona adulta mayor.

La persona es competente cuando demuestra las siguientes:

ACTITUDES/HÁBITOS/VALORES

1. Limpieza: La manera en que se lava las manos antes y después de realizar cada una de las actividades para el cuidado de la salud de la persona adulta mayor.
2. Tolerancia: La manera en que invita a la persona adulta mayor a aceptar la ministración de medicamentos vía oral/cutánea/ótica/oftálmica y la toma de signos vitales omitiendo forzar y presionar.

GLOSARIO

1. Baumanómetro: Medidor de presión arterial, que se utiliza en la muñeca o brazo de la persona adulta mayor.
2. Frecuencia respiratoria: Es el número de inspiraciones y espiraciones que se realizan en una unidad de tiempo (un minuto).
3. Ministración de medicamentos: Son las maniobras que se efectúan para administrar un medicamento por alguna de las vías de aplicación con el objetivo de recuperar la salud.
4. Presión arterial: Presión que ejerce la sangre al circular por los vasos sanguíneos.
5. Pulso: Es la expansión de las arterias debido al paso de la sangre bombeada al comprimirse la arteria.
6. Ritmo respiratorio: Se refiere a que todas las inspiraciones y espiraciones sean iguales, pueden ser regulares o irregulares.
7. Signos vitales: Son mediciones de las funciones más básicas del cuerpo. Los cuatro signos vitales principales son: temperatura corporal, pulso, frecuencia respiratoria y presión arterial.
8. Termómetro: Instrumento que sirve para medir la temperatura corporal, el cual puede ser digital, mercurial, entre otros.

Anexo 4. Estándar de competencia EC0665 Atención a personas adultas mayores en establecimientos de asistencia social permanente/temporal.



conocer

conocimiento • competitividad • crecimiento

ESTÁNDAR DE COMPETENCIA

I.- Datos Generales

Código

EC0665

Título:

Atención a personas adultas mayores en establecimientos de asistencia social permanente/temporal.

Propósito del Estándar de Competencia

Servir como referente para la evaluación y certificación de las personas que dentro de establecimientos de asistencia social permanente o temporal, se dedican a la atención y cuidado de personas adultas mayores con dependencia leve a severa.

Asimismo, puede ser referente para el desarrollo de programas de capacitación y de formación basados en Estándares de Competencia (EC).

El presente EC se refiere únicamente a funciones para cuya realización no se requiere por disposición legal, la posesión de un título profesional. Por lo que para certificarse en este EC no deberá ser requisito el poseer dicho documento académico.

Descripción general del Estándar de Competencia

El EC describe el desempeño del cuidador que asiste a personas adultas mayores, con dependencia leve a severa, en el baño, aseo y arreglo personal, uso del sanitario o cambio de calzón de tela o desechable, ingesta de alimentos, ministración de medicamentos, traslados de un lugar a otro, cambios de postura, así como en la realización de actividades físicas, y apoyo de rehabilitación y estimulación cognoscitiva.

El presente EC se fundamenta en criterios rectores de legalidad, competitividad, libre acceso, respeto, trabajo digno y responsabilidad social.

Se actualiza el EC0026 Atención a personas adultas mayores publicado en el Diario Oficial de la Federación el 24 de octubre de 2007.

Los asuntos y procesos de evaluación y certificación de competencias tramitados con base en el EC0026 Atención a personas adultas mayores, tendrán para su conclusión, incluyendo la emisión de certificados, un plazo máximo de cinco meses, a partir de la publicación en el Diario Oficial de la Federación del presente Estándar de Competencia.

Nivel en el Sistema Nacional de Competencias: Dos

Desempeña actividades programadas que, en su mayoría son rutinarias y predecibles, Depende de las instrucciones de un superior, y Se coordina con compañeros de trabajo del mismo nivel jerárquico.

Comité de Gestión por Competencias que lo desarrolló:

Asistencia Social

Fecha de aprobación por el Comité Técnico del CONOCER:

9 de noviembre de 2015

Fecha de publicación en el Diario Oficial de la Federación:

16 de diciembre de 2015

Periodo de revisión/actualización del EC:

5 años

Ocupaciones relacionadas con este EC de acuerdo con el Sistema Nacional de Clasificación de Ocupaciones (SINCO)

Grupo unitario

(522) Trabajadores en el cuidado de personas

Ocupaciones asociadas

(5221) Cuidadores de niños, personas con discapacidad y ancianos en establecimientos.

(5222) Cuidadores de niños, personas con discapacidad y ancianos en casas particulares.

Ocupaciones no contenidas en el Sistema Nacional de Clasificación de Ocupaciones y reconocidas en el Sector para este EC

Cuidador de personas adultas mayores.

Clasificación según el sistema de Clasificación Industrial de América del Norte (SCIAN)

Sector:

62 Servicios de salud y de asistencia social

Subsector:

623 Residencias de asistencia social y para el cuidado de la salud.

Rama:

6233 Asilos y otras residencias para el cuidado de ancianos.

Subrama:

62331 Asilos y otras residencias para el cuidado de ancianos.

Clase:

623311 Asilos y otras residencias del sector privado para el cuidado de ancianos.

623312 Asilos y otras residencias del sector público para el cuidado de ancianos.

El presente EC, una vez publicado en el Diario Oficial de la Federación, se integrará en el Registro Nacional de Estándares de Competencia que opera el CONOCER a fin de facilitar su uso y consulta gratuita.

Organizaciones participantes en el desarrollo del Estándar de Competencia

- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM)
- Instituto Nacional de Geriátrica (INGER)
- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF)
- Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de San Luis Potosí (SEDIF SLP)
- Consejo Nacional de Fomento Educativo (CONAFE)
- Junta de Asistencia Privada del Distrito Federal (JAP D.F.)
- Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de Personas con Discapacidad (CONADIS)
- Fundación de Protección y Asistencia para Ancianas Desvalidas, I.A.P.

Aspectos relevantes de la evaluación

Detalles de la práctica:

- Los procesos de evaluación deben realizarse con personas adultas mayores, dentro de establecimientos de asistencia social permanente o temporal, públicos o privados (casa de día, residencia de ancianos, asilos u otros).

ESTÁNDAR DE COMPETENCIA

- La institución que evalúa deberá contar con procedimientos para el ingreso de candidatos y evaluadores a establecimientos de asistencia social permanente o temporal, públicos o privados (casa de día, residencia de ancianos, asilos u otros), donde realizará los procesos de evaluación, a fin de garantizar la seguridad de las personas adultas mayores, instalaciones y personal que labora.
- Es responsabilidad de la institución que evalúa asegurar que existan los requerimientos para que se pueda llevar a cabo el proceso de evaluación.
- El evaluador y el candidato durante el proceso de evaluación deberán cuidar la privacidad, manejarse con respeto y garantizar la confidencialidad de la información, respecto de la persona adulta mayor.
- El evaluador deberá presentarse a la evaluación bajo las mismas condiciones de higiene y seguridad que se le requieren al cuidador de las personas adultas mayores.
- El proceso de evaluación deberá ser planeado con base en el programa de actividades del establecimiento de asistencia social permanente o temporal, público o privado (casa de día, residencia de ancianos, asilos u otros), recopilando los desempeños en los momentos establecidos para baño, aseo y arreglo personal, uso del sanitario o cambio de calzón de tela o desechable, ingesta de alimentos, ministración de medicamentos, traslados de un lugar a otro, cambios de postura, actividades físicas, de rehabilitación y estimulación cognoscitiva.
- El candidato podrá presentar como productos los formatos establecidos por la institución, siempre y cuando cumplan con los requerimientos del EC, de lo contrario el candidato podrá complementar la información requerida, antes de la entrega del producto al evaluador.
- Un evaluador máximo podrá evaluar durante la misma jornada a un candidato.
- Cuando el Estándar de Competencia se refiera a personas adultas mayores, las actividades se evalúan de forma grupal y cuando se refiera a persona adulta mayor, los desempeños se demostrarán con una sola persona.
- El evaluador deberá identificar que en el elemento 1,2 y 3 de este Estándar de Competencia, hay respuestas ante situaciones emergentes que corresponden a la atención de personas adultas mayores con dependencia leve y severa.

Apoyos/Requerimientos:

- Personas adultas mayores, con dependencia leve y severa.

ESTÁNDAR DE COMPETENCIA

- Instalaciones de establecimientos de asistencia social permanente o temporal, públicos o privados (casa de día, residencia de ancianos, asilos u otros).
- Programa de actividades del establecimiento de asistencia social permanente o temporal, público o privado (casa de día, residencia de ancianos, asilos u otros).
- Expediente que contenga datos generales, datos de seguridad, datos clínicos y actividades ocupacionales de la persona adulta mayor.
- Requerimientos y áreas disponibles para realizar las actividades físicas, de rehabilitación y lúdicas.
- Materiales para las actividades de higiene y arreglo personal de la persona adulta mayor.
- Pañales para adultos.
- Guantes desechables.
- Materiales para la higiene de genitales y región perianal.
- Materiales para baño en cama.
- Medicamentos y recetas o expediente clínico que contenga indicaciones para la ministración.

Duración estimada de la evaluación

- 1 hora en gabinete y 7 horas en campo, totalizando 8 horas

Referencias de Información

- Álvarez Gregory, J., & Macías Núñez, J. E. (2009). Dependencia en Geriatría. Madrid: Ediciones Universidad Salamanca.
- Comisión Nacional de los derechos humanos. Instituto Nacional de las personas adultas mayores. (2010). Programa Nacional de promoción y difusión de los derechos humanos de las personas adultas mayores. Sesiones informativas. México.
- Comisión Nacional de los derechos Humanos. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. . (2010). Programa Nacional de promoción y difusión de los derechos humanos de las personas adultas mayores. Programa y Guía de Aplicación. México.
- <http://www.dgplades.salud.gob.mx/>. (03 de octubre de 2013). Obtenido de Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud: http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/dhg/INDICE_KATZ.pdf
- <http://www.fisaude.com/>. (04 de octubre de 2013). Obtenido de Fisaude: <http://www.fisaude.com/>
- Levy Benasuly, A., & Cortés Barragán, J. (2003). Ortopodología y aparato locomotor. Barcelona: Masson.
- Ley de los derechos de las personas adultas mayores. (25 de abril de 2012). México, D.F., México.
- Mayores, I. N. (2010). Por una cultura del envejecimiento. México.
- Mayores, I. N. (2012). Modelos de Atención Gerontológica. México.
- Méndez Núñez, V., Martínez Maldonado, M., & Vargas Guadarrama, L. (2004). Gerontología Comunitaria. México, D.F.: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Dirección General de Asuntos del Personal Académico, UNAM : Fondo Mixto CONACyT : Gobierno del Estado de Hidalgo.

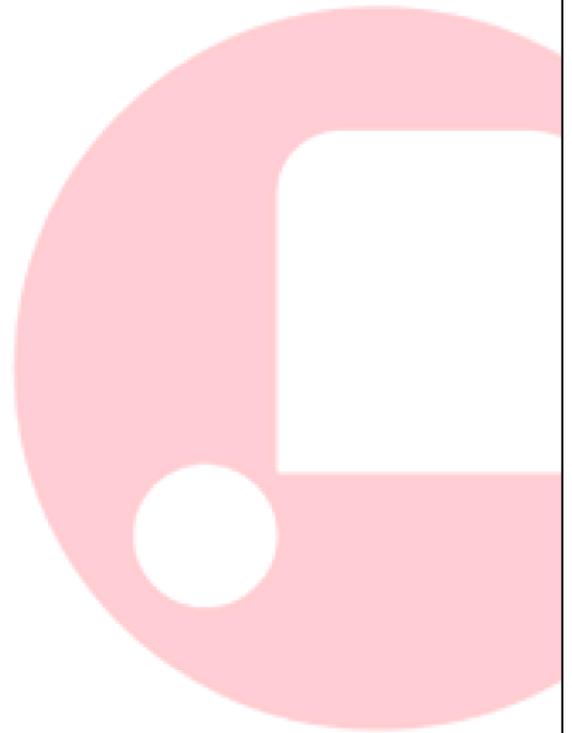


conocer

conocimiento • competitividad • crecimiento

ESTÁNDAR DE COMPETENCIA

- Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad. (29 de junio de 2012). México, D.F., México.





II.- Perfil del Estándar de Competencia

Estándar de Competencia

Atención a personas adultas mayores en establecimientos de asistencia social permanente o temporal.

Elemento 1 de 4

Asistir a personas adultas mayores, con dependencia leve, en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

Elemento 2 de 4

Apoyar a personas adultas mayores, con dependencia leve, en la realización de actividades físicas, de rehabilitación y estimulación cognoscitiva.

Elemento 3 de 4

Asistir a personas adultas mayores, con dependencia severa, en las actividades básicas de la vida diaria.

Elemento 4 de 4

Asistir a personas adultas mayores, con dependencia severa, en la realización de actividades de rehabilitación y estimulación cognoscitiva.

III.- Elementos que conforman el Estándar de Competencia

Referencia	Código	Título
1 de 4	E2100	Asistir a personas adultas mayores, con dependencia leve, en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

La persona es competente cuando demuestra los siguientes:

DESEMPEÑOS

1. Verifica información sobre el estado integral de la persona adulta mayor con dependencia leve:
 - Antes de comenzar la asistencia, y
 - Revisando en expediente/preguntando al cuidador que entrega el turno si se presentó alguna emergencia.
2. Inicia el cuidado de la persona adulta mayor con dependencia leve:
 - Saludando de manera cordial, y
 - Dirigiéndose a la persona de acuerdo a como le gusta que le nombre.
3. Apoya a la persona adulta mayor, con dependencia leve, en la actividad del baño personal:
 - Preparando el área donde se realizará el baño, para que esté libre de corrientes de aire, se encuentre iluminada, y cuente con las ayudas técnicas de apoyo que requiere la persona,
 - Colocando los accesorios de aseo personal al alcance de la persona,
 - Regulando la temperatura del agua al gusto de la persona,
 - Invitando a la persona a realizar la actividad del baño, y
 - Colocando el equipo para el baño en el lugar destinado para ello al finalizar el proceso de aseo.
4. Asiste a la persona adulta mayor, con dependencia leve, en el arreglo personal:
 - Apoyando a la persona al vestirse,
 - Invitando a que la persona realice el peinado de su cabello,
 - Fomentando que la persona realice rasurado, si es caballero/se maquille, si es dama,
 - Manteniendo en todo momento cercanía para brindar apoyo cuando la persona lo requiera/solicite, y
 - Cuidando, en todo momento, la privacidad/dignidad de la persona.
5. Asiste a la persona adulta mayor, con dependencia leve, cuando realiza el aseo personal:
 - Invitando, a la persona a que efectúe el lavado/limpieza de manos cuando éstas se encuentren sucias, antes/después de comer y después de ir al baño,
 - Invitando a la persona a que lleve a cabo el aseo bucal/limpieza de prótesis dentales después de la ingesta de alimentos,
 - Verificando que los accesorios que utiliza la persona para el aseo, sean los personales y no ponen en riesgo su integridad física, y
 - Manteniendo en todo momento cercanía para brindar apoyo cuando la persona lo requiera/solicite.
6. Asiste a la persona adulta mayor, con dependencia leve, en el uso del sanitario/similar/cambio de calzón de tela/desechable:
 - Preguntando si la persona requiere usar el sanitario/similar/si requiere cambio de calzón de tela/desechable, y

- Verificando que el sanitario/similar/área para cambio de calzón cuente con las ayudas técnicas de apoyo para seguridad de la persona.
7. Asiste a la persona adulta mayor, con dependencia leve, en la ingesta de alimentos:
- Verificando que el tipo de dieta/comida corresponda a lo establecido en el plan de trabajo de las actividades para la asistencia y cuidado básico de la persona adulta mayor/recomendaciones médicas/nutricias,
 - Supervisando antes de iniciar la ingesta, que la temperatura y la consistencia de los alimentos sea acorde a las recomendaciones médicas/nutricias,
 - Asistiendo a la persona en aquellos aspectos que se dificulten durante la ingesta de alimentos/cuando la persona lo solicite, y
 - Verificando que los utensilios utilizados para la alimentación se encuentren limpios, en condiciones de uso y al alcance de la persona adulta mayor.
8. Asiste a la persona adulta mayor, con dependencia leve, en la ministración de medicamentos por la vía sugerida por el profesional de la salud:
- Cotejando el nombre del medicamento con lo estipulado en las especificaciones médicas,
 - Comprobando que el medicamento se encuentre en fecha de consumo,
 - Ministrando el medicamento en los horarios establecidos por las especificaciones médicas,
 - Ministrando el medicamento por la vía establecida en las especificaciones del profesional de la salud,
 - Ministrando la dosis del medicamento establecida en las especificaciones del profesional de la salud,
 - Asegurándose que el medicamento sea efectivamente ministrado, y
 - Registrando en expediente/reportando al responsable, la ministración de medicamento y si existe dificultad para ministrarlos.
9. Asiste a la persona adulta mayor, con dependencia leve, cuando se le traslada dentro del establecimiento:
- Verificando que el área de movilidad de la persona se encuentre en condiciones seguras de acuerdo a lo establecido por la institución, y
 - Asistiendo a la persona en aquellas áreas que dificulten su movilidad en el establecimiento, cuando lo solicite/requiera.

La persona es competente cuando obtiene los siguientes:

PRODUCTOS

1. El registro de información sobre lo acontecido con la persona adulta mayor, con dependencia leve, elaborado:
- Contiene el nombre de la persona que se atendió,
 - Especifica las actividades realizadas por la persona durante el turno,
 - Indica los apoyos que requirió la persona durante la realización de las actividades básicas de la vida diaria,
 - Contiene información sobre la ingesta de alimentos y líquidos, de la persona que se atendió,
 - Reporta la frecuencia en las evacuaciones y micciones, de la persona que se atendió,
 - Informa sobre la ministración de medicamentos que proporcionó conforme a las indicaciones médicas,
 - Indica si se presentaron contingencias, durante el cuidado de la persona,
 - Indica si hubo variantes en el estado de salud de la persona, y

- Contiene el nombre completo y firma de quien elaboró.

La persona es competente cuando posee los siguientes:

CONOCIMIENTOS

1. Principios y Derechos que establece la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.
2. Concepto de Funcionalidad en la persona adulta mayor.
3. Actividades básicas e instrumentales de la vida diaria de la persona adulta mayor:
 - Actividades básicas de la Escala de Katz.
 - Actividades instrumentales de la Escala de Lawton y Brody.
4. Uso y mantenimiento de las Ayudas Técnicas.
5. Técnicas de cambio de postura para la persona adulta mayor:
 - Técnica de traslado.
 - Técnica de movilización.
6. Rangos normales de signos vitales en la persona adulta mayor:
 - Frecuencia respiratoria,
 - Presión arterial,
 - Temperatura corporal, y
 - Toma del pulso en reposo.
7. Ministración de medicamentos:
 - Vías de ministración oral/cutánea/ótica/oftálmica
8. Técnica de corte de uñas.

NIVEL

Conocimiento

Conocimiento

Conocimiento

Conocimiento

Conocimiento

Comprensión

Conocimiento

Comprensión

La persona es competente cuando demuestra las siguientes:

RESPUESTAS ANTE SITUACIONES EMERGENTES

Situación emergente

1. La persona adulta mayor, con dependencia leve se ensucia/moja su ropa.

Respuesta esperada

1. Invitar a la persona a realizar aseo personal y el cambio de ropa, y mantener en todo momento cercanía para brindar apoyo cuando lo requiera/solicite.

Situación emergente

2. La persona adulta mayor, con dependencia leve presenta emergencia médica.

Respuesta esperada

2. Reportar/canalizar inmediatamente al médico/responsable en turno del establecimiento de asistencia social permanente/temporal y atender las indicaciones que reciba.

Situación emergente

3. La persona adulta mayor, con dependencia leve se extravía.

Respuesta esperada

3. Reportar inmediatamente al responsable en turno del establecimiento de asistencia social permanente/temporal y aplicar el código de emergencia determinado por el establecimiento.

La persona es competente cuando demuestra las siguientes:

ACTITUDES/HÁBITOS/VALORES

1. Amabilidad: La manera en que durante todo el tiempo que está a cargo de las personas adultas mayores, con dependencia leve, le brinda un trato ético, respetuoso, cordial, afable y se dirige con tono de voz modulado.
2. Iniciativa: La manera en que genera alternativas para lograr que las personas adultas mayores, con dependencia leve, realicen actividades básicas de la vida diaria.
3. Limpieza: La manera en que se presenta a trabajar portando ropa limpia, zapato bajo, sin alhajas, uñas cortas y cumple con los hábitos de higiene personal.
4. Responsabilidad: La manera en que cuida la integridad física y psicoemocional de la persona adulta mayor. Así como el uso adecuado de la información de las personas adultas mayores, con dependencia leve, manteniendo la confidencialidad y veracidad de la misma.
5. Tolerancia: La manera en que muestra paciencia, tranquilidad y respeta los tiempos que requieren las personas adultas mayores, con dependencia leve, para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria.

GLOSARIO

1. Actividad Física: Todo movimiento corporal producido por el sistema músculo esquelético con gasto de energía, abarca una amplia gama de actividades y movimientos que incluyen actividades cotidianas como caminar en forma regular, tareas domésticas, jardinería, etc.
2. Actividades básicas de la vida diaria: Son aquellas que ejecuta una persona con frecuencia habitual y le permiten vivir de forma autónoma e integrada en su entorno habitual y social. Las actividades básicas de la vida diaria son: baño, vestido, uso del sanitario, alimentación, continencia urinaria/fecal y traslados.
3. Actividades de Rehabilitación: Actividades destinadas a lograr que las personas adultas mayores con discapacidad estén en condiciones de alcanzar y mantener un estado funcional óptimo desde el punto de vista físico, sensorial, intelectual psíquico o social, de manera que cuenten con los medios para modificar su propia vida y ser más independientes.
4. Actividades instrumentales de la vida diaria: Son actividades más complejas y su realización se asocia a tareas que implican la capacidad de tomar decisiones. En esta categoría se incluyen tareas domésticas, de movilidad, de administración del hogar, uso de transporte y teléfono, manejo de medicamentos y finanzas.
5. Ayudas técnicas: Dispositivos tecnológicos y materiales que permiten habilitar, rehabilitar o compensar una o más limitaciones funcionales, motrices, sensoriales o intelectuales de las personas con discapacidad.

- | | |
|--|---|
| 6. Ayudas técnicas auditivas: | Son dispositivos hechos de diversos materiales y diseños con la finalidad de auxiliar a las personas con problemas de audición con el fin de mejorar su funcionalidad, tales como los amplificadores o aparatos para la sordera. |
| 7. Ayudas técnicas de apoyo: | Son dispositivos hechos de diversos materiales y diseños con la finalidad de auxiliar a las personas con problemas para caminar o con trastornos del equilibrio o ambos en su traslado permitiendo mantener la movilidad de los ancianos afectados., tales como: bastón, andadera o silla de ruedas. |
| 8. Ayudas técnicas dentales: | Son dispositivos hechos de diversos materiales y diseños con la finalidad de auxiliar a las personas con problemas dentales con el fin de mejorar su funcionalidad, tales como prótesis dental total o parcial, coronas, puentes, entre otros. |
| 9. Ayudas técnicas oculares: | Son dispositivos hechos de diversos materiales y diseños con la finalidad de auxiliar a las personas con problemas para mirar por trastornos visuales, permitiendo mantener su funcionalidad por ejemplo: lente intraocular, lente de contacto, lente de armazón. |
| 10. Código de emergencia: | Es el procedimiento que se aplica en cada establecimiento para la búsqueda de la persona adulta mayor extraviada. |
| 11. Consistencia de alimentos: | Estado en el que se presenta el alimento a la persona adulta mayor para que la ingesta pueda llevarse a cabo y no genere riesgos. Pueden ser: picado, licuado, picado fino, papilla, desmenuzado, reblandecido, espeso, líquido y sólido. |
| 12. Cuidador: | Persona que proporciona apoyo a las personas adultas y adultas mayores en las actividades básicas, instrumentales y avanzadas de la vida diaria. (Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad, 2012) |
| 13. Elementos básicos para el baño: | Jabón, shampoo, esponja o estropajo, toalla, crema humectante o aceite corporal. |
| 14. Emergencia médica: | Todo problema médico-quirúrgico agudo que pongan en peligro la vida o la pérdida de un órgano o una función y requiera atención inmediata. Ejemplo: Caídas, golpes, ahogamiento, fracturas, sobredosis, agudización de enfermedad crónica, entre otros. |
| 15. Establecimiento de asistencia social permanente: | Todo aquel lugar que independientemente de su denominación o régimen jurídico, otorga atención integral permanente para personas adultas y adultas mayores, que cuenten con características especiales de atención, donde se proporcionan servicios de prevención de riesgos, atención y rehabilitación, incluyen alojamiento, vestido, atención médica, social y psicológica, actividades culturales, recreativas y ocupacionales. (Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad, 2012) |

- Todo aquel lugar que independientemente de su denominación o régimen jurídico, proporciona servicios y apoyos asistenciales durante periodos menores a 24 horas continuas, a personas adultas y adultas mayores que incluyen: alternativas para la ocupación creativa y productiva del tiempo libre y en su caso alimentación de acuerdo al Modelo de atención. (Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad, 2012)
16. Establecimiento de asistencia social temporal:
17. Estado de conciencia: de Respuesta evidenciada de apertura ocular, respuesta verbal y respuesta motora.
18. Expediente: Documentos que contienen información de datos generales, de seguridad, clínicos, ocupacionales u otros, de la persona adulta mayor, independientemente del formato en el que se encuentre (formatos/libreta/bitácora/sistema)
19. Identificación de características del adulto mayor para la ingesta de alimentos: Identificación de problemas odontológicos que pueden generar dificultad a la persona adulta mayor en el masticar o deglutir, así como alteraciones del gusto.
20. Nutricia: Define a la persona que tiene a su cargo el alimento de otra persona
21. Persona adulta mayor: Aquellas que cuenten con 60 años o más de edad y que se encuentren domiciliadas o en tránsito en el territorio nacional.
22. Profesional de la salud: Son médicos, nutriólogos, terapeutas físicos adscritos al establecimiento.

Referencia	Código	Título
2 de 4	E2101	Apoyar a personas adultas mayores, con dependencia leve, en la realización de actividades físicas, de rehabilitación y estimulación cognoscitiva.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

La persona es competente cuando demuestra los siguientes:

DESEMPEÑOS

- Estimula cognoscitivamente a la persona adulta mayor con dependencia leve de manera individual/grupal:
 - Orientando en la fecha, hora y lugar en que se encuentra la persona,
 - Informando a la persona la actividad a realizar,
 - Preparando el área/materiales para la realización de la actividad,
 - Realizando una actividad para trabajar la estimulación cognoscitiva de la persona, y
 - Observando la evolución y desarrollo de la actividad de la persona.
- Apoya en las actividades físicas/rehabilitación con la persona adulta mayor, con dependencia leve:
 - Distribuyendo los materiales para la actividad a la persona,
 - Proporcionando las ayudas técnicas de apoyo que se requieran por el profesional de la salud,

- Informando a la persona que se le llevará a su actividad física/rehabilitación,
- Invitando a la persona a realizar la actividad física/rehabilitación, y
- Asistiendo en las actividades físicas/rehabilitación establecidas por el profesional de la salud para la persona.

La persona es competente cuando obtiene los siguientes:

PRODUCTOS

1. El registro de información sobre lo acontecido con la persona adulta mayor, con dependencia leve, durante la realización de actividades físicas/rehabilitación y estimulación cognoscitiva:
 - Contiene el nombre de la persona que se atendió,
 - Especifica las actividades que realizó la persona,
 - Especifica las ayudas técnicas de apoyo que requirió la persona,
 - Menciona si se presentaron contingencias durante la realización de las actividades,
 - Menciona si detectó variantes en el estado de salud de la persona, durante el desarrollo de las actividades, y
 - Contiene el nombre completo y firma de quien elaboró.

La persona es competente cuando posee los siguientes:

CONOCIMIENTOS

1. Importancia de las actividades lúdicas y sociales para el cuidado integral de la persona adulta mayor.

NIVEL

Conocimiento

La persona es competente cuando demuestra las siguientes:

RESPUESTAS ANTE SITUACIONES EMERGENTES

Situación emergente

1. Alteraciones en la salud de la persona adulta mayor

Respuesta esperada

1. Conservar la calma, reportar lo sucedido al responsable del establecimiento/médico tratante, y seguir indicaciones.

Situación emergente

2. Alteraciones de la conducta de la persona adulta mayor.

Respuesta esperada

2. Retirarlo de la actividad que le ocasiona la conducta, conservar la calma, reportar lo sucedido al responsable del establecimiento/médico tratante y seguir indicaciones.

La persona es competente cuando demuestra las siguientes:

ACTITUDES/HÁBITOS/VALORES

1. **Iniciativa:** La manera en que genera alternativas para lograr que la persona adulta mayor con dependencia leve realice actividades físicas/rehabilitación y estimulación cognoscitiva.
2. **Tolerancia:** La manera en que respeta los tiempos, circunstancias y estados de ánimo de la persona adulta mayor con dependencia leve para

realizar actividades físicas/rehabilitación y estimulación cognoscitiva.

GLOSARIO:

1. **Actividades espirituales:** Son actividades que hacen encontrar en el adulto mayor su sentido de la vida, permitiendo que sus valores se mantengan vivos y se desarrollen nuevas actitudes positivas hacia sí mismo y hacia los demás. Puede incluir actividades como las religiosas o las comunitarias.
2. **Actividades lúdicas:** Actividades que a través del juego, permiten el desarrollo personal y la mejora de la funcionalidad del adulto mayor en sus distintas áreas.
3. **Actividades para estimular las funciones mentales superiores:** Son aquellas actividades que estimulan las sensaciones y percepciones y están destinadas a mantener la funcionalidad mental de la persona adulta mayor. Por ejemplo: juegos de mesa, diálogos interactivos, lecturas comentadas, actividades manuales, operaciones lógico-matemáticas, actividades artísticas, entre otras.
4. **Actividades sociales:** Llamadas telefónicas, canto, baile, lectura, museos, cine, parques, convivencia familiar, con amigos y vecinos, participación en grupos de adultos mayores y juegos de mesa.
5. **Actividades socioculturales:** Son actividades que fomentan las relaciones sociales, familiares y con el entorno. Por ejemplo: salidas, excursiones, celebraciones, actividades de entretenimiento, entre otras.
6. **Contingencia:** Suele referirse algo que es probable que ocurra aunque no se tiene una certeza al respecto
7. **Dependencia moderada:** Para efectos de este Estándar de Competencia se entenderá por dependencia moderada aquellas personas adultas mayores que requieran o soliciten apoyo parcial y/o temporal por terceras personas para llevar a cabo algunas de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.
8. **Dependencia severa:** Para efectos de este Estándar de Competencia se entenderá por dependencia severa aquellas personas adultas mayores que requieran o soliciten apoyo permanente por terceras personas para llevar a cabo todas las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.
9. **Estimulación cognoscitiva:** Consiste en una intervención realizada en personas que ofrece un rango de actividades entretenidas (ejercicios de memoria, juegos de palabras, dibujos, cálculos, etc), que proveen estimulación para pensar, mejorar la concentración y la memoria. Estas actividades son realizadas por lo general en un contexto social, es decir, dentro de grupos pequeños.
10. **Funciones mentales superiores:** Capacidades que ponen en juego la integridad de un sistema de organización de la información perceptual. Las funciones son la introducción, conciencia, atención, memoria, juicio, abstracción, concentración, lenguaje, creatividad, anticipación, planeación, sensopercepción, voluntad, cálculo, razonamiento y regulación.

Referencia	Código	Título
------------	--------	--------

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

La persona es competente cuando demuestra los siguientes:

DESEMPEÑOS

1. Verifica información sobre el estado integral de la persona adulta mayor con dependencia severa:
 - Antes de comenzar la asistencia, y
 - Revisando en expediente/preguntando al cuidador que entrega el turno si se presentó alguna emergencia.
2. Inicia el cuidado de la persona adulta mayor con dependencia leve:
 - Saludando de manera cordial, y
 - Dirigiéndose a la persona de acuerdo a como le gusta que le nombre,
3. Asiste a la persona adulta mayor, con dependencia severa, en la realización del baño personal:
 - Acondicionando el área donde se realizará el baño, para que esté libre de corrientes de aire, se encuentre iluminada, y sea segura para la persona,
 - Acercando los accesorios de aseo personal y ropa de la persona,
 - Verificando la cantidad y temperatura del agua,
 - Informando, a la persona que se le va a realizar la actividad del baño,
 - Ofreciendo el cómodo/orinal antes de iniciar la actividad del baño, y
 - Colocando el equipo para el baño en el lugar destinado para ello al finalizar el proceso de aseo.
4. Asiste a la persona adulta mayor, con dependencia severa, en el arreglo personal:
 - Realizando el peinado de su cabello, y
 - Ofreciendo a la persona el arreglo de su cara como rasurado para caballero/maquillaje para dama.
5. Asiste a la persona adulta mayor, con dependencia severa, en el aseo personal:
 - Informando a la persona las actividades a realizar,
 - Realizando el lavado/limpieza de manos cuando éstas se encuentren sucias, antes y después de comer,
 - Realizando a la persona el aseo bucal/limpieza de prótesis dentales después de la ingesta de alimentos, y
 - Cuidando que los accesorios de aseo personal utilizados, no pongan en riesgo su integridad física.
6. Asiste a la persona adulta mayor, con dependencia severa, en el cambio de pañal:
 - Verificando que la persona requiere el cambio de pañal,
 - Informando a la persona que se le va a realizar el cambio de pañal,
 - Acondicionando el área para que esté libre de corrientes de aire/cambios bruscos de temperatura y objetos que pongan en riesgo a la persona,
 - Manteniendo los implementos de limpieza en orden y a su alcance, sin que implique un riesgo en la integridad física de la persona,
 - Realizando la higiene de manos antes y después del cambio de pañal con agua y jabón/antiséptico,

- Ventilando el área donde se realizó el cambio de pañal, y
 - Respetando en todo momento, la privacidad/dignidad de la persona, con dependencia severa.
7. Asiste a la persona adulta mayor, con dependencia severa, en la ingesta de alimentos:
- Verificando que el tipo de dieta/comida corresponda a lo establecido en el plan de trabajo de las actividades para la asistencia y cuidado básico de la persona/recomendaciones médicas/nutricias,
 - Cuidando que la temperatura de los alimentos, facilite la ingesta,
 - Colocando a la persona en posición acorde al estado integral para la ingesta de alimentos,
 - Protegiendo el pecho de la persona con servilleta de tela/similar,
 - Invitando, a la persona a consumir los alimentos,
 - Utilizando utensilios limpios y en buen estado,
 - Respetando el ritmo de ingesta de alimentos de la persona, y
 - Limpiando continuamente los residuos de alimentos del contorno de la boca de la persona.
8. Asiste a la persona adulta mayor, con dependencia severa, en la ministración de medicamentos por la vía sugerida por el profesional de la salud:
- Cotejando el nombre del medicamento con lo estipulado en las especificaciones médicas,
 - Comprobando que el medicamento se encuentre en fecha de consumo,
 - Ministrando el medicamento en los horarios establecidos por las especificaciones médicas,
 - Ministrando el medicamento por la vía establecida en las especificaciones del profesional de la salud,
 - Ministrando la dosis del medicamento establecida en las especificaciones del profesional de la salud,
 - Asegurándose que el medicamento sea efectivamente ministrado, y
 - Registrando en expediente/reportando al responsable, la ministración de medicamento y si existe dificultad para su ministración.
9. Realiza la movilización y cambios de postura de la persona adulta mayor con dependencia severa:
- Informando a la persona que se le va a realizar el cambio de posición,
 - Manteniendo la comunicación en todo momento con la persona,
 - Siguiendo las técnicas recomendadas por la Secretaría de Salud para prevenir el desarrollo de úlceras por presión,
 - Realizando el cambio de postura, en los periodos establecidos por el profesional de la salud responsable de la persona,
 - Cuidando que la postura de la persona quede alineada, y
 - Cuidando en todo momento la seguridad e integridad física de la persona

La persona es competente cuando obtiene los siguientes:

PRODUCTOS

1. El registro de información sobre lo acontecido con la persona adulta mayor, con dependencia severa, en el día:
 - Menciona el nombre de la persona con dependencia severa, que se atendió,
 - Especifica las actividades que se realizaron con la persona con dependencia severa,
 - Indica los apoyos que requirió la persona con dependencia severa, durante la realización de las actividades básicas de la vida diaria,

- Contiene información sobre la ingesta de alimentos y líquidos, de la persona con dependencia severa, que se atendió,
- Reporta la frecuencia en las evacuaciones y micciones, de la persona, con dependencia severa, que se atendió,
- Informa sobre la ministración de medicamentos que proporcionó conforme a las indicaciones médicas de la persona con dependencia severa, que se atendió,
- Indica si se presentaron contingencias, durante el cuidado de la persona con dependencia severa, que se atendió,
- Menciona si hubo variantes en el estado de salud de la persona, e
- Indica el nombre completo y firma de quien elaboró.

La persona es competente cuando posee los siguientes:

CONOCIMIENTOS

NIVEL

- | | |
|--|-------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Fases del baño, para personas con dependencia severa: <ul style="list-style-type: none"> • En cama. • En baño. 2. Técnica de cambio de pañal. | <p>Aplicación</p> <p>Aplicación</p> |
|--|-------------------------------------|

La persona es competente cuando demuestra las siguientes:

RESPUESTAS ANTE SITUACIONES EMERGENTES

Situación emergente

1. La persona adulta mayor, con dependencia severa ensucia/moja su ropa.

Respuesta esperada

1. Informar de manera cordial a la persona que va a realizar el cambio de ropa, procurando realizar el cambio de ropa inmediatamente después de que se ensucia/moja y cuidar la integridad física y psicoemocional de la persona adulta mayor durante el cambio.

Situación emergente

2. La persona adulta mayor, con dependencia severa presenta emergencia médica.

Respuesta esperada

2. Reportar/canalizar inmediatamente al médico/responsable en turno del establecimiento de asistencia social permanente/temporal y atender las indicaciones que reciba.

La persona es competente cuando demuestra las siguientes:

ACTITUDES/HÁBITOS/VALORES

- | | |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Amabilidad: 2. Iniciativa: | <p>La manera en que durante todo el tiempo que está a cargo de las personas adultas mayores, con dependencia severa, le brinda un trato ético, respetuoso, cordial, afable y se dirige con tono de voz modulado.</p> <p>La manera en que genera alternativas para lograr que las personas adultas mayores, con dependencia severa,</p> |
|--|--|

- colaboren/permitan se realicen las actividades básicas de la vida diaria.
3. Responsabilidad: La manera en que cuida la integridad física y psicoemocional de la persona adulta mayor. Así como el uso adecuado de la información de las personas adultas mayores, con dependencia severa, manteniendo la confidencialidad y veracidad de la misma.
4. Tolerancia: La manera en que muestra paciencia, tranquilidad y respeta los tiempos que requieren las personas adultas mayores, con dependencia severa, para la realización de actividades básicas de la vida diaria.

Glosario

1. Cambios de posición: de Es la rotación programada e individualizada que se realiza cada 2 a 3 horas en pacientes encamados. En periodos de reposo/movilidad limitada/discapacidad, la movilización será cada hora. Si el paciente puede hacerlo de manera autónoma se le instruye para que se movilice cada 15 minutos.

Referencia	Código	Título
4 de 4	E2103	Asistir a personas adultas mayores, con dependencia severa, en la realización de actividades de rehabilitación y estimulación cognoscitiva.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

La persona es competente cuando demuestra los siguientes:

DESEMPEÑOS

- Estimula cognoscitivamente a la persona adulta mayor con dependencia severa:
 - Orientando en la fecha, hora y lugar en que se encuentra la persona,
 - Informando a la persona la actividad a realizar,
 - Preparando materiales para la realización de la actividad, de acuerdo al estado funcional de la persona,
 - Realizando una actividad para trabajar la estimulación cognoscitiva de la persona, y
 - Observando la evolución y desarrollo de la actividad de la persona.
- Asiste a la persona adulta mayor, con dependencia severa, para realizar actividades de rehabilitación:
 - Informando de manera cordial a la persona que llevará a cabo los ejercicios de rehabilitación,
 - Verificando que la persona se encuentre con ropa que permita realizar la actividad,
 - Siguiendo las indicaciones establecidas por el profesional de la salud para realizar las actividades,
 - Manteniendo comunicación con la persona, durante toda la actividad,
 - Apoiando a la persona durante la realización de la actividad de acuerdo a su estado funcional conforme a lo indicado por el profesional de la salud, y
 - Cuidando en todo momento la seguridad, integridad física y psicoemocional de la persona.

La persona es competente cuando obtiene los siguientes:

PRODUCTOS

1. El registro de información sobre lo acontecido con la persona adulta mayor, con dependencia severa, durante la realización de actividades de rehabilitación y estimulación cognoscitiva:
 - Contiene el nombre de la persona que se atendió,
 - Especifica las actividades que se realizaron con la persona,
 - Especifica los apoyos que requirió la persona, durante la realización de las actividades de rehabilitación y estimulación cognoscitiva,
 - Menciona si se presentaron contingencias, durante la realización de las actividades, con la persona que se atendió,
 - Menciona si hubo variantes en el estado de salud de la persona que se atendió, y
 - Contiene el nombre completo y firma de quien elaboró.

La persona es competente cuando demuestra las siguientes:

ACTITUDES/HÁBITOS/VALORES

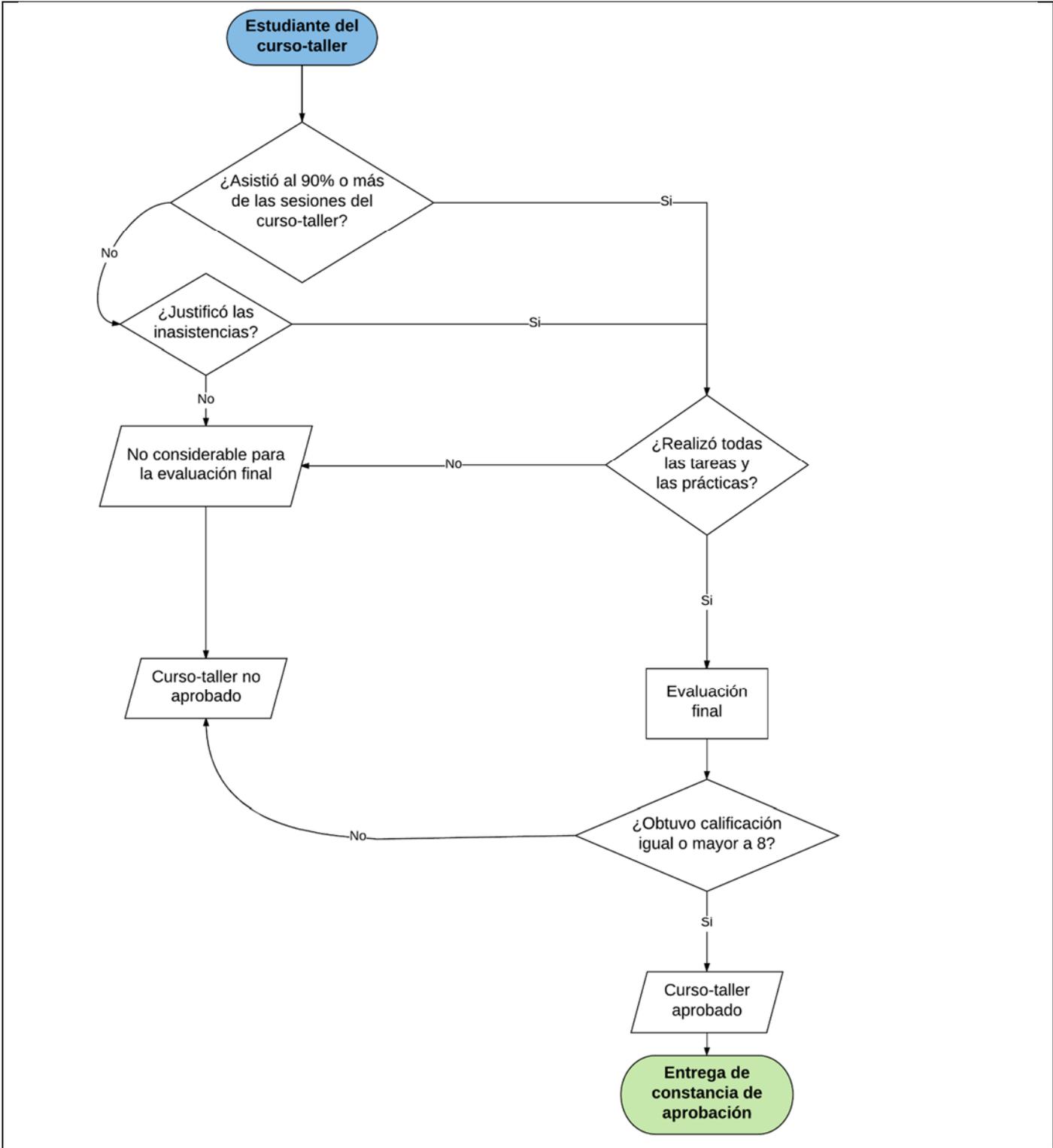
- | | |
|----------------|---|
| 1. Iniciativa: | La manera en que genera alternativas para lograr que la persona adulta mayor colabore en la realización de actividades de rehabilitación y estimulación cognoscitiva. |
| 2. Tolerancia: | La manera en que respeta los tiempos, circunstancias y estados de ánimo de la persona adulta mayor para realizar actividades de rehabilitación y estimulación cognoscitiva. |

Anexo 5. Tabla resumen de publicaciones sobre cursos de capacitación de cuidadores de personas adultas y mayores con dependencia.

País	Grupo de estudio	Intervenciones	Mediciones	Resultados	Referencias
Cuba	62 familias de personas con dependencia.	4 charlas educativas, 2 demostraciones y 2 dinámicas familiares. Se realizaron en 48 sesiones impartidas 2 por semana.	Entrevista antes y después.	Mejoría en los conocimientos adecuados sobre cuidados (de 0% a 85.5%).	Caballero AM, et ál. Rev Cub Enfermer. 2002;18(1):43.
Colombia	125 cuidadores (estudio observacional).	Ninguna.	Inventario de habilidad de cuidado (CAI).	Aproximadamente el 70% de los cuidadores no tienen una habilidad óptima de cuidado.	Barrera OL, et ál. Invest educ enferm. 2006;24(1):36.
Reino Unido	8 estudios (revisión sistemática).	Heterogéneas (entrenamiento, educación, consejería, colaboración en solución de problemas, programas de soporte, programas educativos, etc.).	Carga de quien cuida, depresión, ansiedad, conocimientos sobre cuidados, funcionamiento familiar, estilos de afrontamiento.	Los programas educativos o de entrenamiento redujeron de manera significativa la carga de quien cuida, depresión, ansiedad, a los 3 y a los 12 meses, mejoraron los conocimientos sobre cuidados.	Brereton L, et ál. Clin Rehabil. 2007;21(10):867.
Colombia	37 cuidadores familiares.	Programa educativo con perspectiva cultural. 6 sesiones grupales cada una con 5 fases (sensibilización, información culturalmente adaptada, toma de decisiones, compromisos de acción y cierre).	Autopercepción de salud; APGAR familiar, carga de quien cuida y escala de depresión.	Mejoría en puntaje de carga de quien cuida (Zarit de 53 a 45); mejoría en el puntaje de funcionamiento familiar (mantenimiento de 8). Sin mejoría en autopercepción de salud y en depresión.	Velásquez V, et ál. Rev salud pública 2011;13(4):610.
Estados Unidos	60 cuidadores de personas adultas con discapacidad cognitiva (estudio piloto).	Programa educativo en línea de 6 semanas (Building better caregivers).	Indicadores de salud, comportamientos de salud, utilización de servicios de salud, autoeficacia	Mejoría en puntajes de carga de cuidadores, depresión, dolor, estrés, autoeficacia, ejercicio físico.	Loring K, et ál. J Applied Gerontol. 2012;31(3):423.
Dinamarca	6956 personas mayores y sus familiares o cuidadores (7 ensayos clínicos con asignación aleatoria, revisión sistemática).	Intervenciones de gestión de casos.	Actividades de la vida diaria; evaluación nutricional, medición de dolor, depresión, estancia hospitalaria, satisfacción y dificultades de los cuidadores.	Efectos significativos en: tiempo a la institucionalización, costos municipales de atención de salud, salud emocional, síntomas depresivos de quienes cuidan.	Berthelsen CB, et ál. Int J Nurs Stud. 2015;52(5):988.
Singapur	84 cuidadores familiares de personas con demencia (estudio observacional).	Ninguna.	Escala de entrevista de carga familiar, escala familiar de evaluación personal con orientación a crisis, escala de autoeficacia general percibida, versión corta de la escala de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud.	En general se observó correlación entre los puntajes de calidad de vida y los puntajes de carga familiar y las estrategias de afrontamiento.	Tay KC, et ál. Dementia (London). 2016;15(2):204.
Portugal	Revisión integrativa de la literatura.	Programas de entrenamiento de cuidadores de personas con demencia.	Ninguna.	La duración prevalente de los programas de entrenamiento fue de 6 sesiones semanales, de 100 min en promedio; las metodologías más comunmente empleadas fueron discusión, solución de problemas, entrenamiento de habilidades y estrategias; entre los temas incluidos estuvieron información sobre la enfermedad, el uso de servicios de salud y recursos	Sousa L, et ál. J Clin Nurs. 2016;25(19-20):2757.

País	Grupo de estudio	Intervenciones	Mediciones	Resultados	Referencias
				comunitarios; los instrumentos más comúnmente usados fueron evaluación del cuidador familiar, escalas de autoeficacia, de carga de quien cuida, mediciones de depresión y de calidad de vida.	
Portugal	174 cuidadores informales de personas mayores sobrevivientes de accidentes cerebrovasculares.	Programa de entrenamiento InCARE.	Carga de quien cuida, capacidades de prestadores informales de cuidados de personas dependientes post-accidentes cerebrovasculares.	Mejoría de los puntajes de carga de quien cuida.	Araújo O, et ál. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (Ed. Esp. 3). 2016;3:9.
Estados Unidos	51 cuidadores.	Programa educativo en línea (CARES Dementia Basics).	Conocimientos, sensación de competencia en el cuidado de demencia, identificación de técnicas de cuidado centrado en la persona.	Mejoría en los conocimientos y en la sensación de competencia en el cuidado de demencia; sin cambios en la identificación de técnicas de cuidado centrado en la persona.	Pleasant ML, et ál. Int Psychogeriatr. 2017;29(1):45.
Estados Unidos	798 cuidadores y personas con demencia.	Intervención conductual REACH II y REACH VA.	Costos asociados en atención de salud.	No hubo incremento de costos, en el grupo REACH VA de hecho hubo una reducción de 34% en los costos.	Nichols LO, et ál. 2017;65(5):931.
Hong Kong	60 cuidadores (protocolo de estudio cualitativo).	Ninguna.	Experiencias de cuidado y planes para provisión de cuidado.	Estudio no concluido.	Low LP, et ál. BMC Geriatr. 2017;17(1):81.
Estados Unidos	203 personas mayores y sus cuidadores.	Programa instruccional para cuidadores sobre reconocimiento del dolor, optimización de la comunicación, realización de actividades cotidianas placenteras y disfrutables (PAVeD), 6 a 8 sesiones semanales de 45 min.	Inventario de agitación (Cohen-Mansfield), escala geriátrica de intensidad del dolor (Philadelphia), escala de depresión geriátrica, calendario de sucesos placenteros (AD), entrevista de carga de cuidado, escala de mutualidad, cuestionario de satisfacción del cliente.	No hubo diferencias en la incidencia de agresión; mejoría significativa en la escala de mutualidad.	Kunik ME, et ál. Am J Geriatr Psychiatry. 2017;25(2):144.
India	140 cuidadores (estudio observacional).	Ninguna.	Entrevista de carga de Zarit.	La media de puntaje en la entrevista de carga de Zarit fue 21.2. Los cuidadores de personas mayores con múltiples limitaciones del funcionamiento, especialmente limitaciones físicas son más vulnerables a la carga de cuidado.	Ajay S, et ál. Arch Gerontol Geriatr. 2017;68:143.
México	115 diadas cuidadores-personas con secuelas de accidentes cerebrovasculares.	Ninguna.	Estilos de afrontamiento, depresión, estrés, ansiedad, carga de quien cuida,	Los estilos de afrontamiento están asociados con la presencia de trastornos de salud mental.	Valadez-Roque G, et ál. Investigación en Discapacidad. 2017;6(1):3.

Anexo 7. Diagrama de flujo del proceso de la evaluación sumativa de estudiantes de la Escuela para cuidadores de personas mayores del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.



Anexo 8. Carta de especificaciones de calidad del proceso de evaluación sumativa de estudiantes de la Escuela para cuidadores de personas mayores del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

**CARTA DE ESPECIFICACIONES DE CALIDAD DEL PROCESO:
EVALUACIÓN SUMATIVA DE ESTUDIANTES DE LA ESCUELA PARA CUIDADORES DE PERSONAS
MAYORES DEL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN**

<p>Efectividad</p> <p>La evaluación de competencias en cuidados de personas mayores en domicilio o en establecimientos de asistencia social debe llevarse a cabo a través del uso de instrumentos de los siguientes tipos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuestionarios de conocimientos. • Guías de observación de desempeños y actitudes. • Listas de cotejo de productos y actitudes. <p>Los reactivos de los anteriores deben ser elaborados con base a los estándares de competencia EC0669 y EC0665, así como ser calificados de acuerdo a ponderaciones especificadas y diferenciadas para cada reactivo dependiendo su importancia y relevancia para las funciones de las y los cuidadores de personas mayores.</p> <p>Cuidadores certificados en los EC0669 y EC0665 incorporados al Registro Nacional de Personas Certificadas en Estándares de Competencia.</p>	<p>Educación centrada en estudiantes</p> <p>Acuerdo y ajuste de expectativas de las y los estudiantes del curso-taller durante el encuadre del mismo. Comunicación de los beneficios del curso-taller para quienes lo realicen. Indagación sobre dudas y aclaración de las mismas durante la impartición del curso-taller. Elaboración de contratos de aprendizaje por parte de las y los estudiantes durante el encuadre del curso-taller. Acuerdo de las reglas a observar durante el curso-taller. Realización de actividades de reforzamiento de aprendizajes al inicio y al término de las sesiones del curso-taller.</p>	<p>Oportunidad</p> <p>Explicación durante el encuadre del curso-taller a las y los estudiantes de los procesos de evaluación a los que serán sometidos.</p>
	<p>Seguridad</p> <p>Las actividades durante los talleres y la práctica deben ser seguras para las y los estudiantes del curso-taller.</p>	<p>Eficiencia</p> <p>Elaboración de la carta descriptiva detallada del curso-taller de acuerdo a lo establecido en el estándar de competencia EC0217. Selección de los componentes críticos de los contenidos para el cumplimiento de los objetivos de aprendizaje establecidos en la carta descriptiva.</p>
		<p>Equidad</p> <p>La convocatoria al curso-taller es abierta sin discriminación alguna.</p>
		<p>Fuentes de información.</p> <p>Estándar de competencia EC0076. Estándar de competencia EC0217. Estándar de competencia EC0301. Estándar de competencia EC0447. Estándar de competencia EC0454. Estándar de competencia EC0669. Estándar de competencia EC0665.</p>

Anexo 9. Lista de verificación para cursos de capacitación basados en estándares de competencia del Consejo Nacional de Normalización y Certificación de Competencias Laborales.



LISTA DE VERIFICACIÓN PARA CURSOS DE CAPACITACIÓN BASADOS EN ESTÁNDARES DE COMPETENCIA	CUMPLE
Los objetivos del curso:	
¿Están orientados al desarrollo de competencias? Es decir, buscan que el participante desarrolle las habilidades, destrezas, comportamientos además de los conocimientos señalados en el Estándar de Competencia	
¿Están alineados con los requerimientos planteados en el Estándar de Competencia?	
Los contenidos:	
¿Cubren la totalidad de los elementos señalados en el Estándar de Competencia?	
¿Están relacionados directamente con el desarrollo de los desempeños que se espera alcance el participante?	
Las actividades:	
¿Incluyen ejercicios para que el participante desarrolle las habilidades, destrezas, comportamientos y conocimientos referidos en el Estándar de Competencia?	
¿Incluyen prácticas para que los participantes apliquen las habilidades, destrezas, comportamientos y conocimientos en ambientes similares a los referidos en el Estándar de Competencia?	
¿Promueven que el participante aprenda en un ambiente colaborativo o de trabajo en equipo?	
¿Promueven que el participante tome decisiones sobre cómo desarrollar mejor sus tareas así como la reflexión sobre la importancia de su desempeño?	
¿Ayudan a que el participante desarrolle los productos referidos en el Estándar de Competencia?	
¿Definen claramente el lugar, la duración, las condiciones (equipo, maquinarias, herramientas, simuladores) y características de las actividades a desarrollar tanto, por parte del participante como del facilitador?	
Las evaluaciones del curso de capacitación	
¿Evalúan las competencias desarrolladas a través del curso de acuerdo con los objetivos, elementos y criterios de evaluación señalados en el Estándar de Competencia?	
¿Le sirven al participante como instrumento diagnóstico para medir su nivel de avance respecto a los criterios establecidos en el Estándar de Competencia?	

Anexo 10. Código de respuesta rápida (QR code) y enlace acortado a la dirección localizadora uniforme de recursos (URL) del repositorio de documentos de este proyecto terminal.



Dirección *URL*

<https://goo.gl/LEUUP5>

Esta obra está registrada con permiso de uso bajo
Licencia Creative Commons
Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International
(CC BY-NC-ND 4.0)



Para ver una copia de esta licencia, visite:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

Para la elaboración de esta obra se usó predominantemente
la lengua española la cual admite que el género gramatical
masculino es extensivo a las mujeres siendo la forma
gramatical más incluyente por definición.

Este proyecto terminal se imprimió en

PAPEL *BOND* TAMAÑO 50.99 P X 65.99 P GRAMAJE 120 g/m²

TIRAJE DE 5 EJEMPLARES

Ciudad de México

Noviembre 2017

